

**Скикевич М.Г., Волошина Л.И.**

## **ОСОБЕННОСТИ КТ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи.*

**Ключевые слова:** КТ диагностика, одонтогенные гнойные заболевания челюстно-лицевой области, медиастинит

### **Актуальность**

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии. Это обусловлено возрастанием числа больных с одонтогенными гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области (ОГЗ ЧЛО), количество которых в челюстно-лицевых стационарах достигает более 50 % [4].

Наблюдается изменение клинического течения патологического процесса и увеличение тяжелых форм и распространенности на смежные клетчаточные пространства, а также угрожающих жизни осложнений. Контактный медиастинит приводит в тяжелых случаях к летальным исходам.

Возрастание числа случаев ОГЗ ЧЛО можно объяснить значительным снижением качества жизни населения и отсутствием плановой санации. Справедливости ради надо подчеркнуть, что причиной «проблем с зубами» в большинстве случаев является лень и низкая культура наших граждан. Население всё ещё не осознаёт в достаточной степени значение гигиены ротовой полости. Это способствует нарастанию уровня стоматологической заболеваемости, хронизации одонтогенной инфекции, что в результате приводит к понижению резистентности организма.

Одонтогенный медиастинит возникает вторично на фоне развития основного гнойно-воспалительного процесса в области лица и шеи. Частота возникновения одонтогенного медиастинита по данным различных авторов составляет от 0,3 до 1,4 % по отношению ко всем больным с острыми гнойными воспалительными процессами челюстно-лицевой области. В 20 % наблюдений гнойный медиастинит является осложнением острой одонтогенной и тонзиллогенной инфекции [2]. Намечилась тенденция к увеличению числа больных с одонтогенным медиастинитом. Несмотря на применение современных методов лечения больных, летальность при одонтогенном медиастините достигает 60,7 % [5].

При несвоевременной диагностике медиастинита и непринятии экстренных мер происходит молниеносное распространение гнойно-некротического процесса на все отделы средостения с развитием полиорганных и гемодинамических нарушений, что является типичным ' » для <sup>1</sup> клиники токсического ш ока [6].

Затруднения в диагностике одонтогенного медиастинита возникают из-за относительной редкости этого заболевания и недостаточности Знаний врачами его клиники. Одонтогенный медиастинит характеризуется тяжестью течения и большим разнообразием клинических симптомов в связи с анатомофизиологическими особенностями средостения. Это «затушевывает» клинику медиастинита [3].

Характерными местными клиническими признаками распространения воспалительного процесса в средостение является наличие отека и инфильтрации мягких тканей передне-боковой поверхности шеи с распространением в над- и подключичные области, верхние и передне-боковые отделы грудной клетки.

Для острого медиастинита характерно бурное протекание с быстрым ухудшением состояния за счёт формирования и прогрессирования синдрома интоксикации. Симптомокомплекс местных проявлений зависит от локализации и характера процесса, степени вовлечения в процесс пищевода, трахеи, нервов диафрагмального, возвратного и т.д. Поэтому Могут быть: дисфагия, удушье, упорный кашель, осиплость голоса, аритмии, икота, т.е. полиморфные изменения [1].

Значительные изменения топографо-анатомических отношений в результате развития воспалительного процесса в области шеи вызывают у хирургов дополнительные трудности при проведении оперативных вмешательств в этой зоне, что может быть причиной серьезных ошибок.

Прижизненная диагностика медиастинита составляет 20,5 продолжает оставаться одной из сложно решаемых проблем.

Инструментальное обследование при медиастините начинают рентгенографии грудной клетки минимум в 2 проекциях, диагностический эффект дает КТ [7].

### **Цель исследования**

Изучить временные характеристики КТ флегмон челюстно-лицевой области и шеи с дифференциальной диагностики медиастинита.

### **Результаты исследования**

Проведен анализ результатов обследования 21 больного, которые находились на лечении в Полтавской областной клинической больнице в челюстно-лицевом отделении.

Все больные с диагнозами дна полости рта и шеи были обследованы общеклинически, проведен осмотр челюстно-лицевого хирурга и сразу же в приёмном

отделении большинству больных (15 наблюдений из 21) сделано КТ дна полости рта, шеи и грудной клетки.

