

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ, ІСТОРІЯ

DOI 10.35220/2078-8916-2020-37-3-80-84

УДК 616.716.8+617.52]=089

**В.Т. Баєв, к.мед.н., Н.В. Баєва, О.Є. Дикса,
К.В. Голуб, М.С. Гречка, В.Г. Зінкевич,
Ю.А. Диченко, О.О. Збарах, І.Ю. Садова**

КНП Миколаївська обласна клінічна лікарня МОР

**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СМЕРТНИХ
ВИПАДКІВ У ВІДДІЛЕННІ ЩЕЛЕПНО-
ЛИЦЬОВОЇ ХІРУРГІЇ МИКОЛАЇВСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ
З 2006 р ПО 2019 р**

В статті описуються випадки захворювань щелепно-лицьової області з летальним кінцем. Пропонуються приклади ведення хворих з подальшим летальним кінцем, розбір причин нижчеказаних смертей. Це дозволить визначити основні причини, що призвели до біологічної смерті хворих відділення щелепно-лицьової хірургії та хірургічної стоматології Миколаївської обласної клінічної лікарні.

З усіх наведених померлих хворих відділення щелепно-лицьової хірургії основною причиною смерті була серцево-судинна та дихальна недостатність різної етіології. В основному, у померлих хворих була фонові патологія тяжкого ступеня.

Ключові слова: випадки захворювань щелепно-лицьової області з летальним кінцем, гнійно-запальні процеси обличчя та шиї, остеомиєліт, остеонекроз, пухлинна інтоксикація.

**В.Т. Баєв, Н.В. Баєва, О.Є. Дикса, К.В. Голуб,
М.С. Гречка, В.Г. Зінкевич, Ю.А. Диченко,
А.А. Збарах, І.Ю. Садова**

КНП Николаевская областная клиническая больница
НОС

**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ
СМЕРТЕЛЬНИХ СЛУЧАЄВ В ОТДЕЛЕНИИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ
НИКОЛАЕВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
С 2006г. ПО 2019г**

В статье описываются случаи заболеваний челюстно-лицевой области с летальным исходом. Предлагаются примеры ведения больных с дальнейшим летальным исходом, разбор причин нижеуказанных смертей. Это позволит определить основные причины, которые привели к биологической смерти больных отделения челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Николаевской областной клинической больницы.

Из всех приведенных умерших больных отделения челюстно-лицевой хирургии основной причиной смерти была сердечно-сосудистая и дыхательная недоста-

точность различной этиологии. В основном, у умерших больных была фоновая патология тяжелой степени.

Ключевые слова: случаи заболеваний челюстно-лицевой области с летальным исходом, гнойно-воспалительные процессы лица и шеи, остеомиелит, остеонекроз, опухолевая интоксикация.

**V.T. Baev, N.V. Baeva, O.Y. Dyksa, K.V. Golub,
M.S. Grechka, V.G. Zinkevich, J.A. Dychenko,
A.A. Zbarakh, I.Y. Sadovaya**

CNE Mykolaiv Regional Clinical Hospital MRC

**RETROSPECTIVE ANALYSIS
OF FATALITIES IN THE DEPARTMENT
OF MAXILLOFACIAL SURGERY
OF THE MYKOLAIV REGIONAL CLINICAL
HOSPITAL SINCE 2006 TO 2019**

The article describes cases of diseases of the maxillofacial area with a fatal outcome. Cases of management of patients with long-term lethal outcome, analysis of the specified deaths are offered. This allows us to determine the main causes that led to biological death of patients in the Department of Maxillofacial surgery and Surgical dentistry of the Mikolaiv Regional Clinical Hospital.

Of all the patients who died in the Department of maxillofacial surgery, the main cause of death was cardiovascular and respiratory failure of various etiologies. Basically, the deceased patients had severe background pathology.

Key words: cases of diseases of the maxillofacial region with a fatal outcome, purulent-inflammatory processes of the face and neck, osteomyelitis, osteonecrosis, tumor intoxication.

Мета праці. Проведення ретроспективного аналізу смертельних випадків за 2006-2019рр. у відділенні.

Новизна досліджень. Вперше проведено аналіз історій хвороб за даними архівного матеріалу відділення ХС та ЦЛХ КНП «МОКЛ» МОР.

В останні роки спостерігається тяжка течія гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки, ускладнення онкологічних хворих щелепно-лицьової ділянки та шиї і гнійно-некротичних уражень кісток лицевого черепу. З приводу недостатності інформації у періодичній науковій печаті, було прийнято рішення опублікувати наші спостереження.

