

Оперативные доступы и методы лечения при флегмонах шеи

Ю.П.САВЧЕНКО, Д.П.ПУЗАНОВ, В.С.ЯКУТИН

The operative accesses and methods of treatment for the neck phlegmons

Yu.P.SAVCHENKO, D.P.PUSANOV, V.S.YAKUTIN

Кубанский государственный медицинский университет

До настоящего времени при операциях по поводу анаэробных неклостридиальных флегмон шеи (АНФС) не всегда учитываются основные особенности хирургической обработки при этом виде инфекции, а именно: необходимость производства разрезов, превышающих границы гнойного очага, с отворачиванием кожно-подкожных лоскутов в стороны и иссечением всех патологически измененных тканей [1, 2, 4, 8]. Вместе с тем, такая методика при локализации процесса на шее, большинством хирургов не применяется, а используются классические доступы в виде линейных разрезов. В этих случаях не представляется возможным произвести суперадикальную обработку гнойного очага, а надежда возлагается на дренирование и применение антибиотиков последнего поколения [3, 5-7]. Такая тактика аргументируется сложностью анатомических образований на шее, компактностью расположения органов и сосудисто-нервных стволов на шее. Это неизбежно сказывается на исходах операции и приводит к дальнейшему распространению гнойного процесса и повышению летальности [7, 8]. Кроме того, некоторые авторы опасаются неудовлетворительных косметических результатов после суперадикальных вмешательств, повреждения жизненно-важных органов, крупных сосудов и нервных стволов.

На кафедре общей хирургии вопросы новых оперативных доступов при АНФС разрабатывались свыше 20 лет. Наблюдение проводилось за 1300 больными, 370 больным применялись классические оперативные доступы как в клинике, так и в лечебных учреждениях края. Исследования показали, что линейные доступы не позволяют иссечь все пораженные гнойным процессом ткани и осуществлять эффективное наблюдение за распространением гнойного процесса; заживление ран всегда происходит по типу вторичного натяжения, с образованием грубых рубцов с деформацией прилежащих мягких тканей и, нередко, с нарушением функции органов шеи. Кроме того, удлиняются сроки пребывания больных в стационаре, затрудняется их реабилитация и значительно увеличивается летальность. В основу разработанных новых оперативных доступов на шее были положены требования к хирургической обработке гнойных очагов при анаэробной неклостридиальной инфекции (АНИ).

При АНФ верхних отделов шеи применялся следующий доступ: один разрез проводят под нижней челюстью параллельно её нижнему краю от подбородка до угла. Второй разрез выполняется по срединной линии шеи от подбородка до перстневидного хряща и отпрепаровывается так, чтобы основание лоскута располагалось над грудино-ключично-сосцевидной мышцей. Кровоснабжение лоскута осуществляется за счет ветвей, отходящих от язычной и верхней щитовидной артерий. При распространении процесса книзу, срединный разрез продлевается до рукоятки грудины, что позволяет провести тщательную ревизию патологического очага на шее, в переднем и заднем средостении.

При локализации процесса в нижних отделах шеи, разрез проводится от яремной вырезки грудины вправо и влево, по верхнему краю ключиц. Второй разрез выполняется по срединной линии шеи от перстневидного хряща до соединения с первым разрезом. Образовавшиеся лоскуты отпрепаровываются и отворачиваются в стороны и вверх.

У 29 больных с явлениями асфиксии методика менялась: прежде всего выполняли нижнюю трахеостомию, затем с каждой из сторон, в виде арки над трахеотомной раной, выполняли два дугообразных разреза с оставлением участка кожи шириной 1-1,5 см. Участок кожи по периметру трахеостомы способствует её отграничению от основной раны шеи, предотвращая затекания в неё гноя и используется для фиксации трахеостомической трубки. Далее выполняли разрез параллельно нижней челюсти от одного её угла до другого. Следующий разрез осуществляли вниз от предыдущего по срединной линии, не доходя до трахеотомной раны 1,5-2 см. Образовавшиеся лоскуты отпрепаровывали и отворачивали в стороны, до внутреннего края кивательной мышцы. Кровоснабжения лоскутов обеспечиваются за счет поверхностной артерии шеи и ветвей артерий, питающих грудино-ключично-сосцевидную мышцу.

