

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.716–002.3

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Е. В. Фомичёв, М. В. Кирпичников, Ахмед Салех, Д. Е. Фомичёв, Е. В. Ефимова

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолГМУ

В гнойной хирургии формируется новая клиническая ситуация, связанная с увеличением количества вялотекущих гнойно-воспалительных заболеваний. В обзоре анализируются причины атипичного течения и хронизации гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: этиология, патогенез, клиника, атипичное течение, гнойно-воспалительные заболевания, челюстно-лицевая область.

MODERN FEATURES OF ETIOLOGY, PATHOGENY AND CLINICAL PRESENTATIONS OF INFLAMMATORY MAXILLOFACIAL DISEASES

E. V. Fomichev, M. V. Kirpichnikov, Ahmed Saleh, D. E. Fomichev, E. V. Yefimova

Abstract. A new clinical situation in purulent surgery connected to the increased occurrence of atypical pyoinflammatory diseases is taking shape now. In the survey the causes of atypical and chronic inflammatory diseases of maxillofacial region are analyzed.

Key words: etiology, pathogeny, clinical presentations, atypical course, inflammatory diseases, maxillofacial region.

Гнойная инфекция занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости среди хирургической патологии челюстно-лицевой области [4, 13, 16, 18, 21, 25].

Многие аспекты гнойно-воспалительных заболеваний в настоящее время подвергаются пересмотру из-за постоянно меняющихся взаимоотношений между различными видами и штаммами микробных возбудителей и организмом человека. Сама вероятность развития инфекционного процесса, особенности клинического течения и прогноз во многом зависят от факторов, определяющих эти взаимоотношения. И далеко не всегда патогенность возбудителя выступает в качестве решающего фактора. Значительно чаще развитие инфекционно-воспалительного процесса провоцируется той преморбидной ситуацией, которая создается из-за нарушений жизнедеятельности макроорганизма. При этом в его ответных реакциях на воздействие патогена

на в той или иной степени участвуют все физиологические системы, а не только иммунная система [1, 7, 9, 10, 14].

Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний, в последние 2–3 десятилетия наблюдается неуклонный рост этих болезней, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, тяжелым септическим осложнениям и неблагоприятным исходам [8, 17, 18, 25].

Вместе с тем в последние десятилетия выявилась отчетливая тенденция к увеличению числа атипичных торпидных форм гнойно-воспалительных заболеваний с нередким переходом острых процессов в хронические, выросло количество осложнений и рецидивов этих заболеваний [2, 3, 21, 26]. Значительно чаще стали встречаться вялотекущие абсцессы, флегмоны, лимфадениты, одонтогенные, травматические

остеомиелиты, хронические сиаладениты [2, 4, 6, 22]. Они характеризуются мало выраженными общими симптомами гнойного процесса, отсутствием четкого разграничения стадий воспаления, слабо выраженной очаговой воспалительной реакцией, представляют значительные трудности для диагностики и отличаются рефрактерностью к традиционным лечебным мероприятиям [1, 15, 23].

Какие же причины обуславливают атипичное течение болезней или их хронизацию?

Индукцированный патоморфоз гнойного воспаления большинство исследователей связывают как с изменениями в этиологической структуре возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний, так и с изменениями вирулентных свойств микроорганизмов [3, 11, 24]. Изменение клинической картины гнойно-воспалительных заболеваний обусловлено также экологическими и социально-бытовыми факторами, "постарением населения", широким применением огромного арсенала лекарственных средств с развитием поливалентной антибиотикорезистентности, снижением как популяционной, так и индивидуальной иммунорезистентности [5, 19].

Нами было проведено обследование и лечение более 900 больных с атипично текущими и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в возрасте от 16 до 64 лет. Аналитическая оценка данных анамнеза у обследованных пациентов свидетельствовала о наличии ряда преморбидных факторов, которые оказывали влияние на атипичность клинического течения и хронизацию болезни.

