

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И КОНЦЕПЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*А.А.Никитин, М.Ю.Герасименко, М.Н.Косяков, А.Н.Невров,
В.П.Лапшин*
МОНИКИ

Патогенезу, диагностике и лечению воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области посвящено значительное количество научных исследований [1, 3, 6]. Однако вопросы одонтогенных инфекций все еще остаются актуальными для клиники как в теоретическом, так и практическом отношении. Их нельзя рассматривать только как чисто хирургическую проблему, ибо частота воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи в значительной мере зависит от эффективности лечения кариеса зубов и его осложнений, заболеваний пародонта [2, 5].

В последние годы среди специалистов, занимающихся этой проблемой, интерес к острой одонтогенной инфекции еще более возрос. Это объясняется, прежде всего, значительным повышением числа больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Они составляют, по данным разных авторов, от 10 до 30% хирургических больных, обращающихся в стоматологические поликлиники, и около 50-60% больных, госпитализированных в специализированные стоматологические стационары [1, 3, 6].

В последнее десятилетие отмечается агрессивность течения одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области с развитием тяжелых осложнений, — таких, как медиастинит, тромбоз лицевого синуса, тромбоз пещеристого синуса, сепсис, менингит, менингоэнцефалит и др. [3].

В связи с актуальностью, теоретической и практической значимостью проблемы острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области, начиная с 1970 г., ей был посвящен ряд съездов, пленумов, симпозиумов научного медицинского общества стоматологов. Последний III съезд Общероссийской стоматологической ассоциации, который проходил 9-13 сентября 1996 г. в Москве, также был посвящен этой проблеме. Острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и их осложнения требуют к себе пристального внимания не только стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, но и специалистов смежных медицинских дисциплин, — таких, как токсикология, иммунология, эндокринология, микробиология и др.

Совершенно очевидно, что агрессивная форма течения воспалительных процессов челюстно-лицевой области привела к значительному росту временной нетрудоспособности (больные — в основном наиболее трудоспособное население в возрасте от 20 до 40-45 лет), а в ряде случаев — к инвалидизации и смерти. Таким образом, проблема имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение.

Целью данной работы является разработка единого подхода к методам диагностики и лечения острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Под наблюдением с 1986 по 1996 г. находились 1864 человека в возрасте от 7 до 83 лет (см. таблицу).

Таблица

Воспалительные заболевания и летальность по отделению челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ за 11 лет

Год	Число больных	Заболевание			Летальность
		Одонтогенные абсцессы	Одонтогенные флегмоны	Медиа-стиниты	
1986	139	21	22	-	-
1987	156	22	25	-	-
1988	184	11	71	2	2
1989	180	21	69	-	-
1990	171	13	73	-	4
1991	162	12	59	1	-
1992	221	32	85	3	2
1993	128	13	71	6	4
1994	134	17	104	2	2
1995	175	13	91	17	2
1996	214	9	193	12	5
Всего	1864	184	863	43	17

Изучение причин повышения числа больных с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области и их осложнениями выявили основные аспекты проблемы. Растет количество больных, утяжеляется течение воспалительных процессов, появляются новые – молниеносные – формы развития воспалительных процессов (через 2-4 дня осложнения и летальный исход). Растет количество тяжелых разлитых флегмон челюстно-лицевой области, увеличилось число осложнений. Если в среднем по России (СССР) раньше среди больных с флегмонами челюстно-лицевой области одонтогенные медиастииниты наблюдались 1-2 раза в год, то сейчас это число увеличилось в 4,6 раза.

Каждый второй больной поступает с фоновой патологией (сахарный диабет, заболевания сердца, сосудов, почек, печени, хронические неспецифические заболевания легких, туберкулез). В анамнезе у большинства больных выявляются хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания. Перед поступлением в стационар, как правило, больные переносят острые вирусные инфекции.

При изучении организации работы медицинских стоматологических учреждений Московской области отмечены следующие недостатки:

- низкая обеспеченность коечным фондом;
- отсутствие преемственности между амбулаторным и стационарным звеном, а это должны быть звенья единой системы;

- низкий уровень оказания амбулаторной стоматологической помощи на местах;
- нет единой системы подготовки и аттестации кадров хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов;
- практически отсутствует 2-3-месячная подготовка хирургов-стоматологов в стационаре, т.к. врачи предпочитают заниматься косметической или пластической хирургией;
- нет единой концепции лечения больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области;
- некачественное лечение кариеса и его осложнений на амбулаторном приеме, низкий уровень гигиенической культуры среди населения и отсутствие санитарно-просветительской работы.

