

РАСПРОСТРАНЕННАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА, ОСЛОЖНЕННАЯ ДВУСТОРОННИМ МАСТИТОМ И СЕПСИСОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

EXTENDED NECROTIC ODONTOGENIC INFECTION OF THE MOUTH FLOOR COMPLICATED BY BILATERAL MASTITIS AND SEPSIS. CASE REPORT

**A. Lepilin
A. Oganessian
D. Petrash
D. Tischkov**

Summary. Problem of the odontogenic infection life-threatening complications treatment is still actual. Mortality in cases of the maxillofacial area phlegmons complications reaches up to 40%. The aim of the study was to show a possible course of the maxillofacial region, deep cellular spaces of the neck and chest anterior surface widespread putrefactive-necrotic odontogenic phlegmon spread in a patient without concomitant systemic pathology. We analyzed the medical history No. 119023044 of patient G., 46 years old, who was hospitalized in the Maxillofacial Surgery department of the Budget Medical Institution "Kursk Regional Clinical Hospital" for 28 days with the diagnosis: Widespread putrefactive-necrotic odontogenic phlegmon of the mouth floor, deep cellular spaces of the neck and anterior surface of the chest, complicated by bilateral mastitis. Sepsis. The spread of phlegmon to the mammary glands led to the development of bilateral mastitis and sepsis. The patient received conservative treatment in the intensive care unit until the general condition was stabilized and debridement. After cleaning the postoperative wounds, plastic surgery was performed on the skin defect of the chest anterior surface. The patient was discharged with improvement for outpatient treatment and further rehabilitation. The clinical case described by us demonstrates a variant of the progression of odontogenic infection of the maxillofacial region soft tissues.

Keywords: putrefactive-necrotic phlegmon, maxillofacial area, mastitis, sepsis.

Лепилин Александр Викторович

*Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации
meduniv@sgmu.ru*

Оганесян Арман Аршакович

*Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»
oganesyan@bsu.edu.ru*

Петраш Денис Александрович

*Доцент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
gromov.alexandr2011@yandex.ru*

Тишков Денис Сергеевич

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
den-tishkov@yandex.ru*

Аннотация. Проблема лечения жизнеугрожающих осложнений одонтогенной инфекции остается актуальной. Смертность при осложнениях флегмон челюстно-лицевой области достигает 40%. Целью исследования было показать возможный вариант тяжелого течения распространенной гнило-но-некротической одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области, глубоких клетчаточных пространств шеи и передней поверхности грудной клетки у больной без сопутствующей системной патологии. Была проанализирована история болезни № 119023044 пациентки Г., 46 лет, находившейся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Бюджетного медицинского учреждения «Курская областная клиническая больница» в течение 28 койко-дней с диагнозом: Распространенная гнило-но-некротическая одонтогенная флегмона дна полости рта, глубоких клетчаточных пространств шеи и передней поверхности грудной клетки, осложненная двусторонним маститом. Сепсис. Распространение флегмоны на молочные железы привело к развитию двустороннего мастита и сепсиса. Больная получала консервативное лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации общего состояния, хирургическое пособие. После очищения послеоперационных ран была выполнена пластика дефекта кожи передней поверхности грудной клетки. Пациентка выписана с улучшением на амбулаторное лечение и дальнейшую реабилитацию. Описанный нами клинический случай демонстрирует вариант прогрессирования одонтогенной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: гнило-но-некротическая флегмона, челюстно-лицевая область, мастит, сепсис.

Актуальность темы

Несмотря на успешность лечения, процент тяжелых жизнеугрожающих осложнений гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области доходит до 29% [1]. При нисходящем некротизирующем медиастините смертность составляет от 20 до 40% [2, 3].

Некротизирующий фасциит клетчаточных пространств шеи среди осложнений флегмон челюстно-лицевой области встречается редко. Как правило, заболевание вызывает смешанная инфекция с преобладанием стрептококковой и Грам-отрицательной анаэробной флоры, взаимно усиливающей вирулентность друг друга [4].

К течению инфекционного процесса мягких тканей с преобладанием некротического компонента предрасполагает, как правило, наличие у пациента сахарного диабета 2 типа, алкогольной и наркотической зависимости, прием иммуносупрессоров, ожирение и пожилой возраст [5].

