

Порівняльна оцінка методів визначення важкості клінічного перебігу та прогнозування можливих ускладнень у хворих з флегмонами дна порожнини рота, переднього та заднього навкологлоткового простору

Comparative Assessment of Existing Methods of Determination of Weight of the Clinical Current and Forecasting of Possible Complications at Patients with Phlegmons of the Mouth Floor and Round the Throat

Центіло В.Г., Павленко М.Ю.
Донецький національний медичний
університет ім. М. Горького,
каф. стоматології
факультету інтернатури
та післядипломної освіти
(зав. — проф. С.К. Суржанський)
V.G. Tsentilo, M.Y. Pavlenko

Резюме Оцінка ступеня важкості хворих із запальними процесами щелепно-лицьової ділянки має велике значення для прогнозування перебігу запального процесу і тактики подальшого лікування. У сучасній медичній практиці є ряд методик, які дають можливість оцінити стан пацієнта. Мета дослідження — визначити з-поміж наявних методик оптимальну, здійснивши їх статистичне порівняння у хворих із флегмонами дна порожнини рота й навколо глотки як найважчих за клінічним перебігом і ускладненнями.

Summary The assessment of severity of patients with inflammatory processes of maxillofacial area is of great importance for forecasting of a course of inflammatory process and tactics of further treatment. In modern medical practice exist a number of the techniques, allowing to estimate a condition of the patient. The purpose of ours research became definition of an optimum technique from a row existing a way of their statistical comparison at patients with phlegmons of a mouth floor and round a throat, as the heaviest on a clinical current and their complications.

Ключові слова флегмона, дно порожнини рота, навкологлоткові клітковинні простори, оцінка ступеня важкості

Key words phlegmon, mouth floor, peripharyngeal space, the assessment of severity

Вступ

Флегмони дна порожнини рота й навколо глотки, які належать до поширених запальних процесів щелепно-лицьової ділянки, відзначаються важким клінічним перебігом і можливим роз-

витком ускладнень, що загрожують життю хворого [3, 7]. Вчені все частіше констатують, що поряд з агресивними формами розлитих флегмон, які супроводжуються клінічно вираженим синдромом інтоксикації, зростає питома вага пацієнтів із в'ялим пере-

бігом, стертою клінічною картиною, на тлі яких діагностика загрозованих ускладнень цих захворювань стає вкрай утрудненою [1, 6]. Тому правильне визначення ступеня важкості стану пацієнта на ранніх етапах його лікування має важливе значення.

Матеріали та методи дослідження

Об'єкт дослідження – ретроспективний аналіз перебігу запального процесу в 109 хворих із флегмонами дна порожнини рота та переднього і заднього навкологлоткового клітковинного простору, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицьової хірургії КМУ КРЛ м. Макіївки з 2002 по 2007 рік, у яких розкриття флегмон здійснювали за традиційною методикою. Цим хворим ретроспективно проводили оцінку ступеня важкості запального процесу за методиками М.М. Соловйова та О.Б. Большакова; М.Н. Морозової, В.А. Красникова, В.Г. Виборного; С.В. Ройтер.

Методика М.М. Соловйова та О.Б. Большакова [5] ґрунтується на врахуванні локалізації, поширеності інфекційно-запального процесу й вираженості загальних показників реакції організму: частота пульсу, температура тіла (шкірних покривів у пахвовій ямці), кількісний і якісний склад лейкоцитів периферичної крові, швидкість осідання еритроцитів, з урахуванням фази перебігу запального процесу й кількості клітковинних просторів, задіяних у запальному процесі. Кожний з показників має у шкалі значення в балах. Сума балів визначає характер прогнозу. До 90 балів – прогноз сприятливий, від 91 до 160 балів – прогноз сумнівний. Понад 160 балів – прогноз несприятливий.

Метод М.Н. Морозової, В.А. Красникова, В.Г. Виборного [2] передбачає інтегральну оцінку двох шкал: шкали клінічних і анамнестичних критеріїв оцінки важкості одонтогенних флегмон та шкали екстреної оцінки фізіологічних функцій пацієнтів з одонтогенними флегмонами.

