

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ШЕИ РЯДА ИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ. (обзор литературы)

Жолдошева Ч.А., Медербек кызы Рада, Идрисова А.
Кафедра ЛОР болезней КГМА (г. Бишкек, Кыргызстан)

Резюме. В данной статье рассматриваются вопросы лечения флегмон шеи. Проблема лечения гнойной хирургической инфекции насчитывает тысячелетия, но остается актуальной и поныне.

Ключевые слова: флегмона шеи, гнойная инфекция, лечение гнойных ран.

Несмотря на успехи антибактериальной терапии, совершенствование хирургической техники и методов лечения, количество больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) различной этиологии и локализации не уменьшается [3,7].

В общей структуре летальности хирургических больных, частота смертных случаев от инфекционных осложнений достигает 40 - 60 % [8,17]. Среди больных с гнойными процессами этот показатель колеблется в пределах 3,4 - 6, 5 % [1,2].

Очевидно, что трудности связанные с лечением гнойно-воспалительных процессов обусловлены растущей антибиотикорезистентностью микроорганизмов к большинству лекарственных препаратов; изменением видового состава микрофлоры [9]. Возросло этиологическое значение неферментирующих грамотрицательных бактерий, синегнойной палочки, анаэробной инфекции и грибов, частота выделения которых достигает 5 - 28% [8,14]. Кроме того, меняется иммунный статус людей [16], в том числе под влиянием самих микроорганизмов, что приводит к увеличению частоты генерализованных, хронических форм и рецидивов гнойной хирургической инфекции [9].

Указанные трудности в лечении гнойно-воспалительных процессов, высокая летальность больных делают проблему профилактики и лечения гнойных ран и хирургических воспалительных заболеваний чрезвычайно важной.

С клинической точки зрения большой интерес представляют межфасциальные клетчаточные пространства, нередко служащие местом распространения гнойной инфекции [20].

Распространение инфекции в сторону клетчатке окологлоточного пространства возможно

при ангине, особенно осложнённой наружным (боковым) паратонзиллитом, при травматическом поражении слизистой оболочки глотки; возможна одонтогенная природа: наконец, экссудат может распространяться из сосцевидного отростка через сосцевидную вырезку и глоточно-челюстное пространство [12,18].

Проникновение инфекции из миндалина в окологлоточное пространство может осуществляться через лимфатические пути при нагноении лимфатических узлов окологлоточного пространства; гематогенным путём при распространении тромбоза вен небных миндалин на более крупные вены с последующим гнойным расплавлением тромба и вовлечением в процесс тканей окологлоточного пространства; наконец, при переходе воспалительного процесса из миндалин или при прорыве гноя непосредственно в окологлоточное пространство.

Помимо осложнений общего характера (сепсис, тяжелая интоксикация), глубокие воспалительные очаги шеи опасны тем, что могут распространяться по клетчатке в переднее и заднее средостения, вызвать сочувственный плеврит, пневмонию, сдавление трахеи или отек гортани, вовлечь в процесс стенки крупных артерий и вен, что может привести к их расплавлению и тяжелому кровотечению [10,19,22].

Основным принципом в лечении гнойных ран является комплексный подход, состоящий из ряда обязательных компонентов: хирургическое дренирование очага гнойной инфекции, антибактериальное, дезинтоксикационное, общеукрепляющее, иммунокорректирующее и симптоматическое [4,11].

Традиционное (открытое) лечение ран с различными лекарственными препаратами является наиболее распространенным и общеприня-

тым методом в клинической практике [13,23].

Лечение флегмон шеи зависит от их локализации [6,21].

При флегмоне надгрудного межапоневротического пространства проводят поперечный разрез кожи на 1-1,5 см выше вырезки грудины. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию с окутывающей ее подкожной мышцей шеи. Затем над желобоватым зондом рассекают собственную фасцию шеи, образующую переднюю стенку надгрудного межапоневротического пространства. Удаляют гной и обследуют полость пальцем. При наличии гнойных затеков в боковых карманах *Груббера* их дренируют через тот же разрез.

