

УДК: 616.37-002.4-022-084

Ретроспективный анализ историй болезней пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области в РКБ им. Н. А. Семашко

© *Доржиев Тимур Эрдэмович*

аспирант

Бурятский государственный университет
Россия, Улан-Удэ, 670002, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: dorzhievte@mail.ru

© *Хитрихеев Владимир Евгеньевич*

доктор медицинских наук, профессор
Бурятский государственный университет
Россия, Улан-Удэ, 670002, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: hitriheev@rambler.ru

© *Саганов Владислав Павлович*

доктор медицинских наук, доцент
Бурятский государственный университет
Россия, Улан-Удэ, 670002, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: vlad-saganov@yandex.ru

© *Раднаева Лариса Доржиевна*

доктор медицинских наук, профессор
Бурятский государственный университет
Россия, Улан-Удэ, 670002, ул. Октябрьская, 36а
E-mail: radld@mail.ru

© *Цыбиков Еши Нянюевич*

доктор медицинских наук, профессор
Бурятский государственный университет
Россия, Улан-Удэ, 670002, ул. Октябрьская, 36а

В статье проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области за период 2012-2016 гг., пролеченных в отделении челюстно-лицевой хирургии. Выявлены часто встречающиеся нозологии, их осложнения, недостатки бактериологического метода исследования в выявлении этиологически значимых микроорганизмов у данных пациентов.

Ключевые слова: флегмоны челюстно-лицевой области; бактериологические исследования.

Неуклонно наблюдается рост количества пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области. В случае их несвоевременного или неадекватного лечения в короткие сроки могут развиваться очень серьезные осложнения: тромбофлебит вен крыловидного сплетения и вен орбиты, тромбоз пещеристой пазухи черепа, менингит, энцефалит, сепсис, медиастинит с дальнейшим летальным исходом. Наиболее тяжелое течение приобретают гнойно-воспалительные заболевания, распространяющиеся на несколько областей головы и шеи, что обусловлено анатомо-топографическими особенностями строения [1, 2].

Конечно, неблагоприятное значение в развитии флегмон оказывают сопутствующие заболевания: сахарный диабет, хронический алкоголизм, гормонозависимая бронхиальная астма, хроническая почечная недостаточность, патологическое ожирение и лучевая терапия.

Прогноз и исход заболевания зависят от своевременности поступления больного в стационар, от локализации флегмоны, выбора правильных способов лечения и операции, реактивности организма. В качестве возбудителей при флегмонах выделяют резидентную смешанную микрофлору, в которой преобладают различные виды стафилококков или стрептококков в симбиозе с другими видами кокков, а также кишечной и другими палочками. Наиболее часто в качестве возбудителя выделяют белый или золотистый стафилококк. В последние годы установлена значительная роль анаэробной инфекции в развитии абсцессов и флегмон. Среди анаэробов при флегмонах доминируют облигатные и факультативные. Отмечено также ассоциативное участие аэробных и анаэробных бактерий [7]. Проблема диагностики и лечения флегмон ЧЛО требует дальнейшего изучения, разработки и совершенствования их методов.

Цель работы

Провести анализ лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области в отделении челюстно-лицевой хирургии РКБ им. Н. А. Семашко за период 2012–2016 гг.

Материалы и методы

Изучена медицинская документация отделения челюстно-лицевой хирургии, торакального хирургического отделения РКБ им. Н. А. Семашко за период 2012–2016 гг. Для дальнейшего анализа выбраны случаи флегмон у лиц мужского и женского пола всех возрастных категорий. Учитывались все анамнестические данные, возраст, пол, место проживания, время от начала заболевания до госпитализации, количество оперативных вмешательств и разрезов у каждого больного, фармакотерапия, результаты бактериологических исследований.

Для статистической обработки результатов использовали пакет программ Statistica 10.0 for Windows («StatSoft», США). Значимость различий средних показателей оценивали по критерию Манна-Уитни (U), χ^2 , Краскела-Уоллиса.

Результаты и обсуждение

За анализируемый период больных с флегмонами челюстно-лицевой области было 361, из них 203 (56%) мужчины и 158 (44%) женщин, средний возраст составил $32,1 \pm 4,3$ года (табл. 1). Отмечено, среднее соотношение мужчин и женщин из года в год не менялось.

