

УДК 616.313-002.3-002.36-089

В. М. Василенко, Г. П. Рузин, С. Н. Григоров, Е. Н. Вакуленко, И. Г. Василенко

*Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА

Проведенное клинико-анамнестическое исследование 102 пациентов с флегмонами и абсцессами языка позволило уточнить причины и сроки несвоевременной госпитализации, изучить особенности диагностики и лечения больных с флегмонами языка и одновременным поражением соседних клетчаточных пространств.

Ключевые слова: флегмона языка, абсцесс языка, лечение, осложнения.

Флегмоны и абсцессы языка относятся к числу тяжелых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации. Тяжесть клинического течения воспалительных процессов языка обусловлена топографо-анатомическими особенностями этого органа и его участием в акте жевания, глотания и речи. Воспаление языка влечет за собой не только расстройство основных его функций, но и общие нарушения со стороны организма больного. При наличии фундаментальных исследований по хирургической анатомии дна полости рта и корня языка [1–4] работ, посвященных вопросам клинико-диагностических особенностей и лечения флегмон и абсцессов языка немного [5, 6].

Цель работы

Повышение эффективности лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями языка на основе изучения особенностей их диагностики и клинического течения.

Материалы и методы

За 2 года (2014–2015 гг.) в стоматологическом отделении КУОЗ «Харьковская областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» с воспалительными заболеваниями было госпитализировано 1 626 человек, из них с локализацией процесса в языке – 102 человека, что составляет 6,3%.

Анализ собственных статистических данных показал, что мужчин с воспалительными процессами языка было больше, чем женщин – 62,5 и 37,5% соответственно. Заболевание чаще наблюдалось у людей старше 30 лет – 67%.

Среди больных с воспалительными заболеваниями языка мы выделили 2 группы:

1) с флегмонами корня языка и одновременным поражением соседних клетчаточных пространств (дна полости рта, подъязычной области, поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников, челюстно-язычного желобка, парафарингеального пространства) – 87 человек;

2) с локализацией воспалительного процесса только в языке в форме абсцессов – 15.

Из числа больных первой группы госпитализировано в первые 2–3 сут – 23, от 4 до 6 сут – 48, от 7 до 10 сут – 11, свыше 10 сут – 5 больных, второй группы госпитализировано в первые 2–3 сут – 4, от 4 до 6 сут – 8, от 7 до 10 сут – 3 больных.

Таким образом, можно констатировать, что основную долю больных первой и второй групп составили лица с госпитализацией свыше 4 сут – соответственно 75 человек. В процентном отношении это составляет 73,5% всех больных. Больных первой группы – 64 человека (85,3%), второй – 11 человек (14,7%).

Причинами несвоевременной госпитализации (более 4 сут) было позднее обращение в лечебные учреждения самих пациентов – 62 человека (82,6%), а также запоздалое и неверное установление диагноза – 13 человек (17,4%).

Среди наиболее частых ошибок при установлении диагноза на догоспитальном этапе у больных с флегмонами и абсцессами языка были: острый лимфаденит, острый сиалоаденит, ангина, тонзиллит, нагноившаяся срединная киста шеи.

У всех больных в ургентном порядке проводилось общеклиническое обследование, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, а при подозрении на медиастинит – спиральная компьютерная томография (СКТ) – 16 человек, а также ультразвуковое исследование органов шеи, которое выполнено у 28. Осмотр терапевтом и анестезиологом проводился на предмет оценки степени операционного и анестезиологического риска.

Наши наблюдения показали, что у больных первой группы наиболее часто воспалительный процесс локализовался в области дна полости рта и языка (51 из 87), в подъязычной области и языка (14 из 87), реже – в области поднижнечелюстного треугольника и языка (11 из 87), а также в области подподбородочного треугольника и языка (5 из 87). Еще реже в области челюстно-язычного желобка и

языка (3 из 87) и парафарингеального пространства и языка (3 из 87).

У больных второй группы чаще всего поражен корень языка, затем его боковые отделы (4 из 15) и спинка (3 из 15).

Среди причин возникновения флегмон языка первое место по частоте (84 из 87) занимали одонтогенные факторы (острый и хронический периодонтиты, периостит, остеомиелит, перикоронит), второе место (3 из 87) — травмы. У больных с абсцессами языка, напротив, самой частой причиной (8 из 15) была травма (повреждения языка острым краем зубов, протезом, прикусывание языка, ранение рыбной и животной костью). Необходимо отметить, что абсцессы травматического происхождения локализовались в области спинки языка (3) и его боковых отделов (5).

