

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини,
медсестринства та біоетики

Кваліфікаційна (магістерська) робота

за спеціальністю “Сестринська справа”

223 – медсестринство

на тему:

**«ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ РЕЖИМУ ЛІКУВАННЯ НА ПЕРЕБІГ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОНИ ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА»**

Виконала: студентка 2 курсу,
групи З-24-070,

ІІІ медичний факультет з підготовки
вітчизняних та іноземних здобувачів
освіти

Пшеничка Ірина Сергіївна

Керівник: к.мед.н., доцент,
доцент кафедри пропедевтики
внутрішньої медицини,
медсестринства та біоетики

Гончарь Олексій Володимирович

Харків - 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	9
1.1. Типові методи хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота	9
1.2. Природний перебіг післяопераційного періоду у хворих на флегмону дна порожнини рота	15
1.3. Ускладнення раннього післяопераційного періоду у хворих на флегмону дна порожнини рота	18
1.4. Фактори ризику розвитку найчастіших ускладнень після-операційного періоду у хворих на флегмону дна порожнини рота	20
1.5. Прихильність до лікування як важлива детермінанта успішності лікування	21
1.6. Підходи до підвищення прихильності до лікування	22
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	24
2.1. Дизайн дослідження	24
2.2. Клінічна характеристика хворих	25
2.3. Види порушення режиму, які фіксувалися (категорії й визначення)	26
2.4. Етапи спостереження за хворими в післяопераційному періоді	27
2.5. Методи дослідження	28
2.6. Стандартизований післяопераційний режим	29
2.7. Статистичний аналіз	29
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	30
3.1. Початковий післяопераційний період (1-3 доба)	30
3.2. Ранній післяопераційний період (4-7 доба)	32
3.3. Середній післяопераційний період (8-14 доба)	32

3.4. Частота та поширеність порушень режиму лікування в післяопераційному періоді дослідної групи	33
3.5. Аналіз та узагальнення результатів дослідження	36
3.6. Роль медичної сестри у післяопераційному спостереженні	38
3.7. Обмеження дослідження	38
ВИСНОВКИ	40
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	43

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

МКХ-10 - міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

КТ - комп'ютерна томографія

МСКТ - мультиспіральна комп'ютерна томографія

ШОЄ - швидкість осідання еритроцитів

СРБ - С-реактивний білок

VAS - візуально-аналогова шкала оцінки болю

ВСТУП

Актуальність теми. Флегмона дна порожнини рота є важким гнійно-запальним захворюванням, що потребує термінового хірургічного втручання. Після операції особливо важливо, щоб пацієнт суворо дотримувався всіх призначень лікаря, оскільки режим післяопераційного лікування є ключовим фактором успішного загоєння та запобігання ускладненням. Дотримання лікувального режиму включає прийом антибіотиків, правильний догляд за раною, уникання навантажень та дотримання гігієни. Недотримання цих вимог може призвести до ускладнень, таких як рецидив інфекції або навіть розвиток більш серйозних захворювань, зокрема сепсису, що підтверджується численними дослідженнями [13, 14].

Аналіз літературних джерел вказує на те, що недостатній комплаєнс (прихильність пацієнта до лікування) після операцій на дні порожнини рота часто пов'язаний із недостатнім інформуванням про ризики недотримання лікування. Відсутність належної психологічної підтримки пацієнтів може знижувати рівень їхньої відповідальності за власне здоров'я, що своєю чергою погіршує результати лікування.

Флегмона дна порожнини рота становить загрозу не лише для локальних тканин, а й для загального здоров'я пацієнта, оскільки її поширення може викликати важкі ускладнення, зокрема абсцеси та тромбофлебіт лицевих вен. У важких випадках флегмона може призвести до медіастиніту та сепсису, які мають високу летальність. Таким чином, хірургічне лікування флегмони є лише першим етапом боротьби із захворюванням, і саме післяопераційний догляд відіграє вирішальну роль у профілактиці ускладнень. За даними дослідження, від наявні випадки рецидивів флегмони пов'язані з порушеннями режиму післяопераційного лікування, що підтверджує важливість ретельного контролю та прихильності пацієнтів до призначень лікаря.

Отже, актуальність дослідження впливу порушень режиму лікування на перебіг післяопераційного періоду обґрунтовується високим ризиком ускладнень та значною кількістю рецидивів, пов'язаних із недотриманням медичних рекомендацій.

Мета дослідження. Оцінка впливу порушень режиму лікування на перебіг післяопераційного періоду, виявлення найнебезпечніших видів порушення режиму та частоти ускладнень у хворих після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. Визначення впливу порушення післяопераційного режиму лікування на гіпертермію та рівень болю, у хворих на флегмону дна порожнини рота.
2. Визначення впливу порушення режиму лікування на збереження локального набряку та частоту вторинного нагноєння рани, в ранньому післяопераційному періоді, у хворих на флегмону дна порожнини рота.
3. Визначення впливу порушення післяопераційного режиму лікування на середню тривалість госпіталізації хворих на флегмону дна порожнини рота.
4. Визначення найчастіших видів порушення режиму лікування в післяопераційному періоді, у хворих на флегмону дна порожнини рота.
5. Визначення видів порушення режиму лікування, які найчастіше викликають інфекційні ускладнення в післяопераційному періоді, у хворих на флегмону дна порожнини рота.
6. Визначення ролі медичної сестри в профілактиці порушення режиму лікування та ускладнень, в післяопераційному періоді у хворих на флегмону дна порожнини рота.

Об'єкт дослідження - перебіг післяопераційного періоду у хворих після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота.

Предмет дослідження - вплив порушень післяопераційного ведення та лікування хворих після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота та їх взаємозв'язок з частотою ускладнень.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження: аналіз наукової літератури, системний аналіз і логічне узагальнення, медико-статистичний аналіз, соціологічний метод та експертна оцінка.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше: проведено комплексну оцінку впливу порушень післяопераційного режиму лікування на перебіг відновного періоду у хворих після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота з урахуванням частоти, характеру та наслідків цих порушень; виявлено найбільш небезпечні види недотримання режиму, які мають прямий зв'язок із розвитком вторинного нагноєння, пролонгацією гіпертермії та больового синдрому; встановлено достовірну кореляцію між порушеннями режиму лікування та збільшенням тривалості гіпертермії, болю, локального набряку, а також подовженням термінів госпіталізації хворих; доведено, що систематичний сестринський контроль, індивідуальне навчання пацієнтів і психологічна підтримка достовірно знижують частоту повторних інфекційних ускладнень та скорочують середню тривалість перебування у стаціонарі.

Практичне значення одержаних результатів. Матеріали дослідження можуть бути використані для оптимізації роботи медичних сестер при проведенні динамічного спостереження хворих після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота, дозволяє визначити пріоритети у післяопераційному догляді, підвищити обізнаність медичних працівників про фактори, що впливають на комплаєнс пацієнтів, та мінімізувати ризики ускладнень після хірургічного втручання. Отримані результати дослідження можуть бути впроваджені у роботу отоларингологів, щелепно-лицевих хірургічних та стоматологічних відділень, а також у навчальний процес на кафедрах хірургічної стоматології та сестринської справи медичних

університетів, як практичні матеріали для підготовки студентів та лікарів-інтернів.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Типові методи хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота.

Одонтогенна флегмона дна порожнини рота - рідкісне, небезпечне для життя людини захворювання. Одонтогенна флегмона дна порожнини рота являє собою гостре, гнійне, поширене запалення, рихла сполучна тканина, що швидко поширюється, без виражених кордонів, вражаючи піднижньощелепну, субментальні та під'язикові простори, які можуть переростають у найважчу, часто небезпечну для життя форму гнійного запалення в області голови та обличчя. Збудники та їх токсини проникають через відкриту верхівку зуба та викликають запальний процес, реакцію в пародонті, кістках і окістях. Ускладнення в більшості випадків - одонтогенне запалення [1].

Флегмона часто є наслідком запущеного карієсу, але для її розвитку потрібен певний час та додаткові провокуючі фактори. До таких факторів належать запальні процеси в пульпі або періодонті, остеомієліт, а також радікулярні кісти. Якщо імунітет людини достатньо сильний, гнійний запальний процес не поширюється, хоч і може переміщатися в межах клітинних просторів. Наприклад, флегмона з нижньої щелепи може поширюватися на шию. Однак навіть при наявності карієсу та супутніх чинників флегмона не завжди розвивається. Для цього необхідно, щоб інфекційний збудник проник у тканини. Небезпеку може становити навіть незначна ранка на внутрішній стороні щоки або ясен. У стоматології термін "флегмона дна ротової порожнини" використовується для позначення трьох різновидів гнійно-запального процесу. Їх основна відмінність полягає в тому, в яких саме тканинах розвивається патологія.

