УДК: 616-002.36

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОДОНТОГЕННОЙ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО И КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НИЖНЕГО МОЛЯРА

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор,

Ижевский государственный медицинский университет,

Ижевск, Россия

Мансурова Л. Р

студент,

Ижевский государственный медицинский университет,

Ижевск, Россия

Аннотация

Представлен клинический случай одонтогенной флегмоны левого поднижнечелюстного и крыловидно-нижнечелюстного пространств у 45-летнего пациента, развившейся на фоне хронического гранулематозного периодонтита 36-го зуба. Рассмотрены особенности клинического течения, диагностики и распространения гнойно-воспалительного процесса. Описано хирургическое лечение, включавшее вскрытие и дренирование гнойного очага, удаление причинного зуба и антибактериальную терапию. Проанализирована послеоперационная динамика состояния пациента. Цель работы: представить клинический случай одонтогенной флегмоны глубоких клетчаточных пространств

челюстно-лицевой области с анализом особенностей диагностики и хирургического лечения.

Ключевые слова: одонтогенная флегмона, поднижнечелюстное пространство, крыловидно-нижнечелюстное пространство, хронический гранулематозный периодонтит, гнойно-воспалительный процесс, хирургическое лечение, дренирование.

A CLINICAL CASE OF ODONTOGENIC PHLEGMON OF THE SUBMANDIBULAR AND PTERYGOMANDIBULAR SPACES AS A COMPLICATION OF CHRONIC PERIODONTITIS OF THE LOWER MOLAR

Styazhkina S.N.,

Doctor of Medicine, Professor,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Mansurova L. R.

Student,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Abstract

A clinical case of odontogenic phlegmon of the left submandibular and pterygomandibular spaces in a 45 -year- background of chronic granulomatous periodontitis of the 16th tooth, is presented. The features of the clinical course, diagnosis, and spread of the purulent -inflam

process are considered. The surgical treatment, which included opening and draining the purulent focus, removal of the causative tooth, and antibacterial therapy, is described. The postoperative dynamics of the patient’s condition are analysed. The aim of the work is to present a clinical case of odontogenic phlegmon involving the deep fascial spaces of the maxillofacial region, with an analysis of the diagnostic features and surgical treatment.

Keywords: odontogenic phlegmon, submandibular space, pterygomandibular space, chronic granulomatous periodontitis, purulent -inflam

drainage**.**

Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются актуальной проблемой современной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Особое клиническое значение имеют флегмоны, характеризующиеся распространённым гнойным воспалением клетчаточных пространств лица и шеи. Опасность данной патологии обусловлена особенностями топографо-анатомического строения челюстно-лицевой области, наличием многочисленных межфасциальных пространств и возможностью быстрого распространения инфекционного процесса на соседние анатомические структуры [1–3].

Одним из основных источников развития одонтогенных гнойно-воспалительных процессов являются заболевания зубов, сопровождающиеся распространением инфекции за пределы периапикальных тканей. В частности, хронический периодонтит может выступать первичным инфекционным очагом, из которого микроорганизмы проникают в окружающие костные и мягкие ткани, создавая условия для развития периостита, абсцессов и флегмон [2, 3].

Особую опасность представляют флегмоны глубоких клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их клиническое течение может сопровождаться

выраженным болевым синдромом, воспалительной инфильтрацией тканей, тризмом, нарушением жевания и глотания, а также системными проявлениями воспалительной реакции. При распространении инфекции на глубокие пространства шеи возможно развитие тяжёлых осложнений, а также нарушение проходимости дыхательных путей и нисходящий медиастинит [4, 5].

Важное значение в диагностике и лечении данной патологии имеют своевременное выявление первичного одонтогенного очага, определение анатомических границ воспалительного процесса, оценка общего состояния пациента и проведение адекватного хирургического лечения в сочетании с антибактериальной терапией [3–5].

Несмотря на развитие современных методов диагностики и лечения, одонтогенные флегмоны сохраняют клиническую значимость в связи с риском распространения инфекции и развития жизнеугрожающих осложнений [4, 5].Цель работы — представить клинический случай одонтогенной флегмоны левого поднижнечелюстного и крыловидно-нижнечелюстного пространств, развившейся на фоне хронического гранулематозного периодонтита 36-го зуба, с анализом особенностей клинического течения, диагностики и хирургического лечения.

