

данного показателя у ваготомированных крыс, которые предположительно связаны с химическими или (и) структурными преобразованиями

молекул СА под влиянием биологически активных агентов, образующихся в органах с нарушенной иннервацией.

Медицинские науки

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОЙ ГНИЛОСТНОЙ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ТОТАЛЬНЫМ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ

Гаштов В.И., Мовергоз С.В., Якушев А.В.*,
Фролов А.В., Суркина Л.Ю.,
Яранцева Н.Г., Ибрагимов В.З., Гаштов А.В.
ООО «Медсервис», Салават, Россия
*Республиканская клиническая больница,
Уфа, Россия

Несмотря на развитие новых технологий в медицине, проблема лечения гнилостных флегмон шеи остаётся актуальной. Наиболее частой причиной развития столь грозного осложнения являются гнойно-воспалительные заболевания полости рта и ЛОР-органов. К сожалению неутешительными остаются результаты лечения пациентов с гнойно-некротическими процессами на шее и средостении. По данным разных авторов летальность при данной патологии составляет от 30 до 85%, причём распространение гнилостного процесса в средостение практически не оставляет пациенту шансов на благоприятный исход.

С целью иллюстрации возможности успешного лечения гнилостной флегмоны шеи, осложнённой тотальным гнойным медиастинитом, приводим клиническое наблюдение. Больной Ш., 28 лет поступил в хирургическое отделение ООО «Медсервис» ночью 24.05.2008 года с жалобами на боль в области нижней челюсти справа, отёк правой половины шеи, озноб, повышение температуры тела, слабость. Из анамнеза известно, что болен с 20.05.2008 года, когда появилась боль в области нижней 8-го зуба справа. На следующий день появился отёк щеки справа. 23.05.2008 года обратился к стоматологу, где была выполнена экстракция больного зуба и вскрыт крыловидно – челюстной абсцесс справа. От предложенного стационарного лечения больной отказался. Вечером этого же дня появился озноб, температура тела повышалась до 39,7 °С. Самостоятельно не лечился. 24.05.2008 года в 00.10 машиной «скорой помощи» доставлен в приёмное отделение ООО «Медсервис» и госпитализирован в хирургическое отделение.

При внешнем осмотре отмечается выраженный отёк в области правой щеки и шеи справа. Шейные лимфоузлы справа увеличены до 3-4 см, умеренно болезненные, с окружающими тканями не спаяны. Кожа над увеличенным лимфоузлами не изменена, флюктуации нет. Имеется гнилостный запах изо рта, умеренно выраженный тризм жевательной мускулатуры. Лунка нижнего

8-го зуба справа покрыта серым налётом, гиперемирована, отёчна, скудное сукровичное отделяемое из полости абсцесса. Мягкое нёбо и нёбные миндалины не изменены. Нёбная дужка справа слегка отёчная. АД=110/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Перкуссия грудины безболезненна. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Назначена дезинтоксикационная, местная и общая антибактериальная, противовоспалительная терапия. Утром 24.05.2008 г., после проведённого консервативного лечения, температура тела снизилась до 37,6°С, ознобов не отмечалось, появилась боль при глотании, при сгибании шеи, увеличился отёк в правой подчелюстной области и по передне - боковой поверхности шеи справа. На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено. По данным УЗИ шеи: имеются признаки лимфаденита, отёка мягких тканей, признаков абсцедирования и флегмоны шеи нет. В общем анализе крови лейкоциты-8,0x10⁹/л п/я-16%, с/я-44%, Лимф-33%, М-7%, СОЭ-35 мм/час, показатели красной крови без особенностей.

