

УДК: 616.716.8-002.31-08

## АНАЛІЗ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ОДОНТОГЕННИМИ ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ РІВНІ

Брехлічук П.П.\*, Петрецька С.Ю.\*\*\*, Гецько Ю.Ю\*\*\*.

\*к. мед. наук, доцент, завідуючий кафедрою хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології

\*\*\* асистент кафедри хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології

Державний Вищий Навчальний Заклад «Ужгородський національний університет» кафедра хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології, Ужгород, Україна

**Summary :** disquisition conducted to assess the quality of the survey and provide medical care to patients with phlegmon of maxillofacial area on an outpatient basis. Based on statistical data and analysis found that the main prerequisite for successful treatment of odontogenic phlegmon is an extensive drainage cellular spaces radical tactics against the "causal" tooth, adequate antibiotic therapy (adequate therapeutic doses based on the results antybiotykoqramy). Andrecommendations to be followed in the prehospital phase with the aim to prevent complications and reduce terms of rehabilitation of patients.

**Key Words :** treatment of phlegmons, phlegmon of the neck, expert assessment of top provide of dental care, provide medical care on out patient basis.

Робота присвячена вивченню, узагальненню і систематизації даних про групу хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки, розробка алгоритму діагностики, обстеження та надання медичної допомогитаким пацієнтам на амбулаторно-поліклінічному рівні.

Гнійно-запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки є однією з актуальних проблем сучасної хірургічної стоматології [10]. За даними наукової літератури, одонтогенні флегмони ший складають 60% від всіх гострих одонтогенних процесів. Більша частина пацієнтів, які мають такі захворювання, – особи молодого працездатного віку. При цій патології відмічаються високі показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності [6 - 8].

Флегмона щелепно-лицевої ділянки – важке і вкрай небезпечне захворювання. Важкість стану при розлитому запальному процесі зумовлена високою інтоксикацією організму. Високий рівень іннервації щелепно-лицевої ділянки зумовлює різку болючість при розвитку запального інфільтрату. Крім цього, часто порушуються такі важливі функції як жування, ковтання, дихання. Небезпечність флегмони щелепно-лицевої ділянки зумовлена як близьким розміщенням життєво важливих органів, так і анатомо-топографічними особливостями цієї ділянки, що часто призводить до розповсюдження запального процесу в сусідні відділи організму (середостіння, очниця, парафарінгеальний простір і т.д.). Флегмони щелепно-лицевої ділянки за своєю етіологією в основному одонтогенні. Їхній появі частіше передують періодонтит, періостит, остеомієліт, перикоронарит, лімфаденіт та ін. [3, 5].

Існує велика кількість різних методів і засобів лікування гнійних захворювань, проте жоден з них не задовільняє хірургів повністю. Кожного року появляються нові методики

лікування гнійних захворювань, як щелепно-лицевої ділянки, так і інших ділянок.[1, 2, 4]

Велика кількість авторів схиляються до думки, що звичайні методи лікування гнійно-запальних захворювань ЩЛД та інших ділянок втрачають свою ефективність. Це зумовлено підвищенням антибіотикорезистентністю

мікроорганізмів та їх вірулентністю [5, 9]

**Мета дослідження** – проаналізувати якість обстеження та надання медичної допомоги хворим з флегмонами щелепно-лицевої ділянки на амбулаторно-поліклінічному рівні.

**Матеріали та методи дослідження.** Був проведений аналіз результатів лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки в ЛОР відділенні ЗОКЛ імені А. Новака за 2014-2016 рр. За цей період проліковано 372 хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки та шиї. Вік пацієнтів коливався від 2 до 73 років. Хворі працездатного віку складають 77%, пенсіонери – 4%, діти – 19%. Чоловіки – 62,5%, жінки – 37,5%. 16% хворих було госпіталізовано за самозверненням в приймальне відділення ЗОКЛ імені А.Новака або доставлені машиною ШМД, інші – за направленням районних лікарень або стоматологічних поліклінік. Основним етіологічним чинником виникнення флегмон шиї у даних хворих є одонтогенна інфекція. Загострення хронічного періодонтиту – 87%, перикоронарити – 7%, альвеоліти – 3%, травматичний остеомієліт – 3%. Частіше хворі не зверталися за медичною допомогою або займалися самолікуванням (89%). У інших випадках – пізня діагностика, консервативне лікування при уже сформованому гнійнику. У районних лікарнях часто радикальне оперативне втручання виконувалося пізно, було проведено недостатнє дренажування післяопераційної рани, що, у свою чергу, призводило до розповсюдження гною на інші клітковинні простори шиї, нераціонально застосовувалася антибіотикотерапія