Этиология и патогенез одонтогенных флегмон

В работах А. Г. Шаргородского и А. А. Тимофеева воспалительные заболевания челюстно-лицевой области рассматриваются с учётом особенностей клинической анатомии, источников инфекции, механизмов распространения воспалительного процесса и реактивности организма [1, 2].

Одонтогенные флегмоны развиваются вследствие проникновения микроорганизмов из патологического очага в области зубов в окружающие ткани. В качестве первичных источников инфекции могут выступать осложнённые формы кариеса, пульпит, острый и хронический периодонтит. При прогрессировании воспаления инфекционный процесс может распространяться за пределы

периодонта, вовлекать костную ткань челюсти и прилежащие клетчаточные пространства [1, 2].

В развитии одонтогенных инфекций важную роль играет полимикробная микрофлора полости рта, включающая аэробные и анаэробные микроорганизмы. Сочетание различных бактериальных видов может способствовать прогрессированию воспалительного процесса и поражению окружающих тканей [4].

Топографо-анатомические особенности распространения инфекции

Согласно данным литературы, характер и направление распространения одонтогенной инфекции во многом определяются анатомическим расположением причинного зуба, отношением верхушек его корней к кортикальным пластинкам челюсти и прикреплению мышц, а также особенностями фасциально-клетчаточных пространств [1, 2, 4].

Особое значение при развитии флегмон нижней челюсти имеют поднижнечелюстное и крыловидно-нижнечелюстное пространства.

Поднижнечелюстное пространство является потенциальным пространством, в котором при распространении инфекции формируется воспалительная инфильтрация, сопровождающаяся припухлостью, болезненностью и изменением контуров соответствующей области.

Крыловидно-нижнечелюстное пространство располагается между медиальной поверхностью ветви нижней челюсти и медиальной крыловидной мышцей. При развитии воспаления в данной области характерным клиническим проявлением может быть тризм, обусловленный вовлечением жевательной мускулатуры в воспалительный процесс [1, 2].

Особенности строения фасциальных пространств имеют принципиальное значение для понимания распространения инфекции на соседние анатомические

области. В обзоре M. F. MacIsaac и S. A. Rottgers (2024) подчёркивается, что сложная система фасциальных пространств головы и шеи создаёт анатомические условия для распространения инфекционных процессов, а знание этих особенностей необходимо для определения тактики диагностики и лечения [4].

Клиническая картина и диагностика

Клинические проявления одонтогенных флегмон зависят от локализации и распространённости воспалительного процесса. К основным местным признакам относятся отёк, гиперемия, болезненная инфильтрация мягких тканей, ограничение открывания рта и нарушение функции жевания.

Общие проявления могут включать повышение температуры тела, слабость, озноб и лабораторные признаки системной воспалительной реакции. При обследовании пациентов особое значение имеют общий анализ крови, определение С-реактивного белка и оценка других лабораторных показателей с учётом клинической картины [1–3].

В современной диагностике глубоких инфекций головы и шеи важное место занимают методы лучевой визуализации. Компьютерная томография с внутривенным контрастированием позволяет оценить распространённость воспалительного процесса, вовлечение глубоких анатомических пространств и наличие сформированных гнойных скоплений [4, 5].

Современные подходы к хирургическому лечению

В литературе хирургическое лечение одонтогенных флегмон рассматривается как важнейший компонент комплексной терапии. Основными направлениями являются устранение первичного одонтогенного очага, хирургическая санация гнойного процесса, обеспечение адекватного дренирования поражённых тканей и проведение антибактериальной терапии [2, 3, 5].

Таким образом, данные литературных источников свидетельствуют о необходимости комплексной оценки клинических проявлений, анатомической локализации и распространённости одонтогенного воспалительного процесса для выбора обоснованной лечебной тактики.

