АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Походенько-Чудакова И. О., Максимович Е. В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Большинство врачей традиционно считают, что полиорганная недостаточность (ПОН) — это патологическое состояние, которое возникает преимущественно у пациентов реанимационных отделений. ПОН именуется угрожающее жизни неотложное состояние, которое обусловлено несостоятельностью или выраженной дисфункцией двух и более систем организма пациента.

ПОН имеет свои особенности развития и течения, при этом являясь патофизиологической основой большинства критических терминальных состояний с летальным исходом. Следует также отметить, что число и перечень выходящих из строя систем являются ключевыми прогностическими факторами, в зависимости от которых вероятность летального исхода варьирует в пределах от 30 % до 100 %.

ПОН имеет неспецифичность повторяемости клинической картины при разных этиологических вариантах. Большинство специалистов в области критической медицины рассматривают ПОН как крайнюю, предельно выраженную степень системного дистресса, являющуюся катастрофическим провалом приспособительной реакции организма в ответ на поражающий фактор. При развитии ПОН в органах и тканях организма резко снижается кровоток, в результате чего развивается гипоксия функционирующих тканей, высвобождаются иммунные воспалительные факторы, нарушается гомеостаз.

Следует отметить, что недостаточность внутренних органов развивается чаще постепенно. Сначала возникает дисфункция. Работа органа нарушена, но организм может полностью или частично компенсировать это нарушение, немедленной медицинской

помощи при этом не требуется. При развитии недостаточности происходит срыв адаптационных возможностей. Когда развивается ПОН, то есть наблюдается недостаточность функций нескольких органов, то патологический процесс начинает сам себя «поддерживать», в организме замыкаются различные «порочные круги».

Согласно данным научных публикаций, число пациентов с синдромом ПОН неуклонно растет. Причинами называют: повышение эффективности лечения острых тяжелых заболеваний (пациенты выживают, но в последующем развиваются и сохраняются полиорганные дисфункции, переходящие в недостаточность); увеличение продолжительности жизни со старением населения и увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста, у которых имеется большое число сопутствующих заболеваний; увеличение числа септических состояний.

Цель исследования: проанализировать причины летальных исходов пациентов в отделениях челюстно-лицевой хирургии в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Был проведен анализ медицинских карт стационарных пациентов с летальным исходом, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии, результатов патологоанатомических заключений учреждений здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска, «Брестская областная клиническая больница», «Могилевская областная клиническая больница» за 2005–2018 гг. За указанный период времени в данных учреждениях здравоохранения констатировано 12 летальных исходов.

Критерий включения в исследование — возраст старше 18 лет, госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов варьировал от 34 до 80 лет, средний возраст составил 69,0 (54,5–76,0). Мужчин было 66,7 % (8), женщин — 33,3 % (4). Достоверно по половому признаку преобладали мужчины.

83,3 % (10) пациентов были госпитализированы с инфекционно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи — одонтогенными флегмонами двух и более клетчаточных пространств, у 33,3 % (4) также был верифицирован диагноз одонтогенный медиастинит, 16,7 % (2) пациентов поступали с осложнениями злокачественных новообразований.

У 100,0 % пациентов имелись сопутствующие соматические заболевания, среди которых превалировала патология сердечно-сосудистой системы — 58,3 % (7), хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет 2 типа, хронические заболевания печени, заболевания центральной нервной системы, кахексия отмечены в анамнезе у 16,7 % (2). 75,0 % (9) пациентов имели 2 и более хронических заболеваний.

При поступлении у 100,0 % (12) пациентов в общем анализе крови определялось снижение числа лимфоцитов, у 16,7 % (2) — анемия. В биохимическом анализе крови — повышение уровней креатинина, мочевины, лактата, снижение общего белка.

Развитие ПОН чаще отмечают у пациентов, имеющих органы, пораженные хроническим патологическим процессом или измененные в результате воздействия первичного патологического фактора.

В патогенезе ПОН под воздействием медиаторов воспаления развивается повреждение клеток сосудистого эндотелия, в результате чего начинают синтезироваться биологически активные вещества, такие как интерлейкины, цитокины, оксид азота, интерфероны, фактор некроза опухоли. Под действием этих компонентов тонус кровеносной системы, проницаемость сосудистой стенки, работа макрофагального иммунитета изменяется. В условиях физиологических нарушений медиаторы воспаления оказывают чрезмерное воздействие, что приводит к развитию отеков, выраженной дилатации или констрикции сосудов, появлению воспалительной реакции.

При инфекционных процессах (бактериальных, вирусных, грибковых) имеет место инфекционно-септическое воздействие. Сепсис развивается в результате попадания инфекционного аген-

та в системный кровоток из очага воспаления, однако может быть и второй путь проникновения — из кишечника, проницаемость стенки которого увеличивается при истощении. В результате стимулируется выработка цитокинов и развивается системная воспалительная реакция.

Также возможно развитие феномена «двойного удара», обусловленного терапевтическим медикаментозным воздействием на пациента, приводящим к усугублению ПОН. Активная инфузия плазмозамещающих растворов является причиной реперфузионного синдрома, массивное антибактериальное воздействие, направленное на борьбу с сепсисом, усиливает токсическую нагрузку на системы экскреции. Все это может негативно влиять на тяжесть состояния пациента.

Также в патогенезе ПОН имеет место и деструкция органов, в развитии которой имеется несколько механизмов, основным из которых является их ишемическое повреждение. Часть клеток переходит в анаэробный режим гликолиза, часть погибает. Основные органнне повреждения возникают при восстановлении кровотока, что сопровождается образованием большого количества свободных радикалов, которые стимулируют процессы перекисного окисления. Вторым патогенетическим механизмом является интенсивное тромбообразование на начальной стадии ДВС-синдрома, в результате образующиеся микроэмболы нарушают проходимость капиллярной сети, что еще больше усиливает ишемию (А. А. Белкин, А. Л. Левит, 2000, 2020).

В результате повышенной проницаемости сосудов развиваются отеки, которые приводят к накоплению жидкости в брюшной полости, с усилением внутриабдоминальной компрессии, механическим сжатием органов живота, подъемом диафрагмы с ограничением подвижности легких, повышается также внутригрудное давление, уменьшается рабочее пространство сердца, в результате чего происходит нарушение оттока крови от мозга, вовлекается в процесс центральная нервная система, развивается церебральный отек с появлением неврологической симптоматики.

Выводы. В результате проведенного анализа имеются основания для заключения о том, что причиной летальных исходов пациентов в отделениях челюстно-лицевой хирургии в Республике Беларусь явилась ПОН, которая имела место уже при поступлении пациента в стационар. Соответственно необходимо обратить внимание специалистов, что диагностику и прогнозирование ПОН необходимо проводить до ее манифестации, в латентной стадии, выделяя в группу риска пациентов с острыми инфекционно-воспалительными заболеваниями, и имеющих 2 и более хронических соматических заболевания, принимающих на постоянной основе поддерживающую медикаментозную терапию.