

Летальность при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи

В.Ф.КУЛИКОВСКИЙ, А.А.ОГАНЕСЯН

Lethality at nonclostridial anaerobic infection of maxillofacial region

V.F.KULIKOVSKY, A.A.OGANESYAN

Белгородский государственный университет

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

Авторами проведен анализ причин смерти 12 летальных исходов у больных с неклостридиальными анаэробными флегмонами лица и шеи на основании клинико-лабораторных и патологоанатомических исследований. Определены основные осложнения, приведшие к смерти, связанные с фазами течения гнойно-воспалительного процесса (суб- и декомпенсации). Объективизация фаз заболевания дает возможность прогнозировать и подтвердить обстоятельными критериями факт угрозы развития или уже наличия сепсиса у больных с неклостридиальной анаэробной инфекцией мягких тканей лица и шеи.

Ключевые слова: флегмоны лица и шеи, летальность неклостридиальная анаэробная инфекция

Authors analyzed the causes of death for 12 death in patient with anaerobic nonclostridial phlegmons face and neck, on the basis of clinical, laboratory and pathologic-postmortem research. The main complications leading to death associated with the phases of the flow of purulent-inflammatory process (sub- and decompensated). Objectification of the phases of the disease makes it possible to predict and confirm the fact that circumstantial criteria threat of development or already having sepsis in patients with neklostridialnoy anaerobic infections of soft tissues of the face and neck.

Key words: phlegmons of face and neck, . lethality, nonclostridial anaerobic infection

Летальные исходы у больных с гнойно-хирургической патологией, в том числе с локализацией в области лица и шеи не являются редкостью. Чаще всего отмечается возможность летальных исходов с анализом их причин у больных с тяжелым течением гнойных хирургических заболеваний лица и шеи и прежде всего при возникновении таких осложнений как вторичные внутричерепные воспалительные процессы, медиастенит, сепсис [1, 5]. Специальных исследований с анализом причин летальных исходов у больных с неклостридиальной анаэробной инфекцией (НАИ) мягких тканей лица и шеи в доступной нам литературе обнаружить не удалось. Авторы, занимавшиеся изучением вопросов причин летальных исходов, применительно к таким больным общехирургического профиля, установили, что на уровень летальности влияют многие факторы – вид возбудителя, возраст больных, распространенность первичного гнойного очага, наличие фоновой патологии, особенно в условиях полиорганной недостаточности, истощении защитно-приспособительных механизмов организма, наличие сепсиса с вариантом его клинических проявлений, с комбинациями отягощающих факторов [2-4, 6, 7].

Целью исследования, был анализ причин летальных исходов больных с неклостридиальной анаэробной инфекцией мягких тканей лица и шеи.

Материалы и методы

Проведен анализ летальных исходов у 12 (100%) пациентов с НАИ лица и шеи (табл. 1). Исследования

проведены на базе отделений челюстно-лицевой хирургии, анестезиологии и реаниматологии №1, центра патолого-анатомических исследований Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. Все 12 умерших больных были подвергнуты патолого-анатомическому вскрытию по результатам клинического, патолого-анатомического, морфологического исследования причины летальных исходов классифицировались следующим способом; причины и сроки летальных исходов представлены в таблице 2.

Распределение больных в соответствии с локальной нозологической формой заболевания, и распространенностью воспалительного процесса представлено в таблице 3.

Результаты и их обсуждение

Оценивая полученные данные, необходимо подчеркнуть, что при прочих равных условиях (возраст, сопутствующие заболевания, характер гнойного очага, способы лечения и т.д.) летальность при НАИ зависит, прежде всего, от тяжести состояния больного на момент поступления и фазы заболевания.

По нашим данным за период 2004 -2009 из 118 больных с НАИ лица и шеи умерло 12 человек (10,2%). При анализе индивидуальных данных, с учетом фаз заболевания (табл. 4), показатели летальности оказались различными. Так, у больных с фазой компенсации летальных исходов не установлено; из 40 больных с фазой субкомпенсации умерло трое (7,5%), и из 28 с фазой декомпенсации умерло 9 человек (32,1%).

