

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АРРОЗИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

## SOME ASPECTS OF ACUTE RESPIRATORY FAILURE AND ARROSIVE BLEEDING IN PATIENTS WITH SEVERE PURULENT-SEPTIC DISEASES OF THE MAXILLOFACIAL REGION

**V. Zubritsky**  
**A. Oganessian**  
**D. Petrash**  
**D. Tischkov**

*Summary.* The archival materials of 6352 patients of the Department of Maxillofacial Surgery of the Kursk Regional Clinical Hospital for 2000–2007 are considered. Clinical data were analyzed to determine the signs of acute respiratory failure according to the classification of D. Skinner (1997). Signs of acute respiratory failure were diagnosed in 119 patients (1.87%). It should be noted that the mixed nature of acute respiratory failure in each specific septic patient is associated with the presence of several mechanisms for the implementation of respiratory failure and a mandatory concomitant factor of intoxication, significant difficulties in the treatment of patients with multiple organ failure, the development of which was provoked by gas exchange disorders.

*Keywords:* odontogenic infection, respiratory failure, severe complications, purulent process, maxillofacial region.

**Зубрицкий Владислав Феликсович**

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»  
zubvlad2009@yandex.ru

**Оганесян Арман Аршакович**

Д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»  
oganesyan@bsu.edu.ru

**Петраш Денис Александрович**

Доцент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
gromov.alexandr2011@yandex.ru

**Тишков Денис Сергеевич**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
den-tishkov@yandex.ru

*Аннотация.* Исследованы архивные материалы 6352 пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы за 2000–2007 годы. Клинические данные проанализированы с целью определения признаков острой дыхательной недостаточности по классификации Д. Скиннера (1997). Признаки острой дыхательной недостаточности диагностированы у 119 пациентов (1,87%). Следует отметить, что смешанный характер острой дыхательной недостаточности у каждого конкретного септического больного связан с наличием нескольких механизмов реализации дыхательной недостаточности и обязательным сопутствующим фактором интоксикации, значительными трудностями в лечении пациентов с полиорганной недостаточностью, развитие которой было спровоцировано нарушениями газообмена.

*Ключевые слова:* одонтогенная инфекция, дыхательная недостаточность, тяжелые осложнения, гнойный процесс, челюстно-лицевая область.

Актуальность темы

**Д**ыхательная недостаточность характерна для всех форм сепсиса, а в 40% случаев выступает, как один из ведущих признаков сепсиса [1, 2, 4, 8, 9, 10, 11]. У 79,1% септических больных отмечается нарушение частоты и режима дыхания, а у 36,8% из них рентгенологически подтверждается наличие септических пневмоний. У 89,1% больных сепсисом рО<sub>2</sub> артериальной крови ниже нормальных значений и в среднем составляет 76,1 мм. рт. ст. [4].

По данным В.И. Лященко (1970) и соавт., дыхательная недостаточность послужила причиной смерти у 58–69% больных сепсисом [5, 6].

Под острой дыхательной недостаточностью (ОДН) в настоящее время понимают синдром, при котором максимальное напряжение всех компенсаторных систем организма неспособно обеспечить его адекватное насыщение кислородом и выведение углекислого газа [6, 7]. Острую дыхательную недостаточность разделяют на первичную и вторичную, вентиляционную и паренхиматозную [6, 7].

В зависимости от выраженности и наличия гипоксемии, гипо- или гиперкапнии: гипоксемическая, гиперкапническая типы дыхательной недостаточности [6, 7].

Вторичные аррозивные кровотечения из крупных сосудов причисляются многими авторами к редким, но крайне опасным осложнениям распространенного воспалительного процесса шеи и средостения [2, 3, 4].

Кровотечения при гнойно-воспалительных процессах челюстно-лицевой области и шеи могут быть отнесены к артериальным или венозным, возникающим вследствие аррозии, вторичным ранним или вторичным поздним, острым. Специальной классификации для таких кровотечений в доступной литературе не обнаружено.