За період з 2006 р. по 2019 р. в МОКЛ відділенні ХС та ЦЛХ, всього госпіталізовано – 18229 (100 %) пацієнтів віком від 2 років 11 місяців до 96 років: чоловіків – 8920 (48,9 %); жінок – 9309 (51,1 %); дітей віком від 2 роки 11 місяців до 17 років включно – 1740 (9,5 %). Вік померлих хворих складає від 2-х років 11 місяців до 96 років, померлих хворих за період спостереження – 28 (0,15 %), із них – 1 дитина (чол.), чоловіків – 12(0,06 %), жінок – 16 (0,09 %). Розповсюдження одонтогенних флегмон і сепсис у

12 (42,8 %) хворих, карбункул верхньої губи у 5-х (17,8 %) хворих, хронічний остеомієліт з остео-некрозом у 3-х (10,8%), пухлинних інтоксикацій, що є причиною смерті у 8 (28,6 %) хворих. (табл. 1).

Тривалість захворювань при одонтогенних флегмонах та карбункулах від 3-х до 9 днів, хронічному остеомієліті та остео-некрозі від 10 днів до 4-х місяців, пухлинних інтоксикацій від 3-х місяців до 3-х років і більше (табл. 2).

Таблиця 1

Кількість хворих по рокам з 2006 по 2019 роки

Рік	Кількість хворих пролікованих у стаціонарі всього	Чоловіки	Жінки	Діти
2006	1363	671	690	145
2007	1453	704	749	154
2008	1382	670	712	118
2009	1321	656	665	115
2010	1300	642	658	134
2011	1323	652	671	106
2012	1290	631	659	133
2013	1326	661	665	122
2014	1259	619	640	130
2015	1272	622	650	119
2016	1207	595	612	105
2017	1250	615	635	107
2018	1372	632	740	140
2019	1111	550	561	112
Всього	18229	8920	9309	1740

Таблиця 2

Кількість хворих за кожен рік відповідно до статі та місця проживання

Рік	Вік	Стать		Житель		Усього смертних випадків за рік
		чоловіча	Жіноча	міста	села	
2006	46-52	1	1	1	1	2
2008	34-86	1	2	2	1	3
2009	29-96	-	2	1	1	2
2011	27-43	1	2	1	2	3
2012	2р. 11м. 24	1	1	1	1	2
2013	54-67	1	1	2	-	2
2014	31-55	2	-	1	1	2
2015	24-71	3	1	2	2	4
2016	68-72	1	1	1	1	2
2017	72	-	1	1	-	1
2018	39-88	2	2	1	3	4
2019	77	-	1	1	-	1
		13	15	15	13	28

У день надходження хворих з одонтогенними флегмонами під внутрішньовенним наркозом було проведено розтин, взяття посіву із рани для виявлення мікрофлори та чутливості до антибіотика. Було призначено емперически антибіотики широкого спектру дії (карбопенем, меропенем, кефзол, алвобак, бліцеф, зольв, денізід, лораксон, цефазолін, цефаксон і т.і.), сульфаніламідні пре-

парати (бісептол-480, етазол натрію, сульфален меглюмін) внутрішньовенно (реосорбілакт, 3 % р-н соди, 5 % р-н глюкози на інсуліні, L-лізин ексцинат на фіз. р-ні, вітамін С). Дезінтоксикаційну та загально-зміцнюючу терапію. Зокрема цього проводилось загально-клінічне обстеження, визначали важливі біохімічні обстеження: група крові, резус-фактор, ниркові, печінкові

проби, С-реактивний білок, білкові фракції, коагулограма, кров на RW, томограма грудної клітини, КТ грудної клітини та лицевого черепу, а також кров на стерильність на виявлення мікрофлори. Подальше проводилися консультації із суміжними спеціалістами: терапевтом, ендокринологом, пульмонологом, торакальним хірургом, кардіологом, педіатром, нефрологом, інфекціоністом, анестезіологом-реаніматологом.

Загальний стан хворих визначали як тяжкий у 27 хворих і середньої тяжкості у 1-го хворого.

Надаємо приклад:

1. Пацієнтка З. (17807/1331) 1984 р. народження, жителька села, надійшла до відділення щелепно-лицьової хірургії 30.10.2011 р. у тяжкому стані.

Пацієнтка З. скаржилась на загальну слабкість, болі в лівій половині обличчя, шиї, обмежене відкривання порожнини рота.

Оскільки пацієнтка З. надійшла до відділення у тяжкому стані, на запитання не відповідала. Зі слів матері пацієнтки, хворіє біля 1 місяця. Зі слів матері, пацієнтка З. знаходиться на спостереженні з приводу ВІЛ-інфекції.