Таблица 1

Структура летальности больных с НАИ головы и шеи с учетом пола, возраста и степени тяжести процесса

| Возраст (лет) | До 40 | | 41-50 | | 51-60 | | 61-70 | | Старше 70 | | Всего |
|----------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-----------|---|----------|
| | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | |
| Тяжелое | | | | | | | 1 | | | 2 | 3 (25%) |
| Крайне тяжелое | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 9 (75%) |
| Всего | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | | 3 | 12(100%) |

Таблица 2

Причины и сроки летальности при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей головы и шеи

| Сроки смерти | 1-е сутки | 2-е сутки | 3-е сутки | 4-10 суток | более 10 суток | Всего |
|---|-----------|------------|-----------|------------|----------------|------------|
| Септический шок | 1 | 1 | 1 | - | - | 3 25% |
| Полиорганная недостаточность | - | - | - | 6 | - | 6 50% |
| Острое нарушение мозгового кровообращения | - | - | - | - | 1 | 1 8,3% |
| Инфаркт миокарда | - | 1 | - | - | - | 1 8,3% |
| Тромбоэмболия легочной артерии | - | - | - | 1 | - | 1 8,3% |
| Всего | 1 8,3% | 2 16,6% | 1 8,3% | 7 58,3% | 1 8,3% | 12 100% |

Таблица 3

Количественная характеристика больных в соответствии с локальной нозологической формой, распространенностью воспалительного процесса

| Нозологическая форма, локализация распространенности воспалительного процесса | Количество больных | |
|---|--------------------|-------|
| | Абс. | % |
| Карбункул носогубной складки, вторичный тромбоз кавернозного синуса | 1 | 8,3 |
| Флегмоны челюстно-лицевой области и шеи, занимающие 6 и более клетчаточных пространств. | 5 | 41,7 |
| Одонтогенная флегмона дна полости рта и шеи; контактный медиастинит | 6 | 50 |
| Итого | 12 | 100,0 |

Анализ летальности с учетом фаз заболевания, показал, что все трое больных с фазой субкомпенсации были в возрастной группе старше 60 лет, и у всех у них были установлены фоновые заболевания (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, тромбоэмболическая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия и др.).

У всех трех больных заболевание развивалось на фоне системного воспалительного процесса, но сепсиса у них установлено не было. Один из этих больных умер от острого инфаркта миокарда, еще один от тромбоэмболии легочной артерии, и один больной от острого нарушения мозгового кровообращения.

Нами проведен анализ причин летальных исходов у больных с фазой декомпенсации, где уровень летальности оказался наиболее высоким и составил 32,1% - умерло 9 человек.

При анализе индивидуальных данных оказалось, что причины летальных исходов у больных с фазой декомпенсации были в целом иными, чем у больных с фазой субкомпенсации. Фактически основной причиной смерти у 9 больных этой подгруппы был тяжелый сепсис, с прогрессирующими явлениями полиорганной недостаточности (6 пациентов), и септический шок (трое больных). При вскрытии у этих больных, помимо гнойных метастазов, обнаружены типичные для

Летальность больных с НАИ в зависимости от фаз заболевания

| Фаза заболевания | Количество больных | |
|---------------------|--------------------|------|
| | Абс. | % |
| Компенсация n=50 | - | - |
| Субкомпенсация n=40 | 3 | 7,5 |
| Декомпенсация n=28 | 9 | 32,1 |
| Итого | 12 | 100 |

сепсиса дистрофические и дегенеративные изменения во внутренних органах.

Также проведен анализ причин летальных исходов и сроков его возникновения с учетом возрастного фактора (табл. 1). Среди умерших были лица мужского пола 5 человек (41,7%) и женского - 7 (58,3%). Подавляющее большинство было в возрасте старше 50 лет. До 50 лет было четверо больных (33,3%). Примечательно, что среди умерших больных с фазой субкомпенсации без клинических проявлений сепсиса все трое пациентов были старше 60 лет и большинство из них старше 70 лет. В то же время среди больных с фазой декомпенсации чуть меньше 50% больных оказались в возрасте 50 лет.

