

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ПЕРВИЧНО СВЯЗАННЫХ С НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЬЮ

THE EFFECT OF LOCAL ANESTHESIA ON THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PHLEGMON OF CELLULAR SPACES OF THE MAXILLOFACIAL REGION, PRIMARILY ASSOCIATED WITH THE LOWER JAW

**A. Shchenin
V. Pashchenko
R. Maslichova
V. Borisov**

Summary. The article examines aspects of anesthesiological aids in patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region and neck. The use of local anesthesia in the surgical treatment of phlegmon of the cellular spaces of the maxillofacial region, primarily associated with the lower jaw, allowed statistically significantly reduce the duration of hospital stay, the incidence of nosocomial pneumonia and to avoid development, which is due to the absence of the need for patients to stay in the intensive care unit in the postoperative period after opening and drainage of the focus of inflammation.

Keywords: phlegmon, maxillofacial area, odontogenic infection, anesthetic manual.

Щенин Андрей Валентинович

Ассистент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
schenin-92@mail.ru

Пащенко Валентина Евгеньевна

Ассистент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Маслихова Римма Ивановна

Врач-челюстно-лицевой хирург, Курская областная многофункциональная клиническая больница
maslikhova@bk.ru

Борисов Виктор Вениаминович

Врач-челюстно-лицевой хирург, Курская областная многофункциональная клиническая больница
vbdoc@list.ru

Аннотация. В статье исследуются аспекты анестезиологического пособия у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи. Применение местной анестезии при хирургическом лечении флегмон клетчаточных пространств челюстно-лицевой области, первично связанных с нижней челюстью, позволило статистически достоверно уменьшить длительность пребывания больных в стационаре, частоту развития внутрибольничной пневмонии и избежать развития, что связано с отсутствием необходимости пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии в послеоперационном периоде после вскрытия и дренирования очага воспаления.

Ключевые слова: флегмона, челюстно-лицевая область, одонтогенная инфекция, анестезиологическое пособие, хирургическое лечение.

Актуальность

В настоящее время основными критериями по выбору способа анестезии при проведении операций вскрытия и дренирования флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛО) являются предпочтения хирурга и психо-эмоциональное восприятие предсто-

ящего вмешательства самим пациентом [1; 2]. С одной стороны, местная анестезия требует меньше времени на подготовку пациента, проще в исполнении, имеет минимум противопоказаний по сравнению с общей анестезией и адекватна объему большинства вмешательств, проводимых в ЧЛО [3]. В то же время общая анестезия является наиболее психологически комфортной

Таблица 1. Структура гнойных процессов

Вовлеченные клетчаточные пространства и топографо-анатомические области	Подгруппы пациентов	
	Контрольная (n=34)	Основная (n=30)
Поднижнечелюстное	22 (65%)	20 (67%)
Подъязычное	16 (47%)	13 (43%)
Подподбородочное	12 (35%)	10 (33%)
Щечная область	5 (15%)	6 (20%)

для больного, однозначно показана при флегмонах глубоких клетчаточных пространств шеи и распространении воспалительного процесса в средостение [4]. Эндотрахеальная общая ингаляционная анестезия требует больше времени на подготовку пациента при сравнимом по объему оперативном вмешательстве, которое могло бы быть произведено под местной анестезией, а пребывание пациентов после операции в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) повышает риск возникновения тромбозов глубоких вен нижних конечностей, внутрибольничной пневмонии [5]. 91% осложнений при общей анестезии обусловлено нарушением проходимости дыхательных путей и невозможностью обеспечения адекватного газообмена [6]. В общей структуре клетчаточных пространств, которые затрагиваются флегмонами при поступлении больного в отделение челюстно-лицевой хирургии, преобладают поднижнечелюстное, подподбородочное, подъязычное пространства и щечная область [7; 8; 9], которые являются первично вовлекаемыми во флегмону с одонтогенным источником инфекции, локализованном в нижней челюсти, и определяют дальнейший путь распространения флегмоны [10]. При этом одновременное вовлечение в воспалительный процесс подъязычного и поднижнечелюстного пространств носит название флегмоны дна полости рта, характеризующейся большим риском развития осложнений [1; 4; 9]. Следовательно, можно сделать вывод о том, что в настоящее время отсутствует единые рекомендации по способу анестезии, который следует применять при вскрытии и дренировании одонтогенных флегмон клетчаточных пространств, первично связанных с нижней челюстью с точки зрения развития возможных осложнений общего характера.