Основным этиологическим фактором развития острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области является одонтогенная инфекция, т.е. распространение микробного агента из полости зуба при осложненном течении кариеса, вначале в периодонт, затем через множество мелких отверстий в кортикальной пластинке лунки зуба в костномозговые пространства альвеолярного отростка челюсти и далее под надкостницу и окружающие ее слизистую оболочку полости рта и клеточные пространства околожелюстной области [5]. Значительно реже источником инфицирования служат нагноившиеся околозубные кисты, альвеолиты. Лишь в 2-4% наблюдений среди наших больных выявлен занос микрофлоры в челюстно-лицевую область другими путями – гематогенным, лимфогенным, контактным.

Нелеченый кариес примерно в 70% наблюдений приводит к развитию периодонтита [1, 5]. Как указывает Е.В.Боровский [2], при определении качества пломбирования корневых каналов, при лечении пульпита у обследованных 314 пациентов установлено, что в городских поликлиниках г. Москвы однокорневые каналы запломбированы в 40,1% случаев, каналы двухкорневых зубов – в 28,3% случаев, а три канала не было запломбировано ни у одного. Рентгенологическое обследование 156 зубов (35 премоляров и 121 моляр), леченных резорцин-формалиновым методом, позволило установить, что из 60 зубов, каналы которых заполнены до верхушки корня, деструктивные изменения в костной ткани выявлены только в одном зубе, тогда как из 96 зубов, где каналы запломбированы были не до верхушки корня, изменения в периодонте обнаружены в 81 наблюдении.

Аналогичная картина наблюдается и у больных, поступающих на лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ. В связи с этим растет и число больных с тяжелыми одонтогенными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области. Снижение уровня иммунной защиты является, безусловно, предрасполагающим фактором обострения хронически воспаленного периодонта с распространением инфекции в окружающие мягкие ткани. При развитии острого воспалительного процесса это требует проведения иммунокорректирующей терапии в стационаре.

К сожалению, сложилась порочная практика, когда врачи-стоматологи амбулаторно-поликлинического звена не несут впрямую ответственность за смерть больного; эта тяжелая участь остается хирургам-стоматологам и челюстно-лицевым хирургам стационаров.

Считаем, что настала пора привлекать к ответственности врачей-стоматологов, которые из-за своей некачественной работы обрекают больного на возможность развития гнойно-септических осложнений.

Установлено, что возбудителем острой одонтогенной инфекции является, в большинстве случаев, золотистый стафилококк, чаще в виде моноинфекции или в сочетании с другой кокковой флорой (стрептококки). Тяжесть клинического течения острой одонтогенной инфекции в меньшей степени зависит от вирулентности возбудителя и определяется, в основном, состоянием реактивности, сопротивляемости организма, т.е. уровнем неспецифического иммунитета и степенью сенсibilизации. В ослабленном организме возбудителем заболевания может быть и непатогенная аутоинфекция.

Анализ наших клинических данных показал, что в последние годы произошли значительные изменения в составе микрофлоры, высеваемой из одонтогенных очагов воспаления. Если раньше в мазках идентифицировали монокультуры стафилококков, стрептококков, которые являлись возбудителями воспалительного процесса, то в настоящее время флора стала полимикробна с преобладанием анаэробной, сочетанием нескольких особо вирулентных возбудителей. В последние 5 лет при изменении традиционной методики забора мазка на специальные методики для определения анаэробной микрофлоры удалось выявить преобладание анаэробной флоры в соотношении более чем 2:1. Чаще всего высевались культуры следующих возбудителей: анаэробные грампозитивные кокки, строго анаэробные грамотрицательные бактерии, пептострептококки. Неспецифические анаэробные стрептококки, анаэробные грампозитивные палочки, актиномицеты и др.

Правильное выявление микрофлоры является основанием для успешного химиотерапевтического лечения больных с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области. Большинство микроорганизмов одонтогенного очага нечувствительны или малочувствительны к ряду наиболее распространенных, доступных и относительно недорогих антибиотиков, особенно к пенициллиновой и тетрациклиновой группам. Хороший клинический эффект, наблюдаемый при их применении, объясняется лишь успешным, адекватным и своевременным оперативным вмешательством, воздействием на сапрофитную флору симбиоза антибиотиков, что снижает ее патогенность. Поэтому мы не отказываемся от применения этих антибиотиков при легких и среднетяжелых формах воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в сочетании с оперативным лечением до получения результатов чувствительности микрофлоры.

