Ешиев А.М.**Гнойный лимфаденит и аденофлегмона челюстно-лицевой области***Ошская межобластная объединенная клиническая больница
(Кыргызстан, Ош)*

doi: 10.18411/lj-08-2020-39

ids: lj-08-2020-39

Аннотация

Статья знакомит с исследованием в области воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, неodontогенной природы. Проблемы с их диагностикой и лечением, которое зависит от ряда причин. Цель нашей работы заключена в анализе причин возникновения, сроков поступления больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области. Клинической базой послужило отделение челюстно-лицевой хирургии. Исследования и наблюдения показали, что своевременное обращение в стационар, где проводилось рациональное составление плана лечения и его правильное применение, давали положительные результаты.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, лечение аденофлегмон, челюстно-лицевая хирургия, лечение лимфаденита.

Abstract

The article introduces a study in the field of inflammatory diseases of the maxillofacial region, of a non-odontogenic nature. Problems with their diagnosis and treatment, which depends on a number of reasons. The purpose of our work is to analyze the causes, the timing of admission of patients with acute purulent lymphadenitis and adenophlegmon of the maxillofacial region. The clinical base was the Department of Oral and Maxillofacial Surgery. Studies and observations have shown that timely treatment at the hospital, where rational preparation of a treatment plan was carried out and its correct application, gave positive results.

Keywords: inflammatory diseases, treatment of adenophlegmon, maxillofacial surgery, treatment of lymphadenitis.

Актуальной проблемой гнойной инфекции в стоматологии, в частности челюстно-лицевой хирургии, характеризуется значительным ростом числа больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, запоздалой диагностикой и госпитализацией больных. Наряду с гнойно-воспалительными заболеваниями одонтогенного происхождения, в детском возрасте среди госпитализированных в клинику больных, 30% случаев встречается неodontогенные воспалительные заболевания, среди которых преобладают гнойные лимфадениты и аденофлегмоны[1,3].

Установлено, что клиническое течение воспалительного процесса при гнойной раневой инфекции зависит от биологических свойств возбудителей: критического числа, взаимосвязей возбудителей, хемотаксиса, адгезивных и инвазивных свойств культур микроорганизмов[2,4].

Большинство исследователей указывает на неэффективность медикаментозного лечения гнойных ран, а используемые лекарственные средства не всегда обладают достаточным лечебным действием, либо обладают узким спектром активности. Основные принципы недостаточной эффективности большинства препаратов заключается в их действии в одном направлении. Они обладают либо преимущественно противомикробным, либо некротическим действием[5,6].

Целью нашей работы является анализ причины возникновения, сроки поступления больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования

Нами проведено ретроспективное изучение истории болезни у 245 больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области, причина возникновения, сроки поступления в стационар, находящиеся в стационарном лечении за период с 2015 по 2019 годы. Всего 245 пациентов, из них 173 больных - дети до 14 лет, 161 больных были в возрасте от 3 до 14 лет, у 12 детей до 3 лет. Частота гнойного лимфаденита и аденофлегмоны среди других гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО определена путем изучения годовых отчетов и архивных материалов отделения челюстно-лицевой хирургии ОМОКБ.

Результаты исследования и их обсуждения

Результаты ретроспективного изучения историй болезни показали, что развитию гнойных лимфаденитов и аденофлегмон предшествовали различные перенесенные заболевания ЛОР-органов и верхних дыхательных путей. Среди них чаще определялся хронический тонзиллит в стадии обострения (31,2%) и острые респираторные заболевания (19,8%) которые оказывали свое влияние на общее состояние организма и на течение местного воспалительного процесса. У 4,1% гнойный лимфаденит и аденофлегмона развивалась после переохлаждения. Кариозные зубы, которые не лечились, особенно на нижней челюсти (41,5%). Кроме того, развитию этих заболеваний предшествовали травмы челюстно-лицевой области у 3,4%. Взрослые 72 пациентов, которые составляют 29,3%. Дети до 14 лет у 173 (70,6%) человек, из них дети до 3-х лет 12 больных детей составляют 4,8%. Женского пола 132 (53,8%), мужского-113 (46,2%).

До госпитализации 73,6% детей лечились в поликлинике различными методами, в том числе антибактериальная терапия проводилась у 24% детей, а 26,4% детей в поликлинику за медицинской помощью не обращались и лечились в домашних условиях народными методами. У 72 взрослых пациентов, 22% получили антибактериальную терапию в амбулаторных условиях, остальные не обращались за медицинской помощью. С начала амбулаторного лечения больных в течении 7 суток до момента госпитализации, госпитализировано 38,5% больных через 10 дней 51,5%, 10% больных поступили позднее 10 суток.

В день госпитализации с учетом клинического течения заболевания, степени выраженности общих симптомов болезни и результатов лабораторных исследований у 136 (55,5%) больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной общее состояние расценено как удовлетворительное, у 96 (39,1%)-средней тяжести, у 13 (5,4%)-тяжелое.