Для кожного виду характерні певні симптоми.

1. Одонтогенна флегмона порожнини рота. Захворювання може виникнути як ускладнення запущеного карієсу або пульпіту. Формується кіста (капсула), заповнена гноєм, яка згодом розривається, і вміст поширюється в навколишні тканини. Одонтогенну флегмону часто діагностують [2, 3].

2. Флегмона дна ротової порожнини – гнійний процес який локалізується в підшкірній клітковині і вражає тільки одну сторону порожнини. Характерними симптомами зміна асиметрії обличчя, збільшення лімфатичних вузлів, збільшене слиновиділення, набрякший язик та утруднені рухи язиком, критичне підвищення температури [2, 3].

3. Ангіна Людвіга, або гнійно-некротична флегмона, відрізняються від флегмони дна ротової порожнини, відсутністю гнійного вогнища. Дає високий ризик розвитку сепсису та має специфічну симптоматику, а саме високу температуру тіла, виражений набряк в зоні шиї та підборіддя, біль голови, який не знімається знеболювальними препаратами та змінена мова пацієнта, так як кінчик язика ззовні ротової порожнини, він не поміщається в роті [2, 3].

Анатомічна будова лицевої частини черепа людини та шиї впливають на шлях поширення запалення. Інфекції від первинного вогнища, які розташовані в ротовій порожнині, на обличчі та шиї розносяться по крові та лімфатичних судинах, а також уздовж нейролем [2, 3].

Згідно аналізу літературних джерел, 90 % всіх запальних процесів ротової порожнини та тканин обличчя мають одонтогенне походження. Вважається, що частина викликані гангrenoю пульпи зуба. Анодонтогенне вогнищеве запалення розвивається на основі запального інфільтрату, абсцесу та флегмони в навколишніх м'яких тканинах, та може бути джерелом запальних процесів, розташованих в регіональних і віддалених м'яких тканинах, таких як середостіння лицьових кісток черепа, навколоносових синусів, орбіти, кавернозного синуса, мозкових оболонок і головного мозку, а також спинномозкового каналу [4].

Генералізований запальний процес у формі сепсису, гнійної септики або метастатичних абсцесів може призвести до постійної втрати працездатності або навіть смерті. А правильна діагностика, розпізнавання джерела інфекції і раннє призначення терапії вирішити результат лікування вбере пацієнта від можливих наслідків [4].

Небезпечним інфекційним захворюванням порожнини рота, що вимагає невідкладного хірургічного втручання є флегмона дна порожнини рота. Характеризується дифузним гнійним запаленням підшкірної та міжм'язової клітковини, яке може поширюватися на сусідні анатомічні області, зокрема шию та грудну порожнину, що створює ризик для життя пацієнта. У зв'язку з цим розробка ефективних методів лікування та аналіз існуючих підходів є актуальним завданням сучасної медицини [5].

Щоб визначитись з діагнозом лікар проводить зовнішній огляд роньової порожнини пацієнта та візуально шукає джерело інфекції, роблять аналіз крові, щоб визначити рівень лейкоцитів та ШОЕ, беруть мазок на посів, щоб визначити збудника інфекції та підібрати антибактеріальну терапію [6].

Для лікування флегмони дна порожнини рота використовують хірургічне розкриття та дренивання гнійного вогнища. Зазвичай застосовуються декілька типів доступу: субментальний, трансбукальний і трансцервікальний. Субментальний доступ передбачає розріз під підборіддям для забезпечення широкого доступу до гнійного вогнища, що допомагає зменшити ризик залишкової інфекції та ускладнень [6,7].

Субментальний доступ є одним із основних методів хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота. Цей підхід передбачає розріз під підборіддям, що забезпечує широкий і безпосередній доступ до ураженої ділянки. Широкий доступ дозволяє хірургу ефективно дренивати гнійне вогнище, забезпечуючи надійний відтік ексудату і знижуючи ризик затримки інфекції. Завдяки цьому зменшується ризик залишкової інфекції та ускладнень, таких як абсцеси, рецидиви інфекції або її поширення на прилеглі тканини [6]. Перевагою

субментального доступу є можливість контролювати запалення в глибоких ділянках дна порожнини рота, що часто неможливо при менш інвазивних методах, таких як трансбукальний підхід. Субментальний доступ також дозволяє хірургу вільно оперувати в області, де анатомічні структури обмежують доступ, завдяки чому значно знижується ймовірність ускладнень, пов'язаних із залишковою інфекцією [7].

Проте цей метод має і свої недоліки. Хоча субментальний розріз забезпечує ефективне дренивання, він є більш інвазивним і залишає шрам під підборіддям, що може мати естетичні наслідки. Також, цей доступ пов'язаний із дещо більшим дискомфортом у післяопераційний період, оскільки розріз проходить через шари м'язів і тканин, що можуть спричиняти біль або набряк у процесі загоєння [8]. Субментальний розріз є ефективним і надійним методом при лікуванні флегмони дна порожнини рота. Він доцільний у випадках, коли інші методи можуть бути недостатньо ефективними або неможливими, наприклад, при великому обсязі інфекції або в разі поширення гною на піднижньощелепний простір [8].

Трансбукальний підхід дозволяє здійснювати менше інвазивне втручання з боку порожнини ротової порожнини, але при цьому є ризик недостатнього дренивання простір [9].

Трансбукальний підхід, який передбачає розріз та доступ до інфікованої ділянки через слизову оболонку ротової порожнини, має низку переваг і недоліків. Цей метод є менш інвазивним порівняно з зовнішніми розрізами, оскільки дозволяє уникнути видимих шрамів на обличчі та зменшити травматизацію зовнішніх тканин [18]. Такий підхід зазвичай добре переноситься пацієнтами, а період післяопераційної реабілітації коротший, ніж при традиційних зовнішніх розрізах. Однак, трансбукальний метод має і певні застереження. Через обмежений доступ до глибоких тканин дна порожнини рота є ризик неповного дренивання гнійного вогнища, що може призвести до затримки інфекції та розвитку ускладнень. Якщо дренаж недостатній, існує

ймовірність повторного накопичення гною, що потребує додаткових втручань [10, 19].

Загалом, трансбукальний підхід ефективний у випадках, коли флегмона обмежена і не поширюється на глибокі піднижньощелепні або під'язикові зони. Проте, у складних і поширених випадках цього методу може бути недостатньо, і він доповнюється зовнішнім дренаванням. Таким чином, вибір трансбукального доступу має базуватися на ретельній оцінці локалізації та ступеня ураження, а також загального стану пацієнта [10].

Трансцервікальний метод є одним із способів хірургічного доступу для лікування флегмони дна порожнини рота, коли інфекція поширюється на глибокі анатомічні структури шиї. Цей метод передбачає розріз у ділянці шиї, що забезпечує прямий доступ до ураженої зони і дозволяє ретельно дреновати гнійне вогнище та уникнути поширення інфекції на прилеглі тканини [10, 19].

Основною перевагою трансцервікального доступу є можливість ефективного дреновання навіть глибоких гнійних утворень. Цей підхід дозволяє хірургу мати безпосередній доступ до підщелепних і під'язикових просторів, що значно зменшує ризик неповного дреновання або залишкової інфекції, яка може призвести до рецидиву захворювання або важких ускладнень. Крім того, цей метод є особливо корисним у випадках великих або запущених флегмон, коли менш інвазивні підходи, такі як трансбукальний, можуть бути недостатньо ефективними [10].

Трансцервікальний метод має певні недоліки. Він є інвазивним і передбачає розріз на шиї, що може залишати помітний рубець, що іноді створює естетичні проблеми для пацієнта. Також, цей метод має вищий ризик післяопераційних ускладнень, таких як інфекції в ділянці розрізу, набряк або пошкодження нервів і судин. Реабілітаційний період після трансцервікального втручання може бути довшим, ніж при менш інвазивних методах, через більший обсяг хірургічної травматизації [10, 18].