Для виявлення найбільш значущих у діагностичному сенсі факторів і зменшення масиву ознак, їх складових, вихідні дані опрацьовано методами багатомірного факторного ана-

лізу. У результаті обсяг значущих ознак було скорочено до необхідної й достатньої кількості. Інтерпретація шкали бальної оцінки важкості флегмони за місцевими клінічними і анамнестичними показниками така: сума балів від 5 до 9 – легкий ступінь локального процесу, від 10 до 14 – середній ступінь важкості, 15 і більше – важкий. Шкала бальної оцінки ступеня важкості системної запальної відповіді організму: сума балів 10–14 – легкий ступінь, 15–19 – середній, 20 і більше – важкий. Інтегральний показник такий: сума балів 15–23 – умовно легкий ступінь важкості – флегмонозний процес обмежений 1–2 топографічними ділянками і супроводжується помірковано або слабко вираженою системною відповіддю організму; сума балів 24–33 – середній ступінь важкості – важчий і поширеніший місцевий процес, який супроводжується вираженою системною відповіддю організму на нього; 34 бали і більше – важкий або вкрай важкий стан – поширений флегмонозний процес, який супроводжується найбільше вираженою системною відповіддю організму.

Метод С.В. Ройтер [4] враховує ступінь важкості стану пацієнта за такими ознаками: а) давність захворю-

вання; б) наявність ознак системної запальної реакції організму (температура понад 38°C або нижча 36°C, частота серцевих скорочень понад 90 за хв, частота дихання понад 20 за хв, кількість лейкоцитів у периферичній крові – понад 12,0x10⁹ 1/л або не менше 10% незрілих клітин; в) вираженість реакції крові на запалення (зокрема ЛПІ). Беруться до уваги ознаки типу реактивності організму: нормоергічний, гіпоергічний і гіперергічний, а також оцінка ступеня важкості. За даними обстеження хворих автор визначає триступінчасту оцінку ступеня важкості: середній ступінь важкості, середньоважкий і важкий ступінь.

Дані визначення важкості клінічного перебігу флегмон у досліджуваних хворих і прогнозування ускладнень запальних процесів, проведені за вказаними методиками, порівнювали з остаточними результатами лікування й у такий спосіб обґрунтовували значущість застосування методів зазначених авторів.

Встановлено, що переважали пацієнти віком від 21 до 40 років (табл. 1).

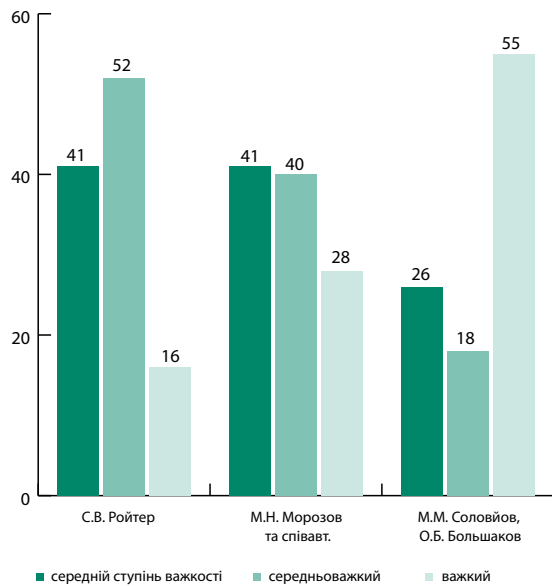
Дані спостережень свідчать про низький рівень звертання пацієнтів за медичною допомогою у перші 3 доби від початку захворювання (табл. 2).

Таблиця 1. Стать і вік хворих із флегмонами дна порожнини рота й навкологлоткових просторів

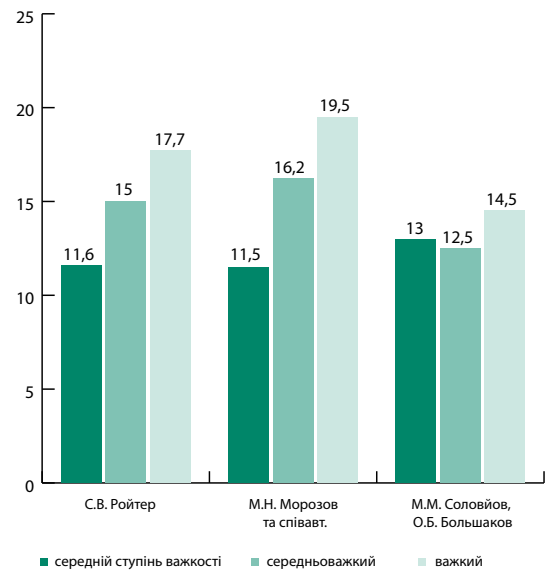
Стать	Чоловіки		Жінки		Разом	
	Абс.	Відн.	Абс.	Відн.	Абс.	Відн.
10-20	8	7,41%	7	6,48%	15	13,89%
21-30	18	16,67%	10	9,26%	28	25,93%
31-40	14	12,96%	7	6,48%	21	19,44%
41-50	13	12,04%	7	6,48%	20	18,52%
51-60	8	7,41%	4	3,71%	12	11,11%
Старші 60	7	6,48%	5	4,63%	12	11,11%
Разом	68	62,67%	40	37,33%	108	100,00%

