

ОДОНТОГЕННЫЕ РАЗЛИТЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕИ

М.Б.Убайдуллаев¹, А.М.Сулейманов², Г.М. Агайдарова²

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России¹

Городская клиническая больница №21 г. Уфа²

Аннотация. Проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний шеи продолжает оставаться актуальной. Число больных с воспалительными заболеваниями шеи не имеет тенденции к уменьшению. Растет число пациентов с флегмонами шеи, распространенными на несколько клетчаточных пространств, наиболее часто сопровождающихся развитием таких тяжелых осложнений, как сепсис, медиастинит, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки и др. В статье анализируются результаты наблюдения лечения гнойно-воспалительных процессов шеи у 53 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания шеи, топографо-анатомические особенности шеи, хирургическое лечение.

Annotation. The problem of treatment of purulent-inflammatory diseases of the neck continues to be relevant. The number of patients with inflammatory diseases of the neck does not tend to decrease. The number of patients with neck phlegmon, spread over several cellular spaces, is growing, most often accompanied by the development of such severe complications as sepsis, mediastinitis, thrombosis of the cavernous sinus of the dura mater, etc. The article analyzes the results of the observation of the treatment of purulent-inflammatory processes of the neck in 53 patients aged 18 to 75 years.

Keywords: purulent-inflammatory diseases of the neck, topographic and anatomical features of the neck, surgical treatment.

Актуальность. Проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний шеи, относится к наиболее тяжелому виду патологии и является одной из важных задач современной гнойной хирургии челюстно-лицевой области. Растет число пациентов с флегмонами шеи, распространенными на несколько клетчаточных пространств, наиболее часто сопровождающихся развитием таких тяжелых осложнений, как сепсис, медиастинит, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки и др.[2,5,8]. Причиной этого становится позднее обращение пациентов за медицинской помощью, что связано со снижением масштабов профилактики и санации полости рта [1,3,4,10].

В настоящее время клиническое течение гнойно-воспалительных процессов в области шеи заметно изменилось, возросло число случаев распространенного течения [5,9,11,12,13].

Цель работы – анализировать особенности клинического проявления и течения одонтогенных разлитых гнойно-воспалительных заболеваний шеи, способствующих уменьшению частоты осложнений.

Материал и методы. Объектом исследования являются 53 пациента с разлитой флегмоной шеи. Которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии городской клинической больницы №21 в городе Уфа за последние 5 лет (2015-2020 годы).

Гендерный состав пациентов следующий: мужчин 25, женщин 12, или 70 и 30% соответственно. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет. Все больные полностью обследованы с помощью клинических, инструментальных и лабораторных методов. По отношению ко всем больным применялась активная хирургическая тактика. Проводилось вскрытие и дренирование гнойников, в случае необходимости выполнялись ревизия, одно- и многоэтапные некрэктомии.

В последующем проводилось общее и местное лечение, соответствующее фазе раневого процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

По-прежнему неизблемыми стандартами лечения гнойных процессов остаются широкое и адекватное вскрытие воспалительного инфильтрата, удаление нежизнеспособных тканей, активное дренирование воспалительного очага, местное воздействие на воспалительный очаг, стимуляция процесса регенерации тканей и ускорение заживления раны путем наложения вторичных швов. В то же время поиск способов всестороннего воздействия на течение раневого процесса продолжается.

Гнойно-воспалительные заболевания шеи имеют существенные отличия от воспалительных процессов других анатомических областей, это связано анатомо-топографической и функциональной особенностью данной области.

Флегмонозный процесс развивается по клетчаточным и межмышечным пространствам, лимфатическим путям, обычно бывает распространенным, иногда прогрессирующим, т. е. приводит к тяжелым осложнениям.

Шея является сложной зоной в анатомо-топографическом отношении, что обусловлено близостью таких жизненно важных органов как трахея, пищевод, щитовидная железа, крупные сосудисто-нервные пучки, соединяющие с головным мозгом. Имеются иммунологические особенности: разветвленность лимфатического аппарата, близость головного мозга, наличие множества сообщающихся между собой клетчаточных пространств.

Тяжелая интоксикация организма при локализации воспалительного очага в области шеи обусловлена тем, что вены шеи образуют многочисленные анастомозы с внутричерепными сосудами. Таким образом, нарушение

естественного оттока крови из воспалительного очага, вследствие сдавления отводящих сосудов, приводит к тому, что токсины по анастомозам попадают напрямую в головной мозг, обходя печеночный барьер.

