



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (101) 2020

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 01 від 20.01.2020 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 22.01.2020 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 25,75.
Тираж 300 прим.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмноження в будь-який
спосіб матеріалів, опублікованих
у журналі, допускається лише
з дозволу редакції

Відповідальність за зміст
рекламних матеріалів
несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна
школа», 2020

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко, д. мед. н., професор

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан, д. мед. н., професор

Відповідальний секретар

С. О. Береснев, д. мед. н., голов. наук. співр.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бездетко П. А., д. мед. н., професор

Велігоцький М. М., д. мед. н., професор

Голобородько М. К., д. мед. н., професор

Давиденко В. Б., д. мед. н., професор

Даценко Б. М., д. мед. н., професор

Дуденко В. Г., д. мед. н., професор

Євтушенко Д. О., д. мед. н., професор

Іванова Ю. В., д. мед. н., професор

Караченцев Ю. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Клімова О. М., д. мед. н., професор

Лісовий В. М., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Лупальцов В. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Макаров В. В., д. мед. н., професор,

Малоштан О. В., д. мед. н., ст. наук. співр.

Панченко М. В., д. мед. н., професор

Пасечнікова Н. В., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Пеев Б. І., д. мед. н., професор

Польовий В. П., д. мед. н., професор

Прасол В. О., д. мед. н., професор

Сипітій В. І., д. мед. н., професор

Сиплиний В. О., д. мед. н., професор

Стариков В. І., д. мед. н., професор

Сушков С. В., д. мед. н., професор

Флоріян А. К., д. мед. н., професор

Тищенко О. М., д. мед. н., професор

Хворостов Є. Д., д. мед. н., професор

Шевченко С. І., д. мед. н., професор

Аксендиус Калангос, M.D., PhD

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Андреев С. А., к. мед. н., доцент (Київ)

Гринь В. К., д. мед. н., професор (Донецьк – Київ)

Дрюк М. Ф., д. мед. н., професор (Київ)

Зозуля Ю. П., д. мед. н., професор, академік НАМНУ (Київ)

Іоффе І. В., д. мед. н., професор (Луганськ – Рубіжне)

Кондратенко П. Г., д. мед. н., професор (Донецьк – Краматорськ)

Кононенко М. Г., д. мед. н., професор (Суми)

Кришень В. П., д. мед. н., професор (Дніпропетровськ)

Лизіков А. М., д. мед. н., професор (Гомель, Білорусь)

Ричагов Г. П., д. мед. н., професор (Мінськ, Білорусь)

Саєнко В. Ф., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ (Київ)

Сушков С. А., к. мед. н., доцент (Вітебськ, Білорусь)

Тутченко М. І., д. мед. н., професор (Київ)

Шалімов С. О., д. мед. н., професор (Київ)

Шапринський В. О., д. мед. н., професор (Вінниця)

Щастний А. Т., д. мед. н., професор, (Вітебськ, Білорусь)



П. В. Свірепо

Харківський національний
медичний університет

© Свірепо П. В.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЗУЮЧОЇ ІНФЕКЦІЇ М'ЯКИХ ТКАНИН ШИЇ

Резюме. Рання діагностика і своєчасне хірургічне лікування некротизуючої інфекції м'яких тканин шиї — актуальна проблема сучасної медицини, далека від остаточного рішення.

Мета роботи — оптимізація хірургічного лікування хворих на некротизуючу інфекцію м'яких тканин шиї.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати хірургічних втручань 76 хворих на одонтогенну флегмону шиї, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні.

Результати та їх обговорення. Основною умовою успішного лікування флегмон шиї є невідкладне оперативне втручання. Показання до хірургічного втручання на середостінні має бути розглянуто при тотальному залученні в некротичний процес глибоких і поверхневих клітинних просторів шиї. Проведення профілактичної антибіотикотерапії у хворих після проведення оперативних втручань на шиї сприяє зниженню частоти розвитку післяопераційних запальних ускладнень та покращенню якості життя хворих.