Все больные сразу же были прооперированы после установления диагноза флегмоны дна рта, шеи и медиастинита. Оперативное лечение состояло из раскрытия и дренирования выявленных гнойников в области дна полости рта, шеи и ревизии прилежащих анатомических областей.

По разным причинам от момента заболевания и до КТ исследования больных время (количество дней различное от 2-3 дней и до 1 недели) было различным.

С момента госпитализации и КТ исследования до проведения оперативного лечения термин времени был так же различен.

Это можно объяснить сложностью данного контингента больных, необходимостью консультаций ряда узких специалистов и проведением предоперационной подготовки больных, обязательным наличием ряда результатов лабораторных исследований.

Средний промежуток времени от начала клинического обследования больного и до оперативного вмешательства раскрытия флегмон составлял 3 часа у 7 больных. У этой группы больных выявлено совпадение клинического и КТ (рентгенологическое) совпадение диагнозов.

У 6 больных через 3,5 и более часов от проведенного КТ исследования погрешность в постановке диагноза возросла до 50% (за счёт распространения острого гнойного воспалительного процесса по клетчаточным пространствам).

У 2 больных КТ исследование проведено как при поступлении в стационар, так и перед проведением следующего оперативного вмешательства в связи с дальнейшим распространением воспалительного процесса в средостение при наличии выраженной интоксикации. КТ диагнозы не совпадали, было подтверждено распространение воспалительного процесса в средостение. Анализируя информативность КТ обследования нами были установлены диагнозы переднего и заднего медиастинитов.

Учитывая то, что 6 больных не были КТ обследованы при поступлении, то им был проведен рентгенологический контроль ОГК в динамике лечения ОГЗ ЧЛЮ. Одному больному было срочно проведено до обследование, а именно, КТ исследование органов грудной полости. Диагноз медиастинита подтвержден и проведено соответствующее оперативное лечение.

Установлено, что диагнозы клинический (а также операционный) и рентгенологический (КТ) практически совпадают в термин до 3 часов. Следовательно, оперативное лечение ОГЗ ЧЛЮ должно быть проведено именно в это время.

При невозможности хирургического вмешательства в этот временной промежуток возрастает вероятность несовпадения данных КТ с клинической картиной

флегмонозного процесса. Поэтому можно избежать дополнительных сложностей в диагностике, определившись с временными приоритетами проведения оперативных вмешательств в челюстно-лицевой хирургии.

### **Выводы**

Таким образом, в общей структуре флегмон шеи доминируют прогрессирующие обширные гнойно-воспалительные процессы. Своевременная постановка диагноза и раннее начало лечения позволяют улучшить отдалённые результаты. Основным видом лечения является оперативное вмешательство, проводимое в первые часы после госпитализации. Объём оперативного вмешательства должен соответствовать объёму и характеру гнойно-воспалительного процесса.

Диагностика и лечение одонтогенными гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области, медиастинита часто выходит за рамки компетенции только челюстно-лицевого хирурга и приобретает значимость для ряда специалистов: общих и торакальных хирургов, оториноларингологов, реаниматологов.

### **Литература**

1. Козлов В.А., Егорова О.А. Одонтогенный медиастинит: патогенез, клиника, диагностика, исходы // Медицинский академический журнал. - 2004.- N 4.-С.73-78.
2. Бернадский Ю.И.. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - 3-е изд., перераб. и доп. Витебск, 2007. -416с.
3. Евстратов В.В., Рсх гни В.И., Фомин И. А., Пак Р.Ю. Особенности течения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого возраста // Современные проблемы науки и образования. -2013.-№6.-С. 234. 125-128.
4. Кабанова А.А., Походенько-Чудакова И.О. Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи. Современный подход к диагностике, прогнозированию и лечению //Военная медицина.-2013.-№3.- С.
5. Казакова Ю.М., Походенько-Чудакова И.О. Частота гнойно-воспалительных осложнений одонтогенной этиологии в околочелюстных мягких тканях нижней челюсти / Рос. стом. журнал, №4, 2005.-С. 20-22.
6. Козлов В.А., Егорова О.А. Одонтогенный медиастинит. Клиника, диагностика, лечение. СПб.: МАПО, 2002, С. 23.