На следующие сутки на фоне проводимой интенсивной антибактериальной (циплокс, метрогил, амикацин), дезинтоксикационной, общеукрепляющей терапии больной субъективно стал отмечать улучшение – ночью спал, уменьшились боли при глотании, температура тела субфебрильная. Объективно: уменьшился отёк в подчелюстной области справа, но увеличился в правой надключичной области с признаком крепитации. Появился кашель. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс-120 уд/мин, ритмичный. АД-105/70 мм рт. ст. Общий анализ крови (25.05.2008г.): Л-7,3x10⁹ г/л, Б-1%, Э-1%, п/я-19%, с/я-61%, Лимф-11%, М-7%. Выполнено повторное УЗИ шеи: УЗ-признаки острого воспалительного процесса мягких тканей шеи, с вовлечением верхнего полюса щитовидной железы, шейный лимфаденит, не исключается газовая гангрена шеи.

С диагнозом «одонтогенная флегмона шеи, подозрение на вторичный передне - верхний медиастинит» больной взят на экстренную операцию пол эндотрахеальным наркозом. После разреза по краю кивательной мышцы от мочки уха до ключицы справа, послонно рассепарованы мягкие ткани, обнажена кивательная мышца, подчелюстная слюнная железа. Кивательная мышца отёчная. Лигирована наружная яремная вена. Мобилизован основной сосудисто – нервный пучок шеи, при этом обнаружен и вскрыт гнойный очаг распространяющийся из тканей дна полости рта по ходу сосудисто-нервного пучка шеи до ключицы. Получено около 20 мл гнило-

ного отделяемого со зловонным запахом. Подчелюстная слюнная железа отёчная, с признаками нагноения, мобилизована и иссечена. Все некротические ткани иссечены. С целью широкой ревизии клетчаточных пространств шеи пересечены лопаточно-подъязычная, грудинно-подъязычная, щито-подъязычная мышцы. Капсула щитовидной железы мутновато-сероватого цвета, отёчная, без признаков абсцедирования. Разрез кожи продлён влево до средней трети левой кивательной мышцы. При ревизии гнойный очаг не распространяется на левую половину шеи, не выходя за пределы левой доли щитовидной железы. При ревизии переднее-верхнего средостеня гнойного отделяемого не получено, имеется незначительное серозное отделяемое. Рана широко дренирована резиновыми выпускниками и тампонируется салфетками с хлоргексидином. На рану частично наложены наводящие швы.

В послеоперационном периоде в реанимационном отделении больной находился на респираторной поддержке, проводилось интенсивное комплексное лечение: меронем, метрогил, альбумин, плазмозамещающие растворы. Проводилась коррекция водно-электролитного, кислотно-щелочного и энергетического баланса. Перевязки проводились 3-4 раза в день. Несмотря на проводимое лечение, тяжесть состояния больного нарастала. Температура тела повышалась до 38,3° С. Появились крепитирующие хрипы в нижних отделах правого лёгкого, дыхание справа резко ослаблено, сохранялась тахикардия до 120-130 ударов в минуту. Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции лёжа (27.05.2008г.): Не исключается правосторонняя нижнедолевая пневмония, застойные явления лёгочной ткани. УЗИ лёгких и плевральных полостей (28.05.2008г.): Экссудативный плеврит справа, медиастинит. Не исключается пневмония. Общий анализ крови (28.05.2008г.): Эр-3,66x10¹²/л, Нб-118 г/л, Тр-378x10⁹/л, Л-15,1x10⁹/л, Э-2%, Миэл-1%, п/я-18%, с/я-67%, Лимф-6%, М-6%, СОЭ-43 мм/ч. Биохимический анализ крови (28.05.08): общий белок-46,8 г/л, альбумины-75,6%, альфа1-2,7%, альфа2-8,1%, бетта-10,8%, гамма-2,7%, мочевины-14,1 ммоль/л, креатинин-110 мкмоль/л, АСАТ-33 Ед/л, АЛАТ-24 Ед/л, КФК-1769Ед/л. Результат микробиологического исследования гнойного отделяемого из раны взятого во время операции: стрептококки гр.В. При перевязке 28.05.2008 г. в передне-верхнем отделе средостения отмечается некроз жировой клетчатки.