Висновки. Летальність при гострих гнійних одонтогенних медіастинітах залежить від своєчасної госпіталізації, діагностики та раннього хірургічного лікування із застосуванням екстракорпоральних методів детоксикації.

Ключові слова: флегмона шиї, одонтогенний медіастиніт, хірургічне лікування, анаеробна інфекція.

Вступ

Рання діагностика і своєчасне хірургічне лікування некротизуючої інфекції м'яких тканин шиї — актуальна проблема сучасної медицини, яка далека від остаточного рішення. При розповсюдженні запального процесу на шию та в середостіння летальність хворих досягає 60 %, а при генералізації інфекції та розвитку септичного шоку, зростає до 90 % [4, 5]. Також в останні роки відзначається неухильне зростання числа прогресуючих флегмон, які часто ускладнюються такими грізними станами, як контактний медіастиніт, тромбоз кавернозного синуса твердої мозкової оболонки, абсцес головного мозку, сепсис, а також атипових та малосимптомних флегмон, які представляють серйозну небезпеку для життя пацієнтів [2, 3]. Гнійно-запальні процеси щелепно-лицевої ділянки мають свої характерні відмінності від гнійно-запальних процесів інших анатомічних областей. За даними літератури, у 80—95 % випадків інфекція має одонтогенну етіологію [6, 7]. За даними різних авторів, одонтогенна інфекція ускладнюється гострим гнійним медіастинітом з частотою від 0,3 до 20 % [1, 10]. Частота прижиттєвої діагностики медіастиніту становить від 20,5 до 50 %; летальність може досягати 40 %, що пов'язано із несвоєчасною діагностикою, а також з великою кількістю пізніх звернень на тлі негативних со-

ціально-економічних умов життя населення [9]. На сьогодні розроблені і впроваджені в практику стандарти для лікування хворих з гнійно-запальними захворюваннями шиї, що включають проведення адекватного хірургічного розтину і дренування гнійного вогнища, антибактеріальної, детоксикаційної, протизапальної терапії, корекції систем гомеостазу [1, 8]. Незважаючи на це, число пацієнтів з даним видом патології не має тенденції до зменшення. Лікування хворих з гнійно-запальними захворюваннями шиї має бути комплексним, з урахуванням всіх правил гнійної хірургії, що дозволяє скоротити тривалість перебігу фаз ранового процесу і усунути ризик поширення гнійного процесу на сусідні клітковинні простори. При виборі методу лікування завжди враховується локалізація, поширеність запального процесу, глибина ураження тканин, а також вік хворого і його імунний статус. Все більше авторів схиляються до того, що рутинні методи лікування гнійних процесів як обличчя, так і інших анатомічних областей, втрачають свою ефективність. Це пов'язано із збільшеною антибіотикостійкістю мікроорганізмів, їх вірулентністю і мінливістю [9]. Саме тому пошук сучасних ефективних методів лікування гнійних ран обличчя та шиї є актуальним, виправданим і необхідним.

Матеріали і методи досліджень

Робота заснована на аналізі результатів хірургічних втручань 76 хворих на одонтогенну флегмону шиї, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні КПН ХОР «Обласна клінічна лікарня» м. Харкова, за період з 2016-2019 р. Чоловіків було 42, жінок — 34, середній вік хворих склав $(42,6 \pm 1,3)$ роки. Терміни надходження пацієнтів у стаціонар від моменту початку захворювання: протягом першої доби — 12 (15,8 %) хворих; від 1 до 3 діб — 36 (47,4 %); від 3 до 7 діб — 22 (28,9 %); пізніше 7 діб — 6 (7,9 %) пацієнтів.

При надходженні в стаціонар усім хворим в однаковому обсязі і однакові терміни були виконані стандартні загальноклінічні та інструментальні дослідження, з метою уточнення ступеня вираженості й поширеності запального процесу. Інструментальні дослідження починали з виконання рентгенографії нижньої щелепи та органів грудної клітини. Усім пацієнтам у терміни до 24 годин від моменту надходження до стаціонару виконували мультиспіральну комп'ютерну томографію органів грудної клітини. У 100 % випадків виконано мікробіологічне дослідження виділень з рани на шиї та з порожнини середостіння.