Абсцессы корня языка тонзиллогенного происхождения (3 из 7), нагноение тиреоглоссальной кисты (1 из 7). Заболевания зубов послужили причиной абсцессов языка у 3 больных. Локализовались одонтогенные процессы в области корня.

Результаты и их обсуждение

Течение флегмон и абсцессов языка было разным как по клиническим проявлениям, так и по тяжести процесса. Клиническая картина зависела как от локализации и распространенности, так и от глубины расположения гнойно-воспалительного очага. Общее состояние больных с флегмонами языка и соседних клетчаточных пространств было средней тяжести, тяжелым или очень тяжелым, особенно в случаях, когда в процесс вовлекались ткани дна полости рта. Температура тела повышалась до 39–40°. Больные жаловались на острые боли в языке, усиливающиеся при его движениях. У некоторых больных глотание было невозможно: при попытке сделать глоток жидкость попадала в дыхательные пути, вызывая поперхивание, кашель.

При опросе больного мы отличали болезненное глотание от затрудненного глотания и затрудненное глотание от невозможности глотания. К определенным диагностическим критериям наличия флегмонозного процесса в корне языка (нарушения речи, затруднение дыхания) можно отнести симптом невозможности глотания.

Речь больных была невнятная. Дыхание нарушено и нередко затруднено. При затрудненном дыхании положение больных было вынужденным. Такие больные находились под особо пристальным наблюдением, поскольку возникал вопрос о целесообразности наложения трахеостомы до основного оперативного вмешательства.

При осмотре в начальном периоде в заднем отделе подподбородочного треугольника над подъязычной костью определялся болезненный инфильтрат. Позднее отмечали разлитую припухлость тканей в супрагнойной области. Иногда она распространялась на другие отделы шеи. У некоторых больных отечный язык не помещался во рту, пальпация его была резко болезненной, поэтому локализацию инфильтрата в языке не всегда можно было определить. Иногда это служило причиной диагностических ошибок.

Клиническая картина у больных с абсцессом языка была менее тяжелой. Общее состояние было удовлетворительным или средней тяжести, температурная реакция ниже (38–38,5°). Жалобы больных были те же, что и у больных первой группы, но степень их выраженности меньше. Надавливание на корень языка со стороны полости рта вызывало резкую боль. Дыхание затруднялось лишь при локализации абсцессов в корне языка. Жевание и глотание были болезненными, нарушение речи — умеренным. Пальпация языка характеризовалась болезненностью в области расположения инфильтрата, отек распространялся на весь орган.

Когда причина заболевания четко определялась и клиническая картина соответствовала или напоминала приведенную выше, установление диагноза не вызывало затруднений. Иначе было с больным, у которого нагноилась тиреоглоссальная киста корня языка. Поскольку одонтогенная и тонзиллогенная этиология не прослеживались, а клиника заболевания ввиду медленного развития воспаления в кисте поначалу не была выраженной, диагностика представляла определенные трудности.

В клинических анализах крови и мочи всегда определялись выраженные отклонения от нормы. Величина этих отклонений зависела от тяжести течения процесса. У 14 больных первой группы из-за значительной интоксикации организма наблюдались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, ЦНС, желудочно-кишечного тракта.

Выбор вида анестезии осуществлялся с учетом степени операционного и анестезиологического риска. Преимущественно хирургические вмешательства выполнялись под местной анестезией, поскольку требованиям безопасности наиболее соответствует местное обезболивание. Следует добавить, что местная анестезия оправдана, так как внутривенное обезболивание при этих заболеваниях бывает очень опасным, а интубация не всегда возможна.

Лечение больных было комплексным с обязательным вскрытием гнойного очага в экстренном порядке.

У 5 больных при нарастании явлений гипоксии и острой дыхательной недостаточности возникла необходимость наложения трахеостомы.

Все флегмоны языка и соседних клетчаточных пространств широко вскрыты наружным доступом — срединным или параллельным краем нижней челюсти в поднижнечелюстном треугольнике. При срединном разрезе после рассечения шва челюстно-подъязычных мышц вводили зажим в промежуток между подбородочно-язычными мышцами (непарный срединный межмышечный промежуток) или несколько латеральнее и кзади — между подбородочно-язычной и подъязычно-язычной мышцами (парные срединные межмышечные промежутки) и обнаруживали гнойный экссудат. После извлечения инструмента осторожно производили ревизию полости гнойника указательным пальцем для вскрытия затеков гноя.