Цель исследования

Показать возможный вариант тяжелого течения распространенной гнилостно-некротической одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области, глубоких клетчаточных пространств шеи и передней поверхности грудной клетки у пациентки без сопутствующей системной патологии.

Материалы и методы исследования

Исследование носило ретроспективный характер. Проанализирована история болезни № 119023044 пациентки Г., возраст 46 лет, находившейся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Бюджетного медицинского учреждения «Курская областная клиническая больница» (БМУ КОКБ) с 11 ноября 2019 г. по 9 декабря 2019 г. Оценка тяжести состояния пациентки выполнялась при помощи балльной шкалы SOFA (Sequential Organ Failure Assessment — шкала последовательной оценки органной дисфункции) в соответствии с положениями соглашения Сепсис-3 [6], шокового индекса Альговера.

Клинический случай

Пациентка Г. была доставлена в БМУ КОКБ 11 ноября 2019 г. бригадой службы скорой медицинской помощи. На момент госпитализации пациентка предъявляла жалобы на отек шеи слева. Со слов пациентки, за 4-е дня до поступления в стационар ощутила появление болей в зубе нижней челюсти слева. За медицинской помо-

щью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные средства, улучшения не ощутила. На 3-й день появился отек под нижней челюстью слева, начавший распространяться вниз по левой боковой области шеи. Повышения температуры больная не отмечала.

В приемном отделении была осмотрена челюстно-лицевым хирургом, терапевтом, оториноларингологом, анестезиологом-реаниматологом, выполнен стандартный набор клинико-лабораторных исследований для пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Частота сердечных сокращений у больной составляла 120 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм рт. ст., шоковый индекс Альговера был равен 1,2 балла. В легких выслушивалось жесткое дыхание, крепитирующие хрипы. Положение активное, сознание по шкале комы Глазго 15 баллов. Хронических сопутствующих заболеваний терапевтом при осмотре обнаружено не было.

При внешнем осмотре определялся разлитой, напряженный, значительно выраженный, резко болезненный отек мягких тканей обеих поднижнечелюстных областей, больше слева, подподбородочной области, передней и боковой области шеи и незначительный отек передней поверхности грудной клетки слева. В полости рта определялся отек подъязычной области слева. Состояние гигиены полости рта неудовлетворительное, зуб 36 — резко болезненный при перкуссии, с глубокой кариозной полостью, из зубо-десневого кармана выделялось гнойное отделяемое.

Выполненная в экстренном порядке компьютерная томография шеи и грудной клетки выявила наличие газа и инфильтративных изменений в поднижнечелюстном, окологлоточном пространствах, челюстно-язычном желобке слева, в правой поднижнечелюстной и подподбородочной областях, превисцеральном, надгрудном пространствах шеи, в подкожной жировой клетчатке передней и боковой области шеи слева и в области передней поверхности грудной клетки.

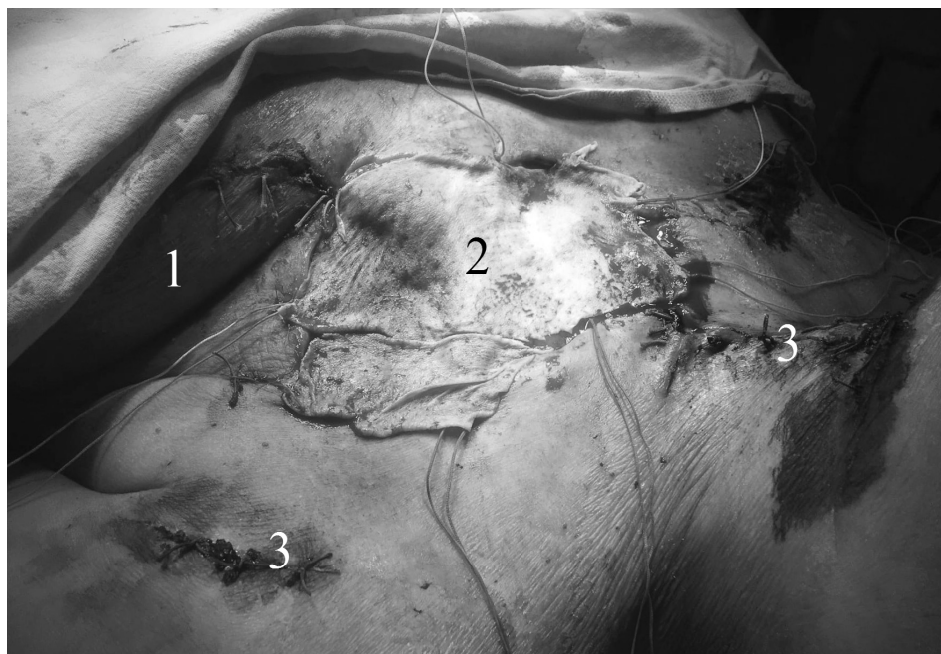
Клинический анализ крови показал анемию легкой степени (содержание гемоглобина 95 г/л, эритроцитов — $4,23 \cdot 10^{12}/л$). Обращал на себя внимание уровень лейкоцитов $5,1 \cdot 10^9/л$, не соответствующий клинической картине заболевания. Уровень общего билирубина крови составил 20,1 мкмоль/л, остальные лабораторные показатели находились в пределах референсных значений.