Наибольшее количество пациентов было направлено на стационарное лечение из АУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника» (214 больных), центральных районных больниц (78 больных), Городской стоматологической поликлиники (ГСП) №2 (20 больных), ГСП №1 (17 больных), также небольшое количество пациентов было направлено из других поликлиник и стационаров г. Улан-Удэ, поликлиники МВД.

Таблица 1

Количество больных с флегмонами челюстно-лицевой области за период 2012–2016 гг.

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего
Всего	74	73	71	68	75	361
Мужчины	34	43	35	42	26	203
Женщины	40	30	36	26	49	158

Среднее количество пребывания в отделении больных составило 15-16 дней, в самых сложных случаях больные находились на лечении от 20 до 34 дней.

Изучив занятость пациентов, получили следующие результаты: 112 (31,2%) больных на момент поступления официально работали, безработных было 166 (46,2%), 32 пенсионера (8,9%), 17 школьников (4,7%), 14 человек имели 2 или 3 группу инвалидности (3,9%) (табл. 2). Больше количество пациентов трудоспособного возраста.

Таблица 2

Характеристика больных с флегмонами челюстно-лицевой области

Год	2012		2013		2014		2015		2016		Всего больных за 5 лет
	№п	%%	nn	%%	nn	%%	nn	%%	nn	%%	
Работающие	26	23,2	21	18,8	26	23,2	19	17,0	20	17,9	112
Пенсионеры	8	25	10	31,3	5	15,6	6	18,8	3	9,4	32
Безработные	29	17,5	31	18,7	30	18,1	35	21,1	41	24,7	166
Учащиеся	2	25,0	0	0	3	37,5	1	12,5	2	25,0	8
Инвалиды	4	28,6	1	7,1	2	14,3	3	21,4	4	28,6	14
Школьники	4	23,5	4	23,5	3	17,6	3	17,6	3	17,6	17
Дошкольники	0	0	3	37,5	2	25,0	1	12,5	2	25,0	8
Декретный отпуск	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1
Не указано	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Ежегодно количество пролеченных больных с флегмонами ЧЛО оставалось примерно на одном уровне (табл. 3, 4). Преобладали флегмоны одонтогенной этиологии, возможно, вследствие низкого уровня просвещенности населения в вопросах гигиены полости рта, отсутствия профилактических осмотров каждые полгода в поликлиниках по месту жительства, позднего обращения за медицинской помощью в профильные учреждения.

Флегмоны, возникшие после травм лицевого черепа, чаще встречались у мужчин.

Таблица 3

Распределение больных с флегмонами челюстно-лицевой области
по причинам возникновения

Год	2012		2013		2014		2015		2016		Всего больных за 5 лет
	Nn	%%									
Одонтогенные флегмоны дна полости рта	16	19,5	10	12,2	23	28,0	21	25,6	12	14,6	82
Одонтогенные флегмоны других локализаций	44	21,7	48	23,6	33	16,3	35	17,2	43	21,2	203
Флегмоны ЧЛЮ неodontогенной этиологии	14	25,9	10	18,5	9	16,7	6	11,1	15	27,8	54
Переломы, осложненные флегмонами ЧЛЮ	0	0	5	22,7	6	27,3	6	27,3	5	22,7	22
Всего больных за год	74		73		71		68		75		361

Таблица 4

Распределение больных с флегмонами челюстно-лицевой области по полу

	Мужчины, (n=203)		Женщины, (n=158)		P
	n	%	n	%	
Одонтогенные флегмоны дна полости рта	46	56	36	44	0,9
Одонтогенные флегмоны других локализаций	113	56	90	44	0,8
Флегмоны ЧЛЮ неodontогенной этиологии	24	44	30	56	0,05
Переломы, осложненные флегмонами ЧЛЮ	20	91	2	9	0,0007

Чаще всего встречались такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет 2 типа (15 больных), ВИЧ-инфекция (3 больных), также наблюдались единичные случаи лимфолейкоза, гепатитов В и С, болезни Аддисона, лимфогранулематоза, туберкулеза легких (табл. 5).

