

УДК:616.27-002.3-02:616.314

Спирина И.В.

студентка 6 курс, лечебный факультет

Пермский государственный медицинский университет

им. ак. Е. А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Чагина Е.А.

студентка 6 курс, лечебный факультет

Пермский государственный медицинский университет

им. ак. Е. А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Чагин Д.А.

студентка 6 курс, лечебный факультет

Пермский государственный медицинский университет

им. ак. Е. А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Научный руководитель: Петров М.Е.

к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии

Пермский государственный медицинский университет

им. ак. Е. А. Вагнера

Россия, г. Пермь

МЕДИАСТИНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Аннотация: Одонтогенные инфекции являются одной из наиболее распространенных проблем, которой подвержены большая часть населения. Несмотря на известные успехи современной стоматологии, в клинической практике попрежнему приходится встречаться с тяжелыми

одонтогенными воспалительными процессами лица и шеи, которые нередко имеют тенденцию к прогрессирующему течению с развитием жизненно опасных септических осложнений. Одним из тяжелых, угрожающих жизни осложнений одонтогенной инфекции является контактный медиастинит.

Ключевые слова: Осложнение, медиастинит, средостение, одонтогенная инфекция, хирургическое лечение.

Abstract: *Odontogenic infections are one of the most common problems that affect a large part of the population. Despite the well-known successes of modern dentistry, in clinical practice we still have to deal with severe odontogenic inflammatory processes of the face and neck, which often tend to progress with the development of life-threatening septic complications. One of the severe, life-threatening complications of odontogenic infection is contact mediastinitis.*

Key words: *Complication, mediastinitis, mediastinum, odontogenic infection, surgical treatment.*

Кариес, пульпит, гингивит, пародонтит, перикоронит и эндодонтические инфекции являются ведущими причинами одонтогенных инфекций и до сих пор поражает 80-90% населения.[1] Большинство одонтогенных инфекций можно успешно лечить с помощью антибиотикотерапии, подходящего стоматологического лечения, удаления, разреза и дренирования. Тем не менее, смертность от одонтогенных инфекций остается высокой из-за устойчивости микроорганизмов к антибиотикам и их близости к жизненно важным анатомическим структурам.

Одонтогенная инфекция в челюстно-лицевой области может распространиться через клетчаточные пространства в средостение и привести к развитию медиастинита.[2] Медиастинит – асептический или микробный воспалительный процесс в клетчатке средостения с острым либо хроническим течением. Одной из основных причин развития контактного одонтогенного медиастинита являются флегмоны дна полости рта и глотки, которые

сопровождаться развитием глубоких флегмон шеи с переходом воспалительного процесса на средостение

Эти инфекции распространяются через средостение тремя путями: (а) паратрахеальным путем в переднее медиастинальное пространство; б) латеральным глоточным путем в медиальный. медиастинальное пространство; и (с) заглоточный ретровисцеральный путь в заднее медиастинальное пространство. В соответствии с путями распространения инфекции возникает передний или задний медиастинит. Возможно проникновение инфекции по нескольким клетчаточным-фасциальным пространствам с развитием тотального контактного медиастинита. По литературным данным одонтогенные медиастениты в общей структуре причин медиастенитов составляют около 60%. [3]

Уровень смертности при медиастинитах остается на уровне от 7% до 20% даже после применения антибиотиков. [4,5]

Клинические проявления медиастинита могут варьировать в зависимости от стадии заболевания и уровня распространения инфекции. На ранних этапах пациенты могут жаловаться на общую слабость, лихорадку, озноб и боли в грудной клетке. С течением времени могут развиваться более выраженные симптомы, такие как:

Боль в грудной клетке: пациенты часто жалуются на интенсивную боль, которая может иррадиировать в шею, спину и плечи.

- Одышка: Воспаление может приводить к компрессии дыхательных путей, что вызывает затрудненное дыхание.

- Лихорадка.

- Общее недомогание: пациенты могут испытывать слабость, утомляемость и потерю аппетита.

Диагностика медиастинита начинается с тщательного сбора анамнеза и физикального осмотра. Важным аспектом является выявление одонтогенной

инфекции, которая могла послужить причиной медиастинита. Для подтверждения диагноза используются следующие методы:

При физикальном обследовании может наблюдаться тахикардия, изменения в дыхательном ритме и признаки интоксикации. Важно отметить, что клинические проявления медиастинита могут быть не специфичными, что затрудняет диагностику на ранних стадиях.

Локальный статус: при внешнем осмотре лицо одутловатое. Рот полуоткрыт, вынужденное положение больного с фиксированной головой. Открывание рта затрудненное, ограниченное. Возможно нарушение дыхания. При осмотре полости рта подъязычные складки инфильтрированы, язык увеличен в размерах вследствие инфильтрации, часто сухой и покрыт грязно-коричневым налетом, видны отпечатки зубов. При пальпации определяется плотный, болезненный разлитой инфильтрат расположенный на уровне зубов до поднижнечелюстных и подподбородочной областей. [6]

Может наблюдаться тахикардия, изменения в дыхательном ритме и признаки интоксикации. Важно отметить, что клинические проявления медиастинита могут быть не специфичными, что затрудняет диагностику на ранних стадиях.