Обращало на себя внимание, что воспалительный процесс у $\frac{2}{3}$ больных развился на фоне хронических сопутствующих заболеваний. Фоновая патология явилась тем дестабилизирующим гомеостаз фактором, который негативно воздействовал на состояние адаптивно-компенсаторных реакций организма. Вторичный иммунодефицит, обусловленный инфекционными, аллергическими, аутоиммунными заболеваниями, способствовал развитию болезни в атипичной форме [2, 5, 7, 9, 10]. Клиническим подтверждением подобной взаимосвязи являлись случаи первично-хронического течения гнойно-воспалительных процессов у ряда больных. В значительном числе случаев именно этим объяснялось большое количество диагностических ошибок при первичном обращении. По нашим данным, особое место среди сопутствующей патологии занимали диабет, заболевания пищеварительной системы и хронический алкоголизм, на фоне которых наблюдалось наиболее длительное течение основного заболевания с частыми обострениями и рецидивами [12, 22, 23].

Одной из существенных причин вторичных иммунодефицитов является также наличие оча-

гов хронической одонтогенной инфекции [4, 13, 18]. Нами выявлены множественные очаги хронической одонтогенной инфекции у 70 % пациентов, которые негативно влияли на клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний [12, 22].

Немаловажное значение в развитии этих болезней имело неадекватное и несвоевременно проведенное лечение [8, 13, 26]. В свою очередь, рефрактерность данных заболеваний к традиционному лечению во многом была обусловлена тем, что они лечились так же, как и острые гнойно-воспалительные процессы, без учета целого ряда этиопатогенетических особенностей, присутствующих гипергигиеническим торпидным формам гнойного воспаления с тенденцией к хронизации.

В значительной мере склонность к хронизации процесса, вероятно, предопределялась недостаточностью местных защитных механизмов и тканевых структур [2, 5, 6, 26]. Их несостоятельность была детерминирована предшествующими рецидивирующими гнойно-воспалительными процессами. Важная роль в подавлении общих и местных иммунологических реакций принадлежала подмене активного хирургического вмешательства на гнойном очаге лечением антибиотиками, сульфаниламидами, нередко в неадекватных дозах и недостаточными курсами. Бессистемное применение антибиотиков, иммуномодуляторов зачастую не только не вело к выздоровлению, но и усугубляло течение болезни [4, 13, 18].

В современной патологии челюстно-лицевой области не уделяется должного внимания социальным факторам в развитии и клиническом течении гнойных заболеваний. Нами установлено, что именно характерные особенности атипичного и хронического течения заболеваний имеют непосредственную связь с социальным статусом пациентов, их образом жизни и возрастом [12, 18, 22, 23].

Немаловажную роль в формировании особенностей клинического течения болезни у обследованных пациентов сыграло проживание в экологически неблагоприятном и промышленно насыщенном регионе Нижнего Поволжья, что определяло изменения иммунологической реактивности.

Особое место среди причин хронизации гнойно-воспалительных заболеваний занимает нозокомиальная инфекция. Она оказывает большое влияние на организм больного, ведет к удлинению сроков лечения, серьезным осложнениям, инвалидности и т. д. [18, 20].

Возрастание этиологической роли госпитальной инфекции в хронизации болезней обусловлено увеличением удельного веса заболеваний, вызываемых условно-патогенными видами микроорганизмов. Это связано с селекцией

(22)

множественно-устойчивых штаммов бактерий, ростом внутрибольничных инфекций, хронических и смешанных вариантов их течения, развитием суперинфекции и т. д. Больницы стоят перед серьезной проблемой распространения этих штаммов [3, 20].

В качестве болезнетворных агентов в стационарах сейчас выступают уже не только и не столько облигатно-патогенные микроорганизмы, но и условно-патогенные виды, не чувствительные к большинству широко используемых антибиотиков [3, 11, 24]. Необходимо отметить, что у четвертой части обследованных пациентов в процессе лечения в стационаре наблюдалась смена микробных возбудителей на другой вид или род, что подтверждает возрастающую этиологическую роль госпитальной инфекции в формировании современных клинических проявлений гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Клиническая картина атипичного и хронического течения этих заболеваний характеризовалась длительным течением болезней с неоднократными обострениями, отсутствием четкого разграничения стадий воспаления, слабовыраженными общими симптомами гнойного процесса, местными поражениями, имеющими тенденцию к распространению на окружающие ткани, и отсутствием корреляции между местными и общими проявлениями болезни [2, 6, 23].