Несмотря на использование современных методов и средств, результаты лечения воспалительных процессов не всегда достигают желаемого эффекта. Здесь следует учитывать ряд факторов, которые служат причиной развития и генерализации одонтогенной инфекции.

Это следующие факторы:

- ошибки в диагностике и поздняя госпитализация;
- нерадикальность оперативного лечения, неправильная хирургическая тактика;

– неправильная оценка спектра антибиотиков, неконтролируемое, необоснованное, а зачастую неправильное их применение;

– снижение местной иммунологической реактивности организма;

– значительное увеличение аллергических реакций на применение различного рода препаратов;

– увеличение группы больных пожилого возраста, у которых имеется сопутствующая патология, увеличение асоциальной группы больных – беженцев, токсикоманов, наркоманов, алкоголиков.

Одним из крайне тяжелых и грозных осложнений острой одонтогенной инфекции является медиастинит. Следует отметить, что число больных медиастинитом и тяжесть заболевания имеют тенденцию к увеличению. Причины, вызвавшие развитие медиастинита у наших больных, можно разделить следующим образом:

– позднее обращение к специалисту за помощью;

– быстрое развитие воспалительного процесса вследствие фоновой патологии (сахарный диабет, ИБС, хронический пиелонефрит, снижение иммунитета);

– вирулентность микрофлоры (анаэробная инфекция, синегнойная палочка, неклостридиальные микроорганизмы);

– неправильная хирургическая тактика, неадекватное дренирование гнойного очага, отсутствие опережающих разрезов на пути распространения гнойного процесса;

– несвоевременная диагностика клиники медиастинита и как следствие – запоздалое хирургическое пособие.

Лечение больных медиастинитом начинается немедленно с момента поступления в клинику. Оно включает в себя предоперационную подготовку больного, клинико-лабораторное обследование для уточнения характера, тяжести и локализации процесса, экстренную операцию. При вовлечении в процесс верхнего средостения нами проводилась коллярная медиастинотомия, если же выявляли средний, нижний или тотальный медиастинит, или сочетание с другой патологией органов грудной клетки (гнойный плеврит, перикардит), проводилась торакотомия – чрезбрюшинно-диафрагмальный доступ к нижнему средостению. В послеоперационном периоде для предотвращения скопления гноя в средостении использовалась активная вакуум-аспирация с одномоментным промыванием средостения через двухходовую дренажную трубку растворами антисептиков, протеолитических ферментов. Для лечения тяжелых форм одонтогенных осложнений применяли препараты, обладающие анаэробным спектром действия (цефалоспорины 2- и 3-го поколения, клиндамицин, метронидазол). С клинической точки зрения наиболее эффективен клиндамицин (как отдельно, так и в сочетании с аминогликозидами). Однако возможность его применения ограничивалась в связи с высокой вероятностью развития псевдомембранозного колита у ослабленных больных. Назначение фторхинолонов (ципробай, циплостин), перекрывающих практически весь антимикробный спектр, высокоэффективно, но требует тщательного контроля за функциями организма из-за их токсичности. Проводилась активная дезинтоксикационная терапия (гемосорбция, плазмаферез), коррекция иммунитета, трансфузионная терапия. Больные получали ультрафиолетовое

или транскутанное лазерное облучение крови, назначали ГБО, внутритканевый электрофорез антибиотиков, ингаляционную терапию, местно – ультрафиолетовое облучение, УВЧ-терапию.

За последние 10 лет этот рациональный объем хирургического лечения и терапии позволил снизить летальность в отделении с 50% до 11,7% при медиастинитах и сократить длительность койко-дня с $19,6 \pm 2,0$ до $15,4 \pm 1,5$ при острых одонтогенных воспалительных процессах челюстно-лицевой области, а также предотвращать такие грозные осложнения, как медиастинит, менингоэнцефалит, сепсис.