На течение раневого процесса и его направленность оказывают большое воздействие следующие факторы: вид возбудителя, его патогенность, степень контаминации раны данным возбудителем, а также объем поврежденных тканей и общая реактивность организма.

Лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями шеи должно быть комплексным, с учетом всех правил гнойной хирургии, что позволяет сократить длительность течения фаз раневого процесса и устранить риск распространения гнойного процесса на соседние клетчаточные пространства. При выборе метода лечения всегда учитывается локализация, распространенность воспалительного процесса, глубина поражения тканей, а также возраст больного и его иммунный статус.

Лечение любого гнойно-воспалительного процесса, вне зависимости от его локализации, начинается с адекватного вскрытия и дренирования гнойного очага с целью обеспечения оттока патологического раневого отделяемого, удаления нежизнеспособных тканей и тем самым уменьшения количества микробных тел в ране.

Операцию вскрытия глубокой флегмоны шеи производят под общим обезболиванием. При нарушении дыхания накладывают трахеостому. Положение больного: на спине, под плечи подкладывается валик, голова запрокинута и повернута в сторону, противоположную стороне операции.

Техника операции. При выполнении операции необходимо послойно разделять ткани, широко разводить края раны крючками и обеспечивать тщательный гемостаз. Это имеет значение для предупреждения случайного повреждения крупных сосудов и нервов, детального осмотра клетчаточных пространств с целью выявления дополнительных затеков гноя.

Хирургическое вмешательство при гнойно-воспалительных процессах одонтогенной природы начинается со вскрытия флегмоны дна полости рта, окологлоточного пространства через разрезы в поднижнечелюстных треугольниках, подподбородочной области или через воротникообразный разрез. Затем кожный разрез проводят вдоль внутреннего края кивательной (грудиноключично-сосцевидной) мышцы, начиная выше угла нижней челюсти и продолжая до яремной вырезки грудины. Длина разреза может быть меньшей, если гнойник не распространяется в нижний отдел шеи.

Рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию и поверхностную мышцу. В верхнем углу раны обнаруживают наружную яремную вену, ее нужно сместить латерально или пересечь между двумя лигатурами. Рассекают наружный листок фасциального влагалища кивательной мышцы, отсепааровывают ее внутренний край, оттягивают ее тупым крючком кнаружи. Осторожно надсекают глубокий листок кивательной мышцы, отслаивают от подлежащих тканей желобоватым зондом и по нему рассекают. Для ориентировки в топографических взаимоотношениях, в ране целесообразно на ее дне пальцем нащупать пульсацию общей сонной артерии и определить положение сосудистого пучка шеи. Фасцию и клетчатку над ним расслаивают кровоостанавливающим зажимом, пучок обнажают.

При распространении затека по ходу пучка в этот момент выделяется гной. Далее клетчатку с гнойно-некротическими изменениями тупым путем широко расслаивают до здоровых тканей, пальцем обследуют гнойную полость для обнаружения возможных затеков, которые широко раскрывают. Визуально и путем пальпации обследуют внутреннюю яремную и лицевую вены. Если в них обнаруживают тромбы, то сосуды перевязывают выше и ниже границ участков тромбирования и иссекают.

При необходимости вскрытия гнойников в пре- и позадивисцеральных пространствах в нижней половине раны обнаруживают и пересекают лопаточно-подъязычную мышцу, которая проходит в направлении сзади кпереди и снизу вверх. Пересечение мышцы облегчает доступ к трахее и пищеводу. Предварительно нащупывают общую сонную артерию и трахею, затем расслаивают клетчатку между ними, сосудисто-нервный пучок отводят тупым крючком кнаружи.

Впереди трахеи ниже щитовидной железы с помощью тупого зажима или пальца проходят в гнойную полость претрахеального клетчаточного пространства. Продолжая оттягивать сосудистый пучок кнаружи, ассистент смещает трахею тупым крючком в медиальном направлении. Между пучком и пищеводом расслаивают ткани в направлении рассечения наружного листка фасциального влагалища кивательной мышцы к шейным позвонкам до предпозвоночной фасции и вскрывают гнойник в боковом отделе около пищевода клетчаточного пространства. Вблизи пищевода располагается общая сонная артерия: справа на 1-1,5 см, слева на 0,5 см от его стенок. Позади общей сонной артерии и внутренней яремной вены проходят нижние щитовидная артерия и вены, которые на уровне VI шейного позвонка делают дугу и направляются к нижнему полюсу щитовидной железы. Для предупреждения ранения этих сосудов, ткани в окружности пищевода разъединяют только тупым способом. Оттянув пищевод в медиальном направлении, между ним и предпозвоночной фасцией, зажимом вскрывают гнойник в клетчатке позадивисцерального пространства.

