

8th International youth conference

“Perspectives of science and education”

29th March 2019

**New York
2019**

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОДОНТОГЕННИМИ ФЛЕГМОНАМИ ШИЇ

ГОНЧАРОВА Н.М.

доктор медичних наук, доцент,

професор кафедри хірургії №2

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

СОМКІНА Є. А.

студентка 4 курсу II Медичного факультету

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

КРИВОРУЧКО Д. В.

студентка 4 курсу II Медичного факультету

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

БЕЛОУС О. В.

студентка 4 курсу II Медичного факультету

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Серед захворювань щелепно-лицевої ділянки та шиї гнійно-запальні процеси займають перше місце, представляючи серйозну небезпеку для життя пацієнтів. Необхідно відзначити, що найбільш важкий перебіг набувають ті форми гнійно-запальних захворювань, що поширюються на кілька анатомічних областей голови і шиї, що обумовлено анатомо-топографічними особливостями їх будови [1].

Певне несприятливе значення в розвитку флегмон ший надають супутні захворювання: цукровий діабет, хронічний алкоголізм, гормонозалежна бронхіальна астма, хронічна ниркова недостатність, патологічне ожиріння і променева терапія [2].

Незважаючи на успіхи медикаментозної терапії, флегмони ший мають тенденцію до прогресування і розвитку небезпечних для життя ускладнень: медіастиніту, сепсису, тромбофлебиту, ДВС-синдрому і т.д. Медіастиніт – інфекційно обумовлене, гнійне або серозне запалення клітковини середостіння. За останні 10 років, за даних різних авторів, його частота досягла 0,4-2,1% серед гострих хірургічних захворювань [2,4]. Летальність при стандартному лікуванні досі залишається високою і досягає 14-23%, а без лікування становить 100% [3,10]. Некротизуючий медіастиніт характеризується швидким розповсюдженням деструктивно-запального процесу по клітковинним просторам ший і середостіння, без тенденції до відмежування [4].

З огляду на стерті клінічні прояви захворювання на ранніх етапах, питання діагностики медіастиніту в ці терміни не вирішені дотепер. Це в більшості випадків пов'язано з відсутністю критеріїв ранніх ознак захворювання [5]. Труднощі в діагностиці, важкий стан хворих при надходженні у стаціонар і відсутність внаслідок цього активної хірургічної тактики є причиною високої летальності [6].

Своєчасна діагностика медіастиніту базується на інтенсивному динамічному рентгенівському дослідженні, однак найбільш докладну інформацію про поширеність процесу все ж дає спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) [7]. Однак до теперішнього часу чітко не визначені променеві критерії, які можуть вважатися ранніми ознаками низхідного некротизуючого медіастиніту, і в зв'язку з цим немає єдиної тактики в термінах і об'ємах хірургічного лікування при даній патології.

Вичікувальна, а часом неадекватна консервативна терапія не призводить до поліпшення стану хворих з флегмонами ший. Основним методом лікування залишається хірургічний - розтин глибоких клітковинних просторів ший.

Операція під назвою «колярна медіастинотомія» була запропонована В.І. Розумовським в 1899 році і в 1901 році австрійським хірургом Гак-Кером [8,9].

Крім того, у багатопрофільних лікарнях постає питання між лікарями-хірургами та щелепно-лицьовими хірургами, хто повинен лікувати дану категорію хворих.

Мета дослідження. оптимізація хірургічної тактики хворих на флегмону ший з метою зменшення післяопераційних ускладнень та летальності.

Методи дослідження. Проаналізовано ретро-та проспективно результати хірургічних втручань 68 хворих на одонтогенну флегмону ший, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні Обласної клінічної лікарні м. Харкова, за період з 2016-2019 рр. Чоловіків – 38, жінок – 30, середній вік хворих – $43,7 \pm 1,2$ роки. Всі хворі були обстежені за допомогою клініко-лабораторних (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма) та інструментальних методів (рентгенографія нижньої щелепи та органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія (КТ) або мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) органів грудної клітини), бактеріологічне дослідження гною з рани. Всі хворі були оперовані.

