

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА

CLINICAL CASE OF THE ULCERATIVE- NECROTIZING STOMATITIS COMPLICATED WITH MOUTH FLOOR PHLEGMON

A. Shchenin
A. Gromov
M. Lunev
K. Yazikova

Summary: Ulcerative-necrotic stomatitis is a disease that most often found in secondary immunodeficiency conditions, such as persons with a human immunodeficiency virus and reduced nutrition. The clinical case of ulcerative necrotic stomatitis complicated by adenophlegmon of the mouth floor described below demonstrates one of the stomatogenic infection complications not previously described in the periodic medical literature. A diffuse inflammatory process developed in the patient P. 78 years old with the background hypertension, chronic heart failure and iron deficiency anemia required inpatient treatment and the extra-oral surgical approach to eliminate the maxillofacial region infectious focus. Thus, elderly patients with ulcerative-necrotic stomatitis and concomitant diseases should be well-observed by general dentists due to possibility of the maxillofacial region infection spreading that requires urgent hospitalization and surgical treatment.

Keywords: phlegmon, maxillofacial region, ulcerative-necrotizing stomatitis, surgical infection, iron deficiency anemia.

Щенин Андрей Валентинович

Ассистент, Курский государственный
медицинский университет
schenin-92@mail.ru

Громов Александр Леонидович

д.м.н., Курский государственный
медицинский университет
gromov.alexandr2011@yandex.ru

Лунев Михаил Анатольевич

к.м.н., доцент, Курский государственный
медицинский университет
misha-dok@yandex.ru

Язикова Кристина Сергеевна

Ассистент, Курский государственный
медицинский университет
gromov.alexandr2011@yandex.ru

Аннотация. Язвенно-некротический стоматит является заболеванием, которое наиболее часто встречается при вторичных иммунодефицитных состояниях, таких как носительство вируса иммунодефицита человека и сниженное питание. Рассматриваемый ниже клинический случай язвенно-некротического стоматита, осложненного аденофлегмоной дна полости рта, демонстрирует одно из осложнений стоматогенной инфекции не описанное ранее в периодической медицинской литературе. Разлитой воспалительный процесс развился у больной П. 78 лет на фоне гипертонической болезни, хронической сердечной недостаточности и железодефицитной анемии, что потребовало стационарного лечения и создания внеротового доступа для элиминации инфекционного очага челюстно-лицевой области. Таким образом, больным преклонного возраста с язвенно-некротическим стоматитом и сопутствующими заболеваниями должно уделяться повышенное внимание со стороны стоматологов общей практики из-за возможности развития флегмон челюстно-лицевой области, требующих безотлагательной госпитализации и хирургического пособия.

Ключевые слова: флегмона, челюстно-лицевая область, язвенно-некротический стоматит, хирургическая инфекция, железодефицитная анемия.

При флегмонах челюстно-лицевой области (ФЧЛО) наиболее часто выявляются одонтогенные источники инфекции, доля которых достигает 60–80 % [1, 2]. Реже ФЧЛО развиваются как осложнение тозиллогенной инфекции, травматического остеомиелита костей лицевого скелета, бактериального сиалоаденита, неспецифического лимфаденита, фурункулов и карбункулов [3]. Очаг инфекции, локализованный в пределах слизистой оболочки полости рта, способен в дальнейшем приводить к развитию аденофлегмон ЧЛО [4]. Согласно актуальным литературным данным, язвенно-некротический стоматит встречается наиболее часто у индивидуумов с ослабленной иммунной системой,

в первую очередь у больных со скрытым носительством вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и ВИЧ в стадии синдрома приобретенного иммунодефицита, а также у больных со сниженным питанием. Диагноз заболевания ставится клинически, на основании результатов опроса пациента и объективного исследования. Среди наиболее частых осложнений язвенно-некротического стоматита выделяют распространенный некроз мягких тканей челюстно-лицевой области и секвестрацию зубных альвеол [5, 6].

Описания случаев флегмон дна полости рта, осложнявших течение язвенно-некротического стоматита,

в периодической отечественной и иностранной литературе нами найдено не было. Таким образом, анализ представленной ниже истории болезни представляет интерес, как для ученых, так и для практикующих челюстно-лицевых хирургов и стоматологов общей практики с точки зрения осведомленности о возможности развития данного типа осложнений при наличии у больного стоматогенного очага инфекции.

Ниже представлен клинический случай, при котором течение язвенно-некротического стоматита осложнилось аденофлегмоной дна полости рта. Пациентка П., 78 лет, пенсионер, была доставлена в приемное отделение Курской областной многопрофильной клинической больницы (КОМКБ) бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли при глотании и отек под нижней челюстью и предварительным диагнозом: Аденофлегмона дна полости рта.