По локализации острый гнойный лимфаденит и аденофлегмоны чаще располагались подчелюстной области 57%, под подбородочной области 32%, 11% боковой поверхности шеи.

В лабораторных исследованиях больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной, при выраженном лейкоцитозе свидетельствует о более тяжелой гнойной интоксикации организма, в частности относительное количество палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов доходило до 73,8 % , при снижении лимфоцитов до 15-16%. При этом у большинства больных 66,8 % заболевание протекало при выраженном лейкоцитозе, у 33,2 % больных при умеренном содержании лейкоцитов.

Известно, что относительное и абсолютное содержание лимфоцитов, являются весьма информативными и имеют большое прикладное значение. В целом умеренные показатели абсолютного содержания лимфоцитов наблюдалось у 48,5 % больных и выраженное повышение абсолютного содержания лимфоцитов в периферической крови у 51,5% больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной. Наиболее информативным диагностическим и прогностическим тестом у больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области оказалось СОЭ,

которая была умеренно ускорена у 17,8% больных (до 25 мм/час и выше). У 82,2 % больных СОЭ повышается более чем значительной степени (от 35 до 55 мм/час).

Из очагов гнойных ран больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной в основном высевался золотистый стафилококк в монокультуре (67,4%) или в ассоциации с другими микробами псевдоманоза, синегнойная палочка (32,6%). Наиболее часто в ассоциации со стафилакокками определялись стрептококки (46,3%), (энтерококки (35,1%), протей (11,1%) и др.

Одним из главных факторов, влияющих на качественное и количественное состояние микрофлоры гнойного очага, является применение антибиотиков и других медикаментозных средств. Как показали наши наблюдения, большинство выделенных штаммов стафилакокков обладали, полиантибиотико-резистентностью.

Особую устойчивость микробы, выявленные из гнойных очагов у больных с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области проявили к антибиотикам группы цефалоспоринов (цефатоксим – $82,2 \pm 0,32$, цефзим- $72,6 \pm 0,57$, цефепим- $75,6 \pm 0,32\%$), аминогликозидов (амикацин 85,2%, гентамицин – 72,9%), фторхинолов они были активны в отношении большинства штаммов (ципрофлоксацин – 75,2%, норфлоксацин 70,1%). Меньше всего резистентность к микробам наблюдалось к антибиотикам группы пенициллинов (38,5%), а общая резистентность к бензилпенициллинам составила ($25,4 \pm 0,42\%$), для ампициллина (37,8%), для оксациллина ($35,3 \pm 0,57\%$).

Большинству больных (78%) с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной произведено вскрытие гнойника под общим обезболиванием (внутримышечным, внутривенным наркозом), а 22% больных оперировано под местным (инфильтрационным) обезболиванием.

Таким образом, больные с острым гнойным лимфаденитом и аденофлегмоной длительное время неэффективно лечатся в условиях поликлиники по поводу основного заболевания, включая антибактериальную терапию, где не учитывается чувствительность микрофлоры к антибиотикам, тем самым создают условия для развития полиантибиотикорезистентности микрофлоры.

Результаты клинических исследований и наблюдений показали, что своевременное обращение в стационар, где проводилось адекватное дренирование гнойного очага, определялась чувствительность микрофлоры к антибиотикам, и проводилось этиопатогенетическое лечение больных, указывают на выздоровление, без дальнейших осложнений.

1. Бакиев, Б. А. Современные аспекты комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи [Текст]: дис. д-ра мед. наук : 14.01.17, 14.01.14 / Б. А. Бакиев. - Бишкек, 2011. – 250с.
2. Богатов В. В. Оптимизация антибактериальной терапии при лечении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области / В. В. Богатов, А. Г. Денис, Н. Ф. Колядов // Стоматология. – 2015. – №3. – С. 38-41.
3. Винник Ю.С. Современные методы лечения гнойных ран [Текст] / Ю.С. Винник, Н.М. Маркелова. В.С. Тюрюмин // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. (Т.12). – С.135-141.
4. Захарова, Г.Н. Пути снижения осложнений у больных с тяжелыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Текст. / Г.Н. Захарова, В.А. Булкин // Стоматология. 2013. - № 3. - С.78-82.
5. Зыкин, А.Г. Сравнительный анализ биомаркеров воспаления у больных с прогрессирующими одонтогенными флегмонами [Текст] / А.Г. Зыкин, А.Л. Громов // Проблемы стоматологии. – 2014. – № 1. – С.25-28.
6. Харитонов Ю.М. Опыт лечения больных с тяжелыми осложнениями одонтогенной инфекции / Ю.М. Харитонов, А.А. Глухов, А.Л. Громов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. - Т. IV, №4. - С. 871-875.