

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МОЛНИЕНОСНОГО ОДОНТОГЕННОГО СЕПСИСА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ АГРАНУЛОЦИТОЗОМ

CLINICAL CASE OF LIGHTNING-FAST ODONTOGENIC SEPSIS ACCOMPANIED BY AGRANULOCYTOSIS AND ACUTE RESPIRATORY FAILURE

**A. Gromov
M. Lunev
D. Petrash
K. Yazikova**

Summary. The article discusses a clinical case of a fatal outcome of a patient with lightning-fast odontogenic sepsis on the background of acute respiratory failure and severe leukopenia. Agranulocytosis is an unfavorable prognostic factor that makes it possible to establish a high probability of death. Timely and continuous assessment of critical organ systems is needed: respiratory and cardiovascular, monitoring of blood gas composition and other indicators of homeostasis for the implementation of successful resuscitation measures and ensuring the patency of the upper respiratory tract.

Keywords: phlegmon, maxillofacial area, odontogenic infection, sepsis, surgical treatment.

Громов Александр Леонидович

Д.м.н

Курский государственный медицинский университет

gromov.alexandr2011@yandex.ru

Лунев Михаил Анатольевич

К.м.н

Курский государственный медицинский университет

misha-dok@yandex.ru

Петраш Денис Александрович

К.м.н

Курский государственный медицинский университет

petrash.denis2017@yandex.ru

Язикова Кристина Сергеевна

Ассистент

Курский государственный медицинский университет

gromov.alexandr2011@yandex.ru

Аннотация. В статье обсуждается клинический случай летального исхода пациента с молниеносным одонтогенным сепсисом на фоне острой дыхательной недостаточности и выраженной лейкопении. Агранулоцитоз является неблагоприятным прогностическим фактором, позволяющим установить высокую вероятность летального исхода. Необходима своевременная и непрерывная оценка критически важных органов систем: дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, мониторинг газового состава крови и иных показателей гомеостаза, назначение инфузионной терапии растворами кристаллоидов в объеме 30 мл/кг веса, ранняя антибиотикотерапия бактерицидными препаратами широкого спектра действия.

Ключевые слова: флегмона, челюстно-лицевая область, одонтогенная инфекция, сепсис, хирургическое лечение.

Актуальность

Одонтогенный сепсис является значимой патологией в структуре гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, его распространенность достигает 2%, сохраняется тенденция к приросту ввиду бесконтрольного использования антибактериальных, иммуностимулирующих средств, гормонов, социально-демографических факторов, алкоголизма и наркомании [1,4]. Критерии органной дисфункции представлены в соответствующих литературных источниках, включают нарушения функционирования

сердечно-сосудистой (артериальное давление), дыхательной (респираторный индекс), мочевыделительной (креатинин) систем, а также нарушение деятельности печени (билирубин) и центральной нервной системы (баллы по шкале ком Глазго, Таблица 1) [3,5].

Сепсис — тяжелое системное воспалительное заболевание, сопровождающееся жизнеугрожающей органной дисфункцией. Трактовка лейкоцитарной формулы в настоящее время не содержит смысловой нагрузки в плане первичной диагностики сепсиса, однако ранее, в соответствии с положениями «Сепсис-1»,

Таблица 1. Система оценки тяжести органной недостаточности SOFA (Vincent J.L. et al., 1996)

Система	Количество баллов				
	0	1	2	3	4
PaO ₂ /FiO ₂ **	> 400	< 400	< 300	< 200 с респираторной поддержкой	< 100 с респираторной поддержкой
Коагуляция (тромбоциты, ×10 ³ /мкл)	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Печень (билирубин, мкмоль/л)	< 20	20–32	33–101	102–204	> 204
Сердечно-сосудистая система (гипотензия)	нет	Среднее АД < 70 мм рт. ст.	Допамин <5 или добутамин в той же дозе*	Допамин менее или эпинефрин более 0,1 или норэпинефрин менее 0,1	> 0,1
ЦНС (шкала ком Глазго)	15	13–14	10–12	6–9	< 6
Почки (креатинин, мкмоль/л) или мочевыделение	< 110	110–170	171–299	300–400 (или < 500 мл/сут.)	> 400 или < 200 мл/сут.

