

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ФЛЕГМОН ГОЛОВЫ, ШЕИ И СРЕДОСТЕНИЯ В АСПЕКТЕ ПАТОЛОГИИ НАЧАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА

© 2006 г. В.И. Оноприев, А.А. Кирпичев, В.Я. Лукашов

Цель работы – улучшение результатов лечения тяжелых обширных флегмон головы, шеи и средостения с помощью новой стандартизированной хирургической технологии, основанной на активной хирургической тактике и восстановительной клинико-анатомо-функциональной концепции гнойной хирургии этих регионов.

Материал и методы. Объектом исследования послужили 50 больных с обширными флегмонами головы и шеи, в том числе осложненными медиастинитом и сепсисом. Причинами тяжелой гнойной инфекции у обследованных больных явились кариозные зубы и острый одонтогенный остеомиелит челюстей – у 30 (60 %) больных, лимфатические железы – у 13 (26 %); травмы мягких тканей головы и шеи, а также переломы челюстей – у 7 (14 %). Обширность гнойно-воспалительного процесса оценивалась клинически при первичном обследовании больных по количеству вовлеченных анатомических областей (по PNA) и уточнялась во время операции. Оценивалась динамика степени нарушения и восстановления основных физиологических функций: дыхания, жевания (открывания рта), глотания и артикуляции. Тяжесть состояния больных классифицировали по системе APACHE II [1], а генерализацию инфекционного процесса – по рекомендациям Американской конференции согласия (Чикаго, 1991) [2].

Результаты. В ходе исследования установлено, что успех хирургического лечения больных с обширными флегмонами головы и шеи зависит от наличия четкой технологической системы, построенной на принципах оптимальной хирургической тактики с включением клинически, анатомически и физиологически обоснованных способов оперативных вмешательств. Последние должны обеспечивать не только быстрое купирование тяжелого инфекционного процесса, но и иметь первично-реконструктивный характер для раннего и полного восстановления анатомо-функциональных взаимоотношений в пораженных областях. Такие вмешательства могут быть выполнены только специально подготовленными хирургами, способными одновременно оперировать в данных областях и знакомыми с патологией начальных отделов пищеварительного канала.

Первичные операции по поводу флегмоны были стандартизированы в зависимости от преимущественной локализации и путей распространения гнойно-воспалительного процесса на голову, шею и в средостение с учетом анатомических и клинических условий. Разработаны оригинальные комбинированные оперативные доступы и оперативный прием, которые в совокупности представляют собой интраоперационное клинико-анатомическое исследование, базирую-

щееся как на усредненных константах, так и на особенностях каждого конкретного случая. Вид доступа определялся возможностью свободного манипулирования в тканях головы и шеи и созданием фундамента для ранней местно-пластической реконструкции операционного раневого дефекта. Оперативный прием как логическое продолжение вмешательства и основная его составляющая рассматривалась в аспекте активной хирургической тактики, т.е. в виде радикальной хирургической обработки гнойно-воспалительного очага. Установлена необходимость тщательной препаровки тканей и органов, пораженных флегмоной. При этом наряду с соблюдением строго анатомического принципа, требуется максимальное иссечение флегмонозного субстрата с сохранением региональной ангионейроархитектоники в инфильтрированных тканях. В результате такого вмешательства получалась анатомически понятная, широко открытая наружу операционная рана, глубокие отделы которой, в том числе средостение при медиастините, дренировались. Повторная операция была нацелена на раннее закрытие раневого дефекта и носила реконструктивно-восстановительный характер со свободной укладкой на место сформированных полнослойных лоскутов и дополнительным их перемещением по мере необходимости.

Разработанная технология позволила окончательно закрыть операционную рану через 3–5 сут после первичного вмешательства у 46 (92 %) пациентов и получить заживление по типу первичного натяжения в среднем за 9 дней у 47 (94 %) чел. При этом наблюдалось быстрое восстановление основных нарушенных функций. Умерло 2 (4 %) больных от причин, не связанных с операциями.

Заключение. Хирургическое лечение обширных флегмон головы, шеи и средостения должно базироваться на четких технологических принципах, носящих клинико-анатомо-функциональный характер. Радикальность первичного вмешательства логически предопределяет реконструктивно-восстановительную сущность последующего, что в итоге позволяет не только сохранить жизнь больным, но и значительно сократить сроки лечения с получением хороших функционального и эстетического результатов. Учитывая тот факт, что полость рта является начальным отделом пищеварительного канала, а операции, выполняемые в орофарингеальной области и анатомически прилежащих регионах, относятся к вмешательствам на желудочно-кишечном тракте, изучение данной патологии приобретает особую значимость и актуальность с точки зрения хирургической гастроэнтерологии. В связи с этим требуется создание пограничной

дисциплины с воспитанием компетентных хирургических кадров.

Литература

1. Марино П.Л. Интенсивная терапия. М., 1998. С. 619–624.
2. American College of Chest Physicians, Society of Critical Care Medicine Consensus Conference. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis // Crit. Care Med.- 1992. Vol. 20. P. 864–874.