

Я.А. Острожинский

**АНАЛИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ГЛУБОКОЙ ОБЛАСТИ ЛИЦА**

*Научные руководители: канд. мед. наук, проф. С.Д. Денисов,
ассист. Т.В. Кидясова*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Y.A. Astrazhynski

**ANALYSIS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXILLOFACIAL
REGION INVOLVING THE DEEP FACE**

*Tutors: professor S.D. Denisov,
assistant T.V. Kidyasova*

*Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов челюстно-лицевого профиля, по результатам которого дана оценка структуры воспалительных заболеваний глубокой области лица.

Ключевые слова: глубокая область лица, воспалительные заболевания, подвисочная ямка, челюстно-лицевая хирургия.

Resume. A retrospective analysis of the medical records of patients with maxillofacial profile was carried out, based on the results of which an assessment was made of the structure of inflammatory diseases of the deep facial region.

Keywords: deep region of the face, inflammatory diseases, infratemporal fossa, maxillofacial surgery.

Актуальность. Глубокая область лица (ГОЛ) как один из участков человеческого тела отличается небольшими размерами, но имеет чрезвычайно важное значение при целом ряде травм, патологий и хирургических манипуляций [2]. Ее месторасположение и костно-мышечная структура вызывают ряд определенных сложностей при проведении диагностики и лечения [1]. Единственным бесспорно верным способом преодоления этих сложностей представляется уверенное оперирование знаниями топографической анатомии этой области.

В наши дни, когда возможности медицины с каждым днем становятся все больше, возрастает и количество манипуляций с человеческим лицом в целом, и с этой областью в том числе. Технический прогресс, подаривший миру диагностическую аппаратуру (в первую очередь, КТ- и МРТ-томографы), позволил современным специалистам проводить изучение этой области способами, недоступными прежде [3]. Это привело к увеличению числа диагностированных патологий и позволило контролировать процессы их коррекции.

Цель: анализ структуры воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, при которых происходит вовлечение в воспалительный процесс структур глубокой области лица.

Материалы и методы. В работу включены материалы ретроспективного анализа лечения 1083 пациентов с диагнозом «Флегмона и абсцесс полости рта» (K12.2), «Флегмона лица» (L03.2) либо «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица» (L02.0),

находившихся в отделениях челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска с 2017 по 2021 гг. В работе не использовались персональные данные.

Материалом для анализа служили данные медицинских карт стационарных пациентов. Проанализированы данные по полу, возрасту, длительности пребывания в стационаре, уровню инвалидности при поступлении (отсутствие инвалидности маркировалось как «уровень 4»), клиническому исходу, виду воспалительного процесса и вовлеченному клетчаточному пространству ГОЛ.

Применены статистический, аналитический методы исследования. Обработка данных осуществлялась с помощью программных пакетов Microsoft Excel 2016, IBM SPSS Statistics 23 с применением непараметрического метода U-критерия Манна-Уитни и парного корреляционного анализа по Спирмену (где r – коэффициент корреляции). Данные представлены в виде $Me (Q_1-Q_3)$, где Me – медиана, Q_1 и Q_3 – нижний и верхний квартили соответственно. Достоверными считались результаты при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Из 1083 случаев вовлечение клетчаточных пространств ГОЛ в воспалительный процесс произошло в 281 (25,9%) случае. В данной группе ($n=281$) было 143 (50,9%) женщины и 138 (49,1%) мужчин. Медианный возраст составил 32 (25–42) года, медианная длительность пребывания в стационаре – 6 (5–8) койко-дня. Инвалидность при поступлении отсутствовала у 275 (97,9%) пациентов, двое имели инвалидность 3-й степени, трое – 2-й степени, один – 1-ю степень. С выздоровлением выписаны 115 (40,9%), с улучшением – 166 (59,1%) пациентов.

Структура видов воспалительного процесса с вовлечением ГОЛ представлена флегмонами (31 случай, 11,0%) и абсцессами (250 случаев, 89,0%). Поражение клетчаточных пространств ГОЛ носило одонтогенный характер у 204 пациентов, что составило 72,6% от всей выборки. Самостоятельно крыло-челюстное пространство было вовлечено в 223 (79,4%) случаях, подвисочная ямка – в 54 (19,2%), обе – в 4 (1,4%) случаях. Термин «абсцесс/флегмона крыло-челюстного пространства» используется нами на основании записей диагнозов в медицинских картах стационарных пациентов.