Об'єктивно: лице асиметричне через набряк м'яких тканин лівої щоки. Шкіра в щічній ділянці зліва гіперемована, набрякла, в складку не береться. Пальпаторно, в щічній, підщелепній ділянках та бічній ділянці зліва відзначається щільний, різко болючий інфільтрат. Відзначається утруднене відкривання порожнини рота, тризм II ступеню. Слизова оболонка порожнини рота в щічній ділянці зліва некротично уражена, покрита некротичним нальотом, коричневого кольору з різким гнилісним запахом.

Пацієнтці З. проведено розкриття одонтогенної флегмони лівої половини обличчя та шиї під транстрахеальним наркозом.

Пацієнтка З. отримувала Цефтріаксон 1,0 в/м 2 рази на день (2 д.), Метрогіл 100,0 в/в 3 рази на день (2 д.), розчин Рінгера 400,0 в/в (2 д.), L-лізін 10,0 та фіз. Розчин 100,0 в/в кап. (2 д.), Сода 4% 100,0 в/в кап., Гемодез 100,0 в/в (2 д.), Флюконазол 100,0 в/в (2 д.)

Після операції хвора переведена до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Стан хворої погіршувався незважаючи на терапію, що вона отримувала. Через погіршення стану у хворої розвинулася серцево-судинна недостатність та дихальна недостатність. О 03:20 31.10.2011р. відзначається зупинка серця, розпочато реанімаційні заходи, ШВЛ, непрямий масаж серця, в/в введено р-н адреналіну 0,18 % – 40,0 в/в. Реанімаційні заходи були безуспішні, в 04:00 констатовано біологічну смерть.

Посмертний діагноз: Розлита гнійно-некротична флегмона лівої половини обличчя та

шиї. Сепсис. Гостра серцево-судинна недостатність, дихальна недостатність, поліорганна недостатність на фоні ВІЛ-інфекції.

Причиною смерті є гостра серцево-судинна недостатність, дихальна недостатність, поліорганна недостатність та енцефаліт на фоні ВІЛ-інфекції.

Заключний діагноз: Розлита гнійно-некротична флегмона лівої половини обличчя та шиї зліва.

Ускладнення основного захворювання: Сепсис. Гостра серцево-судинна, дихальна, поліорганна недостатності та енцефаліт на фоні ВІЛ-інфекції.

Супутній діагноз: В. 20. Язвенно-некротичний гінгіво-стоматит.

Клінічно-патологоанатомічний епікриз: Померла З., 27 років, знаходилася на лікуванні у відділенні ЩЛХ з клінічним діагнозом: Розлита гнійно-некротична флегмона лівої половини обличчя, шиї зліва. В процесі захворювання розвинулися: сепсис, септикопемія: двобічна полісегментарна пневмонія з абсцедуванням, гнійний ендобронхіт, двобічний фібринозно-гнійний плеврит (справа і зліва – по 500мл каламутної рідини), гострий інтерстиціальний нефрит, гострий інтерстиціальний міокардит; септична селезінка (маса – 400г), альвеолярно-геморагічний набряк легень, набряк-набухання головного мозку, паренхіматозна дистрофія внутрішніх органів, поліорганна недостатність, що стало причиною смерті.

Збіг клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

2. Пацієнт М. (7883/894) 1940 р. народження, житель міста, надійшов до відділення щелепно-лицьової хірургії 11.07.2000р у стані середньої тяжкості.

Пацієнт М. скаржився на біль в ділянці шиї зліва, періодично-виникаючу кровотечу з розпадої пухлини.

Хворий знаходиться на диспансерному обліку з 1999 р. з приводу злоякісної пухлини альвеолярного паростку нижньої щелепи. Проведено комплексну терапію. Виник рецидив, неоперабельний. Госпіталізовано для симптоматичної терапії.

Об'єктивно: лице асиметричне за рахунок післяопераційної деформації, вилучення половини нижньої щелепи зліва. В ретромолярній ділянці зліва виразка діаметром до 3см з оростою. Остання відкривається в верхній ділянці шиї зліва, де на рубцях є дві рани з розпадаючогося метастазу шиї з гнійно-геморагічними виділеннями. В заушній ділянці пальпується регіонарний метастаз діаметром до 4см, болісний при пальпації.

Пацієнт М. неоперабельний, було призначено симптоматичну терапію.