У 5 больных, поступивших с множественными линейными ранами, после многократных оперативных вмешательств, выполненных в других лечебных учреждениях, продолжалось распространение гнойного процесса в средостение и на передне-верхние отделы грудной клетки. У этих больных, помимо описанного выше доступа, производили дополнительные разрезы. При

этом, разрез по срединной линии шеи продолжали вниз с переходом на грудную клетку на 3-4 см ниже клинического проявления гнойного процесса. Второй разрез осуществляли от яремной вырезки до передней подмышечной линии. У 6 из 10 больных гнойный процесс располагался с обеих сторон грудины. В этих случаях лоскуты формировали и отворачивали в обе стороны. Кровоснабжение лоскутов осуществлялось из ветвей верхних артерий грудной клетки. При формировании лоскутов особое внимание обращали на сохранение слоя подкожно-жировой клетчатки. В больших случаях удавалось его сохранить, если не было явлений гнойного целлюлита. Это позволяло сохранить достаточное кровоснабжение и предотвратить некроз кожи.

Краевой некроз кожных лоскутов, в основном их верхушек, на незначительном протяжении (0,5-1,5 см) отмечался у 14 больных, что не отразилось при закрытии ран, учитывая подвижности кожи на шее.

После отворачивания кожно-подкожных лоскутов становился доступным прекрасный обзор поверхностных образований шеи. Иссекались все патологически измененные ткани. Путем рассечения фасций производилась ревизия всех межфасциальных пространств шеи. Особое внимание уделялось ревизии глубоких межфасциальных пространств из-за возможности распространения гнойного процесса в верхнее средостение. Межфасциальные пространства тщательно санировались с обязательным удалением некротизированных участков фасций и дренировались одно- и двухпросветными дренажами. Больные после операций находились в отделении реанимации. Перевязки осуществлялись ежедневно в условиях операционной, где при необходимости производили повторную хирургическую обработку (у 32 больных – 4-5 раз). Хорошая аэрация, возможность применения различных методов антисептики (пульсирующая струя, УЗ-кавитация, УФО и др.) позволили максимально укоротить 1 фазу раневого процесса и ускорить 2 фазу. Всем больным проводилась интенсивная терапия с использованием антибактериальных средств, включая препараты метронидазола, интра- и экстракорпоральную детоксикацию (УФО крови, плазмоферез, гемосорбция и др.), иммунотерапию, коррекцию обменных процессов. Проводился динамический контроль за характером и количеством флоры, которая менялась в процессе лечения, что позволяло осуществлять более эффективную антибактериальную терапию.

Предупреждение распространения гноя по средостению во многом зависит и от эффективности его удаления из полости средостения и промывания её антисептиками. Вакуумирование из замкнутой полости наиболее оптимально в условиях её герметичности. Поэтому в нашей клинике создан двухпросветный дренаж с герметизацией в области верхнего грудного отверстия с помощью манжетки, предупреждающей развитие пролежней мягких тканей и стенок сосудов, а

также применяется постоянное контролируемое вакуумирование (патент на полезную модель № 62504).

Выводы

1. Основные принципы современных оперативных доступов при АНФ мягких тканей предусматривающие суперрадикальность хирургической обработки с отворачиванием кожных лоскутов, могут быть перенесены и на область шеи, с учетом особенностей локализации гнойного процесса и кровоснабжения этой области.

2. При отворачивании кожных лоскутов на шее создается возможность осуществлять постоянный и эффективный контроль за распространением процесса, осуществлять своевременную повторную хирургическую обработку, обеспечивать максимально эффективный отток гноя, применять максимальное количество различных видов антисептиков, своевременно возвращать лоскут в первоначальное положение и полностью закрывать раневые дефекты.

Список литературы

1. Абакумов М.М., Погодина А.Н., Чубабрия И.Г. Особенности клинического течения и хирургической тактики при одонтогенном гнойном медиастините. Сов. мед. 1991; 10: 30-33.
2. Захаров Ю.С. Диагностика контактных медиастинитов при некротических флегмонах шеи. Сов. мед. 1991; 3: 69-71.
3. Канишин Н.Н., Погодина А.Н., Абакумов М.М. Сравнительная оценка различных методов дренирования средостения при лечении заднего гнойного медиастинита. Хир. вестн. 1978; 4: 7 – 11.
4. Козлов В.А. Одонтогенные контактные медиастиниты. – Л.: ЛенГИДУВ, 1989. – 16 с.
5. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. С.–Пб: Издательство KN 1997; 255.
6. Слесаренко С.С., В.В. Аганов, В.А. Прелатов. Медиастенит. Медпрактика М. 2005; 200.
7. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н. Справочник хирурга – стоматолога. М.: Медпресс 2008; 368.
8. Brook I., Fraiser E.H. Microbiology of mediastinitis. Arch. intern. Med. 1996; 156: 3: 300-304.

Поступила 17.12.2010 г.

Информация об авторах

1. Савченко Юрий Павлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: elenakuevda@yandex.ru
2. Пузанов Дмитрий Петрович – ассистент кафедры общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: elenakuevda@yandex.ru
3. Якутин Валентин Сергеевич – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: elenakuevda@yandex.ru