На основании осмотра больного и имеющихся данных исследований выставлен диагноз: одонтогенная флегмона шеи, тотальный гнойно-гнилостный медиастинит, эмпиема плевры справа. В экстренном порядке, под эндотрахеальным наркозом, боковым доступом справа в 4-м межреберье выполнена торакотомия. При ревизии в плевральной полости до 1000,0 мл гноя с фибрином, лёгкое покрыто фибрином плащом. Гной

взят на посев, эвакуирован. При дальнейшей ревизии определяется тотальный гнойно – гнилостный медиастинит. Выполнена медиастинотомия, широко вскрыто переднее и заднее средостение. Участок некротизированной медиастинальной ткани иссечён, выполнена декорткация лёгкого со снятием фибринового плаща. Санация плевральной полости растворами антисептиков. Переднее и заднее средостение дренировано 2-мя силиконовыми трубками, выведенными через 6-е межреберье и подключёнными к аппарату Боброва. В 1-м межреберье справа установлена силиконовая трубка для промывания плевральной полости. Послойное ушивание раны.

Послеоперационный период протекал тяжело. Дополнительно к ранее проводимой интенсивной комплексной терапии начат плазмаферез. При исследовании крови на стерильность бактериемии не выявлено. На 5-е сутки ведения больного на ИВЛ и респираторной поддержке выполнена операция трахеостомии, что позволило улучшить санацию бронхиального дерева. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние больного улучшилось, и 14.06.2008 г. больной снят с респираторной поддержки и переведён на самостоятельное дыхание. Проводилось местное лечение гнойной раны на шее, промывание правой плевральной полости и средостения антисептическими растворами – фурациллином, хлоргексидином, диоксидином, озонированным раствором натрия хлорида. К 16.06.2008 г. поэтапно удалены все дренажи, больной деканюлирован. По мере очищения раны на шее от некротических масс и заполнения её грануляциями, были наложены вторично-отсроченные швы и выполнена пластика трахеостомы. 24.07.2008 г. больной был выписан из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. Экстренную помощь при вторичных одонтогенных флегмонах шеи и тотальных гнойных медиастенитах должна оказывать бригада высококвалифицированных специалистов, включающая: хирурга-стоматолога, оториноларинголога и торакального хирурга, чётко представляющих топографические особенности клетчаточных пространств шеи и средостения.

2. Широкое вскрытие флегмоны шеи, не исключает дальнейшего распространения гнойного процесса в средостение, что требует динамического рентгенологического и ультразвукового контроля за органами грудной клетки, повторных лабораторных исследований.

3. При подозрении на тотальный гнойный медиастинит показана боковая торакотомия с широким вскрытием и дренированием средостения.

4. В комплексном лечении медиастенитов в послеоперационном периоде наряду с антибактериальной терапией, коррекцией водно-электролитного, кислотно-щелочного и энергетического

ческого баланса показано проведение плазмафереза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Балин В.Н., Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. С-Петербург. - 1998. - 436 с.
2. Миронов А.Ю. Неклостридиальная анаэробная инфекция полости рта и ЛОР-органов. Вестник оториноларингологии, 1990, № 6.
3. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Медицина. - 1985. - 189 с.
4. Becker W., Naumann H.H., Pfaltz C.R. Hals-Nasen-Ohren Heilkunde. Stuttgart-New-York: Georg Thieme Verlag. - 1989. - 646 s.
5. J.Krmpotic-Nemanic, W.Draf, J.Helms. Surgical anatomy of Head and Neck. New York, - 1996. - 436 p.