При флегмоне в области латерального треугольника шеи разрез кожи проводят параллельно и выше ключицы. Отступив от заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию с окутывающей ее подкожной мышцей шеи и проникают в клетчаточное пространство латерального треугольника шеи, вскрывают гнойник, удаляют гной, тщательно обследуют полость гнойника, определяя наличие гнойных затеков.

Основная локализация затеков при запущенном процессе – подтрапециевидное клетчаточное пространство. Для дренирования этого гнойного затека проводят дополнительный разрез (контрапертура) у остистых отростков позвонков.

При флегмоне (абсцессе) *Бецольда* воспалительный процесс локализован в ложе грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Здесь разрез проводят по заднему краю в верхней трети этой мышцы. Также делают послойный разрез до грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Вскрыв фасциальное ложе, удаляют гной и дренируют полость гнойника с тщательной некротомией тканей.

При флегмоне *Дююитрена* воспалительный процесс локализован по ходу сосудисто-нервного пучка медиального треугольника шеи. Флегмоны могут располагаться как в верхнем, так и в нижнем отделе сонного треугольника. Они могут распространяться в надключичную область, подмышечную ямку, переднее средостение и на противоположную сторону (широкая флегмона шеи *Дююитрена*).

В ряде случаев возможен и закрытый способ лечения флегмон шеи.

Задача решалась тем, что после вскрытия гнойной раны, ревизии содержимого, туалета раны антисептиками, введения сквозного перфорированного трубчатого дренажа, закрытия раны проводили путем прошивания ее краев отступая на 1-1,5 см с обеих сторон цельной моноупругой танталовой проволокой с зацепными крючками, полное и мягкое соприкосновение краев на всем протяжении осуществляли эластичной резиновой тягой на крючках. Это позволило осуществить полноценное фракционное промывание гнойной полости, при необходимости аспирацию содержимого, контролировать в динамике состояние гнойной полости с фрагментарными или полным ее раскрытием путем снятия резиновых колец, профилактикой и антисептикой возможных повторных осложнений и осуществить хорошую эпителизацию на всем протяжении с образованием косметического рубца, что очень важно при гнойных процессах [4,15].

Обширные гнойно-воспалительные процессы являются источниками эндогенной интоксикации, которая осложняет течение раневого процесса, может приводить к срыву защитных механизмов, развитию генерализованных форм хирургической инфекции. Для усиления дезинтоксикационного, сорбирующего эффекта у больных с обширными гнойно-воспалительными очагами была разработана смесь, в которой раствор метронидазола, димексида 300 мг/мл и гентамицина 4 мг/мл сочеталась с углерод минеральным сорбентом СУМС-1 [15].

Под воздействием условий среды, роль которой выполняет химическая поверхность СУМС-1, происходит разрушение стабилизирующих белок связей, структура белка становится близкой к денатурированной. На денатурированный белок, как на клей, собираются другие микробные клетки, что и обуславливает полимолекулярный характер адсорбции. В то же время СУМС-1 сам обладает антибактериальной активностью, хотя и слабо выраженной [5].

Таким образом, метод раннего закрытия раны с помощью крючков и петель является перспективным методом позволяющий сокращать сроки лечения флегмон челюстно-лицевой области в 1,5 раза и может быть широко применен в клинической практике, хотя традиционное (от-