Примечание. * — применение симпатомиметиков по крайней мере в течение 1 часа, мкг/кг/мин;
 ** — в настоящем исследовании критерий не используется при скрининговом применении метода

Таблица 2. Сравнительная клиничко-лабораторная характеристика пациентов с одонтогенным сепсисом и полиорганной полиморбидностью

Признак	Сепсис (n=28)	Местная форма одонтогенной инфекции (n = 66)
Эритроциты (×10 ¹² /л)	3,21±0,17*	4,46±0,11
Гемоглобин (г/л)	100,3±5,43*	136,1±3,66
Лейкоциты (×10 ⁹ /л)	19,7±1,8*	11,9±0,81
Лимфоциты (абс. в 1 мкл.)	1417[1040;1936]*	2216,6±167,9
ЛИИ (усл. ед.)	6,6±0,99*	3,6±0,77
Креатинин (мкмоль/л)	133,2[109;259,4]*	112,5[100,3;120,8]
Глюкоза (ммоль/л)	8,4[6,7;11,4]*	5,23[4,71;6,55]

Примечание. * — Различия статистически значимы (p<0,05)

не только выраженный лейкоцитоз, но и лейкопения, являлся одним из его признаков [5].

Изменения клеточного состава крови при сепсисе характеризуются анемией, лейкоцитозом, реже — лейкопенией, сдвигом лейкоцитарной формулы «влево», лимфопенией, увеличением лейкоцитарного индекса интоксикации, гипергликемией, гиперкреатининемией, гипербилирубинемией, газовыми и иммунологическими нарушениями [4]. В частности, по нашим данным, лейкоцитоз при одонтогенном сепсисе соответствует значению 19,7±1,8×10⁹/л (Таблица 2).

Агранулоцитоз — это клиничко-гематологический синдром, в основе которого лежит резкое уменьшение или отсутствие нейтрофильных гранулоцитов среди клеточных элементов периферической крови. Агранулоцитоз сопровождается развитием инфекционных процессов, ангины, язвенного стоматита, пневмонии, геморрагических проявлений [2].

Для одонтогенного сепсиса, развивающегося в отсутствие значимой фоновой патологии, агранулоцитоз не является характерным признаком. По нашим наблюдениям, включающим около 100 пациентов

с одонтогенным сепсисом и полиорганной недостаточностью, находившимся на лечении в медицинских учреждениях Курска за период с 2000 по 2022 гг., а так же около 20 пациентов с одонтогенным сепсисом в г. Воронеж и г. Белгород, подобного агранулоцитоза не наблюдалось ни в одном случае. Следовательно, клинические случаи одонтогенного сепсиса, сопровождающиеся агранулоцитозом в отсутствии гематологической патологии, представляют определенный научный интерес. Ниже представлен подобный клинический случай.

Пациент Ф, 56 лет, обратился в приемное отделение многопрофильного лечебного учреждения с жалобами на отечность тканей дна полости рта и *выраженную общую слабость*. Из анамнеза заболевания: около 2-х дней назад появились боли при глотании и болезненность в области зуба 3.8. До настоящего момента не лечился, за медпомощью не обращался. В анамнезе жизни — гипертоническая болезнь без особенностей, ОРВИ. Наблюдается у терапевта по поводу гипертонической болезни.

При поступлении: общее состояние скорее средней тяжести (общая слабость). Положение тела активное. В сознании, правильно отвечает на вопросы и ориентирован в пространстве и времени. Кожные покровы бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 80/60 мм рт. ст., пульс — 112 в 1. мин., то есть наблюдается артериальная гипотензия, среднее артериальное давление — 67 мм рт. ст. Живот мягкий и безболезненный. Стул и диурез в норме. Симптом поколачивания отрицателен с 2-х сторон.

Локально: отек дна полости рта слева, гиперемия, флюктуация отсутствует. Открывание рта свободное, определяется гиперемия слизистой в области зуба 3.8.

