

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОЙ ФОРМОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

CLINICAL AND LABORATORY
ASPECTS OF THE PREOPERATIVE
PERIOD IN PATIENTS WITH A LOCAL
FORM OF ODONTOGENIC PURULENT
INFECTION DEVELOPING AGAINST
THE BACKGROUND OF CHRONIC
PATHOLOGY OF THE RESPIRATORY
SYSTEM

A. Gromov
S. Ivanov
S. Frolov
A. Shchenin

Summary. The article analyzes complaints, General condition and clinical symptoms in patients with local form of odontogenic infection on the background of chronic obstructive pulmonary disease/bronchial asthma/chronic obstructive bronchitis upon admission to the hospital. The compensated condition of life support systems is observed. The leading factor determining the severity of the condition of patients in this group is the nature and prevalence of the underlying disease — odontogenic inflammation of the maxillofacial region, which determines the tactics of treatment and the main characteristics of the preoperative period.

Keywords: odontogenic infection, background pathology, chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, maxillofacial area, purulent process, respiratory system.

Громов Александр Леонидович

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
gromov.alexandr2011@yandex.ru

Иванов Сергей Викторович

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Курский
государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фролов Сергей Серафимович

Челюстно-лицевой хирург, Курская областная
клиническая больница Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Щенин Андрей Валентинович

Аспирант, ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
schenin-92@mail.ru

Аннотация. В статье проанализированы жалобы, общее состояние и клиническая симптоматика у пациентов с местной формой одонтогенной инфекции на фоне хронической обструктивной болезни легких/бронхиальной астмы/хронического обструктивного бронхита при поступлении в стационар. Наблюдается компенсированное состояние систем жизнеобеспечения. Ведущим фактором, определяющим тяжесть состояния пациентов данной группы, является характер и распространенность основного заболевания — одонтогенного воспалительного процесса челюстно-лицевой области, определяющего тактику лечения и основные характеристики предоперационного периода.

Ключевые слова: одонтогенная инфекция, фоновая патология, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, челюстно-лицевая область, гнойный процесс, дыхательная система.

Местная форма одонтогенной инфекции (МФОИ) развивается не только в условиях соматического здоровья, но и на фоне дыхательной патологии: хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), туберкулеза легких, бронхиальной астмы (БА), хронического обструктивного бронхита (ХОБ). В целом, заболевания органов дыхания и/или сердечно-сосудистой системы диагностированы у 64,3% больных с одонтогенными абсцессами и флегмонами [1]. Кроме того, болезни дыхательной и сердечно-сосудистой систем являются

коморбидными процессами, так как взаимосвязаны патогенетически [3]. В частности, наблюдаемые при ХОБЛ гипоксия и гиперкапния, способствуют развитию артериальной гипертензии [3], что обуславливает значительную распространенность АГ у больных с ХОБЛ.

ХОБЛ и БА являются важнейшей социальной и медицинской проблемой в связи со значительной продолжительностью нетрудоспособности, высоким уровнем инвалидизации и летальности [4,5]. Единичные иссле-

Патология органов дыхания

Заболевание	Количество пациентов	
	абсолютные значения	%
ХОБЛ	15	46,9
БА	3	9,4
ХОБ	14	43,7
Итого	32	100%

дования посвящены вопросам характеристики клинико-лабораторных показателей пациентов с МФОИ, развивающейся на фоне ХОБЛ или БА. Определено, что для данной категории пациентов, в сравнении с показателями больных с МФОИ без фоновых заболеваний, характерно статистически значимое снижение систолического артериального давления, снижение ударного объема сердца, выраженная тахикардия [6]. В то же время, в вышеобозначенной работе в связи с ограниченной возможностью набора пациентов с МФОИ+ХОБЛ/БА (относительной редкостью данного сочетания патологий) сравниваются группы, имеющие статистически значимые различия по возрастно-половому составу, что не позволяет с высокой степенью достоверности охарактеризовать изменения основных показателей гомеостаза у пациентов с ХОБЛ/БА при развитии МФОИ. Не выполнен анализ предоперационного периода у больных с МФОИ+ХОБЛ/БА/ХОБ.

Цель исследования

Определение клинических характеристик предоперационного периода у больных с МФОИ+ХОБЛ/БА/ХОБ.