Результати та їх обговорення. Всі хворим, які поступили у стаціонар з підозрою на флегмону ший, спочатку були оглянуті щелепно-лицьовим хірургом та лікарем-ЛОР та обстежені ними за допомогою спеціальних методів. При постановці діагнозу: Флегмона ший, хворий оглядався лікарем-хірургом та призначалось рентгенологічне дослідження органів грудної клітини. При рентгенологічному дослідженні у пацієнтів особлива увага приділялася не тільки розширенню тіні передстовбурової клітковини ший, але і наявності симптому «скупчення пухирців газу» в тіні передстовбурової клітковини і середостіння, що визначало потребу в хірургічному лікуванні.

Своєчасна діагностика медіастиніту базувалась на інтенсивному динамічному рентгенівському дослідженні, однак найбільш докладну інформацію про поширеність процесу все ж надавала МСКТ. До того ж, КТ

дослідження органів грудної клітини з кроком у 6 годин дозволяло виявити зміни, починаючи від інтактного середостіння до картини явного медіастиніту.

Хірургічне втручання при флегмонах ший проводилось за життєвими показаннями – протягом перших 2-х годин після встановлення діагнозу. Відкладання хірургічного втручання призводило до обтяження стану хворого або його загибелі.

Всім пацієнтам проведено термінове хірургічне втручання – розтин і дренування клітковинних просторів ший. У зв'язку з особливостями будови клітинних просторів ший, високу гідрофільність тканин середостіння пацієнтам проводилися широкі розрізи з ревізією клітинних просторів ший як з однієї, так і з двох сторін для адекватного дренування і зрошення розчинами антисептиків. Після очищення рани на 11-18 добу накладали вторинні відстрочені шви. При наявності ознак ураження середостіння у 6 хворих виконувалася одночасна декомпресійна торакомедіастинотомія, у 3 –х з них, виникли явища сепсису.

У післяопераційному періоді проводилася консервативна антибіотикотерапія, корекція водно-електролітних порушень та змін, що виникають при поліорганній недостатності.

Післяопераційні ускладнення у вигляді застійних пневмоній виникли у 7 (10,3%) хворих, летальність склала – 8,8%. Причиною смерті був септичний шок.

Висновки. Основною умовою успішного лікування флегмон ший є невідкладне хірургічне втручання – широкий розтин, дренування глибоких клітковинних просторів ший з подальшим зрошенням розчинами антисептиків. Показання до хірургічного втручання на середостінні має бути розглянуто при тотальному залученні в некротичний процес глибоких і поверхневих клітинних просторів ший, навіть при відсутності «ранніх» променевих ознак медіастиніту.

Використана література.

1. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. – М., МЕД-пресс, 2001. – с. 230.
2. Гострі низхідні медіастиніти у хворих із флегмонами шії / Шапринський В.О., Кривецький В.Ф., Сулейманова В.Г. та ін. // Український журнал хірургії. – 2017. - №1 (32). – с. 40-44.
3. Causes and ways of the neck phlegmon spreading on mediastinum with a descending purulent mediastinitis occurrence / I. M. Shevchuk, S. S. Snizhko // Klinicheskaja khirurgia. – 2017. - №1. – с. 36-38
4. Особенности хирургического лечения анаэробных инфекций глубоких пространств шеи, осложненных медиастинитом / Лишов Е.В., Харитонов А.А., Путинцев А.М. // Acta Biomedica Scientifica. - 2017. - №6. - Vol. 2. - с. 130-133.
5. Помилки у діагностиці гнійного медіастиніту на етапах надання медичної допомоги хворим / С.С. Сніжко, І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук // Шпитальна хірургія. - 2014. - №2. - с. 42-46.
6. Причини, шляхм поширення та діагностичні помилки у хворих із низхідним гнійним медіастинітом / І.М. Шевчук, С.С. Сніжко, М.Г. Шевчук // Український журнал хірургів. - 2017. - №4 (35). - с. 47-51.
7. Діагностична цінність оглядових рентгенограм шії та органів грудної клітки у хворих з ретровісцеральними флегмонами шії / Сулейманова В.Г. // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2016. - №.2 (Т.20). - с. 459-462.
8. Особенности хирургического лечения нисходящего медиастинита / Высоцкий А.Г., Ступаченко Д.О. и др. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2012.- №2. - Т.13. - с. 239-241.
9. Варианты хирургической тактики при медиастинитах различной этиологии / Пласкин С.А. // Научно-медицинский вестник центрального Черноземья. - 2007. - №30.- с. 35-37.

10. Десятирічний досвід лікування хворих на гострий медіастиніт / Т.В. Муравйов, В.В. Артюх, А.В. Дрозд // Шпитальна хірургія. - 2015. - №3. - с. 59-62.