На основании клинической картины и данных дополнительных исследований больной был поставлен



1 — дренаж, марлевая салфетка в правом и левом поднижнечелюстных пространствах, подподбородочной области; 2 — послеоперационная рана по переднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы; 3 — вскрытый верхний полюс левой молочной железы, рассечена левая большая грудная мышца; 4 — вскрытый верхний полюс правой молочной железы; 5 — обработка послеоперационной раны водным раствором перекиси водорода 3%

Рис. 1. Послеоперационная рана на 4-е сутки стационарного лечения



1 — левая молочная железа; 2 — свободный расщепленный кожный лоскут, фиксированный швами к краям дефекта; 3 — послеоперационные раны под вторичными швами

Рис. 2. Вид дефекта передней поверхности грудной клетки после пластики свободным расщепленным кожным лоскутом по Тиршу с передней поверхности левого бедра на 18-е сутки стационарного лечения

диагноз: Распространенная гнилостно-некротическая одонтогенная флегмона дна полости рта, глубоких клетчаточных пространств шеи и передней поверхности грудной клетки. Тяжесть состояния по шкале SOFA — 1 балл.

Пациентка была доставлена в операционную, где с помощью видеоэндоскопической ассистенции проведена интубация трахеи. Первое оперативное вмешательство заключалось в широком вскрытии воспалительного инфильтрата на всем протяжении и дренировании пораженных клетчаточных пространств под эндотрахеальным наркозом. Разрезы кожи произведены в поднижнечелюстных областях слева и справа, на 2 см ниже нижнего края нижней челюсти, по переднему краю левой грудно-ключично-сосцевидной мышцы и в левой надключичной области. Наложена контрапертура на передней поверхности грудной клетки слева. Из вскрытых пространств получено обильное, жидкое, зловонное гнойное отделяемое серого цвета с каплями жира и пузырьками газа. Микробиологическое исследование раневого отделяемого в дальнейшем показало рост полирезистентного штамма *Acinetobacter sp.* На дне послеоперационной раны определялся некроз фасций, покрывавших мышцы. После некрэктомии вскрытые пространства были обильно промыты водными растворами перекиси водорода 3% и хлоргексидина 0,05%. Послеоперационные раны были дренированы трубчатыми перфорированными дренажами, рыхло тампонированы марлевыми салфетками с перечисленными растворами антисептиков. Удален зуб 36.

С 11 по 25 ноября 2019 г. больная находилась на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, дважды в сутки проводились запрограммированные перевязки и некрэктомия под общей анестезией.

На 4-е сутки лечения на перевязке были обнаружены и дренированы затеки гнойного отделяемого в области верхних полюсов молочных желез справа и слева с привлечением к перевязке торакального хирурга, рисунок 1.

Медикаментозное лечение включало в себя парентеральную антибактериальную терапию препаратами широкого спектра (с 1-х по 4-е сутки — меропенем, ванкомицин, метронидазол, с 5-х по 10-е сутки — меропенем, ванкомицин, цефоперазон+сульбактам), анальгетическую, инфузионную, антисекреторную, витаминотерапию.

В посевах крови на 7-е сутки выявлен рост *Acinetobacter sp.* и *Staphylococcus epidermidis*, установлен диагноз сепсис.