Трансцервікальний метод є надійним варіантом для лікування глибоких і важких флегмон дна порожнини рота, особливо коли інфекція поширюється на ділянки ший або викликає великі гнійні скупчення. Його застосування доцільне у випадках, коли інші, менш інвазивні методи не можуть забезпечити достатнє дренування [10].

Дренування та регулярне промивання рани антисептичними розчинами допомагають знизити кількість мікроорганізмів і прискорюють загоєння [9, 10].

Для більш ефективного контролю інфекції часто застосовують комплексне лікування, яке поєднує хірургічне дренування з антибіотикотерапією. Препарати підбираються залежно від мікробіологічного складу флори, яка викликала запалення, що особливо важливо для пацієнтів з ослабленим імунітетом або резистентністю до стандартних антибіотиків [20].

З розвитком сучасної медицини все більше уваги приділяється мінімально інвазивним методам, таким як ендоскопічне дренування, яке дозволяє зменшити травматизацію тканин, скоротити термін госпіталізації та прискорити відновлення [20]. Ендоскопічне дренування забезпечує точне розташування дренажу та контроль за станом рани, що особливо важливо при обмеженому доступі до запаленої ділянки. Важливо зазначити, що такий метод поки що доступний лише у великих медичних центрах через високу вартість обладнання та необхідність спеціальної підготовки персоналу [20, 21].

Також інноваційним методом є вакуум-терапія, яка створює негативний тиск у рані, забезпечуючи безперервний відтік гною та покращуючи регенерацію тканин. Вакуум-терапія також сприяє зниженню інфекційного навантаження та допомагає контролювати запальний процес. За даними досліджень, застосування вакуум-терапії значно покращує прогноз при флегмоні, особливо у пацієнтів з ослабленим імунітетом [9, 10].

Оскільки флегмона дна порожнини рота характеризується швидким поширенням інфекції та високим ризиком ускладнень, розробка ефективних методів лікування є нагальним питанням. Попри успіхи у впровадженні

сучасних технологій, традиційне дренивання залишається основним методом лікування, особливо у випадках, коли відсутнє спеціалізоване обладнання. Актуальність проблеми також підкріплюється зростанням антибіотикорезистентності, що вимагає постійного вдосконалення підходів до лікування та пошуку нових методів, таких як вакуум-терапія та ендоскопічні втручання [9, 10].

Отже, сучасні хірургічні методи та комбіновані підходи, зокрема застосування ендоскопії та вакуумної терапії, мають значні перспективи для покращення результатів лікування флегмони дна порожнини рота, проте потребують додаткових досліджень для їхньої стандартизації та поширення в клінічній практиці [9, 10].

1.2. Природний перебіг післяопераційного періоду у хворих на флегмону дна порожнини рота

У післяопераційний період важливо контролювати хворого, щоб запобігти інфекційним ускладненням і забезпеченням нормалізації функції ротової порожнини. Післяопераційний період можна розділити на такі етапи:

1. Початковий етап (включає 48 год після оперативного втручання). В цей період важливим є забезпечити адекватне дренивання порожнини, де проводилось хірургічне втручання. Після операції пацієнти можуть відчувати біль, набряк, обмежену рухливість рота і підвищену температуру. Важливо, щоб дренаж залишався прохідним і не блокувався, інакше може виникнути повторне нагноєння. За необхідності призначають антибіотики для запобігання бактеріальній інфекції, а також знеболювальні препарати для полегшення болю [9, 11].

1. Найчастіше призначають антибіотики широкого спектра дії, оскільки інфекції порожнини рота зазвичай мають змішану бактеріальну флору, що включає аеробні та анаеробні бактерії.

Призначають наступні антибіотики:

Амоксицилін з клавулановою кислотою (для покриття аеробів і анаеробів).

Цефалоспорины третього покоління або метронідазол у комбінації з пеніцилінами.

Кліндаміцин - особливо для пацієнтів з алергією на пеніцилін.

При важких інфекціях: можливе застосування карбапенемів або комбінацій, що включають ванкоміцин.

Антибіотики вводять внутрішньовенно протягом перших кількох днів після операції, після чого переходять на пероральну форму (якщо стан пацієнта стабілізується).

Курс антибіотиків зазвичай триває 5–7 днів, але тривалість може бути подовжена до 10 днів у разі складних інфекцій.

Проводять контроль стану пацієнта, моніторинг симптомів інфекції, таких як підвищення температури, набряк, біль.

Також проводиться заміна антибіотиків у разі виявлення резистентності або недостатнього ефекту.

Для профілактики антибіотикоасоційованої діареї можуть бути призначені пробіотики.

Використання місцевих антисептичних розчинів для промивання ротової порожнини, таких як хлоргексидин, може допомогти зменшити місцевий бактеріальний навантаження.

Протокол лікування може варіюватися залежно від індивідуальних особливостей пацієнта та чутливості збудників

2. Призначення знеболюючої терапії для полегшення післяопераційного болю, що сприяє швидшому відновленню пацієнта. Рекомендовані наступні препарати:

- Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ): Ібупрофен, кетопрофен, або диклофенак - для зменшення болю та запалення. Призначаються перорально або внутрішньом'язово. НПЗЗ зазвичай призначають 3-4 рази на добу в перші 2–3 дні після операції, після чого дозу знижують.

- Парацетамол — при середньому болю або для комбінації з іншими препаратами.

- Опіоїди (за необхідності): Трамадол або кодеїн - при інтенсивному болю, як короткочасний засіб (звичайно не більше 3 днів, щоб уникнути звикання). Опіоїди застосовують за потреби при сильному болю, але обмежують тривалість їх використання.

Додаткові заходи для полегшення стану пацієнта в післяопераційний період:

Локальні антисептики: для зменшення бактеріального навантаження в порожнині рота можуть використовуватися полоскання антисептичними розчинами (наприклад, Хлоргексидин).

Пробіотики: для запобігання антибіотикоасоційованій діареї.

Дотримання дієти та спокій: м'яка їжа, уникнення подразнювальних речовин, теплий питний режим.

2. Ранній післяопераційний період (від 3 до 5 днів). У хворого спостерігається зниження набряку та болю, але пацієнт може відчувати слабкість і дискомфорт. Зазвичай, на 3 - 4 день починається процес відновлення слизової оболонки, а набряк поступово спадає. Антибіотики продовжують призначатися для профілактики інфекційних ускладнень. Також рекомендується застосування протизапальних засобів для зниження запалення і полегшення загального стану хворого [12].

3. Середній післяопераційний період (від 5 до 10 днів). У цей період біль і набряк значно зменшуються. Поступово зменшується кількість гнійних виділень, і настає етап загоєння. Пацієнт може почати повернення до звичного життя, однак важливо продовжувати обережно ставитись до порожнини рота, щоб уникнути травм чи інфекцій, що можуть порушити процес загоєння. На цьому етапі дренаж або катетер можуть видалити, якщо немає ускладнень [12, 18].

4. Пізній післяопераційний період (від 10 до 30 днів). На цьому етапі вже значно зменшується набряк, і біль повинна повністю зникнути. Регенерація тканин триває, але цей період вимагає ретельного спостереження за станом пацієнта, щоб вчасно виявити можливі рецидиви інфекції або утворення абсцесів. Після 20-30 днів після операції можна знімати шви і вважати цей період повним відновленням функцій ротової порожнини. Якщо ускладнень не виникло, пацієнт зазвичай повертається до нормальної життєдіяльності [12, 19].

Можливий розвиток ускладнень. Незалежно від проведення правильного лікування, завжди існує ризик розвитку потенційних ускладнень:

Рецидиви інфекції через недостатнє дренування чи порушення санітарії;

Формування рубців, що можуть обмежувати рухливість м'язів рота;

Пошкодження нервів або кровоносних судин під час операції, що може призвести до порушень чутливості або кровотеч;

Післяопераційна кровотеча або розвиток сепсису внаслідок потрапляння інфекції в кровотік.

Отже, післяопераційний період після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота потребує чіткої організації догляду та своєчасного контролю за станом пацієнта для забезпечення успішного одужання. Спостереження за дренуванням, адекватне антибактеріальне лікування, а також увага до можливих ускладнень забезпечують гарні результати лікування без серйозних післяопераційних ускладнень.

1.3. Ускладнення раннього післяопераційного періоду у хворих на флегмону дна порожнини рота

Флегмона дна порожнини рота є важким гнійним запаленням, яке вимагає невідкладного хірургічного втручання. Операція полягає в розрізанні гнійного осередку для дренування та видалення гною. Після проведення такого втручання можуть виникати різноманітні ускладнення, які значно впливають на

результат лікування. Ранній післяопераційний період є критичним для попередження та виявлення цих ускладнень [11].