При сочетании флегмоны языка с флегмоной дна полости рта они вскрывались так называемым ворот-

нікообразным разрезом тканей. Также наружным доступом раскрыты абсцессы корня языка (срединный разрез). Абсцессы спинки языка и боковых его отделов вскрывали внутриротовым доступом, ткани рассекали в местах наибольшего скопления гноя. Дренажирование ран проводили резиновыми выпускниками. У 28 больных первой группы производился диализ ран, когда воспалительный процесс локализовался в области дна полости рта и языка. Оперативное лечение у всех больных дополняли интенсивной дезинтоксикационной, антибактериальной противовоспалительной десенсибилизирующей и симптоматической терапией.

Несколько больных (7 человек) с флегмонами языка и дна полости рта были доставлены в челюстно-лицевое отделение машины скорой помощи из центральных районных больниц области, где им проводили консервативное лечение без хирургического вмешательства. Больные были госпитализированы в стационар в тяжелом состоянии. Сразу же после поступления этим больным были произведены широкие оперативные вмешательства не только в супрагидной области, но и на шее. Разрезом у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы вскрыто влагалище сосудистого пучка шеи у 3 больных и поперечным разрезом, параллельным верхнему краю рукоятки грудины, вскрыто претрахеальное (претрахеальное) пространство (у 2 больных). Всем больным при поступлении назначена интенсивная противосептическая терапия.

У одного больного второй группы после купирования острого процесса была произведена цистотомия по поводу тиреоглоссальной кисты языка.

Наряду с хирургическим и медикаментозным лечением применялись методы, направленные на устранение причин, вызвавших заболевание, в частности устранялись травмирующие факторы (стачивание острых краев зубов, коррекция протезов), проводилась санация полости рта и ЛОР-органов.

Средняя продолжительность пребывания больных в отделении зависела от сроков поступления и тяжести процесса: для больных с флегмонами языка она составляла 8–12 дней, для больных с абсцессами языка 5–7 дней.

Выводы

Таким образом, проведенное клинико-анамнестическое изучение сроков госпитализации, особенностей диагностики и характера течения гнойно-

воспалительных процессов языка позволили сделать следующие выводы:

1. Основную долю больных с флегмонами и абсцессами языка составляли лица с госпитализацией свыше 4 сок — соответственно 73,5%. В большинстве случаев (82,6%) причиной несвоевременной госпитализации (более 4 сут) была поздняя обращаемость в лечебные учреждения самих пациентов.

2. Из причин возникновения флегмон языка первое место по частоте (84 из 87) занимали одонтогенные факторы (острые и хронические периодонтиты, периостит, остеомиелит, перикоронит).

У больных с абсцессами языка напротив — самой частой причиной (8 из 15) была травма (повреждение языка острым краем зубов, протезом, прикусывание языка, ранение костью и т. д.).

3. Среди больных с воспалительными заболеваниями языка больные с флегмонами языка и одновременным поражением соседних клетчаточных пространств составляют подавляющее большинство (87 из 102).

4. Анатомические особенности в значительной степени определяют развитие и течение острых воспалительных процессов в различных отделах языка. Абсцессы переднего отдела языка бывают чаще травматического происхождения, не имеют тенденции к распространению, так как у верхушки и тела языка нет значительных соединительнотканых прослоек. А в промежутках между мышцами корня языка располагается рыхлая клетчатка, что предрасполагает к возникновению разлитого гнойного процесса. Гнойно-воспалительный очаг одонтогенной или тонзиллогенной этиологии, как правило, располагается глубоко, в то время как при травматических повреждениях языка его локализация чаще всего поверхностная.

Локализация флегмоны корня языка вблизи гортани нередко представляет реальную угрозу быстрого возникновения дислокационной и стенотической асфиксии у больного.

5. Учитывая значительную тяжесть клинического течения флегмон языка и возможность распространения воспалительного процесса, главным в лечении больных следует считать наиболее раннее оперативное вмешательство с последующим диализом раны и корригирующей инфузионной терапией.

6. Большое значение в профилактике абсцессов и флегмон языка имеет своевременная санация полости рта и ЛОР-органов.

Литература

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. — Изд-е 2-е. — Москва : Государ. изд-во мед. лит-ры, 1946. — 78–79 с.
2. Золотарева Т. В. Хирургическая анатомия головы / Т. В. Золотарева, Г. Н. Топоров. — Москва : Медицина, 1968. — 195–198 с.
3. Центіло В. Г. Шляхи можливого поширення запальних процесів з клітковинних просторів під'язикової ділянки / В. Г. Центіло, М. Ю. Павленко // Новини стоматології. — 2009. — № 2 (59). — 18–20 с.
4. Центіло В. Г. Шляхи можливого поширення запального процесу з переднадгортанникового клітковинного простору в щелепно-лицеву ділянку та на шию / В. Г. Центіло, М. Ю. Павленко // Новини стоматології. — 2009. — № 3 (60). — 22–25 с.