История болезни пациента

Пациент- мужчина,45 лет, работает водителем со стажем более 20 лет

Анализ факторов риска: профессиональная деятельность пациента является ключевым триггером развития патологии. Длительные рейсы (по 7–10 дней) сопряжены с нарушением режима питания- преобладание термически обработанной углеводной пищи быстрого приготовления, злоупотребление крепким кофе для поддержания бодрости и практически полное отсутствие гигиены полости рта в пути.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Вирусный гепатит, туберкулез, ВИЧ-инфекцию отрицает.

Хронические заболевания внутренних органов (сахарный диабет, гипертоническая болезнь) — отрицает (соматически здоров).

Аллергологический анамнез не отягощен (непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда ранее не выявлялась).

Вредные привычки: курение по пачке сигарет в день на протяжении 25 лет, алкоголь употребляет эпизодически.

Анамнез настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Пациент отмечает первоначальное появление дискомфорта при жевании в области 36 зуба, преимущественно при употреблении твёрдой пищи. В дальнейшем развился острый периодонтит, сопровождавшийся нарастанием болевого синдрома. С целью купирования боли пациент самостоятельно принимал

нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен 400 мг до 4 раз в сутки), на фоне чего отмечал диспепсические явления.

В связи с усилением болевого синдрома пациент самостоятельно начал приём амоксициллина в дозе 500 мг, однако прекратил антибактериальную терапию на третьи сутки. Несмотря на временное улучшение самочувствия, в дальнейшем отмечалось прогрессирование воспалительного процесса: усиление пульсирующей боли с иррадиацией в левое ухо и височную область, развитие периостита и инфильтрации мягких тканей левой щёчной области.

Клиническая картина сопровождалась повышением температуры тела до 38,8 °С, ознобом, повышенной потливостью, спазмом жевательной мускулатуры, затруднением открывания рта, приёма твёрдой пищи и глотания.

Объективные данные и расширенное обследование (Status praesens)

При поступлении состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, адекватен, но фиксирован на болевом синдроме.

1.Внешний осмотр

Выраженная асимметрия лица. Левая половина лица увеличена в объеме. Кожные покровы в левой поднижнечелюстной, щечной и позадичелюстной областях гиперемированы, напряжены, складки кожи сглажены. Определяется положительный симптом «лоснящейся» или «лакированной» кожи, указывающий на глубокое пропитывание тканей серозно-гнойным экссудатом.

При пальпации определяется плотный, неподвижный болезненный инфильтрат. Глубокая пальпация по краю нижней челюсти вызывает резкое усиление боли. Флюктуация сомнительна из-за плотности фасциальных листков шеи, однако косвенным признаком скопления жидкости служит сглаживание рельефа шейных мышц слева.

Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 2–2,5 см, неподвижны при пальпации, болезненны. Кожа над узлами имеет застойно-синюшный оттенок.

2.Осмотр полости рта

Открывание рта ограничено до 2,5 см между режущими краями центральных резцов (в норме 4–5 см). Попытка насильственного открытия сопровождается сильной болью.

Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области 36 зуба (левый нижний моляр) отечна, гиперемирована с цианотичным оттенком, переходная складка выбухает в виде полушария. При инструментальной пальпации инструментом отмечается симптом пергаментного хруста (крепитация) у основания выбухания, свидетельствующий о газообразующей инфекции.

Зуб 36: глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Из-под десневого края выделяется густой гной желто-зеленого цвета с крайне неприятным, сладковато-гнилостным запахом .

Язык сухой, обложен плотным серым налетом, сосочки гипертрофированы. Слюна вязкая.

Лабораторная диагностика

Общий анализ крови: лейкоцитоз 18,2×10 ^9/л со сдвигом формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы — 14%), токсигенная зернистость нейтрофилов. СОЭ — 45 мм/ч.

Биохимический анализ: повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) до 180 мг/л, прокальцитониновый тест положительный (0,8 нг/мл), что указывает на высокий риск системного воспалительного ответа.

Лучевая диагностика: Ортопантомограмма выявила разрушение коронковой части 36 зуба и обширную деструкцию костной ткани вокруг верхушек корней

Лечение

Диагноз:

Одонтогенная флегмона левого поднижнечелюстного и крыловидно-нижнечелюстного пространства. Хронический гранулематозный периодонтит 36 зуба.