(майже ніколи не проводився посів гною та визначення чутливості збудників до антибіотиків, часто призначалися дози антибіотиків, нижчі терапевтичних, недостатньою була тривалість курсу антибактеріальної терапії).

У стаціонарі дренажування флегмони проводилося в день поступлення хворого з обов'язковим видаленням „причинного“ зуба. Знеболення при поверхневих флегмонах в межах одного клітковинного простору – місцеве, при розповсюджених флегмонах та флегмонах глибоких просторів шиї – загальне знеболення з інтубацією трахеї. Дренажування здійснювалося гумовими і поліхлорвініловими трубками або гумовими стрічками. Для кращого відтоку ексудату з рани накладали асептичну ватно-марлеву пов'язку з 10% розчином хлориду натрію. До очищення рани та появи в ній грануляцій заміну пов'язки проводили щоденно. З появою в рані грануляційної тканини пов'язки з гіпертонічними розчинами замінювалися на мазеві пов'язки. Діаліз (промивання) рани проводився переважно фракційний, а при агресивнопротікаючих або ускладнених флегмонах – безперервний. Найчастіше застосовувалися розчини 0,002% хлоргексидину, у хворих з анаеробними флегмонами – розчин перекису водню 3%, фурацилін 1:5000, 1% розчин етонію і діоксидину. Місцево проводилися аплікації ферментів при значних танинних некрозах (це, найчастіше, хімопсин або хімотріпсин).

Призначалася загальна і місцева антибактеріальна терапія з врахуванням аеробного і анаеробного компонентів раневого процесу з наступним врахуванням виду збудника та його чутливості до антибіотиків. Провівши аналіз посівів на мікрофлору, взятих з гнійних ран, ми виявили, що основну групу збудників складають стрептококи (49%), ентерококи (21%), стафілококи (15%), грам(-) мікрофлора (15%). Серед збудників особливе місце займає патогенна мікрофлора: гемолітичний

стрептокок (32%), E.Coli (11%), Str.Viridans (8%), Ent.Faecalis (8%).

З фізіотерапевтичних методів лікування після хірургічного розкриття запального вогнища застосовувалася флюктуоризація, при значному некротичному розпаді тканин – електрофорез з 1% розчином трипсину протягом 20 хв. При значній ексудації проводилося опромінення рани інфрачервоними променями через пов'язку протягом 20-30 хв. У період епітелізації рани для прискорення регенерації епітелію і активації імунологічних властивостей тканин проводилося УФ опромінення тканин в суберитемній дозі.

Середня тривалість стаціонарного лікування при неускладнених флегмонах щелепно-лицевої ділянки та шиї у нас складає 7-10 днів, при розповсюджених або ускладнених флегмонах – від 14 до 21 дня. Летальність – 0,8%. Після повної санації гнійного вогнища хворі, як правило, виписувалися на подальше амбулаторне лікування за місцем проживання під наглядом хірурга-стоматолога або хірурга загального профілю.

Хворі, які були госпіталізовані протягом перших двох діб від початку захворювання, виписувалися з стаціонару через 7-10 днів. Ускладнення найчастіше виникали у пацієнтів, які зверталися за медичною допомогою пізно, а також у хворих з супутніми захворюваннями. У них тривалість стаціонарного лікування продовжувалася до 3 тижнів. У 7 хворих одонтогенна флегмона шиї ускладнилася виникненням медіастиніту. 4 з них перед госпіталізацією в ЗОКЛ імені А.Новака лікувалися з приводу флегмони шиї в стаціонарах районів, інші – доставлені машиною ШМД. У хворих з цукровим діабетом спостерігалася швидке розповсюдження гнійного процесу на сусідні клітковинні простори, а також виражена інтоксикація навіть при своєчасній госпіталізації. У 3 хворих цукровий діабет вперше діагностовано

вже в стаціонарі, хоча до цього вони лікувалися в районній лікарні.