Цель исследования

Показать преимущества местной анестезии при хирургическом лечении одонтогенных флегмон клетчаточных пространств ЧЛО, первично связанных с нижней челюстью.

Материалы и методы исследования

Проспективное, простое слепое, контролируемое, рандомизированное клиническое исследование было проведено на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Курский государственный медицинский университет Минздрава России в отделении челюстно-лицевой хирургии Бюджетного медицинского учреждения Курская областная клиническая больница с августа 2018 г. по ноябрь 2021 г. Контрольная группа была сформирована из 34 человек, основная из 30 человек. В контрольную группу вошло 19 (56%) мужчин и 15 (44%) женщин, средний возраст испытуемых составил $51,6 \pm 8,6$ лет, в основную — 16 (53%) мужчин и 14 (47%) женщин, средний возраст составил $50,8 \pm 8,3$ лет. Группы были сопоставимы между собой по поло-возрастному составу и структуре фоновой патологии ($p > 0,05$). Наиболее часто выявлялись заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и эндокринной систем внутренних органов. Перед оперативным вмешательством и включением в исследование все пациенты подписывали добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. Простая неограниченная рандомизация пациентов осуществлялась при помощи списка слу-

чайных чисел. В исследование включались пациенты с одонтогенными флегмонами, поражавшими на момент госпитализации клетчаточные пространства, первично связанные с нижней челюстью. Критериями исключения из исследования являлись беременность, наличие злокачественного новообразования и аллергической реакции на местные анестетики, для основной группы, в анамнезе жизни, флегмоны с другими источниками инфекции, кроме одонтогенного, внебольничная пневмония и сепсис на момент госпитализации, диагностированный в соответствии с положениями Сепсис-3 [11]. Хирургическое лечение больных контрольной группы производилось в условиях эндотрахеальной общей анестезии. В основной группе вскрытие и дренирование флегмон ЧЛО производилось под местной инфильтрационной анестезией методом тугого ползучего инфильтрата раствором новокаина 0,5% с адреналином в разведении 1:400000 (из расчета максимальной разовой дозы препарата 0,75 г) на фоне премедикации раствором диазепама 0,5% — 1 мл, вводимого внутримышечно. Вскрытие флегмон осуществлялось стандартным поднижнечелюстным доступом, при необходимости дополнявшимся трансоральными разрезами, удалялся зуб — источник воспалительного процесса. В послеоперационном периоде производились ежедневные запрограммированные перевязки, при элиминации из послеоперационной раны гнойного отделяемого, очагов некроза и появлении грануляционной ткани на послеоперационные раны накладывались вторичные швы. Пациенты обеих групп в послеоперационном периоде получали парентеральную антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия — амоксициллином в комбинации с клавулановой кислотой и метронидазолом. При аллергических реакциях на бета-лактамы назначался ципрофлоксацин. Оценивались: длительность койко-дня, структура флегмон первичных клетчаточных пространств, частота развития нозокомиальной пневмонии и тромбозов глубоких вен нижних конечностей. Статистическая достоверность различий полученных значений оценивалась в лицензионной версии программы STATISTICA 10 при помощи точного Р-критерия Фишера для качественных показателей и Т-критерия Стьюдента для независимых переменных — для количественных показателей. Результаты представлялись в виде среднего (M) ± стандартное отклонение (SD) для

количественных, и в виде абсолютного количества (n) и его% для качественных признаков. Достоверными считались различия при вероятности $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Пораженные флегмонами при госпитализации пространства представлены в таблице 1.

Обследование пациента при госпитализации наиболее часто выявляло флегмоны поднижнечелюстного клетчаточного пространства. Реже госпитализировались больные с флегмонами подъязычного и подподбородочного пространств. Реже всего встречались флегмоны щечной области. Начальная распространенность флегмон достоверно не различалась ($p > 0,05$) в контрольной и основной группах и составляла $2,7 \pm 0,8$ и $2,4 \pm 0,7$ пространства, соответственно. В основной группе статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась длительность койко-дня с $16,7 \pm 2,9$ до $9,4 \pm 3,1$ суток, частота развития внутрибольничной пневмонии с 10 (29%) до 1 (3%) и тромбозов глубоких вен нижних конечностей с 6 (18%) до 0 (0%) по сравнению с основной группой, в которой применялась общая анестезия и пациенты после вскрытия и дренирования флегмоны ЧЛО находились в ОРИТ в раннем послеоперационном периоде. Случаев смертей пациентов и необходимости перевода в ОРИТ после вскрытия и дренирования флегмон под местной анестезией не было, что согласуется с результатами, полученными другими авторами [3; 5].