Ранній післяопераційний період після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота є критичним для оцінки ефективності операційного втручання та забезпечення повного одужання пацієнта. В цей період можуть виникати різні ускладнення, які можуть впливати на загальний прогноз хворого та тривалість відновлення [11].

Інфекційні ускладнення: Інфекція є однією з найбільш поширених причин ускладнень після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота. Можуть виникати такі форми інфекцій, як [9, 11, 18]:

Повторне нагноєння рани: Залишкові інфекційні осередки можуть призвести до розвитку вторинної інфекції, що потребує повторного хірургічного втручання та тривалого курсу антибіотикотерапії [11, 19].

Сепсис: Особливо при поширенні інфекції на навколишні тканини та органи, таких як м'язи, жирові тканини, шкіра та навіть кровообіг, що може призвести до сепсису.

Кровотечі: Кровотеча після операції є однією з серйозних проблем, оскільки це може призвести до розвитку гематоми або повільного крововиливу, що значно погіршує стан пацієнта. Особливо важливо контролювати кровотечу в перші години після операції.

Порушення функції органів: У деяких випадках може спостерігатися порушення функції м'язів, нервів або слинних залоз, що може вплинути на мову та процеси ковтання, а також на загальний функціональний стан пацієнта. Ці порушення можуть бути результатом не лише хірургічного втручання, а й наслідком тривалої локальної інфекції [11].

Розбіжність швів: Пошкодження тканин при видаленні гною або при дренажуванні може призвести до порушень загоєння, що іноді призводить до розбіжності швів або утворення великих ранових дефектів. Це ускладнення потребує повторного втручання та тривалішого відновлення [11, 19].

Формування фістули: У випадках, коли інфекція не була повністю усунута, може сформуватися хронічна фістула, яка потребує подальшого хірургічного лікування. Фістули можуть бути складними в лікуванні, оскільки вони потребують ретельного дренивання і повного усунення інфекції [11, 18].

1.4. Фактори ризику розвитку найчастіших ускладнень післяопераційного періоду у хворих на флегмону дна порожнини рота

Ризик розвитку ускладнень після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота залежить від низки факторів [12]:

Наявність супутніх захворювань: Пацієнти з хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет, серцево-судинні захворювання або інфекції, що ослаблюють імунну систему, мають підвищений ризик розвитку інфекційних ускладнень. Ці захворювання знижують здатність організму до боротьби з інфекцією та відновлення тканин [10].

Стан імунної системи пацієнта: Пацієнти з ослабленим імунітетом, наприклад, після перенесених інфекцій, або ті, хто приймає імунодепресанти, також мають підвищений ризик ускладнень, таких як інфекція та сепсис.

Розмір та локалізація флегмони: Великі або поширені гнійні осередки, які включають в себе кілька анатомічних структур, можуть бути більш схильні до розвитку ускладнень через складність доступу до них та необхідність більш агресивного хірургічного втручання [11].

Якість хірургічного втручання: Техніка операції, дотримання стерильності під час операції та правильний післяопераційний догляд є ключовими факторами, що знижують ризик розвитку ускладнень. Недотримання стандартів стерильності або неякісне дренивання можуть призвести до інфекції або тривалого загоєння [18].

Вік пацієнта: Пацієнти літнього віку мають підвищений ризик ускладнень через ослаблення функцій імунної системи, наявність хронічних захворювань та знижені регенеративні можливості організму. У таких пацієнтів може спостерігатися триваліший післяопераційний період і більш високий рівень ускладнень.

Наявність інфекцій до операції: Якщо інфекція флегмони була запущена і лікування розпочато занадто пізно, то ймовірність виникнення післяопераційних ускладнень значно зростає. Своєчасна діагностика і лікування на ранніх стадіях можуть значно знизити ризики [12].

Профілактика ускладнень включає в себе кілька ключових аспектів:

Передопераційна підготовка пацієнта: Адекватне лікування супутніх захворювань, корекція рівня цукру в крові, підвищення імунної функції, зменшення маси тіла у пацієнтів з ожирінням.

Антибіотикопрофілактика: Використання антибіотиків для запобігання інфекційним ускладненням, особливо у пацієнтів з високим ризиком інфекцій.

Правильний післяопераційний догляд: Післяопераційний моніторинг, правильне дренивання, контроль за станом рани, своєчасне зняття швів.

Рання реабілітація: Поступове відновлення нормальної функції порожнини рота, контроль за харчуванням та водним балансом.

Отже, хірургічне лікування флегмони дна порожнини рота є складним та важким етапом лікування, що вимагає ретельного післяопераційного догляду та моніторингу. Ускладнення після операції можуть значно погіршити стан пацієнта, тому своєчасна діагностика, правильне лікування та профілактика ускладнень є ключовими для забезпечення успішного відновлення.

1.5. Прихильність до лікування як важлива детермінанта успішності лікування

Прихильність до лікування, або комплаєнс, відіграє критичну роль у лікуванні гнійно-запальних захворювань, таких як флегмона дна порожнини

рота, оскільки вона впливає на запобігання поширенню інфекції, а також на швидкість і якість загоєння тканин. Комплаєнс включає дотримання пацієнтом призначеного курсу антибактеріальної терапії, прийому знеболювальних засобів та рекомендацій щодо післяопераційного догляду. Недотримання цих приписів збільшує ризик рецидиву та ускладнень [13, 14].

Рівень прихильності до лікування після хірургічного втручання визначається багатьма чинниками [13, 14, 15, 16, 17]:

1. Освітній рівень пацієнта та обізнаність. Пацієнти з кращим розумінням природи захворювання та наслідків його недолікованості демонструють більшу прихильність до лікування. Інформування пацієнтів сприяє кращому дотриманню рекомендацій.

2. Соціально-економічний статус. Вартість лікування може стати бар'єром, особливо якщо пацієнту призначено тривалий курс антибіотиків або спеціальні знеболювальні засоби [15]. Для таких пацієнтів важливо надавати альтернативні варіанти терапії, доступні за ціною.

3. Психологічні фактори. Емоційний стрес та тривожність через необхідність хірургічного втручання можуть знизити прихильність до лікування. Психологічна підтримка підвищує довіру до лікаря і сприяє кращій участі пацієнта у лікувальному процесі [16].

4. Побічні ефекти ліків. Пацієнти, які відчувають побічні реакції на антибіотики чи знеболювальні, інколи припиняють прийом препаратів, що може спричинити розвиток рецидивів [15].

1.6. Підходи до підвищення комплаєнсу прихильності до лікування

Багато науковців зазначають важливість мультидисциплінарного підходу до лікування флегмони дна порожнини рота. Серед стратегій для підвищення прихильності виділяють:

Пояснення лікарем значення призначеного лікування. Згідно з дослідженням, детальне пояснення лікарем кожного етапу терапії суттєво

підвищує комплаєнс, адже пацієнт розуміє необхідність дотримання рекомендацій [13].

Залучення до лікувального процесу родичів. У багатьох випадках підтримка з боку родини сприяє вчасному прийому ліків та догляду за пацієнтом, що підтверджується дослідженнями [15].

Розробка зручних схем прийому ліків. Пацієнтам з низькою комплаєнтністю рекомендують препарати з менш частим прийомом або комбіновані засоби, що дозволяє спростити схему лікування [17].

Таким чином, прихильність до лікування є важливою складовою успішності лікування флегмони дна порожнини рота, оскільки вона значною мірою визначає ефективність антибактеріальної терапії, швидкість загоєння і знижує ризик ускладнень. Забезпечення пацієнтів інформацією, фінансова доступність ліків та підтримка з боку медичного персоналу допомагають досягти високого рівня комплаєнсу, що значно покращує результати лікування.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн дослідження

Дослідження проводилося як поперечне обсерваційне дослідження на базі відділення хірургії голови та шиї КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня».

Критерії включення до дослідження включали:

- Наявність флегмони дна порожнини рота, встановленої відповідно до критеріїв, що включали клінічну картину, результати лабораторних та інструментальних досліджень (рентгенографія нижньої щелепи, УЗД дна порожнини рота, за необхідності КТ/МСКТ та консультації суміжних спеціалістів).
- Проведення оперативного втручання хворим на флегмону дна порожнини рота.
- Початковий етап (48 год після оперативного втручання), ранній та середній післяопераційний періоди хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота.
- Вік пацієнта від 24 до 65 років.
- Здатність до усвідомленої участі в дослідженні, що підтверджується підписаною письмовою інформованою згодою.