Таблиця 2. Терміни звертання пацієнтів за медичною допомогою

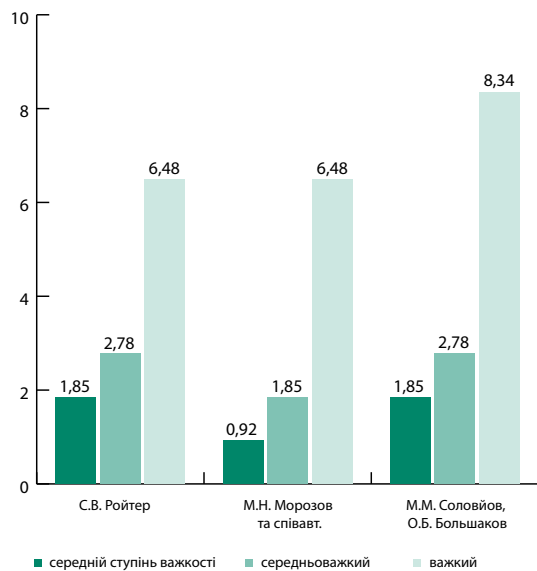
Терміни звертання, доби	Абс.	Відн.
<3	21	19,44%
від 3 до 7	57	57,78%
>7	30	27,78%



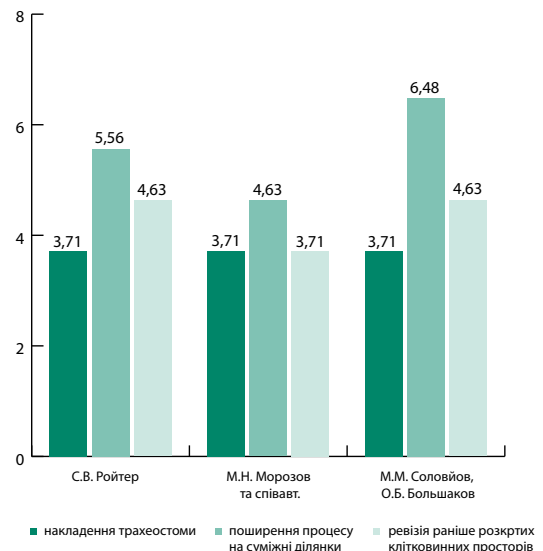
Мал. 1. Розподіл пацієнтів за оцінкою ступеня важкості запального процесу (кількість пацієнтів)



Мал. 2. Середній ліжко-день у пацієнтів з урахуванням важкості запального процесу відповідно до досліджуваних методик



Мал. 3. Ускладнення перебігу запальних процесів у хворих за досліджуваними методиками



Мал. 4. Несприятливі ситуації, які виникли під час лікування у хворих, стан яких оцінено як важкий (кількість випадків)

Результати дослідження та їх обговорення

Результат лікування хворих із флегмонами щелепно-лицьової ділянки багато в чому залежить від правильної та своєчасної діагностики і тактики лікування з урахуванням особливостей перебігу ранового процесу у хворих (мал. 1).