Таблица 5

Сопутствующие заболевания у больных с флегмонами челюстно-лицевой области

Год	2012		2013		2014		2015		2016		Всего больных за 5 лет
	Nn	%%	nn	%%	nn	%%	nn	%%	nn	%%	
Сахарный диабет	3	20	3	20	2	13,3	1	6,7	6	4,0	15
ВИЧ	1	33,3	1	33,3	0	0	0	0	1	33,3	3
Артериальная гипертония	0	0	2	40	2	40	1	20	0	0	5
Лимфолейкоз	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
Гепатиты В и С	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1
Острый тромбоз геморроидальных узлов	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1
Болезнь Аддисона	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Лимфогранулематоз	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1
Туберкулез легких	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1
	17,2%		20,7%		20,7%		10,3%		31%		100%

Все пациенты были прооперированы в первые часы после поступления в стационар, как видно из таблицы 4, большинству пациентов (315 чел.) не потребовалось до вскрытия гнойников, 40 пациентам выполнены дополнительные доступы на следующие сутки, 4 пациентам потребовалось выполнить 3 разреза, лишь одному выполнено 4 разреза для вскрытия и дренирования гнойника на разных уровнях (табл. 6).

Из 361 человек 355 были выписаны с выздоровлением, 1 ребенок переведен в детское отделение реанимации РК БСМП им. В. В. Ангапова, 5 пациентов направлены в ОРИТ с дальнейшим переводом в ХТО РКБ им. Н. А. Семашко с таким осложнением, как передний медиастинит. Вышеперечисленные пациенты симультанно прооперированы совместно с торакальными хирургами: до вскрытия гнойных очагов шеи и боковые торакотомии с дренированием средостения. Из 6 случаев зафиксирован один летальный исход (больная 76 лет с отягощенным анамнезом, множеством сопутствующих заболеваний).

Таблица 6

Количество разрезов, выполненных у больных с флегмонами челюстно-лицевой области

Год	2012		2013		2014		2015		2016		Всего больных за 5 лет
	Nn	%%	nn	%%	nn	%%	nn	%%	nn	%%	
1 разрез	66	21	64	20,3	57	18,1	61	18,1	67	21,3	315
2 разреза	8	20	7	17,5	12	30	7	30	6	15	40
3 разреза	0	0	1	25	2	50	0	50	1	25	4
4 разреза	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1

Проведен ретроспективный анализ посевов раневого отделяемого, взятых при оперативных вмешательствах (рис. 1).

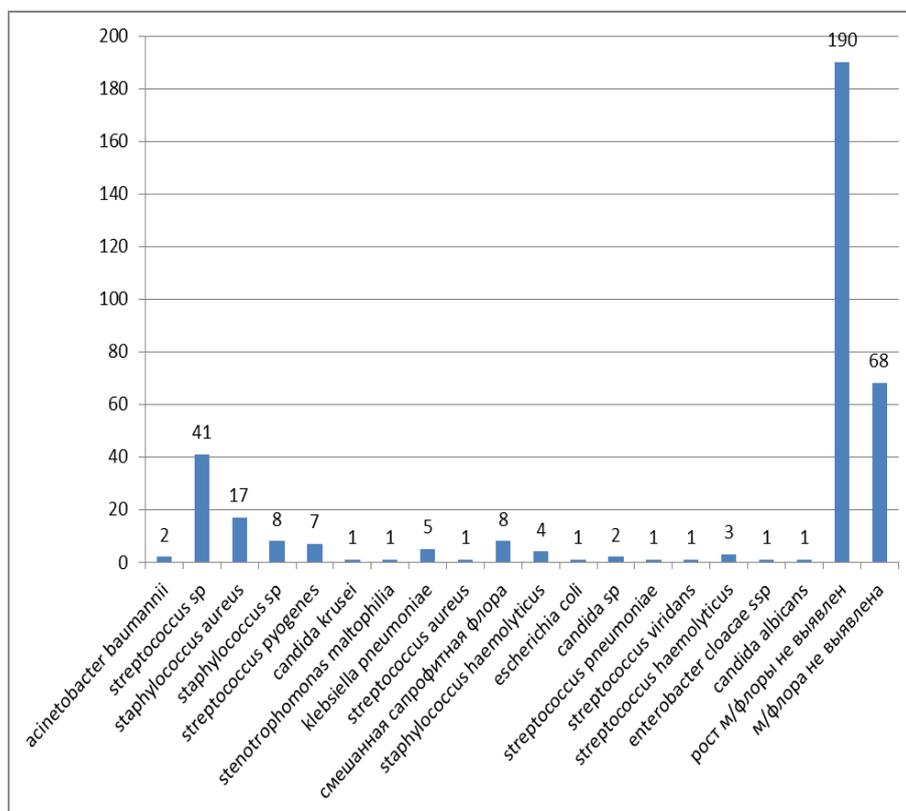


Рис. 1. Микробный пейзаж у больных с флегмонами челюстно-лицевой области

Как видно из диаграммы, из 361-го бактериологического посева 258 оказались неинформативными, хотя посевы были взяты с раневой поверхности при проведении оперативного вмешательства в пробирки с жидкими средами и направлены в первый час в бактериологическую лабораторию.