Материалы и методы

Проанализированы жалобы, общее состояние, клиническая симптоматика у пациентов с МФОИ+ХОБЛ/БА/ХОБ при поступлении в стационар. Всего обследовано 32 пациента с местной формой одонтогенной инфекции (МФОИ) и заболеваниями органов дыхания (ХОБЛ/БА/ХОБ), находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Курской областной больницы в 2012–2016 гг. МФОИ представлена абсцессами крыловидно-нижечелюстного, окологлоточного пространств, подподбородочной, поднижечелюстной, подъязычной, околоушно-жевательной областей, челюстно-язычного желобка, подвисочной ямки, периастидами и ретромалярными абсцессами — 15 пациентов

(46,9%); а так же флегмонами челюстно-лицевой области в пределах 1–3 клетчаточных пространств (15 пациентов, 46,9%), 2 пациента — распространенные флегмоны дна полости рта и шеи (6,2%). Возрастно-половые характеристики: 25 мужчин (78,1%), 7 женщин (21,9%); средний возраст — 41,8±2,1 года. Критерии исключения: сахарный диабет, сепсис.

Структура фоновой патологии органов дыхания исследуемой группы пациентов представлена в таблице.

Степень тяжести ХОБЛ классифицирована по спирометрическим (функциональным) критериям в соответствии с положениями GOLD, 2003: I, II, III, IV стадии (легкое, среднетяжелое, тяжелое, крайнетяжелое течение).

Так же в исследуемой группе больных диагностирована коморбидная патология сердечно-сосудистой системы, представленная артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) — 6 пациентов (17,6%).

Для статистической обработки результатов исследования были использован пакет прикладных программ STATISTICA 6.1 фирмы StatSoft Inc. для персонального компьютера в системе Windows. Статистическая нулевая гипотеза о соответствии данных нормальному закону проверялась с помощью критерия Шапиро–Уилка. В качестве порогового уровня статистической значимости p (вероятности ошибочно отклонить нулевую гипотезу) было принято значение 0,05.

Методы, используемые в данном исследовании, одобрены комитетом по этике ФГБОУ ВО КГМУ.

Результаты и их обсуждение

При поступлении в стационар пациенты предъявляли жалобы, которые можно разделить на основные

и связанные с наличием фоновой патологии. Основные жалобы являются результатом развития острой одонтогенной инфекции: боли в области воспалительного инфильтрата, отек лица, нарушение открывания рта, затруднение глотания, жевания (локальные жалобы). Так же у всех пациентов определены жалобы общего характера, связанные с наличием общеинфекционного синдрома: головная боль, повышение температуры, слабость, головокружение.

Кроме того, имели место жалобы, связанные с наличием ХОБЛ: в основном, одышка при физической нагрузке (по анамнезу). Степень выраженности одышки коррелировала со степенью тяжести ХОБЛ: от одышки при значительной физической нагрузке (I стадия) до одышки в покое (IV стадия). Чаще всего диагностирована ХОБЛ II–III стадии — 11 пациентов, ХОБЛ I стадии — 3 пациента, ХОБЛ IV стадии — 3 пациента. ХОБЛ, как правило, наблюдалась в стадии ремиссии; в одном случае диагностировано обострение ХОБЛ, требующее применения ингаляционных бронходилататоров и введения глюкокортикостероидов. Для хронического обструктивного бронхита (ХОБ) характерным являлось наличие кашля с выделением мокроты в анамнезе, одышки. В исследуемой группе пациентов ХОБ диагностирован в стадии ремиссии, поэтому при поступлении в стационар клинически значимого кашля не наблюдалось. Бронхиальная астма (БА) так же диагностирована в состоянии ремиссии, по анамнезу, клинически значимых проявлений не имела.

Общее состояние пациентов охарактеризовано как удовлетворительное или, реже, средней тяжести (при наличии выраженного болевого синдрома и общеинфекционных проявлений). Предоперационная подготовка заключалась в введении антибиотиков широкого спектра действия, анальгетиков. Оперативное пособие выполнено под потенцированной местной анестезией, в 2 случаях при наличии распространенной флегмоны дна полости рта и шеи — с использованием интубационного наркоза. В послеоперационном периоде значимых осложнений и летальных исходов не зарегистрировано. Применение искусственной вентиляции легких каких-либо осложнений, связанных с наличием ХОБЛ/БА/ХОБ, в исследуемой группе больных не вызвало.