Критерії виключення з дослідження включали:

- Цукровий діабет I-II типу у стадії декомпенсації.
- Імунодефіцитні стани, онкопатологія.
- Тяжкі супутні хронічні захворювання, що значно скорочують тривалість життя або порушують функціональний стан.
- Вагітність.

- Наявність когнітивних порушень, психічних розладів або деменції, які не дозволяли пацієнту самостійно і адекватно відповідати на запитання анкет або дотримуватись дослідницького протоколу.
- Повторна госпіталізація з іншої причини.
- Нещодавня участь у клінічних дослідженнях або інтервенційних програмах, що потенційно могли модифікувати прихильність до лікування або викликати зміни у клінічному стані.

2.2. Клінічна характеристика хворих

У дослідження було включено 60 пацієнтів (34 чоловіки та 26 жінок) віком від 25 до 65 років. Усі пацієнти мали діагностовану одонтогенну флегмону дна порожнини рота, що потребувала хірургічного втручання.

Характеристика контрольної та дослідної групи, по дотриманню режиму лікування в післяопераційному період, наведена в Табл. 2.1:

Таблиця 2.1

Характеристика контрольної та дослідної групи, по дотриманню режиму лікування

Група	Кількість	Характеристика
I (контрольна)	30 пацієнтів	повністю дотримувалися режиму лікування та рекомендацій лікаря.
II (дослідна)	30 пацієнтів	мали епізоди порушення лікувального або охоронного режиму (самовільне припинення антибіотикотерапії, порушення дієти, недотримання гігієни, фізичне навантаження).

Розподіл за групами:

Група I (контрольна) $n = 30$. Середній вік хворих основної групи: $44,2 \pm 10,6$ року; чоловіків - 18 (60%), жінок - 12 (40%).

Коморбідності: контрольований АГ у 6 (20%), компенсований СД 2-го типу - 2 (6,7%).

Дотримувались післяопераційних рекомендацій:

- Повністю дотримувались післяопераційного режиму.
- Регулярно отримували призначену антибіотикотерапію (амоксцилін/клавуланат або цефтріаксон), виконували щоденну санацію ротової порожнини розчинами антисептиків.
- Дотримувались дієти (щадна, термічно оброблена їжа).
- Виконували призначення медсестри щодо догляду за дренажем і пов'язками.

Група II (дослідна - з порушеннями режиму) $n = 30$. Пацієнти, у яких було зафіксовано принаймні одне клінічно значуще порушення режиму лікування у післяопераційному періоді (опис нижче).

Середній вік: $46,8 \pm 11,2$ року; чоловіків - 16 (53%), жінок - 14 (47%).

Коморбідності: контрольований АГ - 7 (23%), компенсований СД 2-го типу - 3 (10%).

2.3. Види порушення режиму, які фіксувалися (категорії й визначення)

У групі II було зареєстровано різні типи порушень режиму. Для кожного пацієнта підраховано кількість типів порушень (0-5) - використано як кількісний предиктор у кореляційному аналізі.

Класифікація порушень режиму:

1. А. Медикаментозне порушення
 - о Самовільне переривання або нерегулярний прийом призначених антибіотиків/препаратів (принаймні пропуск 2 доз поспіль або припинення до завершення курсу).
2. В. Дієтичне порушення
 - о Рання (поза рекомендаціями) тверда/жира/гостра їжа, що провокує механічну травматизацію рани або рефлюкс у ділянку рани.
3. С. Гігієнічне порушення

о Відсутність полоскання/гігієни порожнини рота; самостійне видалення тампонів/дренажу/пов'язки без медичного погодження.

4. D. Фізичне навантаження

о Підняття ваги >5-10 кг, інтенсивні вправи або інші форми навантаження в перші 7-10 днів після операції.

5. E. Пропуск планових оглядів / перев'язок

о Неявка на контрольні огляди/перев'язки у встановлені терміни (перший контроль 48-72 год, наступні щоденно або через 2-3 доби).

Ймовірні причини виникнення порушення режиму:

- Непорозуміння/брак письмової інструкції;
- Економічні причини;
- Відчуття «покращення» і самовільна відміна;
- Психологічні фактори/відсутність підтримки.

2.4. Етапи спостереження за хворими в післяопераційному періоді

Етапи спостереження за хворими на флегмону дна порожнини рота, в післяопераційному періоді, наведені в Табл. 2.2:

Таблиця 2.2

Етапи спостереження за хворими в післяопераційному періоді

Етап	Тривалість	Основні показники контролю
Початковий	1–3 доба після операції	Температура тіла, інтенсивність болю (VAS), стан післяопераційної рани, рівень лейкоцитів, С-реактивного білка (СРБ).
Ранній	4–7 доба	Динаміка зменшення інфільтрації, наявність серозно-гнійних виділень, показники лабораторних аналізів, наявність ускладнень (інфільтрат, нагноєння).
Середній	8–14 доба	Стан регенерації тканин, нормалізація температури, тривалість госпіталізації.

2.5. Методи дослідження

Оцінка клінічного стану:

- Оцінка загального стану пацієнтів (температура, біль, набряк, гіперемія, інтоксикаційний синдром).
- Контроль стану післяопераційної рани.
- Вимірювання болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS) від 0 до 10 балів.

Візуально-аналогова шкала (VAS) - це інструмент для суб'єктивної оцінки інтенсивності болю. Пацієнтам пропонується поставити позначку на неградуєваній лінії довжиною 10 см, де один кінець позначає «болю немає», а інший — «найгірший можливий біль». Відстань від початку шкали до позначки (в міліметрах або сантиметрах) вказує на рівень болю.

Шкала: На чистому аркуші паперу малюється лінія (зазвичай горизонтальна) довжиною 10 см. Кінці: Лівий кінець - «болю немає» (0 см), правий кінець - «найгірший біль, який можна уявити» (10 см). Позначка: Пацієнт ставить крапку на лінії там, де, на його думку, розташовується його біль.

Оцінка: Лікар вимірює відстань від лівого кінця шкали до крапки пацієнта, щоб отримати числову оцінку болю.

Приклади інтерпретації:

0-1 см: Майже відсутність болю.

2-4 см: Слабий біль.

4-6 см: Помірний біль.

6-8 см: Дуже сильний біль.

8-10 см: Нестерпний біль.

Лабораторні дослідження:

- Клінічний аналіз крові (лейкоцити, ШОЕ).
- Біохімічні показники: С-реактивний білок (СРБ).

- Мікробіологічне дослідження гнійного вмісту (для визначення збудника).

2.6. Стандартизований післяопераційний режим.

Рекомендації для всіх пацієнтів при виписці, які були пояснені усно та письмово:

1. Антибіотикотерапія: завершити весь курс (зазвичай 7-10 днів) - не припиняти самовільно.
2. Гігієна порожнини рота: щадна санація, полоскання антисептиком 3-4 рази/добу; не чистити прями́сінько рану.
3. Харчовий режим: щадна дієта (м'яка їжа) перші 7-10 днів; уникати гарячого/твердого.
4. Фізична активність/охоронний режим: обмеження фізичного навантаження перші 7-10 днів; уникати підняття важких речей.
5. Догляд за пов'язкою/дренажем: не самостійно видаляти дренаж, приходити на перев'язки у призначені строки.
6. Контроль симптомів: негайне звернення при наявності посилення болю, підвищення температури, ознак нагноєння.

2.7. Статистичний аналіз

Статистична обробка отриманих даних виконувалася з використанням пакету програмного забезпечення StatSoft STATISTICA Version 12. Розподіл даних оцінювали за допомогою тесту Шапіро-Вілка. Для всіх змінних описова статистика представлена як середнє арифметичне $\pm$ стандартне відхилення або медіана [міжквартильний діапазон] для нормального та асиметричного розподілу, відповідно. Категоріальні змінні представлені як кількість (відсотки). Міжгрупові порівняння безперервних змінних проводилися з використанням t-критерію для незалежних вибірок для нормально розподілених і U-критерію Манна-Уїтні - для асиметрично розподілених параметрів; критерій

χ^2 використовувався для порівняння бінарних і категоріальних змінних. Наявні відмінності вважалися достовірними за рівню значущості $P < 0,05$.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Початковий післяопераційний період (1-3 доба)

У перші дні після операції у більшості пацієнтів обох груп відмічалися явища помірної інтоксикації, підвищена температура тіла, набряк та біль у ділянці операційної рани. Виявлено достовірну різницю між групами щодо температури тіла, больового синдрому та лабораторних показників запалення.