Основным методом исследования возбудителей при гнойно-воспалительной патологии ЧЛЮ остается бактериологический анализ посева раневого отделяемого, но данный процесс длительный, трудоемкий и дорогой. Период с момента доставки анализа в лабораторию до получения полного развернутого ответа составляет от 7 до 10 дней. Эффективное же лечение требует быстрой идентификации патогена, как аэроба или анаэроба, для проведения адекватной антибактериальной терапии. Ответ же из бактериологической лаборатории приходит обычно к моменту выписки больного из стационара, не всегда он является адекватным, так как при отсутствии в клинике анаэрозола выявить анаэробную инфекцию становится невозможным. По данным В. Н. Царева и Р. В. Ушакова, анаэробные бактерии составляют до 79% микробной флоры гнойной раны. По данным же Шаргородского, у 44% больных высевались анаэробы, в 10% случаев они были представлены в виде микробных ассоциаций, среди которых преобладали неклостридиальные грамотрицательные микроорганизмы рода *Bacteroides* [3, 4, 5].

Выводы

1. Основными возбудителями при флегмонах ЧЛЮ в ОЧЛХ РКБ им. Н. А. Семашко являются анаэробы — 71,46%, 78,94% инфекция одонтогенной природы;
2. Для оптимизации диагностики и лечения флегмон ЧЛЮ и уменьшения затрат на лечение пациентов данной группы необходимо активное внедрение экспресс- методов микробиологической диагностики. К данным методам относится газовая хроматография и масс- спектрометрия;

Литература

1. Агапов В. С. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / В. С. Агапов, С. Д. Арутюнова. М.: МИА, 2004. 184 с.
2. Коротких Н. Г. Абсцессы и флегмоны лица: диагностика, лечение, прогноз / Н. Г. Коротких, В. Г. Тобоев. Воронеж: СОИГСИ, 2010. 90 с.
3. Микробиологическая оценка эффективности комплекса лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области / Е. В. Русакова [и др.] // Стоматология. 2010. №2. С. 102–108.
4. Миронов А. Ю. Неспорообразующие анаэробы и их роль в патологии человека / А. Ю. Миронов, Е. П. Пашков; под ред. А. А. Воробьева. Москва, 1990. С. 66–70.
5. Миронов А. Ю. Современные подходы к лабораторной диагностике анаэробной неклостридиальной инфекции // Клиническая лабораторная диагностика. 2011. № 8. С. 25–28.
6. Современное состояние лабораторной диагностики инфекций, вызываемых неспорообразующими анаэробами, и пути ее совершенствования / А. А. Воробьев, А. Ю. Миронов, Е. П. Пашков // Вестник АМТН. 2010. №1. С. 15–22.
7. Cervicofacial infection in a Nigerian tertiary health institution: a retrospective analysis of 77 cases / Benjamin Fomete , Rowland Agbara , Daniel OtasowieOsunde, Charles N Ononiwu // J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2015. V. 41. P. 293–298.

**Retrospective Analysis of Cases with Phlegmons of Maxillofacial Area
in RCH named after N. A. Semashko**

Timur E. Dorzhiev

Research assistant

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: dorzhievte@mail.ru

Vladimir E. Khitrikheev

Dr. Sci. (Medicine), Prof.

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: hitriheev@rambler.ru

Vladislav P. Saganov

Dr. Sci. (Medicine), Assistant Prof.

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: vlad-saganov@yandex.ru

Larisa D. Radnaeva

Dr. Sci. (Medicine), Prof.

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

E-mail: radld@mail.ru

Yeshi N. Tsybikov

Dr. Sci. (Medicine), Prof.

Buryat State University

36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670002, Russia

The article presents a retrospective analysis of the cases with phlegmons of the maxillofacial area treated in the Department of Maxillofacial Surgery for the period 2012-2016. Frequent nosologies, their complications and the shortcomings of the bacteriological method of investigation for detecting etiologically significant microorganisms in the patients have been identified.

Keywords: phlegmons of maxillofacial area; bacteriological studies.