### **Висновки**

1) Висока частота одонтогенних гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки та шиї пов'язана, у першу чергу, з незадовільною гігієною порожнини рота та з низькою інформованістю населення про можливі наслідки та ускладнення нелікованих захворювань ротової порожнини (89% з госпіталізованих не зверталися за медичною допомогою або займалися самолікуванням).

2) Своєчасне звернення пацієнта за медичною допомогою, а також рання діагностика ще на догоспітальному етапі дозволяє на ранній стадії формування флегмони розпочати адекватне лікування, що значно скорочує термін госпіталізації пацієнта та зменшує ризик виникнення ускладнень.

3) Основною передумовою успішного лікування одонтогенної флегмони є широке дренирування клітковинних просторів, радикальна тактика по відношенню до „причинного“ зуба, адекватна антибактеріальна терапія (достатні терапевтичні дози з урахуванням результатів антибіограми).

4) Наявність супутніх захворювань може значно обтяжувати протікання гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки та шиї.

Отже, на догоспітальному етапі **рекомендується:**

1. Проведення активної санпросвітньої роботи серед населення.

2. Своєчасне та адекватне надання стоматологічної допомоги, дренирування абсцесів за показами, радикальна тактика по відношенню до «причинного» зуба.

3. Для покращення ранньої діагностики флегмони – рентгенологічні методи обстеження ( рентгенографія, МРТ, КТ, УЗД), діагностична пункція інфільтрату за показами.

4. Консультація хворих суміжними спеціалістами при наявності супутніх захворювань.

5. Своєчасне скерування хворого на стаціонарне лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеева Н.Т. Исследование воздействия различных методов лечения гнойных ран на формирование рубца /Н.Т. Алексеева, Д.Б. Никитюк, А.А. Глухов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2013. - Т. VI, № 4(21). - С. 418-424.
2. Алексеева Н.Т Роль клеток фибробластического дифферона в процессе заживления ран / Алексеева Н.Т., Глухов А. А., Остроушко А.П. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012. - Т. V, № 3. - С. 601-608.
3. Алипов В.В. Экспериментальное обоснование сочетанного применения наночастиц меди и низкоинтенсивного лазерного облучения при хирургическом лечении инфицированных ожоговых ран кожи / В.В. Алипов, П.А. Беляев, А.И. Урусова, Е. А. Добрейкин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2013. - Т. VI, № 4(21). - С. 411-617.
4. Бабушкина И. В. Влияние наночастиц металлов на регенерацию экспериментальных ран / И.В. Бабушкина // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2013. - Т. VI, № 2. - С. 217-221.
5. Беняева Н.Н. Повышение эффективности лечения воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области с использованием высокодисперсной аэрозольной обработки: дис. канд.мед.наук. - М., 2010. – 125с.
6. Глухов А.А. Клинико-морфологическое обоснование применения гидропрессивной санации и поляризованного облучения в комплексном лечении ран мягких тканей в эксперименте / А.А. Глухов, Н.Т. Алексеева, А.В. Лобцов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2010. - XIII, № 2. - С. 133-145.
7. Ефимова Е.В. Эффективность транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении вялотекущих флегмон челюстно-лицевой области: автореф. дис. канд. мед. наук. - Волгоград, 2012. - 25 с.
8. Rose N.R. Infection, mimics, autoimmune disease // J. Clin. Invest. 2001. Vol. 107. - pp. 943-944.
9. Остроушко А.П. Применение гидроимпульсной обработки и обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови в комплексе лечения ран мягких тканей: автореф. дис. канд. мед. наук. - Воронеж, 2010.- 24с.
10. Хоров О. Г. Проблемы лечения нагноительных процессов челюстно-лицевой области и шеи / О. Г. Хоров, В. И. Колесник, Л. А. Кравцевич // Респ. науч.-практич. конф. оториноларингологов: матер. конф. - Минск, БГМУ, 2006. - С. 36-38.