Определено статистически значимое различие между женщинами и мужчинами по возрасту на момент поступления – средний возраст 33,4 и 37,1 года соответственно, $U=8461$, $p=0,039$. Различий по длительности пребывания в стационаре не выявлено ($U=8558$, $p=0,052$).

При применении парного корреляционного анализа по Спирмену выявлена статистически значимая взаимосвязь между:

- 1) возрастом/уровнем инвалидности при поступлении – $r=-0,191$, $p=0,0013$;
- 2) возрастом/длительностью пребывания в стационаре – $r=0,210$, $p=0,0004$.

Далее для анализа пациенты были поделены на подгруппы по характеру поражения ГОЛ (одонтогенный/не одонтогенный), виду воспалительного процесса (флегмона/абсцесс) и по пораженному клетчаточному пространству (крыло-челюстное/подвисочная ямка).

Возраст пациентов с поражением ГОЛ одонтогенного характера был достоверно ниже возраста пациентов без такового (средний возраст 34,4 и 37,5 года соот-

ветственно, $U=6614$, $p=0,041$). Данный факт свидетельствует о необходимости усиления мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний. Различий по длительности пребывания в стационаре между данными подгруппами не выявлено ($U=7257$, $p=0,321$).

Пациенты с флегмоной ГОЛ по сравнению с группой пациентов с абсцессами ГОЛ имели достоверно более высокий возраст (41,0 и 34,5 лет соответственно; $U=2818$, $p=0,013$) и длительность стационарного лечения (11,4 и 6,0 койко-дня соответственно; $U=1135$, $p<0,0001$).

Возраст и длительность стационарного лечения пациентов с вовлечением крыло-челюстной ямки достоверно не различались с таковыми параметрами у пациентов с вовлечением подвисочной ямки ($U=5427$, $p=0,260$ и $U=5274$, $p=0,153$ соответственно).

Заключение. Ключевым вопросом в представлениях о топографии ГОЛ является вопрос о крыловидных мышцах.

По нашему мнению, крыловидные мышцы целесообразней рассматривать не как заднюю границу (стенку) ГОЛ, а как часть содержимого этой области, находящуюся у задней границы ГОЛ. Такое представление о границах и содержимом ГОЛ обусловлено тем, что распространение гнойных процессов из ГОЛ в полость черепа может происходить либо по эмиссарным венам венозного сплетения овального отверстия, либо по ходу третьей ветви тройничного нерва.

Овальное отверстие большого крыла клиновидной кости, через которое проходит п. mandibularis и окружающие его эмиссарные вены, находится на верхней стенке подвисочной ямки кзади от крыловидных мышц. Таким образом, во всех случаях, на пути инфекционного процесса, распространяющегося из ГОЛ в полость черепа, лежат крыловидные мышцы.

Из практических соображений, а также в учебных целях на кафедрах нормальной анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии, а также на кафедре челюстно-лицевой хирургии при изложении вопросов топографической анатомии ГОЛ следует выделять два клетчаточных пространства – височно-крыловидное и крыловидно-нижнечелюстное. Однако, следует учитывать, что данные клетчаточные пространства – это только одна из частей содержимого ГОЛ наряду с крыловидными мышцами, сосудами и нервами.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликована 2 статьи в сборниках материалов, 1 тезис докладов, получено 4 акта внедрения в образовательный процесс (кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии БГМУ, кафедра хирургической стоматологии БГМУ, кафедра нормальной анатомии БГМУ, кафедра морфологии человека БГМУ).

Литература

1. Клетчаточные пространства лицевого отдела головы / Н. Р. Карелина, Т. Н. Надъярная, О. Ю. Смирнова и др. // Российские биомедицинские исследования. – 2021. – Т. 6, № 1. – С. 41–53.
2. Глубокая область лица; возрастные и индивидуальные закономерности в строении костно-мышечных структур [Текст] / В. Г. Смирнов, А. В. Митронин, Д. Э. Курумова и др. // Эндодонтия Today. – 2013. – № 11 (4). – С. 7–10.
3. Anatomy based corridors to the infratemporal fossa: Implications for endoscopic approaches. / L. Li, N. R. London, D. M. Prevedello et al. // Head & Neck. – 2020. – № 42. – P. 846–853. – DOI: 10.1002/hed.26055.