Пацієнт М. отримував Цефазолін по 1г в/м по 2 рази на добу, Циклоферон по 0,5г 1 раз в день в/м, гамма-амінокапронова к-та 5 % – 50,0, Вікасол по 2,0 в/м, СаСІ 10 % по 10,0 в/в, Неогемодез 200,0 в/в, Кетанов 1,0 в/м при болях, глюкоза 5 % – 400,0 + р-н Рінгера – 400,0 в/в крап., Пірацетам 10,0 в/в, Гепарин 5000 ЕД в/м 4 рази на добу, АТФ 1,0, Кордіамін 2,0 на ніч, Кокарбоксілаза 100,0мг в/в, Рибоксин 5,0 в/в, Реополіглоконат 400,0 + глюкоза 5 % – 400,0 + Гемодез – 200,0 в/в крап., Сода 3 % – 150,0, Прозерин 1,0 в/м 2 рази на добу, Інсулін за схемою, NaCl 0,9 % – 200,0 + Ізохет 0,1 % – 5,0 в/в крап., Лазикс – 2,0 в/в, Дицинон – 4,0 в/в, Трамадол – 2,0 в/м, Анальгін 50 % – 2,0 + Димедрол 1,0 в/м, Нікотинова к-та – 2,0 в/м,

Пацієнт М. отримував консервативну терапію. 19.07.2000р. самовільно покинув відділення щелепно-лицьової хірургії. Того ж дня, увечері був доставлений каретою швидкої допомоги до відділення щелепно-лицьової хірургії з сильною кровотечею. Проводилася інтенсивна консервативна терапія. 20.07.2000 р. при ревізії рани знайдено дефект у стінці загальної сонної артерії. Останній був ушитий. В післяопераційний період, незважаючи на інтенсивну терапію, у хворого з'явилося гостре порушення мозкового кровообігу в ділянці басейну середньої мозкової артерії з правостороннім геміпарезом. Незважаючи на терапію, стан пацієнта погіршувався. Наступив тромбоз загальної сонної артерії зліва, прогресувала пухлинна кахексія з гіпертермією, збільшилася зона пухлинного розпаду в області шиї з проростанням в порожнину рота. Проводилася гемотрансфузійна терапія. Стан пацієнта в динаміці прогресивно погіршувався, з'явилися парези. 24.08.2000 о 07:00 діагностована зупинка серця та дихальної діяльності. У зв'язку з наявністю у пацієнта онкологічного захворювання в термінальній стадії, неможливістю одужання, за узгодженням з родичами, реанімаційні заходи були припинені о 07:25 констатована біологічна смерть.

Причина смерті: гостра серцево-судинна та дихальна недостатність на фоні пухлинної кахексії, ГПМК в басейні лівої середньої мозкової артерії з правостороннім геміпарезом. С-г альвеолярного паростку нижньої щелепи зліва. Стан після комплексного лікування. Кл. гр. IV. Метастази в лімфатичні вузли зліва з розпадом. Ерозія загальної сонної артерії зліва. Цукровий діабет I типу середньої важкості.

Патологоанатомічне заключення (з протоколу розтину від 24.08.2000 року):

У хворого з раком нижньої щелепи розвинувся тромбоемболічний синдром при пошкодженні цілісності стінки судин, що знаходилися в області операційного поля (місце розташування проростаючої в прилеглі тканини злоякісної пухлини). При цьому розвинувся некроз коркової речовини нирок, множинні розриви міжальвеолярних перегородок в легенях, що стало причиною смерті. Окрім цього, у померлого хворого широко представлена фонові патологія у вигляді ІХС і хронічного гепатиту з початковими признаками цирозу.

При повному збігу діагнозів щодо основного захворювання є часткове розходження по супутнім патологіям.

3. Пацієнт К. (14542/1237) 1962 р. народження, житель міста, надійшов до відділення щелепно-лицьової хірургії 29.09.1997 р. у стані середньої тяжкості.

Пацієнт К. скаржився на біль, кровотечу з порожнини рота та наявність рани нижньої губи. Пацієнт К. був побитий невідомим людьми в районі проспекту Леніна. Свідомість не втрачав. Нудота була. Повний анамнез зібрати не вдалося через алкогольне сп'яніння, промова незв'язна.

Об'єктивно: Лице асиметричне. З порожнини рота відзначається кровотеча. В області червоної облямівки нижньої губи з переходом на слизову є забито-рвана рана 2*1,5*0,5см з ділянками розтрощення тканин, з множинними порізами з нерівними краями. В області верхньої щелепи є рана 4*3см, дном рани є кістка альвеолярного паростку верхньої щелепи від 3 до 6 зубу верхньої щелепи справа, окістя відшаровано, є відламки альвеолярного паростку 0,3*0,2см, 0,4*0,4см, 0,3*0,3см. Зуби 2, 3, 4, 5 верхньої щелепи зліва відсутні. При пальпації стінки носа відзначається болісність, з носа кровотеча.

