

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ

ХАРЬКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

***ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ***

Сборник научных трудов

Выпуск 5

Харьков, 2002

Скікевич М.Г., Крайнікова Е.В.

ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ГЛИБОКИХ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

До цього часу питання діагностики та лікування гнійно-запальних процесів глибоких відділів щелепно-лицевої ділянки і шиї залишається актуальним, ця патологія становить пряму загрозу життю хворого, а через складність діагностики призводить до пізньої госпіталізації, внаслідок чого збільшуються тривалість лікування хворих і строки тимчасової непрацездатності.

За 2001 рік у ЩЛД ПОКЛ проліковано 22 пацієнти з діагнозом: флегмона приглоткового простору (ФПП). У 5 чоловік причиною захворювання була патологія піднебінних мигдалин (тонзилогенні флегмони), а у 17 - запальні процеси зубощелепної системи (одонтогенні). Вік хворих від 19 до 83 років, серед хворих на одонтогенні флегмони більше чоловіків працездатного віку (11 чоловік), всі хворі на тонзилогенні флегмони - переважно літні жінки (4 пацієнтки з 5). З хворих на одонтогенні флегмони 6 чоловік жителі села. 11 – проживають у місті. Всі вони направлені на стаціонарне лікування в день звернення до дільничного лікаря, але до того займалися самолікуванням протягом 5- 12 днів.

Одонтогенна ФПП не була діагностована на догоспітальному етапі в жодного хворого. Це може пояснюватись локалізацією процесу в глибоких відділах щелепно-лицевої ділянки, складністю огляду через контрактуру жувальних м'язів, атиповий перебіг захворювання, поєднаним ураженням суміжних анатомічних ділянок (у клініці яскравіше виражені зовнішні ознаки), недостатнім знанням лікарями особливостей приглоткових флегмон.

Першими ознаками ФПП є одностороння біль у горлі з іррадіацією в вухо, що посилюється при ковтанні і різко утруднює прийом їжі, потім з'являється уривчасте дихання, охриплість голосу, підвищується температура тіла до 38-40°C, збільшуються підщелепні та шийні лімфовузли.

Зовнішні ознаки мало інформативні: помірно виражений набряк тканин верхньозаднього відділу підщелепної ділянки, шкірні покриви звичайного забарвлення, під кутом нижньої щелепи пальпується глибокий різко болючий інфільтрат. При огляді порожнини рота спостерігається різко обмежене його відкривання. При обережному і повільному його відкриванні - різка асиметрія бокової стінки глотки, піднебінної дужки та м'якого піднебіння з хворого боку, язичка, їх різка гіперемія.

Щодо діагнозів направляючих закладів, то бони були такі: з діагнозом “запальний інфільтрат підщелепної ділянки“ направлено 3 хворих; флегмона підщелепної ділянки - 9 хворих; флегмона дна ротової порожнини - 1 хворий; флегмона нижньої щелепи - 2 хворих; крило-щелепна флегмона - 3 хворих.

Тонзилогенні флегмони діагностувались зразу і хворі направлялись у щелепно-лицеве відділення. Флегмон з ізольованим ураженням приглоткового простору не було в жодного пацієнта, вони поєднувалися з флегмонами кількох анатомічних ділянок: крилощелепного простору - у 8 хворих; підщелепного у 1 2 хворих; субмасетеріального - у 4 хворих; щічної ділянки - у 2 хворих; ускладнена медіастинітом тонзилогенна флегмона у 1 хворої.

Тяжкість захворювання обумовлена захопленням гнійним процесом глибоких відділів щелепно-лицевої ділянки. Враховуючи стан хворих, тривалість їх лікування становила від 6 до 29 днів (в середньому проведено 16-18 діжок-діб). З повним одужанням виписано тільки 5 чоловік, решта потребувала тривалого амбулаторного лікування із залученням суміжних спеціалістів: ЛОР-лікаря, кардіолога, пульмонолога.