Профилактика острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области может быть перспективной с учетом следующих соображений:

- борьба с такими тяжелыми заболеваниями, как воспалительные процессы челюстно-лицевой области, невозможна без проведения серьезных мер профилактики. Сюда входит и возобновление распространения знаний о значении гигиены полости рта для сохранения здоровья наших пациентов;
- повышение качества лечения зубов, пораженных периодонти- том, должно стать обязательным для каждого добросовестного врача стоматолога-терапевта;
- для достижения радикального лечения зубов при плохо проходимых или так называемых непроходимых каналах (нет непроходимых каналов, есть врачи, не владеющие навыками эндодонтии) необходимо более широкое использование хирургических вмешательств при лечении периодонтитов, – таких, как гемисекция, реплантация, резекция верхушки корня зуба;
- при проведении ортопедического лечения необходим профессиональный подход к оценке состояния периодонта зубов, чтобы не допускать обострения хронического одонтогенного очага;
- проблема профилактики – задача для всех стоматологов;
- необходима разработка жесткой системы контроля за качеством лечения и ответственности тех врачей-стоматологов, которые в условиях рыночной экономики утратили свое профессиональное значение.

Чтобы профилактика осложнений острых воспалительных процессов оказалась действенной, необходимо:

- осуществить концентрацию всех больных с тяжелыми формами заболевания в специализированных отделениях гнойной хирургии лица и шеи, расположенных на базе многопрофильных клинических больниц, или создание специальных детоксикационных отделений, с наличием эффективных методов лечения: гемосорбции, плазмафереза, лимфосорбции, гемофильтрации и др. Концентрация больных в таких лечебных подразделениях способствовала бы росту постоянной квалификации сотрудников;
- разработать специальные диагностические программы прогнозирования возможности развития осложнений на основе комплексного изучения состояния гемостаза, метаболизма, иммунитета, микробиологических исследований;
- совершенствовать и разрабатывать программы комплексного лечения, отражающие этапность проведения лечебных мероприятий

с выделением предоперационной подготовки, хирургического вмешательства и дальнейшего лечения в послеоперационном периоде. В этих программах, наряду с массивной антибиотикотерапией, необходимо предусмотреть комплекс средств детоксикационного действия, восполняющих дефицит объема циркулирующей крови, улучшающих сократительную способность миокарда, корригирующих метаболические нарушения;

– разработать четкую систему преемственности медицинских учреждений “стоматологическая поликлиника – специализированный стационар”.

Только комплексный подход к профилактике и лечению острых одонтогенных процессов челюстно-лицевой области позволит уменьшить их количество и, по возможности, предотвратить развитие их осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Н.Н., Козлов В.А., Максимовский Ю.М., Робустова Т.Г. // Материалы III съезда Стоматологической ассоциации. – М., 1996. – С.38.
2. Боровский Е.В. // Материалы III съезда Стоматологической ассоциации. – М., 1996. – С.38.
3. Воложин А.И. // Материалы III съезда Стоматологической ассоциации. – М., 1996. – С.49.
4. Губин М.А., Харитонов Ю.М., Гирко Е.И., Чевардов Н.И. // Материалы III съезда Стоматологической ассоциации. – М., 1996. – С.39.
5. Кунин А.А., Шумилов Б.Р., Азарова О.А. // Материалы III съезда Стоматологической ассоциации. – М., 1996. – С.63.
6. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. – М., 1985.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ НАУКОЕМКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

*Г.В.Цодиков, В.И.Баранов, Е.В.Волчкова, О.А.Кутычкина,
Е.Н.Солопанова, С.В.Скворцов, А.В.Калинин, Л.А.Подрезова,
Д.И.Бабкин*

МОНИКИ, Пушчинский научный центр

Распространенность вирусных гепатитов во всем мире, и в нашем регионе в частности, стимулирует совершенствование методов диагностики этих заболеваний. Наиболее частой причиной развития гепатита является вирус В. Около 10% больных острым гепатитом В становятся хроническими носителями вируса и источником инфицирования. Второе место по частоте встречаемости занимает острый вирусный гепатит С, который в 50% случаев трансформируется в хроническую форму, а у 10-15% больных достигает цирроза или гепатоцеллюлярной карциномы [3].

Своевременная этиологическая диагностика вирусных гепатитов снижает риск распространения инфекции, позволяет своевременно воздействовать на возбудитель гепатита, вызвать его элиминацию.

Тестирование маркеров инфицирования занимает центральное место в диагностике и профилактике вирусных гепатитов [2,4,5]. Высокие цены диагностических тест-систем, выпускаемых зарубеж-