5. Груздев Н. А. Острая одонтогенная инфекция / Н. А. Груздев. — Москва : Медицина, 1978. — 64—66 с.

6. Ямашев И. Г. Неспецифические гнойно-воспалительные заболевания языка и их лечение / И. Г. Ямашев // Стоматология. — 1984. — № 5. — 41—42 с.

В. М. Василенко, Г. П. Рузін, С. М. Григоров, К. М. Вакуленко, І. Г. Василенко

АБСЦЕСИ І ФЛЕГМОНИ ЯЗИКА

Проведене клініко-анамнестичне дослідження 102 пацієнтів з флегмонами та абсцесами язика дозволило уточнити причини та терміни несвоечасної госпіталізації, вивчити особливості діагностики та лікування хворих з флегмонами язика і одночасним ураженням сусідніх клітинних просторів.

Ключові слова: флегмона язика, абсцес язика, лікування, ускладнення.

V. Vasilenko, G. Ruzin, S. Grigorov, K. Vakulenko, I. Vasilenko

ABSCESSES AND PHLEGMON OF TONGUE

Conducted clinicoanamnestic study in 102 patients with abscesses and phlegmon of tongue allowed: to clarify the reasons and timing of late hospitalization, study the characteristics of diagnosis and treatment of patients with phlegmon tongue and the simultaneous defeat of the neighboring cellular spaces.

Purpose of work. Improving the efficiency of the treatment of patients with acute purulent-inflammatory diseases of tongue based on the study of the characteristics of their diagnosis and clinical course.

Materials and methods. For 2 years from 2014 to 2015 in the dentist's department of «Kharkiv Regional Clinical Hospital — Center for emergency medical care and disaster medicine» with inflammatory diseases of 1626 people were hospitalized, including the localization process in of tongue — 102 people, accounting for 6,3%. Thus, we can say that the more of the patients with hospitalization of more than 4 nights — 75 people respectively. In percentage terms, this amounts to 73,5% of all patients.

Causes of late hospitalization (more than 4 days) were late uptake in hospitals by patients — 62 men (82.6%) is also delayed and incorrect diagnosis — 13 persons (17.4%).

Among the most common mistakes in establishing the diagnosis in the prehospital patients with abscesses and phlegmon of tongue were: acute lymphadenitis, acute sialadenitis, sore throat, tonsillitis, median cyst of neck.

Causes of abscesses tongue was in main case odontogenic factors (acute and chronic periodontitis, abscess, osteomyelitis, pericoronitis). Second place (3 of 87) — injury. In patients with abscesses of tongue, on the other hand, the most frequent cause (8 of 15) had an injury (damage to the tongue a sharp edge of the teeth, prosthesis, biting tongue, wounded fish and animal bones). It should be noted that the localized abscesses traumatic origin in the dorsum of the tongue (3) and its side sections (5). The flow of phlegmon and abscesses of tongue was different both in clinical manifestations and on the severity of the process. The clinical picture is dependent on both the location and extent, and on the depth of the purulent inflammatory focus. The general condition of patients with phlegmon of tongue and adjacent cellular spaces was moderately severe, severe or very severe, especially in cases when the process involved tissues of the mouth floor.

In addition to the surgical and medical treatment methods used to address the causes of the disease, in particular, are overcome traumatic factors (stitching the edges of sharp teeth, dentures correction), carried out rehabilitation of the oral cavity and upper respiratory tract.

The average length of stay of patients in the department depended on the receipt timing and severity of the process: for patients with phlegmon of tongue she was 8—12 days for patients with tongue abscess 5—7 days.

Localization of phlegmon of the tongue near the throat often represents a real threat to the rapid emergence of the dislocation and stenotic asphyxia patient.

Given the considerable severity of the clinical course of phlegmon tongue and the possibility of the spread of inflammation, especially in the treatment of patients should be considered the earliest surgical intervention followed by dialysis wounds and correcting fluid therapy.

Of great importance in the prevention of abscesses and phlegmon tongue is timely sanitation of the oral cavity and upper respiratory tract.

Keywords: Phlegmon of tongue, tongue abscess, treatment, complications.