При гнойном затеке в надключичной области и надгрудинном межапоневротическом пространстве, наряду с вертикальным, делают второй широкий горизонтальный разрез тканей выше ключицы. Горизонтальные разрезы в поднижнечелюстном треугольнике и над ключицей в сочетании с вертикальным, образуют рану Z-образной формы. При гнойно-некротической флегмоне, кожно-жировые лоскуты по углам раны отсепааровывают, отворачивают и фиксируют швом к коже шеи. Широкое обнажение воспаленных тканей создает условие для их аэрации в послеоперационной ране. Операция заканчивается промыванием гнойных полостей и их дренированием.

В лечении гнойно-воспалительных заболеваний шеи активно используются протеолитические ферменты, что обусловлено их некролитическим и противоотечным действием.

Иммуномодуляторы также активно применяются в комплексном лечении гнойно-воспалительных процессов шеи.

Гипербарическая оксигенация (ГБО) оказывает биоэнергетический, репаративный, антиацидотический, антибактериальный эффекты.

Несмотря на огромное количество методов воздействия на гнойную рану, каждый из них имеет свои недостатки и противопоказания.

Выводы. Таким образом, успех лечения зависит от своевременной диагностики, особенно на догоспитальном этапе, детального обследования в специализированном

отделении, раннего и адекватного хирургического вмешательства и комплексного консервативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев Ю.К. Лекарственные средства в лечении гнойных ран. Медицинские знания, 2010 6: 4-7.
2. Андреев А.А., Фролов Р.Н. Использование метода аппликационно-инъекционного введения гидролизата коллагена в лечении ран мягких тканей. Системный анализ и управление в биомедицинских системах, 2014, 13(1): 68-72.
3. Бегма А.Н., Бегма И.В., Хомякова Е.К. Опыт применения коллагеновых повязок и губок. Метуракол в хирургической практике. РМЖ, 2014, 17: 1248-1253.
4. Губин М.А., Оганесян А.А., Говорова Н.Б. Антиоксидантная терапия при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи. Вестник экспериментальной и клинической хирургии, 2011, 4(3): 568-570.
5. Мохова О.С. Современные методы лечения гнойных ран. Журнал анатомии и гистопатологии, 2013, 4(8): 15-21.
6. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Пара фарингит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении. Вестник оториноларингологии, 2013, 3: 29-34.
7. Токманов А.И. Использование комбинированной иммунокоррекции в хирургическом лечении гнойных ран мягких тканей. Автореф. дис.канд. мед. наук. Воронеж, 2009.
8. Collin J, Beasley N. Tonsillitis to mediastinitis. *J. Laryngol. Otol.*, 2006, 120(11): 963-6.
9. De-Vincente-Rodriguez J.C. Maxillofacial cellulites. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.*, 2004, 9: 133-138.
10. Franzese C.B., Isaacson J.E. Peritonsillar and parapharyngeal space abscess in the older adult. *Am. J. Otolaryngol.*, 2003, 24(3): 169-173.
11. Machała W, Smiechowicz K, Gaszyński T. Severe sepsis as a complication of descending necrotizing mediastinitis due to a peritonsillar abscess. A case study. *Otolaryngol Pol*, 2006, 60(2): 211-215.
12. Rana RS, Moonis G. Head and neck infection and inflammation. *Radiol. Clin. North Am*, 2011, 49(1): 165-182.
13. De-Vincente-Rodriguez J.C. Maxillofacial cellulites. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.*, 2004, 9: 133-138.

УДК 616.724-002.31:616.017.1

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕИ

М.Б.Убайдуллаев¹, А.М.Сулейманов², Г.А.Файзуллина¹, Н.А. Гильмиярова²

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа¹
Городская клиническая больница №21 г. Уфа²

Аннотация

В связи с развитием неблагоприятных исходов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями шеи и их осложнениями, было проведено иммунологическое обследование пациентов данной категории. В результате исследования определены дефектные звенья иммунной системы – подавление Т-клеточного звена иммунитета, увеличение ЦИК, в 94,4% случаев наблюдалось повышение показателей спонтанного НСТ-теста и в 33,3% снижение стимулированного теста. Полученные данные свидетельствуют о временной иммуносупрессии больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ), что требует коррекции и дополнительного применения иммуномодулирующей терапии.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания шеи, иммунный статус.