

УДК. 617.52-002.3-08

ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА С ОБШИРНЫМИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

В.И. Колесник, Е.С. Клочко, О. В. Лепеев, Л.А. Кравцевич,
А.П. Радевич, Л.Г. Солтан, М.А. Юргель

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье описывается случай успешного лечения больного с обширными гнойно-некротическими ранами лица после поверхностной травмы мягких тканей.

Ключевые слова: травма, рана, некроз тканей, антибиотики.

The article describes a case of successful treatment of the patient with extensive purulent wounds of the face following a superficial soft tissue trauma.

Key words: trauma, wound, necrosis, antibiotics.

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области в последние годы не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии. В патогенезе различных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области имеют место разные пути проникновения микрофлоры в очаг воспаления. В 66,7% случаев гнойно-некротические поражения тканей протекают по типу целлюлита, в 12,5% – по типу фасциита и в 20,8% – мионекроза. Данная инфекция остаётся той областью хирургии, где сохраняется высокий процент диагностических и тактических ошибок. Летальность при таких заболеваниях, как некротический целлюлит и фасциит, некротический фасциит достигает 50 % [3].

Как правило, большинство инфекций кожи и мягких тканей являются самоограничивающимися и легко поддаются терапии, иногда заключающейся только в местной хирургической обработке, часто даже без использования антибактериальных препаратов. Дефекты в диагностике и лечении тяжёлых инфекций мягких тканей, приведшие к обширным потерям мягко-тканых образований, в дальнейшем существенно влияют на качество жизни и требуют сложных реконструктивных пластических операций.

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области в последние годы не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии. В патогенезе различных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области имеют место различные пути проникновения микрофлоры в очаг воспаления. В 66,7% случаев гнойно-некротические поражения тканей протекают по типу целлюлита, в 12,5% – по типу фасциита и в 20,8% – мионекроза.

Клинический случай

Больной К., 63 лет, поступил в приёмное отделение УЗ «Гродненской областной клинической больницы» 29.09.07 в 20.05 с жалобами на слабость, отёк мягких тканей лица, век, теменных областей, боковой поверхности шеи слева, надключичной области слева, передней поверхности грудной клетки, выраженный болевой синдром. Из анамнеза установлено, что 20.09.07 избит неизвестными. За медицинской помощью не обращался, ссадины кожи лба самостоятельно обрабатывал 5 % спиртовым раствором йода. Общее состояние при поступлении тяжёлое, компенсированное. Кожные покровы бледные. Ps 90 ударов в минуту, AD 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов в пределах возрастной нормы. На коже лба имеются множественные ссадины, покры-

тые фибрином. Кожные покровы лба, век, лица, задней и боковой поверхности шеи слева, передней поверхности грудной клетки гиперемированы, пальпация резко болезненная. Лабораторные исследования: общий анализ крови: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты – $29,1 \times 10^9/л$, миелоциты – 1, юные – 1, палочкоядерные нейтрофилы – 36, сегментоядерные нейтрофилы – 52, лимфоциты – 6, моноциты – 1, СОЭ – 70 мм/час, токсическая зернистость ++++. Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,5 ммоль/л, общий белок – 52,4 г/л, мочевины – 23,3 ммоль/л, креатинин – 119, билирубин – 12,7 мкмоль/л, АсАТ 34 U/l, АлАт 51 U/l. Коагулограмма: АЧТВ 31,8; ПТИ 0,92; фибриноген 9,24 г/л. Общий анализ мочи: белок – следы, глюкоза – отрицательная, эпителиальные клетки 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-3-4 в поле зрения.

По экстренным показаниям больной взят в операционную, где под общим обезболиванием произведено широкое вскрытие гнойного очага (выполнен разрез в подчелюстных областях справа и слева, лба, лица, задней поверхности шеи, надключичных областях, волосистой части височных, теменных областей) и дренирование клетчатки вышеуказанных анатомических зон. Непосредственно подкожная клетчатка, подлежащие фасции, а также мышцы имели грязно-серый цвет с участками некроза (рис. 1 а, б). Из ран высеян *Acinetobacter species*.