Цель исследования

Охарактеризовать острую дыхательную недостаточность и аррозивные кровотечения у больных с одонтогенным сепсисом

Материалы и методы

Рассмотрены архивные материалы 6352 пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы за 2000–2007 гг. Клинические данные проанализированы с целью опреде-

ления признаков ОДН по классификации Д. Скиннера (1997) [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Признаки ОДН диагностированы у 119 пациентов (1,87%). Ниже представлены основные причины развития ОДН у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи:

1. ОДН, связанная с повреждением или заболеваниями дыхательного аппарата — 15 пациентов с пневмониями, развившимися на фоне сепсиса (12,6%);
2. ОДН, связанная с обструкцией дыхательных путей — 76 пациентов с распространенными флегмонами различной этиологии, локализующимися в области дна полости рта и/или шеи; обструкция дыхательных путей (63,9%);
3. ОДН смешанного типа: при септическом шоке связанная с развитием респираторного дистресс-синдрома — 18 пациентов (15,1%).

Другие причины: ОДН, связанная с фактором интоксикации (токсическое повреждение легочной паренхимы, нарушение синтеза сурфактанта); обострение сопутствующей соматической патологии (астматический статус, отек Квинке), болевой синдром и нарушение функции грудной клетки вследствие ограничения ее подвижности при распространении гнойно-воспалительного процесса в средостение, плевральные полости, перикард, «детренированность» дыхательной мускулатуры в результате длительной ИВЛ, гемическая гипоксия при развитии выраженной анемии, циркуляторная гипоксия как результат циркуляторных нарушений, ассоциируемых с сепсисом (10 больных).

Таким образом, отмечается высокий уровень распространенности ОДН у больных с осложненными гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи.

Следует отметить смешанный характер ОДН у каждого конкретного септического больного, связанный с наличием одновременно нескольких механизмов реализации дыхательной недостаточности и обязательным сопутствующим фактором интоксикации, а также значительные сложности при лечении пациентов с полиорганной недостаточностью, развитие которой провоцировалось нарушениями газообмена.

Важное значение в патогенезе ОДН имеет обструкция верхних дыхательных путей на фоне распространенного гнойно-воспалительного процесса.

Таблица 1. Общая характеристика ОДН

Септический процесс	Количество больных / степень ОДН			Всего
	1	2	3	
Сепсис	31	14	3	48
Тяжелый сепсис	14	10	6	30
Септический шок	4	10	27	41
Итого	49	34	20	119

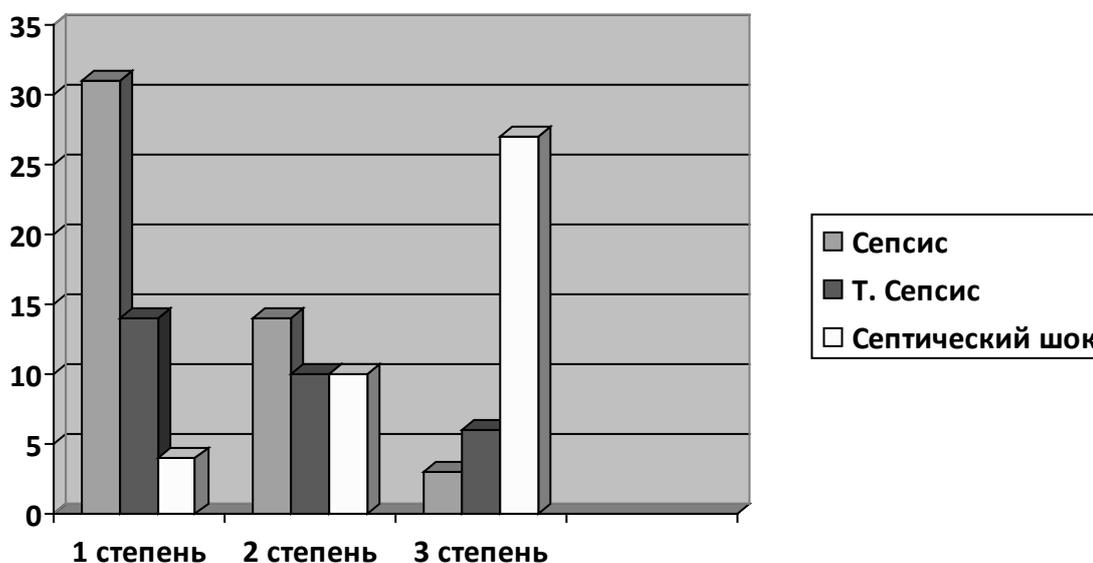


Диаграмма 1. ОДН у септических больных

Характеристика степени ОДН в зависимости от тяжести септического процесса представлена в Таблице 1, Диаграмме 1.