НОВЫЙ ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ ШЕЙНЫХ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЙ

Мовергоз С.В., Ибрагимов В.Р.
ЛОР-отделение, ООО «Медсервис»
Салават, Россия

Несмотря на успехи в лечении злокачественных опухолей головы и шеи, проблема метастатического поражения зон регионарного лимфооттока при данной локализации остаётся актуальной. Метастазы в лимфоузлы шеи являются наиболее частой причиной гибели пациентов, страдающих раком ЛОР-органов и челюстно-лицевой локализации. Самым надёжным способом профилактики и лечения данной патологии остаётся хирургическое вмешательство [1, 2]. Операции на лимфатической системе у пациентов с опухолями головы и шеи относят к числу широко распространённых и в то же время сложных хирургических пособий. Подобные вмешательства тяжёлы для пациентов, требуют высокой квалификации хирурга [4].

Имея более, чем вековую историю, шейная лимфаденэктомия, была впервые описана американским хирургом G. Crile в 1906 году и подразумевала в себе удаление единым блоком лимфоузлов и клетчатки шеи вместе с кивательной мышцей, внутренней яремной веной, добавочным нервом, подчелюстной слюнной железой и нижним полюсом околоушной слюнной железы зачастую с перевязкой наружной сонной артерии [6]. На протяжении пятидесяти лет это оставалось единственной операцией по удалению метастазов в лимфоузлы шеи. И в настоящее время во многих клиниках подобный объём является «золотым стандартом» в хирургии головы и шеи [1, 2, 3, 4]. В 50-х начале 60-х годов в работах Martin, Suarez, Васса было предложено более щадящее в функциональном плане оперативное вмешательство по удалению лимфоузлов и клетчатки шеи, названное

функциональной шейной диссекцией. При этой операции сохранялась кивательная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв [5, 7, 8].

В настоящее время операции на лимфоузлах шеи выполняются часто в специализированных клиниках нашей страны и за рубежом. Среди отечественных хирургов, занимавшихся проблемами шейных лимфаденэктомий, следует отметить Пачеса А.И., Фалилеева Г.В., Матякина Е.Г., Ольшанского В.О., и др., [1, 2, 3, 4] Трудями вышеназванных авторов были разработаны: классификация операций, техника, показания к лечебным и профилактическим вмешательствам, описаны возможные осложнения и методы их профилактики. Среди шейных лимфаденэктомий Пачес А.И., (1983-2000 г.г.) выделял: операцию Крайля, фасциально-фулярное иссечение лимфоузлов и клетчатки шеи, операцию Ванаха, а также верхний вариант фасциально-фулярного иссечения лимфоузлов и клетчатки шеи. Следует подчеркнуть, что в настоящее время подобная классификация шейных лимфаденэктомий широко используется в клиниках нашей страны, но не является общепринятой за рубежом, что создаёт сложности в общении между врачами и трудности в оценке результатов лечения больных [2, 3, 10, 11, 12].

С целью объективизации данных в области анатомии и хирургии головы и шеи в 80-х годах прошлого столетия в Мемориальном Онкологическом Центре Слоан Кеттеринг (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York) было предложено разделение лимфатического аппарата шеи на уровни. Согласно данной классификации на шее выделяют шесть уровней. Границами между ними являются основные анатомические образования, с которыми приходится сталкиваться хирургу при выполнении шейной лимфаденэктомии. На рисунках 1 и 2 представлены схемы анатомического деления уровней шеи, широко используемые в зарубежных клиниках [9, 10, 11, 12].

Исходя из чёткого представления об анатомии органов шеи в 1991 году Американской академией оториноларингологии, хирургии головы и шеи была предложена классификация шейных диссекций (лимфаденэктомий), согласно которой выделяют следующие виды данных операций:

1. Радикальная шейная диссекция (radical neck dissection), I-V уровни.
2. Модифицированная радикальная шейная диссекция (modified radical neck dissection), I-V уровни.
3. Селективная шейная диссекция (selective neck dissection):
 - супраомохиоидальная (supraomohyoid type), I-III уровни;
 - латеральная (lateral type), II-IV уровни;