Это проявлялось в том, что, несмотря на слабо выраженную очаговую воспалительную реакцию, тенденции к ограничению процесса не наблюдалось длительное время, и у большинства больных формирование гнойников происходило при удовлетворительном общем состоянии и нормальной или субфебрильной температуре тела. Для ряда больных было характерно так называемое первично-хроническое течение заболевания. На фоне функционального истощения систем резистентности организма развивалось вялотекущее (гипергическое) воспаление со стертыми клиническими симптомами и склонностью к распространению процесса [2, 8, 20].

Устойчивая тенденция роста числа подобных заболеваний на протяжении нескольких десятилетий в условиях экологического и социального неблагополучия дает возможность предположить, что речь, вероятно, идет не столько об атипичных проявлениях болезни, сколько об изменении понятия "норма".

Локальная симптоматика хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характеризовалась вялым гипергическим течением. Атипичные проявления обусловили неустановленный диагноз в острой стадии заболевания почти у половины больных, что привело к неадекватному медикаментозному и хирургическому

лечению. Для деструктивных форм была присуща длительная секвестрация с неоднократными обострениями. При диффузных поражениях наблюдалось прогрессирование процесса, в ряде случаев сопровождавшееся патологическим переломом. Отличительной особенностью продуктивно-деструктивной формы являлся "ползущий" характер процесса, отсутствие у части больных свищей и тени секвестров на рентгенограммах, что дезориентировало врачей [22, 23].

На развитие травматического остеомиелита значительное влияние оказывали воспалительные осложнения переломов и поздние сроки оказания специализированной помощи. Местные клинические проявления характеризовались длительной подвижностью фрагментов у большинства больных, нарушением прикуса, наличием свищей. У отдельных пациентов гноетечение из них продолжалось многие месяцы после консолидации отломков. Рентгенологическая картина травматического остеомиелита была довольно разнообразной, но в основном наблюдались в разной степени выраженные краевая деструкция и остеопороз фрагментов, секвестры были выявлены лишь у четверти больных [12, 22].

Для всех форм хронического паротита было характерным незаметное для больного или инцидентное начало заболевания, длительное течение с постоянным прогрессированием процесса и периодическими обострениями. Особенности клинической симптоматики и степень ее выраженности зависели от формы и стадии заболевания, в то время как активность процесса в значительной мере определялась состоянием иммунного статуса. У большей части больных было выявлено двухстороннее поражение [22].

Несмотря на различия в этиологии, патогенезе, морфогенезе у атипично текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области было выявлено много общего в характере клинических проявлений, торпидности течения, а в ряде случаев и неизлечимости. Длительное клиническое течение заболевания с частыми обострениями приводило к развитию у данных пациентов хронической эндогенной интоксикации в компенсированной, субкомпенсированной или декомпенсированной стадиях, выраженность которой находилась в прямой зависимости от длительности болезни, количества обострений, фоновой патологии, предшествующего лечения и других причинно-следственных факторов [11, 12, 18, 22, 23].

Клинико-лабораторный анализ атипично текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области свидетельствовал о том, что интоксикация приводила к поломке гомеостатических механизмов на разных уровнях регуляции, обуславливая хронизацию адекватной вос-