Результати досліджень та їх обговорення

Після встановлення діагнозу і проведення короткочасної передопераційної підготовки, яка включала антибіотикотерапію та дезинтоксикаційну терапію, всі хворі були прооперовані. Хірургічне втручання при флегмонах шиї проводилось за життєвими показаннями — протягом перших 2-х годин після встановлення діагнозу. Відкладання операції призводило до обтяження стану хворого або його загибелі. У всіх пацієнтів виявлено ознаки гнійно-некротичного процесу глибоких клітковинних просторів шиї, що поширювався до рівня яремної вирізки. У 8 (10,5 %) хворих, у яких були доопераційні ознаки запалення на грудній клітці, відзначено поширення запального процесу і на поверхневі фасціальні структури. Двобічний запально-деструктивний процес глибоких просторів шиї зустрічався у 16 (21,1 %) пацієнтів. Всім хворим проведено термінове хірургічне втручання — розтин і дренивання клітковинних просторів шиї. У зв'язку з особливостями будови клітинних просторів шиї, високу гідрофільність тканин середостіння пацієнтам проводилися ши-

рокі розрізи з ревізією клітинних просторів шиї як з однієї (60 хворих), так і з двох сторін (16 пацієнтів) для адекватного дренивання і зрошення розчинами антисептиків. Після очищення рани на 12-16 добу накладали вторинні відстрочені шви. При первинному втручанні в 13 (17,1 %) випадках виявлені ознаки верхньо-переднього і заднього медіастиніту, що потребувало одномоментного виконання медіастинотомії та дренивання верхнього середостіння.

Основу післяопераційного лікування становила антибактеріальна, імунокоригуюча і комплексна інфузійна терапія.

В післяопераційному періоді всі пацієнти знаходилися на лікуванні у відділенні реанімації. Середня тривалість перебування склала $19,5 \pm 7,3$ доби.

Серед ускладнень зустрічалися арозивні кровотечі з судин рани на шиї — у 6 (7,9 %) хворих. Загальна летальність склала 11,8 % випадків. Основними причинами летальності стали: прогресування патологічного процесу з розвитком септичного шоку і поліорганної недостатності — 4 випадки; арозивна кровотеча з судин середостіння — 2 випадки; абсцедуюча пневмонія — 2 випадки; інфаркт міокарда — 1 випадок.

Мікробіологічне дослідження встановило, що найбільш часто зустрічається аеробних збудником є *Staphylococcus aureus* — 39 (51,4 %) випадків. *Streptococcus spp.* зустрічається в 28 (36,8 %) випадках, *Pseudomonas spp.* — у 9 (11,8 %).

Висновки

Розробка ефективних методів лікування захворювань шиї запального генезу, зростання серйозних ускладнень, що призводять до зниження функціональних і резервних можливостей організму, а також до порушення морфологічних структур органів з незворотним зниженням їх функції, є однією з актуальних проблем відновної медицини. Основною умовою успішного лікування флегмон шиї є невідкладне хірургічне втручання. Показання до хірургічного втручання на середостінні має бути розглянуто при тотальному залученні в некротичний процес глибоких і поверхневих клітинних просторів шиї. Проведення профілактичної антибіотикотерапії у хворих після проведення оперативних втручань на шиї сприяє зниженню частоти розвитку післяопераційних запальних ускладнень та покращенню якості життя хворих.