Заключение

Применение местной анестезии при хирургическом лечении флегмон клетчаточных пространств ЧЛО, первично связанных с нижней челюстью, позволило статистически достоверно уменьшить длительность пребывания больных в стационаре, частоту развития внутрибольничной пневмонии и избежать развития, что было связано с отсутствием необходимости пребывания больных в ОРИТ в послеоперационном периоде после вскрытия и дренирования очага воспаления. В основной группе не наблюдалось тромбозов глубоких вен нижних конечностей в связи с ранней активизацией больных в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьев, М.М. Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи: Этиология, патогенез, клиника, лечение / М.М. Соловьев, О.П. Большаков, Д.В. Галецкий. — 3-е изд. — М.: Умный доктор, 2016. — 192 с. — ISBN 978-5-9906806-3-0.
2. Флейшер, Г.М. Лечение одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области / Г.М. Флейшер // Academy. — 2017. — № 5 (20). — С. 105–108.
3. Regional anesthesia for maxillofacial surgery in developing countries / S.M. Kim, M.H. Seo, H. Myoung, J.H. Lee // J Dent Anesth Pain Med. — 2016. — Vol. 16, № 4. — P. 245–252. — DOI 10.17245/jdapm.2016.16.4.245.

4. Глинник, А.В. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи: учеб.-метод. пособие / А.В. Глинник, Л.И. Тесевич, Н.Н. Черченко. Минск: БГМУ, 2012. 75 с. — ISBN 978-985-528-709-5.
5. The safety and effectiveness of superficial cervical plexus block in oral and maxillofacial surgery as an alternative to general anesthesia in selective cases: A clinical study / T.A. Hakim, A.A. Shah, Z. Teli et al. // J Maxillofac Oral Surg. — 2019. — Vol. 18, № 1. — P. 23–29. — DOI 10.1007/s12663-017-1029-4.
6. Полушин, Ю.С. Анестезиологическое обеспечение операций при флегмонах челюстно-лицевой области / Ю.С. Полушин, И.В. Голубь // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2010. — Т. 7, № 2. — С. 3–12.
7. Лебедев, М.В. Эффективность применения силиконового геля «Дерматикс» в терапии рубцов, возникших в результате оперативного лечения флегмон челюстно-лицевой области / М.В. Лебедев, К.И. Керимова, И.Ю. Захарова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. — 2019. — № 3(51). — С. 29–38. — DOI 10.21685/2072-3032-2019-3-3.
8. Jansisyanont, P. Factors related to the treatment outcome of maxillofacial fascia space infection / P. Jansisyanont, W. Kasemsai, P. Bamroong // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology. — 2015. — Vol. 27, № 7. — P. 458–464. — DOI 10.1016/j.ajoms.2014.04.009.
9. Keswani, E.S. Odontogenic maxillofacial space infections: A 5-year retrospective review in Navi Mumbai / E.S. Keswani, G. Venkateshwar // J Maxillofac Oral Surg. 2019. — Vol. 18, № 3. — P. 345–353. — DOI 10.1007/s12663-018-1152-x.
10. Head and neck fascia and compartments: No space for spaces / A.K. Guidera, P.J.D. Dawes, A. Fong, M.D. Stringer // Head Neck. — 2014. — Vol. 36, № 7. — P. 1058–1068. — DOI 10.1002/hed.23442.
11. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) / M. Singer, C.S. Deutschman, C.W. Seymour et al. // JAMA. — 2016. — Vol. 315, № 8. — P. 801–810. — DOI 10.1001/jama.2016.0287.

© Щенин Андрей Валентинович (schenin-92@mail.ru), Пащенко Валентина Евгеньевна,
Маслихова Римма Ивановна (maslikhova@bk.ru), Борисов Виктор Вениаминович (vbdoc@list.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Курский государственный медицинский университет