Если из числа умерших больных с фазой субкомпенсации все трое имели выраженный уровень исходящей фоновой патологии, то больные с сепсисом с фазой декомпенсации 7 больных (58,3%) не имели сколько либо выраженный уровень фоновых заболеваний. Исходя из этого, следует полагать, что из числа больных с фазой субкомпенсации, даже при отсутствии сепсиса, в «группу риска» следует относить больных с тяжелой фоновой патологией и проводить у них комплекс мероприятий направленно профилактизирующих угрозу развития инфаркта и тромбоэмболии легочной артерии. В то же время у больных с фазой декомпенсации при развившемся сепсисе и основной причине летального исхода прогрессирующее развитие и нарастание проявлений СПОН, основной задачей является реализация интенсивной терапии направленной именно на борьбу с сепсисом. Вполне очевидно, что такая тактика не только исключает, а наоборот предполагает проведение специальных мероприятий направленных на улучшение функционирования жизненно важных органов и систем именно у больных с имеющейся фоновой патологией. К факторам риска, наличие которых прогнозировать более тяжелое течение заболевания с реальной угрозой возможного летально исхода, следу-

ет отнести наличие такого феномена как обширность и глубина распространения воспалительного процесса. Так, среди 9 умерших больных у подавляющего количества (88,7%), воспалительный процесс распространялся на 6 и более клетчаточных пространств с вовлечением в зону поражения не только подмышечной и межмышечной клетчатки, но фасций мышц, нередко слюнных желез.

Таким образом, анализ причин летальных исходов позволил нам представить «портрет» больного с НАИ в области лица и шеи, заболевание у которого закончилось исключительно неблагоприятно – летальным исходом. Это больные преимущественно в возрасте старше 50 лет, имеющие серьезную фоновую патологию, распространенную по протяжению и глубине локализации воспалительного процесса с характерным низким детоксицирующим эффектом первичной операции, феноменом рефрактерности к проводимым интенсивным методам лечения в течение первых двух суток с момента госпитализации и достаточно длительным (как правило более 5 суток) догоспитальным периодом.

Выводы

1. Причины летальных исходов обусловлены комплексом факторов, возникновение и развитие которых, предопределилось прогрессирующим гнойной хирургической инфекции и ее генерализаций.

2. Подавляющий процент осложнений развился в условиях синдрома системного воспалительного ответа у больных с субкомпенсированной фазой заболевания (полиморбидный фон) и тяжелого сепсиса у больных с фазой декомпенсации.

3. Объективизация фаз заболевания дает возможность прогнозировать и подтвердить обстоятельными критериями факт угрозы развития или уже наличия сепсиса у больных с неклостридиальной анаэробной инфекцией мягких тканей лица и шеи.

Список литературы

1. Губин М.А., Харитонов Ю.М., Киков Р.Н. Клинико-лабораторная характеристика осложнений гнойной инфекции у больных из групп риска. Консилиум 2004; 6: 38-39.
2. Каминский Ю.В. Летальные случаи раневых аэробных клостридиозов. Тихоокеанский медицинский журнал 2000; 4: 53-54.
3. Морозов Е.С. Анализ летальности при анаэробной инфекции. Актуальные проблемы современной хирургии: сб. тр. междунар. хирургич. конгр. М. 2003; 78.

4. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. *Врачебная газета* 2003; 12: 16-19.
5. Таганиязова А.А., Супиев Т.К., Дженалаев Б.К. Оптимизация системы оценки тяжести и прогнозирования течения тяжелых форм одонтогенной инфекции у детей. *Стоматология детского возраста и профилактика* 2008; 7; 3: 55-58.
6. Шевченко Ю.Л., Французов В.Н., Базаров А.С. Организационные проблемы диагностики и лечения анаэробной инфекции мягких тканей и сепсиса. *Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии*. Красноярск 2005: 203-204.
7. Dellinger R., Carlet J., Masur H. et al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med.* 2004; 30; 4: 536-555.

Поступила 10.09.2010 г.

Информация об авторах

1. Оганесян Арман Аршакович – кандидат медицинских наук, врач челюстно-лицевой хирург, старший преподаватель кафедры стоматологии медицинского факультета Белгородского государственного университета; e-mail: oganecyan@rambler.ru
2. Куликовский Владимир Федорович – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, главный врач Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа; e-mail: oganecyan@rambler.ru