В ходе проводимого лечения состояние больной улучшилось, послеоперационные раны очистились, рост грануляционной ткани был отмечен 24 ноября 2019 г. (13-е сутки лечения), что позволило наложить вторичные швы. 26 ноября 2019 г. больная в состоянии средней степени тяжести переведена в отделение челюстно-лицевой хирургии БМУ КОКБ для дальнейшего лечения и реабилитации.

Проводившиеся в ходе лечения некрэктомии повлекли за собой формирование дефекта кожи передней поверхности грудной клетки площадью 140 см². 29 ноября 2019 г. (18-е сутки лечения) комбустиологом ожогового отделения БМУ КОКБ была выполнена пластика дефекта свободным расщепленным кожным лоскутом по Тиршу с передней поверхности левого бедра, рисунок 2.

Пациентка выписана на амбулаторное лечение с улучшением 9 декабря 2019 г. в удовлетворительном состоянии. Послеоперационные раны челюстно-лицевой области, шеи и грудной клетки зажили первичным натяжением, швы с ран сняты в день выписки. Донорская область на передней поверхности левого бедра эпителизировалась от краев к центру. Диагноз при выписке из стационара: Распространенная гнилостно-некротическая одонтогенная флегмона дна полости рта, глубоких клетчаточных пространств шеи и передней поверхности грудной клетки, осложненная двусторонним маститом. Сепсис. Длительность пребывания в стационаре составила 28 койко-дней.

Заключение

Описанный нами клинический случай распространенной гнилостно-некротической одонтогенной флегмоны, осложненной маститом, демонстрирует возможность тяжелого течения инфекционных процессов челюстно-лицевой области у практически здоровых пациентов. Подобные факторы риска должны учитываться при оказании амбулаторной стоматологической помощи при обращении пациентов с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и при их лечении на госпитальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Seppänen L., Lauhio A., Lindqvist C., Suuronen R., Rautemaa R. Analysis of systemic and local odontogenic infection complications requiring hospital care // J Infect. — 2008. — Vol. 57, № 2. — P. 116–122. doi: 10.1016/j.jinf.2008.06.002
2. Diamantis S., Giannakopoulos H., Chou J., Foote J. Descending necrotizing mediastinitis as a complication of odontogenic infection // Int J Surg Case Rep. — 2011. — Vol. 2, № 5. — P. 65–67. doi: 10.1016/j.ijscr.2011.01.004

3. Лишов Е.В., Харитонов А.А., Путинцев А.М. Особенности хирургического лечения анаэробных инфекций глубоких пространств шеи, осложненных медиастинитом // Acta Biomedica Scientifica. — 2017. — Т. 2, № 6. — С. 130–133. doi: 10.12737/article_5a0a8b9552aa85.61732968
4. Leyva P, Herrero M., Eslava J.M., Acero J. Cervical necrotizing fasciitis and diabetic ketoacidosis: literature review and case report // Int J Oral Maxillofac Surg. — 2013. — Vol. 42, № 12. — P. 1592–1595. doi: 10.1016/j.ijom.2013.05.006
5. Deu-Martín M., Saez-Barba M., López Sanz I., Alcaraz Peñarocha R., Romero Vielva L., Solé Montserrat J. Mortality risk factors in descending necrotizing mediastinitis // Arch Bronconeumol. — 2010. — Vol. 46, № 4. — P. 182–187. doi: 10.1016/j.arbres.2010.01.008
6. Mervyn S., Clifford S.D., Christopher W.S., Manu S.-H., Djillali A., Michael B., Rinaldo B., Gordon R.B., Jean-Daniel C., Craig M.C., Richard S.H., Mitchell M.L., John C.M., Greg S.M., Steven M.O., Gordon D., Tom van der P., Jean-Louis V., Derek C.A. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) // JAMA. — 2016. — Vol. 315, № 8. — P. 801–810. doi: 10.1001/jama.2016.0287

© Лепилин Александр Викторович (meduniv@sgmu.ru), Оганесян Арман Аршакович (oganesyan@bsu.edu.ru),
Петраш Денис Александрович (gromov.alexandr2011@yandex.ru), Тишков Денис Сергеевич (den-tishkov@yandex.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



г. Саратов