крытое) лечение ран является наиболее распространенным и общепринятым методом. Комбинация 0,5% раствора метронидазола и углерод-минерального сорбента СУМС-1, является эффективным средством для местного лечения гнойно-воспалительных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.С., Пиминова И.А. Оценка результатов местного применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами лица и шеи. //Стоматология.-2006.-№5.-С.32-35.
2. Азимова Д.Ж. Анализ микробиологического исследования при нагноительных заболеваниях шеи //Материалы II съезда отоларингологов Кыргызской Республики. - Бишкек, 2004. - С. 130-133.
3. Азимова Д.Ж., Насыров В.А. Микробиологические исследование и его роль в оптимизации схем антибактериального лечения гнойно-воспалительных заболеваний шеи // Среднеазиатский журнал.-Бишкек, 2004. - С. 143-146.
4. Бакиев В.А. Инновационные подходы в комплексном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.//Здравоохранение Кыргызстана.-Бишкек, 2009.-№4.-С.149-157.
5. Бородин Ю.И., Труфакин В.А., Любарский М.С. и др. Сорбционно-лимфатический дренаж в гнойно-септической хирургии.-Бишкек, Новосибирск.- «Илим».-1993.-346с.
6. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия.-М.:Медицина.-1996.-С.18-25.
7. Губин М.А., Чирко Е.И., Харитонов Ю.М. Диагностика и лечение одонтогенного медиастинита.// Вест.хирургии.-1996.-№3.-С.12-15.
8. Девятков В.А. Моделирование, прогнозирование гнойной хирургической инфекции, методы защиты ран от нее и пути повышения репаративной регенерации: Автореф. дис. канд. мед.наук. - Пермь, 1994.-34 с.
9. Ерюхин И.А. Инфекция в хирургии, старая проблема накануне нового тысячелетия//Вестник хирургии. - 1998. -№1.-С. 85-91.
10. Карандашов В.И.Патогенез, клиника и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний лица и шеи./Автореф.дис. ...д-ра мед.наук.-М., 1998.-33с.
11. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) под ред. А.Г.Шаргородского.- М.:ГЭОТАР – МЕД.-2002.-528с.
12. Левенец А.А., Чучунов А.А. Одонтогенная флегмона челюстно-лицевой области. //Стоматология.-2006.-№3.- С.27-29.
13. Любарский М.С. и др. Сочетанная лимфогропная и сорбционная терапия гнойных ран.-Бишкек-Новосибирск: Илим.-1995.-134с.
14. Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Омурзаков М.Б. Применение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений.//Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике.- Бишкек, 1998.-С.683-686.
15. Мурадов Р.Н., Бакиев Б.А., Бейшеналиев А.С. Влияние многокомпонентной биоповязки адсорбированной на СУМС-1 на течение раневого процесса при закрытом способе лечения у больных с поверхностными флегмонами челюстно-лицевой области. // Здравоохранение Кыргызстана.-Бишкек, 2009,-№4.-С.157-165.
16. Рахметов Н.Р., Тайгулов Е.Л. Возможности прогнозирования раневой инфекции // Актуальные вопросы клинической хирургии. / Сборник научных трудов. - Семипалатинск, 1995. - С. 239 – 242.
17. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных заболеваний за 50 лет (1955-2004).// Стоматология.-2007.-№3.-С.63-66.
18. Светухин А.М., Матасов В.М., Истратов В.Г. Этиопатогенетические принципы хирургического лечения гнойных ран. //Хирургия.- 1999.-№1.-С.9-11.
19. Стручков В.И., Гостищев Ю.В., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция.//М.: Медицина, 1991.- 560с.
20. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.-Алматы. - 1994. - 222с.
21. Юсупов Ю.Н., Епифанов М.В., Данилин В.Н. Программированное орошение и дренирование в лечение больных с местной гнойной инфекции мягких тканей. //Вестник хирургии.-2000.-№2.-С.57-60.
22. Fernandez C.N.R., Merina Diaz R Serrano del C. Minimal inhibitory and bactericidal concentrations of some antiseptics and disinfectants against strains of hospital origin.//Rev-Latinoam-Mikrobiol.-1992.-№1.-P.1-6.
23. Garder M.L.G., Steffens K.J. Absorbition of orally administered enzymts./Springer-Verlag, Berlin, Heideneberg, New York.1996.- 96p.