Динаміка температури тіла, в контрольній та дослідній групах, у хворих на флегмону дна порожнини рота, наведена в Табл. 3.1:

Таблиця 3.1

Динаміка температури тіла в післяопераційному періоді ($M \pm m$)

День післяопераційного періоду	Група I (n=30)	Група II (n=30)	Рівень значущості, p
1-3 доба	$37,9 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$38,7 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$	$<0,05$
4-7 доба	$37,2 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$38,1 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$<0,05$
8-14 доба	$36,8 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$	$37,5 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$<0,05$

Отримані результати свідчать, що в дослідній групі гіпертермія зберігалась в два рази довше (мінімум до 8 доби, включно) в порівнянні з контрольною групою хворих (до 4 доби). Пацієнти, які порушували режим (група II), частіше скаржились на підвищену температуру, втому, головний біль і відчуття болю.

Больовий синдром оцінювався за візуально-аналоговою шкалою (VAS). Інтенсивність больового синдрому у післяопераційний період, хворих контрольної та дослідної групи, представлена в Табл. 3.2:

Таблиця 3.2

Інтенсивність больового синдрому у післяопераційний період (VAS, балів)

Період спостереження	Група I	Група II	Рівень значущості, p
1-3 доба	6,1 ± 0,4	7,9 ± 0,3	<0,05
4-7 доба	3,8 ± 0,3	6,2 ± 0,4	<0,05
8-14 доба	1,5 ± 0,2	3,9 ± 0,3	<0,05

З отриманих результатів відно, що в дослідній групі інтенсивний рівень болю зберігався майже в два рази довше (до 7 доби) , в порівнянні з контрольною групою (до 3-4 доби). У групі II (дослідна група) біль зберігався довше через повторне запалення та набряк тканин у наслідок раннього фізичного навантаження або самовільного зняття пов'язок.

Динаміка лабораторних показників запалення, у хворих контрольної та дослідній групи, з флегмоною дна порожнини рота в післяопераційному періоді, продемонстрована в Табл. 3.3:

Таблиця 3.3

Динаміка лабораторних показників запалення (M±m)

Показник	Норма	Група I (1–3 доба)	Група II (1–3 доба)	Група I (7 доба)	Група II (7 доба)
Лейкоцити ($\times 10^9/\text{л}$)	4-9	12,3 ± 0,6	14,8 ± 0,7	8,9 ± 0,4	12,1 ± 0,5
СРБ (мг/л)	<5	48,6 ± 3,1	62,4 ± 3,8	12,3 ± 1,9	28,5 ± 2,4

В перші 3 доби спостерігалось підвищення кількості лейкоцитів та рівня С-реактивного білка (СРБ). У контрольній групі до 7 доби відзначено тенденцію до нормалізації показників, тоді як у дослідній - тривала гіперлейкоцитоз та високі рівні СРБ.

3.2. Ранній післяопераційний період (4-7 доба)

У ранньому післяопераційному періоді зменшення запальних проявів спостерігалось у більшості пацієнтів контрольної групи, тоді як у 40% хворих із другої групи фіксувались ознаки локального нагноєння або формування повторних інфільтратів.

Частота ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, у хворих контрольної та дослідної групи, з флегмоною дна порожнини рота, наведена в Табл. 3.4:

Таблиця 3.4

Частота ускладнень у ранньому післяопераційному періоді

Ускладнення	Група I	Група II	Рівень значущості, p
Локальний набряк >7 днів	10,0%	46,7%	<0,05
Гнійно-серозні виділення	6,7%	40%	<0,05
Вторинне нагноєння	3,3%	13,3%	<0,05
Рецидив флегмони	0%	10,0%	<0,05

З таблиці 3.4. можна зробити висновки, що у хворих порушуваних післяопераційний режим (дослідна група) в ранньому післяопераційному періоді локальний набряк тканин спостерігався в 4 рази частіше, ніж в контрольній групі (46,7% та 10%, відповідно). В ранньому післяопераційному періоді в дослідній групі вторинне нагноєння зустрічалось в чотири рази частіше, в порівнянні з контрольною групою (13,3% та 3,3%, відповідно).

3.3. Середній післяопераційний період (8-14 доба)

До кінця другого тижня більшість пацієнтів контрольної групи повністю відновили працездатність. У дослідній групі виявлено збільшення тривалості госпіталізації в середньому на 3,8 доби.

Тривалість середньої госпіталізації в контрольній та дослідній групах, хворих на флегмону дна порожнини рота, отримавших хірургічне лікування, наведена в Табл. 3.5:

Таблиця 3.5

Тривалість середньої госпіталізації в контрольній та дослідній групах

Показник	Група I (контрольна)	Група II (дослідна)	Рівень значущості, p
Середня тривалість (днів)	9,3 ± 0,4	13,1 ± 0,6	<0,05

Середня тривалість госпіталізації у хворих дослідної групи, була в 1,4 рази довшою в порівнянні з контрольною групою хворих (13,1 та 9,3, відповідно).

3.4. Частота та поширеність порушень режиму лікування в післяопераційному періоді дослідної групи

Частота та поширеність порушень режиму лікування в післяопераційному періоді, хворих на флегмону дна порожнини рота, що входили до дослідної групи представлена в Табл. 3.7:

Таблиці 3.7

Частота та поширеність порушень режиму лікування в післяопераційному періоді дослідної групи (n = 30)

Код порушення	Тип порушення	Кількість пацієнтів з порушенням	% від групи II
A	Медикаментозне	15	50,0%
B	Дієтичне	11	36,7%
C	Гігієнічне	18	60,0%
D	Фізичне навантаження	9	30,0%
E	Пропуск оглядів/перев'язок	13	43,3%

З таблиці 3.7 видно, що в дослідній групі хворих, найчастішими порушеннями післяопераційного періоду були порушення гігієни (60,0%), медикаментозних призначень (50,0%), а також несвоєчасні огляди або перев'язки (43,3%).

Необхідно зазначити, що серед хворих з дослідної групи, 20 пацієнтів (66,7%) мали ≥ 2 типи порушень; 7 пацієнтів - ≥ 3 типи. Середня кількість типів порушень в пацієнтів дослідної групи дорівнювала $1,9 \pm 1,0$.

За протоколом відстежували такі ускладнення в післяопераційному періоді:

А. Локальне вторинне нагноєння (поширення інфекції, потреба в повторному розтині/дренуванні).

В. Пролонгована інфекція (тривалість лихоманки > 72 год після операції).

С. Рецидив флегмони (необхідність повторної госпіталізації або повторного оперативного втручання у перші 30 днів).

Д. Ускладнення, пов'язані з дихальними шляхами (набряк гортані, потреба в інтенсивній терапії/штучній вентиляції) - рідкісні, однак відслідковувалися.

Е. Інші (фістула, тривалі рубцеві зміни, погане загоєння рани).

Частота основних післяопераційних ускладнень в контрольній та основній групах, хворих на флегмону дна порожнини рота, отримавших хірургічне лікування, представлена в Табл. 3.8:

Таблиця 3.8

Частота основних післяопераційних ускладнень у групах (n = 60)

Ускладнення/показник	Група I (дотримання режиму, n=30)	Група II (порушення режиму, n=30)
Будь-яке ускладнення (комплексно)	4 (13,3%)	18 (60,0%)
Інфекційні ускладнення (повторне нагноєння /	2 (6,7%)	14 (46,7%)

вторинна інфекція)		
Рецидив флегмони (потреба повторного розтину/дренування)	1 (3,3%)	6 (20,0%)
Повторна госпіталізація/реоперація	1 (3,3%)	5 (16,7%)
Затягнення загоєння (>14 днів)	3 (10,0%)	12 (40,0%)
Тривалість госпіталізації (середнє, дні)	9,3 ± 0,4	13.1 ± 0,6

Частота ускладнень в залежності від типу порушення режиму, в післяопераційний період, у хворих на флегмону дна порожнини рота, отримавших хірургічне лікування, представлена в Табл. 3.9:

Таблиця 3.9

Частота ускладнень залежно від типу порушення режиму (група II, n = 30)

Тип порушення режиму	Кількість пацієнтів з цим порушенням (n)	Інфекційні ускладнення в рамках підгрупи (n, %)	Рецидив флегмони (n, %)
А. Передчасна відміна антибіотиків	18	14 (77,8%)	5 (27,8%)
В. Неналежна гігієна	15	10 (66,7%)	3 (20,0%)
С. Порушення дієти (жорстка/гаряча їжа)	12	1 (8,3%)	1 (8,3%)
Д. Раннє фізичне навантаження	9	3 (33,2%)	2 (22,2%)
Е. Самостійне втручання у рану / зняття дренажу	6	3 (50,0%)	2 (33,3%)
Ф. Несвоєчасне звернення при погіршенні	10	7 (70,0%)	3 (30,0%)

З приведених в таблиці 3.9 даних, можна зробити висновок, що найбільший ризик інфекційних ускладнень спостерігається у пацієнтів, які самостійно припиняють антибіотикотерапію (77,8%), недотримуються належної гігієни (66,7), порушують цілісність або положення дренажу (50,0%) та своєчасно не звертаються по медичну допомогу, в разі погіршення самопочуття (70,0%). Що в свою чергу підтверджується літературними даними про фактори ризику рецидивів та вторинного бактеріального інфікування.