Закономерно, что ОДН первой степени тяжести чаще наблюдается у так называемых больных с «сепсисом без органной недостаточности», а ОДН третьей степени — у «шоковых» пациентов.

Анализ архивного материала выявил три пациента с вторичными кровотечениями из сосудов крупного, среднего калибра на фоне гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи: флегмон дна полости рта и шеи, осложненных тотальными медиастинитами, сепсисом. Все больные с аррозивными кровотечениями в данном исследовании являлись мужчинами молодого и среднего возраста.

Источниками кровотечений являлись щитовидные артерии (анастомозы), внутренняя яремная вена

и вены-анастомозы, впадающие в подключичную вену. Непосредственные причины развития осложнений: одонтогенный воспалительный процесс, перфорация ротоглотки инородным телом с последующим развитием флегмоны шеи. Летальность — 66,7%. Все кровотечения наружные, вторичные поздние, острые. Фоновой соматической патологии в данной группе не выявлено.

Обозначенные закономерности подтверждают распространенность патологии среди пациентов с одонтогенным сепсисом. Длительные сроки лечения и высокая летальность отражают значимость проблемы в социально-экономическом, демографическом, моральном и других аспектах.

Данная проблема требует дальнейшего всестороннего исследования, целью которого является оптимизация диагностики, повышение эффективности лечения и снижение летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородов В.Б. Сепсис. М., 2000. — 13 с.
2. Будаев А.П. Диагностика и лечение сепсиса у челюстно-лицевых больных на фоне сопутствующей патологии. Дис. канд. мед. наук Воронеж, 2001. — 139 с.
3. Воложин А.И. Осложненное течение острого воспалительного процесса: ранняя диагностика и принципы лечения // Стоматология. — 1995. — Т. 74. — № 1. — С. 34–37.
4. Граменицкий А.Б. Хирургический сепсис. Ярославль, 2001. — 299 с.
5. Гологорский В.А., Багдатов В.Е., Гельфанд Б.Р. и др. Изменение метаболической функции легких и содержание биологически активных веществ в крови больных респираторным дистресс-синдромом // Анестезиология и реаниматология — 1992. — № 1. — С. 20–22.
6. Кассиль В.Л., Золотокрылина Е.С. Острый респираторный дистресс-синдром. — М.: Медицина, 2003. — 224 с.
7. Радушкевич В.Л., Барташевич Б.И., Караваев Ю.Н. Реанимация и интенсивная терапия в практике скорой медицинской помощи. — Воронеж, 2000. — 390 с.
8. Bone R.C., Spring C.L., Sibbald W.G. Difinitions for sepsis and organ failure // Crit. Care Med. — 1992. — Vol. 6. — P. 724–726.
9. Bone R. The sepsis syndrome: Definition and general approach to management // Clinics in Chest Medicine. — 1996. — Vol. 17. — N2. — P. 175–181.
10. Marin H. Kollef. Epidemiology and risk factors for nosocomial pneumonia. Clinics in Chest Medicine V.120, N.3, Sep., 1999, P. 653–670.
11. Sessler C.N., Bloomfield G.L., Fowler A.A. Current concepts of sepsis and acute lung injury // Clinics in chest medicine. — 1996. — Vol. 17. — № 2. — P. 213–235.

© Зубрицкий Владислав Феликсович (zubvlad2009@yandex.ru), Оганесян Арман Аршакович (oganesyan@bsu.edu.ru),  
Петраш Денис Александрович (gromov.alexandr2011@yandex.ru), Тишков Денис Сергеевич (den-tishkov@yandex.ru).  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Московский государственный университет пищевых производств