Рисунок 1 – Вид раны после первичного вскрытия гнойного очага околоушно-жевательной области слева
а) первый этап; б) второй этап

В послеоперационном периоде в отделении реанимации и интенсивной терапии начат курс антибактериальной терапии цефтриаксоном, амикацином, согласно посевам на чувствительность к антибиотикам в адекватных терапевтических дозах в сочетании с метронидазолом. Для коррекции анемии производилось переливание одногруппной свежзамороженной плазмы В (III) резус фактор Rh+, проводилась массивная инфузионная и трансфузионная терапия 6% волювеном, 5% раствором глюкозы, кабивеном, 0,9% раствором натрия хлорида, реополиглюкином, 5% альбумином. Для коррекции иммунного ответа применяли ронлейкин 4 млн. ЕД. С целью дезинтоксикации выполнялись сеансы гемосорбции.

Неоднократно под общим обезболиванием выполнялась некрэктомия (рис. 2). Местно раневая поверхность обрабатывалась 0,02% раствором хлоргексидина, 3% перекисью водорода, слабым раствором перманганата калия. Больной неоднократно осматривался смежными специалистами: офтальмологами и Лор-врачами, проводились необходимые манипуляции.



Участки некроза

Рисунок 2 – Этапы некрэктомии в процессе лечения

17.10.07, после стабилизации общего состояния и нормализации всех анализов для дальнейшего лечения больной переведен в стоматологическое отделение, где производилась обработка раневой поверхности левомеколевой мазью, проведен курс физиотерапевтического лечения.

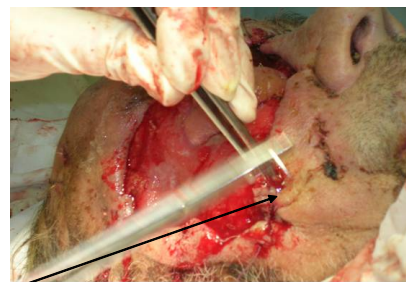
После купирования гнойно-некротического процесса и полного очищения хирургических ран у пациента сформировались обширные кожные дефекты лица, шеи, надключичной области слева, а в области лба и теменной области – дефекты всех слоев мягких тканей, включая надкостницу (рис. 3).



Вид гранулирующей раны

Рисунок 3 – Очищенная гранулирующая рана околоушно-жевательной области слева и шеи слева

Для уменьшения дефектов кожи, мягких тканей лица и шеи больному неоднократно осуществлялась этапная пластика раневой поверхности местными тканями (рис. 4, 5), а в области лба и теменной области выполнена компактостеотомия (рис. 6) с последующей пластикой расщепленным кожным лоскутом. Больной выписан под наблюдение хирурга по месту жительства 02.11.07. На



Шов

Рисунок 4 – Пластика местными тканями гранулирующих ран в лобной области справа**Рисунок 5 – Пластика местными тканями дефектов кожи околоушно-жевательной области слева**

Перфорационные отверстия в лобной кости

Рисунок 6 – Вид раны после компактостеотомии

момент выписки общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 108 г/л; L – $13,7 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 13, сегментоядерные нейтрофилы – 59, лимфоциты – 19, моноциты – 8, СОЭ – 53 мм/ч. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, коагулограмма на момент выписки без особенностей, рентгенограмма органов грудной клетки в пределах возрастной нормы. Для дальнейшего этапного оперативного лечения больной не явился.

Необходимо отметить, что в успешном лечении тяжёлых инфекций мягких тканей основную роль играет своевременная диагностика, адекватное оперативное пособие, рациональная антибактериальная терапия, полноценная интенсивная терапия, включающая нутриционную и иммунную коррекцию.

Литература

1. Шляпников, С.А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете / С.А. Шляпников // Инфекционная хирургия. – 2003. – № 1. – С. 14-22.
2. Сидоренко, С.В. Инфекции в интенсивной терапии / С.В. Сидоренко, С.В. Яковлев. – Москва, 2000. – 1004 с.
3. Насер, Н.Р. Хирургические инфекции мягких тканей. Подходы к диагностике и принципы лечения / Н.Р. Насер, С.А. Шляпников // Антибиотики и химиотерапия. – 2003. – Том 48. – №7. – С.44-48.

Поступила 17.02.2011