Экстренное хирургическое вмешательство:

Проведено вскрытие флегмоны наружным доступом (под краем нижней челюсти) под внутривенной анестезией. Выполнен широкий разрез кожи длиной 6–7 см. Рассечена подкожная клетчатка и платизма. При разведении краев раны выделилось около 40 мл густого сливкообразного гноя желто-зеленого цвета со зловонным запахом. Пальпаторно ревизия показала распространение затека вдоль наружной поверхности медиальной крыловидной мышцы. Гнойная полость промыта растворами антисептиков (гипохлорит натрия 0,05%, перекись водорода 3%) до чистых вод. Установлен двухпросветный дренаж Пенроза.

Санация источника:

Сразу в операционной удален причинный 36 зуб. Лунка дополнительно выскоблена острой ложкой и дренирована турундой с левомеколем.

Медикаментозная терапия

Антибиотикотерапия-цефалоспорины:

- Цефтриаксон 1,0 г внутривенно,
- цефазолин 0,5 г внутримышечно.

Симптоматическая терапия: НПВС (Кеторолак) для купирования болевого синдрома и снижения температуры, антигистаминные препараты.

Реабилитационный период и динамика

- 1-е сутки: Стабилизация состояния, снижение температуры.
- 3-и сутки: Уменьшение гнойного отделяемого, улучшение самочувствия.
- 5-е сутки: Нормализация температуры и лейкоцитов, положительная динамика по УЗИ.
- 7-е сутки: Удаление дренажей, заживление раны вторичным натяжением.
- 10-е сутки: Наложение швов, выписка под наблюдение хирурга-стоматолога.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует развитие одонтогенной флегмоны поднижнечелюстного и крыловидно-нижнечелюстного пространств на фоне хронического гранулематозного периодонтита зуба 36. Особенностями клинического течения являлись нарастание болевого синдрома, отёк мягких тканей лица, повышение температуры тела и ограничение открывания рта.

Комплексное обследование позволило установить клинический диагноз и определить необходимость экстренного хирургического вмешательства. Важными компонентами лечения стали вскрытие и дренирование гнойного очага, а также устранение первичного одонтогенного источника инфекции.

Положительная послеоперационная динамика характеризовалась снижением температуры тела, уменьшением местных воспалительных проявлений и нормализацией количества лейкоцитов крови.

Данный случай подчёркивает клиническую значимость своевременной диагностики одонтогенных гнойно-воспалительных процессов, оценки возможного распространения инфекции по клетчаточным пространствам челюстно-лицевой области и шеи, а также своевременной хирургической санации очага инфекции.

Библиографический список

1. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи: учебное пособие. — Москва : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 271 с.

2. Тимофеев А. А. Челюстно-лицевая хирургия: учебник. — Киев: Медицина, 2010. — 576 с. — ISBN 978-617-505-038-5.

3. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: современный взгляд на лечение и реабилитацию / А. М. Сипкин, И. А. Давыдов, Д. В. Ахтямов, О. Е. Благих // Клиническая стоматология. — 2018. — № 2 (86). — С. 66–69. — DOI: 10.37988/1811-153X_2018_2_66.

4. MacIsaac M. F., Rottgers S. A. Anatomy, Diagnosis, and Clinical Management of Deep Neck Space Infections // FACE. — 2024. — Vol. 5, № 3. — P. 425–436. — DOI: 10.1177/27325016241257468.

5. Sheikh Z., Yu B., Heywood E., Quraishi N., Quraishi S. The assessment and management of deep neck space infections in adults: A systematic review and qualitative evidence synthesis // Clinical Otolaryngology. — 2023. — Vol. 48, № 4. — P. 540–562. — DOI: 10.1111/coa.14064.

6. Афанасьев В. В., Янушевич О. О., Ургуналиев Б. К. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи: атлас: учебное пособие. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 120 с. — ISBN 978-5-9704-6741-1.

7. Хирургическая стоматология: учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов / [Т. Г. Робустова, В. В. Афанасьев, Э. А. Базикян и др.] ; под ред. Т. Г. Робустовой. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медицина, 2003. — 504 с. — ISBN 5-225-04748-3.