Со слов пациентки, на момент госпитализации считает себя больной около недели, когда без видимой причины появились эрозии на слизистой полости рта под языком. Четыре дня назад появился отек под нижней челюстью слева, боли при глотании, нараставшие в дальнейшем, что и побудило больную обратиться за медицинской помощью. С момента появления симптомов заболевания пациентка самостоятельно лекарственных средств не принимала, за медицинской помощью по месту жительства не обращалась.

В приемном покое КОМКБ больная была обследована мультидисциплинарной бригадой специалистов, состоявшей из челюстно-лицевого хирурга, риноотоларинголога. В анамнезе жизни у пациентки артериальная гипертензия и дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП). Аллергоанамнез не отягощен. Общее состояние больной было оценено как средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые. Артериальное давление 120/70 мм. рт. ст., пульс на лучевых артериях — 82 удара в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Одышки и удушья нет. Сознание ясное, физиологические отправления не нарушены. Индекс массы тела был равен 23,4, что указывало на нормальную массу тела и отсутствие истощения.

Местный осмотр челюстно-лицевой области выявил изменение конфигурации обеих поднижнечелюстных и подподбородочной области за счет значительной припухлости мягких тканей. Кожные покровы над отеком были умеренно гиперемированы, при пальпации отек был резко болезненный, напряженный. Флюктуация не определялась. Открывание рта затруднено не было, выдыхаемый воздух имел гнилостный запах. В полости рта определялись участки некроза, покрытые фибринозными налетами, значительный отек слизистой оболочки

в обеих подъязычных областях. При попытке снятия некротических налетов из нижележащих тканей выделялся жидкий зловонный гной зеленовато-желтого цвета в умеренном количестве. Уровень гигиены полости рта был неудовлетворительным, осмотр зубных рядов выявил наличие частичной вторичной адентии, данных за наличие очага острой одонтогенной инфекции при этом обнаружено не было.

Лабораторные исследования выявили лейкоцитоз до $30,7 \cdot 10^9/\text{л}$, снижение уровня эритроцитов до $3,59 \cdot 10^{12}/\text{л}$ и гемоглобина до 91 г/л, в связи с чем была назначена консультация гематолога. В остальном лабораторные исследования были без изменений. Иммуноферментный анализ не выявил наличие у больной ВИЧ, вирусного гепатита В или С и сифилиса.

Таким образом, был установлен клинический диагноз: Язвенно-некротический стоматит, осложненный аденофлегмоной дна полости рта. Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь II степени, 2 стадии, риск 4. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность I, функциональный класс II. ДЭП. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Данных за наличие сепсиса по результатам клинико-лабораторного исследования получено не было.

Далее, в условиях операционной, под местной анестезией раствором Новокаина 0,5% с Адреналином в разведении 1:200000 — 70,0 мл было произведено вскрытие и дренирование флегмоны дна полости рта внеротовым разрезом (Рисунок 1). В послеоперационном периоде больная находилась на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии КОМКБ. Производились ежедневные запрограммированные перевязки, некрэктомия нежизнеспособных тканей, накладывались повязки с протеолитическими ферментами (Хемотрипсин). Проводилась симптоматическая, гипотензивная и парентеральная антибактериальная терапия (Цефотаксим, Метрогил).

Общее состояние пациентки во время лечения в профильном отделении улучшилось, снизился лейкоцитарный индекс интоксикации, послеоперационная рана очистилась от некрозов и раневого отделяемого к 8 суткам, что позволило наложить вторичные швы и выписать пациентку на амбулаторное лечение к хирургу-стоматологу на десятые сутки пребывания в стационаре. Динамика изменения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Каль-Калифу в процессе лечения, представленная на Рисунке 2, свидетельствует о нормализации уровня системного ответа организма на воспалительный процесс к моменту выписки больной из КОМКБ.



Рис. 1. Вид послеоперационной раны после вскрытия и дренирования аденофлегмоны дна полости рта у больной П