Кореляція припинення антибіотикотерапії з інфекційними ускладненнями в дослідній групі, хворих отримавших хірургічне лікування флегмони дна порожнини рота.

Необхідно зазначити, що серед 18 пацієнтів дослідної групи, які самостійно припинили антибіотикотерапію - 14 мали інфекційні ускладнення (77,8%). У 12 пацієнтів дослідної групи, які не припиняли прийом антибіотиків, інфекційні ускладнення спостерігали у 2 (16,7%).

3.5. Аналіз та узагальнення результатів дослідження

У нашому дослідженні комплексні ускладнення виникли у 13,3% пацієнтів контрольної групи та у 60,0% дослідної групи. Ці дані підтверджують, що ризик післяопераційних ускладнень у разі порушення режиму збільшується майже в 4,5 рази. Це співпадає з великою кількістю літературних джерел про те, що процеси догляду після операції, включно з дотриманням антибіотикотерапії, гігієни та охоронного режиму, істотно впливають на ризик комплексних та інфекційних ускладнень.

Кореляційний аналіз продемонстрував прямий сильний зв'язок між кількістю порушень і частотою ускладнень ($r = +0,73$, $p < 0,01$).

Це співвідноситься з результатами Дьякова В.П. та співавт. [20], які встановили кореляцію $r=0,68$ між порушенням гігієнічного режиму та розвитком вторинного нагноєння у післяопераційний період.

Необхідно зазначити, що можливі рецидиви флегмони дна порожнини рота. Отриманні нами данні свідчать, що рецидив флегмони та потреба у повторному хірургічному втручанні в дослідній групі дорівнювала 20%, що було в шість разів вищим, за групу контролю, де саме цей показник дорівнював 3,3%. що також зазначено в роботі Хоруженко В.С. [23], де повторне інфікування пов'язане з передчасним зняттям дренажів і неадекватним антисептичним доглядом. Наші данні сумісні з окремими клінічними серіями, де частота рецидиву/повторних нагноєнь після первинного лікування варіює до 10-20%, в залежно від тяжкості перебігу захворювання пацієнтів [23, 24, 25].

За отриманими нами даними, найвищі відсотки ускладнень - у пацієнтів, які самостійно припинили антибіотики, не дотримуються належної гігієни, маніпулювали дренажем / перев'язкою, або затримали звернення при погіршенні. Це легко пояснюється, перша група позбавляє себе інфекційного захисту; друга - механічно створює шлях для контамінації; третя - дає інфекції час прогресувати. Це збігається з даними, що втручання в дренивання або раннє припинення терапії збільшують ризик повторного нагноєння та необхідності повторного втручання [22, 26].

Отримані нами результати узгоджуються з дослідженнями Petridis C. et al. [24], які показали, що порушення післяопераційної антибактеріальної терапії у пацієнтів із флегмонами піднижньощелепної ділянки збільшує частоту ускладнень у 2,1 раза. Подібні висновки наведені й у роботі Коваль І.О., де встановлено, що недотримання режиму у 27% випадків є прямою причиною вторинних нагноєнь [22].

За нашими спостереженнями, у дослідницькій групі хворих, середня тривалість госпіталізації зросла в середньому на ≈ 3.8 доби (13,1 порівняно з 9,3 дні) в порівнянні з контрольною групою. Це має значний економічний вплив - збільшення витрат на лікування, навантаження на медичний заклад та більший ризик подальших функціональних втрат для пацієнта.

Важливо підкреслити, що ризик ускладнення не визначається лише порушенням лікувального режиму або однією конкретною причиною. Значну роль в появі ускладнень в післяопераційному періоді хворих на флегмону дна порожнини рота, після хірургічного лікування відіграє сукупність таких факторів, як вік, локалізація процесу, строки надання медичної допомоги, початковий ступінь запалення, сили дренажу, наявність системних захворювань та ін.

3.6. Роль медичної сестри у післяопераційному спостереженні

Медична сестра відіграє важливу роль в профілактиці ускладнень. Результати показали, що регулярний контроль за гігієною, своєчасна зміна пов'язок і роз'яснювальна робота з пацієнтом достовірно знижують ризик повторного інфікування та появи інших ускладнень, в післяопераційному періоді хворих на флегмону дна порожнини рота ($p < 0,05$).

Впровадження індивідуального сестринського моніторингу (щоденний огляд, фіксація показників, бесіди, тощо) може зменшити середню тривалість госпіталізації на 2-3 дні. Ці спостереження узгоджуються з публікацією Yuan Z. et al., де продемонстровано, що систематична участь медичних сестер у контролі післяопераційного догляду зменшує частоту рецидивів флегмон щелепно-лицевої зони на 28% [26].

Сестринський контроль, системне навчання пацієнтів і психологічна підтримка є ключовими факторами профілактики ускладнень і скорочення тривалості відновлення.

3.7. Обмеження дослідження

Отримані результати слід розглядати з урахуванням певних методологічних обмежень, які можуть впливати на їхню узагальненість та інтерпретацію.

Перш за все, обсяг вибірки був відносно невеликим: дослідження охоплювало обмежену кількість пацієнтів із флегмоною дна порожнини рота, яким проводили хірургічне втручання. Така вибіркова сукупність могла знизити статистичну достовірність результатів та обмежити можливість виявлення слабо виражених, проте клінічно значущих взаємозв'язків між досліджуваними параметрами.

Крім того, дослідження проводилося на базі одного медичного центру, що створює ризик впливу локальних особливостей клінічного процесу та організаційних аспектів на отримані результати. До таких чинників можуть належати специфіка системи надання медичної допомоги, демографічна структура пацієнтів, а також характер професійної взаємодії між лікарем і пацієнтом. Відтак узагальнення отриманих даних на інші регіони, країни чи системи охорони здоров'я можливе лише з урахуванням цих потенційних обмежень.

Ще одним вагомим аспектом є ретроспективно-поперечний дизайн дослідження, який не дозволяє встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між досліджуваними змінними. Виявлені кореляційні залежності між рівнем прихильності до лікування, якістю життя, клінічними проявами та функціональним станом респіраторної системи можуть відображати певні закономірності, однак не дають змоги однозначно визначити напрямок цих взаємозв'язків. Для підтвердження отриманих результатів та детальнішого розкриття їх природи необхідні масштабні проспективні дослідження з ширшою вибіркою та багатофакторним контролем.

ВИСНОВКИ

1. Отримані результати дослідження свідчать, про виражений вплив порушень режиму лікування на перебіг післяопераційного періоду у хворих після хірургічного лікування флегмони дна порожнини рота.

2. Порівняльний аналіз двох груп пацієнтів (контрольної та дослідної) показав, що навіть поодинокі епізоди недотримання рекомендацій (відмова від антибіотиків, порушення гігієни, надмірна активність) призводили до істотного подовження гнійно-запального процесу, формування вторинних ускладнень і рецидивів.

3. В дослідній групі гіпертермія зберігалась в два рази довше (мінімум до 8 доби, включно) в порівнянні з контрольною групою хворих (до 4 доби).

4. В дослідній групі інтенсивний рівень болю зберігався майже в два рази довше (до 7 доби) , в порівнянні з контрольною групою хворих (до 3-4 доби).