Данные рентгенографии легких — без особенностей. Общий анализ крови: эритроциты $4,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 127 г/л, гематокрит 37%, лейкоциты $0,2 \cdot 10^9/л$, единичные лимфоциты, тромбоцитопения, СОЭ 50 мм/ч. По результатам биохимического анализа крови — гиперкреатинемия 115 мкмоль/л, в остальном — без особенностей. Пациент осмотрен ЛОР-врачом, данных о стенозе гортани не получено.

Таким образом, по шкале SOFA данные пациента соответствуют двум (2) баллам, то есть сепсису. Кроме тромбоцитопении, обращает внимание агранулоцитоз.

Предварительный диагноз: одонтогенная флегмона дна полости рта слева. Молниеносный сепсис.

Пациент госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии, выполнена инфузионная терапия кристаллоидными растворами без катехоламинов, антибиотикотерапия (меропенем), обезболивание, на фоне чего отмечена нормализация артериального давления. Данных о септическом шоке не получено, так как катехоламины не применялись. В операционной выполнено вскрытие флегмоны стандартным доступом в условиях общей анестезии, гнойно-некротический тип острого воспалительного процесса, некрэктомия, санация, дренирование. Последующее лечение — в отделении реанимации.

Однако, несмотря на проводимое лечение, в течение 1 часа после операции отмечено резкое ухудшение общего состояния, появление одышки более 30 дыхательных движений в 1 мин, а затем — острая сердечно-сосудистая недостаточность и остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не результативны.

Патологоанатомическая секция подтвердила наличие септически измененных внутренних органов: печени и селезенки. Клинический диагноз подтвержден.

Выводы

Клиническая эффективность дифференциально-диагностической шкалы SOFA для ранней диагностики сепсиса не вызывает сомнений. Агранулоцитоз, не характерный для одонтогенного сепсиса в целом, может являться неблагоприятным прогностическим признаком, указывающим на возможное наступление летального исхода. Необходима своевременная и непрерывная оценка критически важных органных систем: дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, мониторингирование газового состава крови и иных показателей гомеостаза для осуществления успешных реанимационных мероприятий и обеспечения проходности верхних дыхательных путей, ранняя инфузионная и антибиотикотерапия в соответствии с международными клиническими рекомендациями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губин М.А. Итоги изучения сепсиса у стоматологических больных / М.А. Губин, Ю.М. Харитонов, Н.Л. Елькова, Р.Н. Киков // Прикладные информационные аспекты медицины. — 2003. — Т. 6, № 2. — С. 55–61.
2. Зарецкий М.М., Черникова Н.М. Агранулоцитоз: от диагностики к выбору лечебной тактики // Therapia. — 2011. — № 1 (54). — С. 27–29.

3. Использование шкалы qSOFA в диагностике сепсиса. Результаты российского многоцентрового исследования / М.Н. Астафьева, В.А. Руднов, В.В. Кулабухов [и др.]. — Текст: непосредственный // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2018. — Т. 15, № 4. — С. 14–22.
4. Особенности гемодинамики и метаболизма у больных острым одонтогенным сепсисом с фоновой полиорганной патологией. Результаты лечения / А.Л. Громов, М.А. Губин, С.В. Иванов, А.В. Щенин // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. — 2019. — Т. 14. — № 4. — С. 62–66. — DOI 10.25881/ВРNMSC.2020.79.30.013.
5. Руднов, В.А. Сепсис-3: обновленные ключевые положения, потенциальные проблемы и дальнейшие практические шаги / В.А. Руднов, В.В. Кулабухов. — DOI 10.21292/2078–5658–2016–13–4–4–11. — Текст: непосредственный // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2016. — № 13 (4). — С. 4–11.

© Громов Александр Леонидович (gromov.alexandr2011@yandex.ru), Лунев Михаил Анатольевич (misha-dok@yandex.ru),
Петраш Денис Александрович (petrash.denis2017@yandex.ru), Язикова Кристина Сергеевна (gromov.alexandr2011@yandex.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Курский государственный медицинский университет