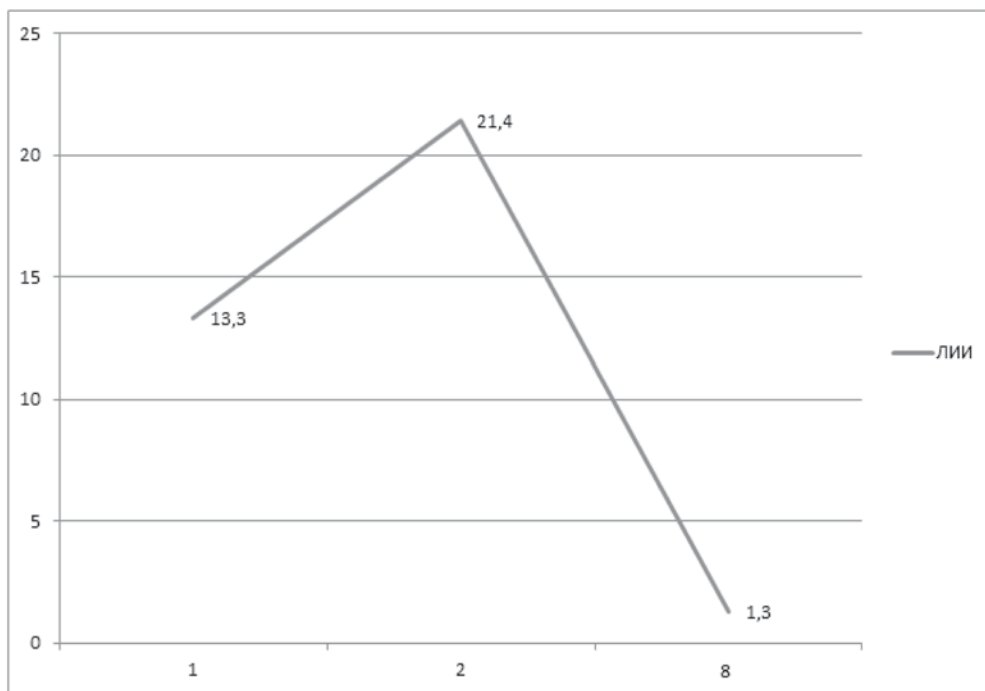


Рис. 2. График изменения ЛИИ в процессе лечения больной П. На линии абсцисс отмечены сутки лечения, на линии ординат — величина индекса ЛИИ (абсолютные величины).

$$ЛИИ = \frac{(4 \cdot Ми + 3 \cdot Ю + 2 \cdot П + С) \cdot (Пл + 1)}{((Мон + Л) \cdot (Э + 1))},$$

где: — Ми — миелоциты, Ю — юные нейтрофилы, П — палочкоядерные нейтрофилы, С — сегментоядерные нейтрофилы, Мон — моноциты, Л — лимфоциты, Э — эозинофилы, Пл — плазматические клетки. Перечисленные переменные должны быть представлены в виде %, как в лейкоцитарной формуле

Выводы

Язвенно-некротический стоматит является заболеванием, развивающимся, как правило, у пациентов с иммунодефицитными состояниями и недостаточным питанием. Описанный выше клинический случай демонстрирует развитие данного заболевания на фоне гипертонической болезни, хронической сердечной недостаточности и железодефицитной анемии у больной преклонного возраста, которое при этом осложнилось распространением инфекции с развитием флегмоны дна полости рта. ФЧЛО являются потенциально опас-

ным для жизни заболеванием в связи с риском распространения воспалительного процесса на глубокие клетчаточные пространства шеи и развития медиастинита в дальнейшем. Поэтому больным преклонного возраста с язвенно-некротическим стоматитом и сопутствующими заболеваниями, такими как железодефицитная анемия, должно уделяться повышенное внимание со стороны стоматологов общей практики из-за возможности развития разлитого гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области, требующего раннего и агрессивного лечения челюстно-лицевым хирургом в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: современный взгляд на лечение и реабилитацию / А.М. Сипкин, И.А. Давыдов, Д.В. Ахтямов, О.Е. Блажих // Клиническая стоматология. — 2018. — № 2(86). — С. 66–69. — DOI 10.37988/1811-153X_2018_2_66.
2. Ретроспективный анализ распространенности одонтогенных флегмон среди населения г. Нижнего Новгорода / Ю.В. Высельцева, Н.Е. Хомутинникова, Е.А. Дурново [и др.] // Смоленский медицинский альманах. — 2020. — № 3. — С. 54–57.
3. Кабанова, А.А. Возбудители одонтогенных и неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / А.А. Кабанова, А.И. Гончарова, В.К. Окулич // . — 2020. — № 4(39). — С. 30–34. — DOI 10.32993/dentist.2020.4(39).6.
4. Антимикробная химиотерапия больных лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области / Р.В. Ушаков, В.Н. Царев, А.Р. Ушаков, А.А. Лабазанов // Эндодонтия Today. — 2021. — Т. 19, № 3. — С. 200–206. — DOI 10.36377/1683-2981-2021-19-3-200-206.
5. Gasner, N.S. Necrotizing Periodontal Diseases / N.S. Gasner, R.S. Schure // StatPearls: [сайт]. — 2022. — URL: <https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557417> (дата обращения: 08.03.2023).
6. Prevalence of oral lesions and its associated risk factors among PLHIV availing anti-retroviral therapy from a selected tertiary care hospital, Puducherry — a cross sectional analytical study / P.K. Jana, S.K. Sahu, K. Sivarajini [et al.] // Indian Journal of Community Medicine. — 2022. — Vol. 47, Iss. 2. — P. 235–239. — DOI: 10.4103/ijcm.ijcm_850_21.

© Щенин Андрей Валентинович (schenin-92@mail.ru); Громов Александр Леонидович (gromov.alexandr2011@yandex.ru);
Лунев Михаил Анатольевич (misha-dok@yandex.ru); Язикова Кристина Сергеевна (gromov.alexandr2011@yandex.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»