1. Клинический осмотр: Оценка симптомов и анамнеза заболевания.

1. Жалобы: интенсивные боли, невозможность глотания, ограничение открывания рта, затруднение дыхания и речи.

2. Анамнез: Причиной является одонтогенная инфекция из зубов нижней челюсти. Процесс может возникнуть при ранении подъязычного пространства или дна полости рта, а также в случае слюнокаменной болезни, остеомиелите нижней челюсти. [6]

2. Лабораторные исследования: Общий анализ крови, который может показать признаки воспаления (лейкоцитоз, увеличение СОЭ).

3. Инструментальные методы:

- Рентгенография грудной клетки: Позволяет выявить расширение тени средостения.

- Компьютерная томография (КТ): Является золотым стандартом для диагностики медиастинита, так как позволяет точно оценить распространение воспалительного процесса и наличие абсцессов, наличие легочно-плевральных осложнений.

- Ультразвуковое исследование: Может использоваться для оценки состояния мягких тканей и выявления ограниченных жидкостных скоплений.

Важно помнить, что ранняя диагностика медиастинита имеет решающее значение для успешного лечения и минимизации осложнений.

Лечение медиастинита, требует комплексного подхода, включающего хирургические и консервативные методы лечения. Основные аспекты лечения:

1. Антибиотикотерапия: Широкий спектр антибиотиков назначается для борьбы с инфекцией. Важно учитывать чувствительность возбудителей к антибиотикам, что может быть установлено с помощью микробиологического исследования.

2. Хирургическое лечение: В большинстве случаев медиастинит требует хирургического вмешательства. Основные показания к операции:

- Наличие абсцессов в средостении.
- Неэффективность консервативной терапии.
- Угрозы для жизни пациента (например, компрессия дыхательных путей).

Тактика хирургического лечения медиастинитов включает в себя не только дренирование абсцессов и удаление некротических тканей, но и санацию очагов инфекции. Основные методы доступа к средостению описаны следующим образом:

1. **Надгрудинная шейная медиастинотомия по Разумовскому:** Этот подход применяется для дренирования верхних отделов переднего средостения. Операция начинается с поперечного разреза над вырезкой грудины, после чего проводится послойное рассечение тканей шеи.

Хирург затем проникает в предтрахеальную клетчатку, устанавливая дренаж после получения гнойного содержимого. Края кожной раны сшиваются до установленного дренажа. При необходимости выполняется ревизия ретростернального пространства.[7]

2. **Чрездиафрагмальная медиастиномия по Савиных-Розанову:** Этот метод используется при нижних задних медиастинитах. Операция начинается с вскрытия брюшной полости и рассечения треугольной связки печени. Хирург производит сагиттальную диафрагмотомию, проникает вверх вдоль пищевода, достигая гнойника, откуда удаляется гной и устанавливается дренаж. После этого разрез диафрагмы ушивается вокруг дренажа для создания герметичности.[8]

Обе операции требуют высокой квалификации хирурга и проводятся под общим наркозом. Ключевым аспектом является адекватное дренирование и санация, что значительно снижает риск рецидива инфекции.

3. **Поддерживающая терапия:** Включает в себя инфузионную терапию, коррекцию электролитных нарушений и поддержание жизненно важных функций организма.

Медиастинит как осложнение одонтогенной инфекции представляет собой серьезную медицинскую проблему, требующую своевременной диагностики и адекватного лечения. Понимание клинических проявлений, методов диагностики и современных подходов к лечению медиастинита, включая хирургическое вмешательство, является важным аспектом в практике врачей различных специальностей.

Своевременное обращение за медицинской помощью и правильное ведение лечения пациентов могут существенно снизить риск развития тяжелых осложнений и улучшить прогноз.

Список использованных источников:

1. Irani S. Orofacial bacterial infectious diseases: An update. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017;7(Suppl2):S61-7
2. Sakamoto H, Aoki T, Kise Y, Watanabe D, Sasaki J. Descending necrotizing mediastinitis due to odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:412
3. Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Колесникова Т.С. Оптимизация диагностики и лечения больных вторичным острым медиастинитом различной этиологии. *Сиб. науч. мед. ж.* 2015; 35(1): 76-79.
4. Makeieff M, Gresillon N, Berthet JP, Garrel R, Crampette L, Marty-Ane C. et al. Management of descending necrotizing mediastinitis. *Laryngoscope* 2004;114:772-5.
5. Pearse HE. Mediastinitis following cervical suppuration. *Ann Surg* 1938;108:588-611 Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1387034&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
6. Клинические рекомендации при абсцессах кожи лица. Флегмоны лица. Флегмоны и абсцессы полости рта.
7. Топографическая анатомия и оперативная хирургия / [Электронный ресурс] // [topochka\[сайт\]](http://topochka.ru/download/glava_10.pdf). — URL: http://www.topochka.ru/download/glava_10.pdf (дата обращения: 08.11.2024).
8. Хирургические болезни. Медиастенит : методические указания к практическим занятиям / [Электронный ресурс] // [сайт]. — URL: https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1523/1/UMK_2018_034.pdf (дата обращения: 08.11.2024).