На мал. 1 видно істотні відмінності в оцінці ступеня важкості хворих за до-

сліджуваними методиками. У методичці М.М. Соловійова та О.Б. Большакова важкохворі становили 55 (50,46%) проти 28 (25,69%) і 16 (14,68%) у методичці М.Н. Морозової і співавт. та С.В. Ройтер відповідно. Найтривалішу госпіталізацію відзначено в пацієнтів, які належать до групи важких. Притому, за методом М.Н. Морозової і співавт., середній показник перебування на ліжку хворих, стан яких оцінено як важкий, становив 19,5 доби проти 14,5

і 17,5 доби за методикою М.М. Соловійова, О.Б. Большакова і С.В. Ройтер. Оскільки ліжко-день у наших хворих корелював зі ступенем важкості запального процесу під час аналізу за методиками всіх авторів, ми переконалися, що всі методики відображають об'єктивну характеристику перебігу запального процесу. За даними оцінної шкали М.М. Соловійова та О.Б. Большакова у хворих діагностовано такі ускладнення: сепсис

– 8,34%, медіастиніт – 2,78%, септичний шок – 1,85%. За даними оцінної шкали М.Н. Морозової і співавт. відповідно: сепсис – 6,48 %, медіастиніт – 2,78% і септичний шок – 0,92%. За даними оцінної шкали С.В. Ройтер: сепсис – 6,48 %, медіастиніт – 1,85% і септичний шок – 1,85%. Зауважимо, що зазначені ускладнення у досліджуваних нами хворих повністю збіглися з даними, які наводять М.М. Соловйов, О.Б. Большаков.

При підрахунку за методом М.М. Соловйова і О.Б. Большакова на нашому матеріалі кількість хворих, яким проводили ревізію раніше розкритих клітковинних просторів, становила 4,63%, а хворих, у яких запальний процес також поширився на суміжні клітковинні простори – 6,48%.

При підрахунку за методом М.Н. Морозової і співавт. ці дані на нашому

матеріалі відзначено відповідно у 3,71% і 4,63% хворих, а за методом С.В. Ройтер – у 4,63% і 5,56%.

Аналіз результатів порівняння оцінки ступеня важкості хворих із флегмонами дна порожнини рота й навкологлоткових клітковинних просторів на нашому матеріалі показав, що найбільш об'єктивним критерієм є метод М.М. Соловйова та О.Б. Большакова, який максимально точно визначив імовірність виникнення у хворих післяопераційних ускладнень.

Висновки

1. Докладний аналіз досліджуваних методик оцінки важкості й прогнозування клінічного перебігу у хворих із флегмонами дна порожнини рота й навкологлоткових просторів показав, що всі запропоновані методики пев-

ною мірою відображають об'єктивну оцінку стану пацієнтів, на підставі якої можна прогнозувати можливі ускладнення. Порівняльний аналіз кількості днів перебування на ліжку засвідчив, що пацієнти, оцінені за методом М.М. Соловйова і О.Б. Большакова як важкі, мали найменше ліжко-днів. Це передбачає гіпердіагностику важкості процесу.

2. Водночас, аналіз результатів оцінки ступеня важкості клінічного перебігу хворих із флегмонами дна порожнини рота й навкологлоткових просторів виявив повний збіг даних, отриманих у наших хворих, з даними М.М. Соловйова та О.Б. Большакова, що дає нам підстави вважати метод М.М. Соловйова і О.Б. Большакова найбільш об'єктивним критерієм оцінки важкості клінічного перебігу й прогнозування ускладнень у хворих цієї категорії.

Література

1. Маслов А.С. Диагностика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи, осложненных медиастинитом / А.С. Маслов, Д.И. Голиков, К.К. Замятин и др. // Современные методы диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний: сб. науч. трудов. — Тверь, 1999. — С.20—22.
2. Морозова М.Н. Оценка тяжести состояния пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и прогнозирования их течения / М.Н. Морозова, В.А. Красников, В.Г. Выборный // Вісник стоматології. — 2009. — №2. — С. 64—69
3. Никитин А.А. Медиастинит — тяжёлое осложнение острых одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области / А.А. Никитин, М.Н. Косяков, А.Н. Невров // Стоматология: спец. вып. — 1996. — С. 70—71.
4. Ройтер С.В. Обоснование тактики хирургического лечения флегмон дна полости рта: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: 14.00.27 / С.В. Ройтер. — Ростов-на-Дону, 2006. — 147 с.
5. Соловьёв М.М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М.М. Соловьёв, О. П. Большаков. — М.: Медпресс, 2003. — 230 с.
6. Фомичев Е.В. Диагностика и лечение атипично текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Е.В. Фомичев, Т.Г. Робустова // Российский стоматологический журнал. — 2003. — №4. — С.18—21.
7. Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment / S. Kinzer, J. Pfeiffer, S. Becker, G. Ridder // Acta Otolaryngol. — 2009. — Vol. 129. — № 1. — С. 62—70.