Пацієнту К. проведено: первинна хірургічна обробка ран та накладення швів під місцевим знеболенням.

Пацієнт К. отримував Ністатин по 1 таб. 3 рази на день, Sol. MgSO4 5,0 в/в №5, Фуросемід 2 таб. зранку, vit. B1, B6 по 1,0 в/м через день, vit. B12 1,0 в/м 1 раз на день, Атропін 2,0 + Димедрол 2,0 в/м, Кордіамін 2,0 п/ш, Хлорамфенікол 1таб. 4 рази на день.

У пацієнта К. розвинувся алкогольний делірій. Викликаний нарколог. Пацієнта оглянули, д-з – хронічний алкоголізм, абортивний делірій. 06.10.1997 року, незважаючи на інтенсивну терапію, стан пацієнта К. прогресивно погіршувався. Неодноразово пацієнта К. оглядав нарколог та нейрохірург. Було назначено нейрохірургом зробити рентгенографію черепа в 2х проекціях. Але о 16:20 у пацієнта К. відбулась зупинка серцевої та дихальної діяльності, одномоментно розпоча-

то реанімаційні заходи, ШВЛ за допомогою мішка Амбу, непрямий масаж серця, в/в струйно реополіглюкін 40,0, адреналін 0,18 % – 1,0, Sol. CaCl₂ 10 % – 10,0, мезатон 1,0, кордіамін 2,0. Незважаючи на проведенні реанімаційні заходи, відновити серцеву та дихальну діяльність не вдалося. В 17:00 констатована біологічна смерть.

Посмертний діагноз: Забито-рвана рана нижньої губи, слизової оболонки альвеолярного паростку верхньої щелепи в області 3 – 6 зубів верхньої щелепи зліва. Перелом кісток носа. Забій лівого колінного суглоба. Гемоартроз. Струс головного мозку. Абортивний алкогольний делірій. Хронічний алкоголізм другого ст. Внутрішньочерепна гематома. Гостра серцево-судинна та дихальна недостатність.

Причина смерті: Підвищення внутрішньочерепного тиску. Вклинювання довгастого мозку. Внутрішньочерепна гематома. Гостра серцево-судинна та дихальна недостатність. Алкогольний делірій.

Таким чином, за період спостереження 14 років при аналізі архівного матеріалу історій хвороб пацієнтів відмічалось 28 летальних випадків, серед них 1 дитина. Наш досвід підказує, що при гнійно-запальних процесах обличчя та шиї, остеомієлітах з остеонекрозом, пухлиноподібних інтоксикаціях, переконує нас, що пізні звернення та діагностика, несвоєчасне лікування є причиною летальних випадків.

Висновок. З усіх вищевказаних померлих хворих відділення щелепно-лицьової хірургії основною причиною смерті була серцево-судинна та дихальна недостатність різної етіології. В ос-

новному, у померлих хворих була фонова патологія тяжкого ступеня (онкологічне захворювання, ВІЛ/СНІД, ЦД, алкоголізм, ІХС і т.д.).

У хворих з онкологічним захворюванням в основному розвивалася пухлинна кахексія, ракова емболія магістральних судин, токсичний шок, пухлинна інтоксикація та поліорганна недостатність. Смерть розвивалася на фоні зупинки серцевої та дихальної діяльності.

У хворих з гнійними захворюваннями в основному розвивався сепсис, септичний шок, гнійний процес поширювався на сусідні ділянки, в основному, на дихальні шляхи, розвивалася септична тромбоемболія. У померлих хворих з гнійним захворюванням щелепно-лицьової ділянки були фоніві захворювання тяжкого ступеня, у більшості, цукровий діабет та вірус імунодефіциту людини. Причиною смерті була зупинка серцевої та дихальної діяльності.

У всіх померлих хворих з тяжкими травмами був абортивний алкогольний делірій на фоні хронічного алкоголізму середнього та тяжкого ступеня. Причиною смерті була зупинка серцевої та дихальної діяльності на фоні вклинювання довгастого мозку через набряк мозку та підвищення внутрішньочерепного тиску.

Отже, безпосередньою причиною смерті в усіх смертельних випадках за всі роки була серцево-судинна та дихальна недостатність різної етіології.

Надійшла 20.08.2020