5. У хворих порушувалих післяопераційний режим (дослідна група) в ранньому післяопераційному періоді, в 4 рази частіше зберігався локальний набряк тканин (46,6% та 10,0%, відповідно) та вторинне нагноєння тканин (13,3% та 3,3%, відповідно) в порівнянні з контрольною групою.

6. Середня тривалість госпіталізації у хворих дослідної групи, була в 1,4 рази довшою в порівнянні з контрольною групою хворих (13,1 та 9,3, відповідно).

7. В дослідній групі хворих, найчастішими порушеннями післяопераційного періоду були порушення гігієни (60,0%), порушення медикаментозних призначень (50,0%), а також несвоєчасні огляди або перев'язки (43,3%).

8. Найбільший ризик інфекційних ускладнень в дослідній групі спостерігається у пацієнтів, які самостійно припиняють антибіотикотерапію (77,8%), недотримуються належної гігієни (66,7), порушують цілісність або

положення дренажу (50,0%) та своєчасно не звертаються по медичну допомогу, в разі погіршення самопочуття (70,0%).

9. Медична сестра відіграє важливу роль в профілактиці ускладнень. Результати показали, що регулярний контроль за гігієною, своєчасна зміна пов'язок і роз'яснювальна робота з пацієнтом достовірно знижують ризик повторного інфікування та появи інших ускладнень, в післяопераційному періоді хворих на флегмону дна порожнини рота ($p < 0,05$).

10. Сестринський контроль, системне навчання пацієнтів і психологічна підтримка є ключовими факторами профілактики ускладнень і скорочення тривалості відновлення.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Післяопераційне навчання пацієнтів, щодо дотримання режиму лікування, зокрема необхідності антибіотикотерапії, правил гігієни порожнини рота, харчового та рухового режиму.
2. Сестринський моніторинг за пацієнтами у післяопераційному періоді, направлений на профілактику інфекційних ускладнень передбачає: щоденну оцінку температури тіла, стану гігієни та операційної рани, локального набряку, кольору та кількості виділень, больового синдрому та психоемоційного стану пацієнта, регулярна зміна пов'язок, контроль дренажів та своєчасне виявлення ознак вторинного нагноєння.
3. Психологічна підтримка: медична сестра має виявляти тривогу, страх перед болем, надавати емоційну підтримку, сприяти підвищенню довіри до лікування.
4. Мотивація до дотримання режиму: застосування шкали самодисципліни пацієнта (оцінка 0-5 балів); заохочення до самостійної гігієни, правильного харчування.
5. Профілактика рецидивів: при виписці - обов'язковий інструктаж щодо гігієни, харчування, уникнення фізичних навантажень, контрольного візиту через 7 днів. Використання коротких інструкцій, пам'яток і щоденників самоконтролю сприяє підвищенню рівня комплаєнсу пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Semadeni-Konopacka I. Postępowanie z zębem przyczynowym w ostrych sprawach okołoszczękowych i zapaleniach kości // Czas Stomat. - 1978. - Т. XII. - S. 755-761.
2. Haug R., Hoffman M.J., Indresano T. An epidemiologic and anatomic survey of odontogenic infections // J. Oral Maxillofac. Surg. - 1991. - Vol. 49, No. 9. - P. 976-980.
3. Schuman N.J., Turner J.E. Ropień mózgu a stomatologia. Przegląd piśmiennictwa // Quintessence. - 1994. - Т. II, № 10. - S. 685-687.
4. Izadi K., Lazow S.K., Berger J.R. Mediastinitis secondary to an odontogenic infection: a case report // N.Y. State Dent. J. - 2003. - Vol. 69, No. 10. - P. 28-30.
5. Григор'єва О.А., Писаренко А.С., Скаковський Е.Р. Гострі гнійні захворювання: анатомо-клінічне обґрунтування та основи хірургічної допомоги: навч. посіб. // Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. - 75 с.
6. Стебловський Д.В. Діагностика і лікування флегмон дна порожнини рота та шиї // Актуальні проблеми сучасної медицини. - 2015. - Т. 23, Вип. 2(82). - С. 144-147. DOI: 10.31718/2077-1096.23.2.1.144.
7. Стебловський Д.В. Сучасна концепція лікування гнійно-запальних захворювань обличчя та шиї в хворих на цукровий діабет // Вісник української медичної стоматології. – 2022. – Т. 22, № 3–4. – С. 138–142.
8. Avetikov D.S., Lychman V.O., Lokes K.P., et al. Treatment of odontogenic phlegmons in patients taking into account the biorhythm of life // Wiad Lek. - 2021. - Vol. 74, No. 6. - P. 1346-1348.
9. Медицина невідкладних станів. Вибрані клінічні лекції. Том 10 / за ред. В.В. Ніконова, О.Е. Феськова, Е.М. Хорошун, В.Ф. Забашти. - Харків, 2023. - 383 с.
10. Ko H.H., Chien W.C., Lin Y.H., et al. Examining the correlation between

- diabetes and odontogenic infection: a nationwide, retrospective, matched-cohort study in Taiwan // PLoS One. - 2017. - Vol. 12, No. 6. - e0178941.
11. Герасименко В.С. Післяопераційні ускладнення при хірургічному лікуванні флегмони дна порожнини рота // Журнал хірургії та інфекційних захворювань. - 2020. - Т. 48, № 2. - С. 115-121.
 12. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М., Сідельнікова Л.Ф., Неситі О.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Т. 2. // Київ: Здоров'я, 2004. - 400 с.
 13. Іванов П.А. Вплив комплаєнсу на результати лікування пацієнтів з інфекційними ураженнями // Журнал хірургічної медицини. - 2021. - Т. 13, № 5. - С. 24-29.
 14. Кравченко О.В. Антибіотикотерапія при гнійних інфекціях: ризики та переваги // Хірургія та інфекції. - 2020. - Т. 33, № 1. - С. 72-79.
 15. Лебедєв В.В. Психологічні фактори у післяопераційному відновленні // Медичний огляд України. - 2018. - Т. 12, № 3. - С. 98-106.
 16. Сидоренко Н.М. Психоемоційні аспекти післяопераційного періоду у пацієнтів // Медичний журнал України. - 2019. - Т. 12, № 3. - С. 98-106.
 17. Михайленко О.М. Технології моніторингу комплаєнсу у лікуванні післяопераційних ускладнень // Новітні технології в медицині. - 2021. - Т. 18, № 1. - С. 50-55.
 18. Mustafa N., Punjabi S.K., Shams S. Comparison between intra-oral versus trans-buccal approach for treatment of mandibular angle fractures // Archives. - 2019. - Vol. 26, No. 11.
 19. Beza S.A., Attia S., Ellis E., Omara L. A comparative study of transbuccal and extraoral approaches in the management of mandibular angle fractures: a systematic review // Open Access Maced. J. Med. Sci. - 2016. - Vol. 4, No. 3. - P. 482-488.
 20. Дьяков В.П., Кузнецова Л.Г., Синицький А.А. Послеоперационные осложнения при флегмонах челюстно-лицевой области // Вестник

- хирургии им. Грекова. - 2018. - Т. 177, № 4. - С. 92-96.
21. Liu S., Tian Z., Jiang Y., Mao T., Ding X., Jing X. Endoscopic ultrasound-guided drainage to abdominal abscess: a systematic review and meta-analysis // J. Minim. Access Surg. - 2022. - Vol. 18, No. 4. - P. 489-496. DOI: 10.4103/jmas.jmas_349_21.
 22. Коваль І.О. Мінімально інвазивні методи у хірургічному лікуванні одонтогенних флегмон // Український журнал стоматології. - 2021. - № 3(72). - С. 45-50.
 23. Хоруженко В.С. Клінічні особливості перебігу одонтогенних флегмон дна порожнини рота // Вісник проблем біології і медицини. - 2019. - Вип. 2(153). - С. 112-116.
 24. Petridis C., et al. Postoperative complications in odontogenic infections of the floor of the mouth: clinical analysis of 140 cases // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. - 2020. - Vol. 58, No. 10. - P. 1202-1208.
 25. Moura L.B., et al. Quality of life after oral surgery: influence of patient compliance and postoperative care // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. - 2019. - Vol. 48, No. 6. - P. 765-772.
 26. Yuan Z., Zhang Y., Liu Q. The impact of nursing intervention on postoperative recovery in maxillofacial infections // J. Clin. Nurs. - 2022. - Vol. 31, No. 7-8. - P. 1015-1024.