ЛИТЕРАТУРА

1. Губин М. А. Антиоксидантная терапия при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи / М. А. Губин, А. А. Оганесян, Н. Б. Говорова // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2011. — Т.4, №3. — С. 568-570.
2. Клиника, диагностика, хирургическая тактика, результаты лечения при острых одонтогенных гнойных медиастинитах / С. И. Столяров, А. В. Добров, В. Л. Григорьев [и др.] // Здравоохранение Чувашии. — 2015. — №3. — С. 54-60.
3. Козлов В. А. Особенности диагностики одонтогенного медиастинита, обусловленные механизмом его развития / В. А. Козлов, О. А. Егорова // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. — 2018. — Т. 10, №4. — С. 43-48.
4. Лишов Е. В. Особенности хирургического лечения анаэробных инфекций глубоких пространств шеи, осложнённых медиастинитом / Е. В. Лишов, А. А. Харитонов, А. М. Путимцев // Acta biomedica scientifica. — 2017. — Vol. 2, №6. — С. 130-133.
5. Недосейкина Т. В. Современные направления комплексного лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи / Т. В. Недосейкина, А. А. Глухов, Н. Г. Коротких // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 4-3. — С. 641-646.
6. Опыт лечения больных острым одонтогенным гнойным медиастинитом / Е. С. Катанов, В. Ю. Матвеев, С. И. Столяров [и др.] // Практическая медицина. — 2016. — Т.1, №4 (96). — С.102-106.
7. Тесевич Л. И. Одонтогенные остеофлегмоны дна полости рта и топографо-анатомические векторы их распространения / Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2015. — №2. — С.23-34.
8. Фомичев Е. В. Антибактериальная терапия гнойной раны — необходимость или традиция? / Е. В. Фомичев // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2010. — №2(26). — С.12-16.
9. Rana R.S. Head and neck infection and inflammation / R.S. Rana, G. Moonis // Radiol. Clin. North Am. — 2011. — № 49(1). — P.165-182.
10. Rezolvarea unui caz de flegmon cervico-mediastinal on echipă multidisciplinară (otorinolaringolog, chirurg toracic, chirurg generalist, anestezist reanimator) / E. Ioniță, I. Ioniță, C. Mogoanță [et al.] // ORL.ro. — 2017. — Issue 34. — P. 64.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ

П. В. Свирепю

Резюме. Ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение некротизирующей инфекции мягких тканей шеи — актуальная проблема современной медицины, далека от окончательного решения.

Цель работы — оптимизация хирургического лечения больных некротизирующей инфекцией мягких тканей шеи.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургических вмешательств 76 больных одонтогенной флегмоной шеи, которые находились на лечении в хирургическом отделении.

Результаты и обсуждение. Основным условием успешного лечения флегмон шеи является безотлагательное оперативное вмешательство. Показания к хирургическому вмешательству на средостении должны быть рассмотрены при тотальном вовлечении в некротический процесс глубоких и поверхностных клеточных пространств шеи. Проведение профилактической антибиотикотерапии у больных после проведения оперативных вмешательств на шее способствует снижению частоты развития послеоперационных воспалительных осложнений и улучшению качества жизни больных.

Выводы. Летальность при острых гнойных одонтогенных медиастинитах зависит от своевременной госпитализации, диагностики и раннего хирургического лечения с применением экстракорпоральных методов детоксикации.

Ключевые слова: флегмона шеи, одонтогенный медиастинит, хирургическое лечение, анаэробная инфекция.

SURGICAL TREATMENT OF NECROTIZING INFECTION OF THE SOFT TISSUES OF THE NECK

P. V. Svirepo

Summary. Early diagnosis and timely surgical treatment of necrotizing soft tissue infection of the neck is an urgent problem of modern medicine, far from a definitive solution.

The purpose of the work is to optimize the surgical treatment of patients with necrotizing infection of the soft tissues of the neck.

Materials and methods. The results of surgical interventions of 76 patients with odontogenic phlegmon of the neck that were treated at the surgical ward were analyzed.

Results and discussion. The essential condition for successful treatment of phlegmon neck is immediate surgery. Indications for surgery in the mediastinum should be considered in the total involvement in the necrotic process of the deep and superficial cell spaces of the neck. Preventive antibiotic therapy in patients after surgery on the neck helps to reduce the incidence of postoperative inflammatory complications and improve the quality of life of patients.

Conclusions. Mortality in acute purulent odontogenic mediastinitis depends on timely hospitalization, diagnosis and early surgical treatment using extracorporeal detoxification methods.

Key words: neck phlegmon, odontogenic mediastinitis, surgical treatment, anaerobic infection.