палительно-репаративной реакции, являясь в ряде случаев причиной ее "несовершенства". При этом нарушалась и извращалась стереотипная кинетика процесса, разобщались воспаление и регенерация, т. е. воспаление у данной категории больных теряло свой защитно-приспособительный характер. Наблюдавшиеся нарушения ауторегуляторных механизмов заживления приводили к формированию патологической самоподдерживающейся системы, выходящей в известной мере из-под регулирующего влияния организма. Очевидно, с этим, в первую очередь, связана недостаточная "эффективность" воспаления при многих атипично текущих и хронических гнойно-воспалительных заболеваниях.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что в клинической картине гнойно-воспалительных заболеваний появились новые и непривычные проявления, значительно затрудняющие их диагностику. Больные с атипичным течением гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области или с признаками его хронизации относятся к группе с неблагоприятным клиническим прогнозом, что требует создания новых научно обоснованных подходов к их лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абаев Ю. К.* // Вестн. хир. – 2005. – Т. 164, № 3. – С. 107–111.
2. *Агапов В. С., Смирнов С. Н., Шулаков В. В.* и др. // Стоматология. – 2001. – Т. 80, № 3. – С. 23–27.
3. *Агапов В. С., Тарасенко С. В., Трухина Г. М.* и др. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии. – М., 2002. – 256 с.
4. *Бажанов Н. Н., Козлов В. А., Робустова Т. Г.* и др. // Стоматология. – 1997. – Т. 76, № 3. – С. 15–20.
5. *Воложин А. А., Агапов В. С., Шулаков В. В.* и др. // Стоматология. – 2001. – Т. 80, № 6. – С. 22–24.
6. *Воложин А. И., Сашкина Т. И., Шулаков В. В.* и др. // Пат. физиол. – 1996. – № 3. – С. 20–22.
7. *Воспаление: Руководство для врачей / Под ред. В. В. Серова, В. С. Паукова.* – М., 1995. – 640 с.
8. *Губин М. А., Харитонов Ю. М., Лазутиков О. В.* // Стоматология. – 1998. – Т. 77, № 1. – С. 28–31.
9. *Еряхин И. А.* // Вестн. хир. – 1998. – Т. 157, № 1. – С. 85–91.
10. *Еряхин И. А.* // Там же. – 1998. – Т. 157, № 2. – С. 87–94.
11. *Забелин А. С., Райнаули Л. В.* // Рос. стоматол. журнал. – 2003. – № 2. – С. 40–42.
12. *Кирличников М. В.* Эффективность комплексного лечения травматического остеомиелита нижней челюсти с применением эфферентных методов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2004. – 22 с.
13. *Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / Н. Н. Бажанов, М. А. Губин, Е. В. Зорян и др.; под ред. А. Г. Шаргородского.* – М., 2002. – 528 с.
14. *Королюк А. М.* // Вестн. хир. – 1998. – Т. 157, № 5. – С. 148–153.
15. *Мутатина Ш. Ф.* Клинико-лабораторная характеристика вялотекущих и хронических одонтогенных воспалительных заболеваний и комплексное лечение с включением актинолизата и стафилококкового анатоксина: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 26 с.
16. *Неделько Н. А., Каде А. Х., Петросян Н. Э.* и др. // Стоматология 2001: Российский науч. форум с междунар. участием: "Стоматология на пороге третьего тысячелетия", 6–9 февр. 2001 г.: сб. тезисов. – М., 2001. – С. 409–410.
17. *Никитин А. А., Герасименко М. Ю., Косяков М. Н.* и др. // Проблемы нейростоматол. и стоматол. – 1998. – № 4. – С. 17–20.
18. *Робустова Т. Г.* // Рос. стоматол. журнал. – 2003. – № 4. – С. 11–16.
19. *Серов В. В.* // Арх. пат. – 1997. – Т. 59, вып. 4. – С. 3–5.
20. *Тарасенко С. В.* Клинико-микробиологическое обоснование профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой хирургии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 49 с.
21. *Тимофеев А. А.* Гнойная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев, 1995. – 174 с.
22. *Фомичёв Е. В.* Атипично текущие и хронические гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: Диагностика, лечение и профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 40 с.
23. *Фомичев Е. В., Робустова Т. Г.* // Рос. стоматол. журнал. – 2003. – № 4. – С. 18–21.
24. *Царев В. Н., Ушаков Р. В.* // Там же. – 2003. – № 4. – С. 21–25.
25. *Шаргородский А. Г., Забелин А. С., Фёдорова Г. Г.* и др. // Стоматология. – 1998. – Т. 77, № 2. – С. 32–34.
26. *Шулаков В. В.* Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и патогенетическое обоснование их лечения с применением медицинского озона: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 46 с.