

СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОНАХ

*Кабанова А. А., Титов В.Р., Дорошенко Н.В., Кабанова С. А.,
Минина А.Н., Чернина Т.Н.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет»
Витебск, Беларусь
arinakabanova@mail.ru*

Обследовано 158 пациентов с инфекционно-воспалительным процессом челюстно-лицевой области, у которых определено наличие критериев синдрома системного воспалительного ответа. Выявлено, что при флегмонах одного клетчаточного пространства синдром системного воспалительного ответа развивается у 9,0% пациентов, при флегмонах 2-4 клетчаточных пространств – у 36,0%, при флегмонах дна полости рта – в 80,0%.

***Ключевые слова:** системный воспалительный ответ; инфекционно-воспалительный процесс; челюстно-лицевая область.*

SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE IN ODONTOGENIC PHLEGMONS

*Kabanova A.A., Titov V.R., Doroshenko N.V., Kabanova S.A.,
Minina A.N., Chernina T.N.*

*Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University
Vitebsk, Belarus*

We examined 158 patients with infectious-inflammatory process of the maxillofacial region, for whom the presence of criteria for the systemic inflammatory response syndrome was determined. It was revealed that with phlegmon of one cellular tissue, the syndrome of a systemic inflammatory response develops in 9.0% of patients, with phlegmon of 2-4 cellular spaces - in 36.0%, with phlegmon of the floor of the oral cavity - in 80.0%.

***Key words:** systemic inflammatory response; inflammatory process; maxillofacial area.*

Актуальность. Синдром системного воспалительного ответа (ССВО, SIRS – systemic inflammatory response syndrome) – неспецифическая реакция организма на инфекционные и неинфекционные агенты; скрининговая категория, характеризующаяся несколькими критериями (достаточно двух): гипертермией (гипотермией), тахикардией, тахипноэ, лейкоцитозом (лейкопенией). Выраженность и интенсивность ССВО, обусловленные дискоординацией стимулированных воспалительных реакций в ответ на повреждающий агент, зависят не только от провоспалительных медиаторов, но обеспечиваются цепью патологических событий, включающих изменения функционирования системы воспаления, гемостаза, эндотелиальной и нейроэндокринной систем. Нарушение регуляции ответа макроорганизма на внедрение инфекционного агента, проявляющееся повреждением собственных тканей и органов, может приводить к полиорганной дисфункции, а в последующем – к недостаточности. Предполагаемый или верифицированный

инфекционный агент в сочетании с остро возникшей органной дисфункцией, развитие которой определяют на основании данных шкалы SOFA (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment), являются базовыми критериями развития сепсиса. Сепсис следует рассматривать не только как прогрессирующее системное воспаление, а в силу многогранности ответа, как угрожающее жизни нарушение регуляции реакции макроорганизма (дисрегуляцию) на инфекцию с остро возникшей органной дисфункцией, отражающей повреждение собственных тканей [1].

Цель исследования – выявить наличие критериев развития синдрома системного воспалительного ответа у пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Проведено комплексное обследование 158 пациентов с ИВП челюстно-лицевой области и шеи, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с 2010 по 2018 год. Обследованные пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа (96 человек) – пациенты с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства, 2 группа (36 человек) – пациенты с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной нескольких (2-4) клетчаточных пространств, 3 группа (26 человека) – пациенты с острым гнойным одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, осложненным флегмоной дна полости рта (ДПР). Синдром системного воспалительного ответа определяли по наличию как минимум двух критериев из следующих: температура тела более 38°C или менее 36°C; частота сердечных сокращений (ЧСС) более 90 уд/мин; частота дыхания более 20 дых. дв/мин; лейкоцитоз – более $12 \cdot 10^9/\text{л}$ или лейкопения – менее $4 \cdot 10^9/\text{л}$ [2]. Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью пакета прикладных таблиц «Statistica 10.0» и «Excel».

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной одного клетчаточного пространства, характеризовались следующими сочетаниями признаков ССВО: два из четырех признаков ССВО было выявлено у 4 (4,0%) пациентов, три из четырех – у 3 (3,0%), четыре признака выявлены у 2 (2,0%) пациентов. Всего в подгруппе 1 группы сравнения наличие признаков ССВО выявлено у 9 (9,0%) пациентов.

Пациенты с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной 2-4 клетчаточных пространств, характеризовались следующими сочетаниями признаков ССВО: два из четырех признаков ССВО было выявлено у 1 (3,0%) пациента, три из четырех – у 10 (28,0%), четыре признака определены у 2 (6,0%) пациентов. Всего в подгруппе 2 группы сравнения наличие признаков ССВО выявлено у 13 (36,0%) пациентов.

Пациенты с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной ДПР, характеризовались следующими сочетаниями признаков ССВО: два из четырех признаков ССВО было выявлено у 4 (15,0%) пациентов, три из четырех – у 10 (38,0%), четыре признака выявлены у 7 (27,0%) пациентов. Всего в подгруппе 3 группы сравнения наличие одной из

пар признаков ССВО выявлено у 21 пациента (80,0%).

Сравнение частоты ССВО между подгруппами пациентов группы сравнения позволило установить, что отличия были статистически значимы: p (подгруппа 1/подгруппа 2) = 0,002, p (подгруппа 1/подгруппа 3) < 0,001, (подгруппа 2/подгруппа 3) = 0,001.

Следовательно, острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной прилежащих мягких тканей, характеризуется развитием ССВО, что соответствует данным И. О. Походенько-Чудаковой и соавт., (2016) [3]. При более распространенных флегмонах синдром встречается статистически значимо чаще, достигая максимума у пациентов с флегмоной ДПР – 80,0%.

Заключение. Таким образом, развитие одонтогенных инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области сопровождается синдромом системного воспалительного ответа. При флегмонах одного клетчаточного пространства ССВО развивается у 9,0% пациентов, при флегмонах 2-4 клетчаточных пространств – у 36,0% пациентов, при флегмонах дна полости рта – в 80,0% наблюдений. Для предупреждения развития тяжелых осложнений инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области необходимо учитывать локализацию, распространенность процесса, а также появления лабораторных маркеров нарушения функционирования систем макроорганизма. Поиск значимых диагностических критериев развития угрожающих жизни состояний должен продолжаться, не смотря на все достигнутые успехи.

Список литературы

1. Генетические маркеры системной воспалительной реакции в кардиохирургии (обзор) / Понасенко А.В., Сеницкий М.Ю., Хуторная М.В., Барбараш О.Л. // Общая реаниматология. – 2017. – №13(6). – С.48-59.
2. Гончаров, М.Ю. Синдром системного воспалительного ответа в хирургическом лечении неспецифических гнойных заболеваний позвоночника / М. Ю. Гончаров, В. П. Сакович, Е. Ю. Левчик // Acta Biomedica Scientifica. – 2012. – №4(2). – С.39-42.
3. Клиническое руководство: диагностика, прогнозирование и лечение тяжелых осложнений инфекционно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи: монография / И. О. Походенько-Чудакова, О. П. Чудаков, С. В. Жаворонок, А. З. Бармуцкая, А. А. Кабанова, С. А. Кабанова, Ю. М. Казакова, М. С. Флерьянович; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой. – Минск: Изд. Центр БГУ, 2016. – 398 с.