Систолическое артериальное давление в большинстве случаев (26 пациентов) находилось в пределах 110–140 мм рт. ст., у 6 пациентов с гипертонической болезнью — 140–160 мм рт. ст. Выраженной гипотонии или гипертонии не обнаружено. Тахикардия более 90 в 1 мин. — 11 больных (34,4%). Частота дыхательных движений составляла как правило от 16 до 20 в 1 мин., у 2 пациентов с выраженной ХОБЛ и ХОБ — 24 в 1 мин. Значимая анемия (эритроциты $2,6 \cdot 10^{12}/л$, гемогло-

бин 76 г/л) диагностирована только у одного больного с распространенной флегмоной дна полости рта и шеи (выполнена трансфузия эритроцитарной массы), в остальном значения показателей «красной» крови определены в пределах референсных значений. Лейкоцитоз более $9,0 \cdot 10^9/л$ зарегистрирован у 16 пациентов (50%), в том числе со «сдвигом» лейкоцитарной формулы влево — 8 пациентов с флегмонами. Относительная лимфопения со значениями содержания лимфоцитов менее 18% наблюдалась в 5 случаях (15,6%) у пациентов с распространенными флегмонами или (реже) абсцессами глубоких клетчаточных пространств лица. Абсолютное количество тромбоцитов находилось в пределах нормы, тромбоцитопении не обнаружено. Гипербилирубинемия более 20 мкмоль/л диагностирована у 2 больных с ограниченными абсцессами челюстно-лицевой области.

Заключение

Таким образом, значимых изменений показателей гомеостаза в предоперационном периоде у пациентов с МФОИ+ХОБЛ/БА/ХОБ не выявлено. Наблюдается компенсированное состояние систем жизнеобеспечения. Хроническая патология органов дыхания при наличии МФОИ не является фактором, сколь-нибудь значительно отягощающим состояние больного, так как находится, в основном, в состоянии ремиссии. Возникают обоснованные сомнения в обозначении данных патологических процессов как «фоновых» в сочетании с одонтогенным воспалительным процессом, более уместен термин «сопутствующая патология». Предоперационная подготовка для данной группы пациентов должна быть направлена на купирование гипертермии, болевого синдрома, дезинтоксикацию, антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия. Возможно применение иммунокоррекции (так как в ряде случаев диагностирован дефицит клеточного иммунитета). Обострение ХОБЛ (или БА) требует применения ингаляционных бронходилататоров (сальбутамол, фенотерол), антихолинергических препаратов (ипратропий) и системных глюкокортикостероидов. Выбор анестезии обусловлен распространением гнойно-воспалительного процесса: при наличии абсцесса или ограниченной флегмоны в пределах 1–3 клетчаточных пространств требуется местная анестезия, в отдельных случаях в условиях распространенной флегмоны — общая анестезия.

В целом, ведущим фактором, определяющим тяжесть состояния пациентов данной группы, является характер и распространенность основного заболевания — одонтогенного воспалительного процесса челюстно-лицевой области, определяющего тактику лечения и основные характеристики периоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губин М. А., Иванов С. В., Громов А. Л., Водолазский Н. Ю. Характеристика фоновой патологии у пациентов с воспалительными заболеваниями лица и шеи // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2017. — № 2. — С. 45–48. <https://doi.org/10.21626/vestnik/2017-2/086>.
2. Белялов Ф. И. Двенадцать тезисов коморбидности // Клиническая медицина — 2009. — № 12. — С. 69–71.
3. Задионченко В. С., Адашева Т. В., Федорова И. В., Миронова М. А. Артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких — клиничко-патогенетические параллели и возможности терапии // Российский кардиологический журнал. — 2009. — № 6. — С. 62–69.
4. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. — 2008. — № 2. — С. 5–14.
5. Petty T. L. Definition, epidemiology, course, and prognosis of COPD // Clin. Cornerstone. — 2003. — Vol. 5. — № 1. — P. 1–10.
6. Громов А. Л., Губин М. А., Иванов С. В., Будаев А. П., Тишков Д. С. Особенности гемодинамики, гомеостаза и эффективность терапии у больных с местной формой одонтогенной гнойной инфекции на фоне хронической патологии органов дыхания // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2018. — № 4. — С. 31–36. <https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-4/05>

© Громов Александр Леонидович (gromov.alexandr2011@yandex.ru), Иванов Сергей Викторович,
Фролов Сергей Серафимович, Щенин Андрей Валентинович (schenin-92@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Курск