

**Кошарный В.В., Абдул – Оглы Л.В., Рутгайзер В.Г., Белименко
Н.С., Демьяненко И.А., Козловская А.А., Руденко Е.Н.**

**СЛУЧАЙ ОДОНТОГЕННОЙ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ,
ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ГАНГРЕНОЗНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ**

*Государственное Учреждение «Днепропетровская медицинская
академия МОЗ Украины» г. Днепр*

Работа является фрагментом научных разработок кафедры клинической анатомии, анатомии и оперативной хирургии ГУ «Днепропетровской государственной медицинской академии по теме»: «Морфогенез органов и систем организма человека и экспериментальных животных в онтогенезе в норме и в условиях воздействия внешних факторов» (№ государственной регистрации: 0ШV009598).

Вступление Флегмоны шеи могут быть поверхностными и глубокими. Первые развиваются в подкожной клетчатке, вторые чаще всего являются осложнениями гнойных лимфаденитов, когда в процесс вовлекается окружающая узлы рыхлая клетчатка (аденофлегмон). Типичными местами образования абсцессов и флегмон шеи являются: 1 – подчелюстное пространство, 2 – нагрудный промежуток и влагалище грудино-ключично-сосковой мышцы, 3 – сосудистая щель, 4 – превисцеральное пространство и 5 – ретровисцеральное пространство. Наиболее частыми являются подчелюстные флегмоны и флегмоны сосудистой щели. Подчелюстные флегмоны чаще всего развиваются вследствие перехода инфекции из кариозных зубов и пораженной надкостницы челюстей в подчелюстные лимфатические узлы.

Материал и методы: история болезни больного, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты: Нами был проанализирован случай больного М., поступившего в отделение торакальной хирургии, в связи с диагнозом, подтверждённым МРТ: гангренозный медиастинит, при котором был полностью и точно описан путь распространения гнойного содержимого из зубо – челюстного аппарата нижней челюсти (6–й моляр слева) с поражением надкостницы, далее в позадиглоточное пространство и через анатомические межклеточные пространства шеи в средостение, в течение 4-х дней. Больной М. обратился в стационар с 12 на 13 сентября 2015 года (с субботы на воскресенье) с острой зубной болью. В результате осмотра, санирования полости рта был удалён нижний 6-й моляр слева и пациент отправлен домой. 13 сентября (воскресенье) 2015 года в результате распространения гнойного воспалительного процесса в подчелюстную область – подчелюстные лимфатические узлы отмечалось увеличение в области проекции околоушной железы слева и позадиушной области. Пальпаторно определялось плотное образование, не спаянное с подкожно – жировой клетчаткой, гиперемии и изменение температуры кожи в данной области не определялось. Проконсультирован инфекционистом 14 сентября (понедельник), который не исключил эпидпаротит и повторно специалистом в стоматологическом отделении, после консультации которого назначена консервативная медикаментозная терапия в виде противовоспалительного нестероидного средства – нимесил и для уменьшения болевого синдрома кетаноф, а также врачом

терапевтического профиля, после чего назначена дезинтоксикационная, антибактериальная терапия, гормональная, противовоспалительная терапия, внутривенная инфузия, внутримышечные инъекции и препараты per os, а также рентген зубо – челюстного аппарата. На вторые сутки после интенсивной медикаментозной терапии появилось, со слов больного, субъективное ощущение облегчения. Рекомендованы лабораторные методы исследования – ОАК, глюкоза. ОАМ. Пациент сдал 15 сентября 2015 года (вторник). Но в среду (16 сентября 2016 года) состояние и самочувствие пациента резко ухудшилось. Отмечалось появление большого количества жалоб: одышки смешанного характера, изменение тембра голоса (в связи со сдавлением возвратного гортанного нерва), появлением загрудинной боли, в связи с поражением органов средостения и прогрессированием симптомов интоксикации (лихорадки до 38-39 градусов, вялость, слабость, головная боль). В общем анализе крови СОЭ - 72 мм/час выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. После интерпретации результатов лабораторных данных, жалоб, объективных данных обследования, пациенту рекомендовано рентгенологическое томографическое исследование органов грудной клетки. В тот же день в 14.00 сделано КТ органов грудной клетки. Результат КТ органов грудной полости был следующим: ФИО – Бойчук М. Т. № 4483. Дата исследования 17. 09. 2015, толщина среза 0,5 мм; ЭЭД-2мЗв. В левых отделах нижней челюсти маленький дефект наружной компактной пластины на протяжении до 4 мм. В мягких тканях шеи на всём протяжении от уровня гортани вниз определяются

множественные скопления газа как в превертебральном пространстве, так и с обеих сторон, симметрично под кивательными мышцами, где газа особенно много, а также по ходу сосудистых пучков. Есть газ и в области дна рта, подбородочно – язычной мышцы. Все ткани отечны из-за чего не дифференцируются анатомические структуры. По межфасциальным пространствам процесс переходит в средостении, где газ определяется по ходу всех магистральных артерий и трахеи. Затем он распространяется по переднему и заднему средостению до диафрагмы вдоль сердца и пищевода. По его ходу отмечается инфильтрация клетчатки заднего средостения, а в переднем больше выражено скопление жидкости, больше справа, особенно, вблизи правого предсердия, где толщина ее слоя достигает до 25 мм и есть реакция прилежащих отделов правого легкого. Костно – деструктивные изменения не определяются. Заключение: КТ – признаки острого гангренозного медиастинита с первичным процессом в подчелюстной области. В результате вышеизложенного, пациент в ургентном порядке направлен на госпитализацию в торакальное отделение города Днепра, куда 17 сентября был госпитализирован в крайне тяжелом состоянии, где перенес три оперативных вмешательства и клиническую смерть. После восстановительного периода, в течение месяца нахождения в стационаре, был выписан с благоприятным прогнозом под амбулаторное наблюдение.

Таким образом, в результате данного клинического случая последовательно описан одонтогенный путь распространения гнойного содержимого из зубо – челюстного аппарата нижней

челюсти (6-й моляр слева) с поражением надкостницы, далее в позадиглоточное пространство, формирование флегмоны шеи и далее через анатомические межклеточные пространства шеи в средостение в виде гангренозного медиастинита в течение 4-х суток. В заключении компьютерной томографии органов грудной полости: КТ – признаки острого гангренозного медиастинита с первичным процессом в подчелюстной области. Пациент перенес три оперативных вмешательства и клиническую смерть и выписан с благоприятным прогнозом под амбулаторное наблюдение.