



щий пул, показатели фагоцитоза и др.). Исследования проводили в динамике заболевания и на основных этапах лечения.

Результаты и обсуждения. При поступлении клинические проявления заболевания соответствовали установленной нозологической форме, локализации и распространенности воспалительного процесса. Показатели шкалы Apache II достаточно объективно отражали тяжесть заболевания в целом. Тем не менее, на следующие сутки после проведенной операции в клинической картине были выявлены изменения, свидетельствующие о неблагоприятном развитии заболевания.

Проведенный анализ динамики изменений клинической картины и экспресс-показателей гомеостаза позволили установить их неоднозначный характер и различную частоту выявляемости (табл. 1).

Таблица 1

**Частота обнаружения и характер динамики изменений основных
клинико-лабораторных показателей у больных с флегмонами лица и шеи**

Клинико-лабораторные критерии	Процент выявляемости	
	Абс.	%
1. Усиление самопроизвольных болей в области проведенного хирургического вмешательства	65	67,0
2. Появление новых характеристик местной боли	97	100,0
3. Расширение границ локализации болевых ощущений	89	92,0
4. Усиление имевшихся жалоб общего характера	75	77,3
5. Расширение диапазона общих жалоб	75	77,3
6. Появление и (или) усиление жалоб, обусловленных фоновой патологией (из числа больных с установленной фоновой патологией)	28	84,8
7. Ухудшение общего состояния по клиническим данным	73	75,3
8. Расширение границ местных проявлений заболевания	71	73,2
9. Негативная динамика изменений психоэмоциональных реакций	76	78,3
10. Ухудшение общего состояния по лабораторным показателям (шкала Apache II)	97	100,0

Как следует из приведенной таблицы, при неблагоприятном течении заболевания первые сутки послеоперационного периода характеризуются негативной динамикой клинико-лабораторных проявлений заболевания. Это находит свое отражение в динамике и спектре местных и общих жалоб, оценке общего состояния больных и лабораторных критериев по показателям шкалы Apache II.

Данные табл. 1, отражая негативную динамику развития заболевания, характеризуются высокой частотой выявления признаков.

Это находит свое отражение в достаточно высокой частоте обнаружения таких признаков, как усиление имевшихся и появление новых характеристик местных и общих жалоб, констатация ухудшения общего состояния и расширение границ локального отека и воспалительного инфильтрата. При анализе индивидуальных данных с учетом локализации и распространенности воспалительного инфильтрата, характера местной воспалительной реакции, формы гнойной инфекции частота обнаружения признаков прогрессирования заболевания оказалась различной. Так, у больных с ограниченным по распространению воспалительным процессом и местной формы гнойной инфекции в клинической картине преобладали признаки, отражающие негативную динамику местных проявлений заболевания; у больных с распространенными и прогрессирующими флегмонами с большей частотой выявляли такие признаки, как появление новых характеристик, расширение границ локализации болевых ощущений с одновременным усилением и расширением диапазона общих жалоб.

Для больных с гнойно-некротическими и гнилостно-некротическими флегмонами более часто выявляемыми признаками были появление новых характеристик местных болей, отражающих растущие функциональные расстройства на фоне очевидного ухудшения общего состояния без существенного расширения визуально определяемых границ воспалительного инфильтрата и нарастания локальных болевых ощущений.

Для больных сепсисом с небольшой частотой выявляли признаки, отражающие усиление и расширение диапазона общих жалоб, в том числе и обусловленных фоновой патологией.

Все больные с негативной динамикой клинико-лабораторных проявлений были оперированы повторно. Проведенный анализ, включая интраоперационные данные, позволил установить следующие основные причины повторных операций:

- ошибки в нозологической и топической диагностике – 5 больных (5,2%);
- при первой операции не учтены особенности местной воспалительной реакции, протекающей с преобладанием процессов альтерации (распространенность и глубина поражения тканей гнойно-некротическим или гнилостно-некротическим процессом) – 33 больных (34,0%);
- не в полном объеме проведена ревизия возможных путей распространения инфекции по клетчаточным пространствам лица и шеи – 68 (70,1%);
- не установлен прогрессирующий характер развития воспалительного процесса и заболевания в целом – 73 больных (75,2%).

Как показали наши наблюдения, у больных с местной формой гнойной инфекции и ограниченными по распространенности флегмонами преобладали ошибки в нозологической и топической диагностике. При заболевании, развивающемся на фоне системного воспалительного ответа и распространенных флегмонах, в том числе и гнилостно-некротического характера, преобладающими причинами были несоответствие первой операции объему пораженных воспалительным процессом мягких тканей и медикаментозное лечение, неадекватное прогрессирующему варианту развития заболевания.

Таким образом, показания к повторной операции определялись негативной динамикой местных и общих клинических проявлений заболевания. Из параклинических критериев, отражающих низкий детоксицирующий эффект первой операции, следует отнести такие показатели, как температурная реакция тела, частота пульса, уровень гемоглобина, показатели гематокрита, величина лейкоцитоза и СОЭ.

Неудовлетворенность результатами лечения больных в период 2006-2007 гг. (48 человек, составивших контрольную группу) предопределила необходимость совершенствования организационно-методических, диагностических и лечебных мероприятий, которые были внедрены в практику отделения челюстно-лицевой хирургии №1 ВОКБ в период 2008-2009 гг. (51 больной, основная группа). Были совершенствованы разработанные ранее М.А. Губиным (1998 г.) клинические критерии радикальности хирургического пособия у больных с флегмонами лица и шеи:

- использование максимально широких разрезов, обеспечивающих возможность визуализации гнойной раны, в том числе и при распространении воспалительного процесса на глубокие клетчаточные пространства лица и шеи;
- ревизия наиболее вероятных путей распространения инфекции;
- рассечение фасций, расслаивание мышц с определением их жизнеспособности по клиническим данным (повышенная кровоточивость, фибриллярные «подергивания»);
- максимально возможные иссечения очевидно нежизнеспособных тканей и дополнительное иссечение тканей сомнительной жизнеспособности;
- использование во время операций современных технологий (радиоволновая, лазерная и иная хирургия);
- завершение операции с надежным локальным гемостазом и адекватным дренированием всех вовлеченных в воспалительный процесс клетчаточных пространств;
- местное лечение должно включать программируемые этапные некротомии;
- тактика активного хирургического лечения должна предусматривать закрытые раны в максимально ранние сроки, в том числе и с использованием методов пластической хирургии.

Наряду с совершенствованием хирургического пособия были внесены дополнения в общую программу комплексного лечения: интенсификация мероприятий по



детоксикации организма включая методы экстракорпорального воздействия на кровь (гемофильтрация) направленной коррекции установленных нарушений гомеостаза, использование антибактериальных средств (предпочтительно из группы карбапенемов и цефалоспоринов) последних генераций.

Результаты лечения больных контрольной и основной группы, оперированных повторно, приведены в табл. 2.

Таблица 2

**Сравнительные результаты лечения больных
контрольной и основной групп оперированных повторно**

Показатели	Группа больных			
	Контрольная		Основная	
	Абс.	%	Абс.	%
Повторные операции (от общего количества больных с флегмонами лица и шеи)	48,0	12,0	51,0	9,8
Осложнения (нарастающая ОДН, септический шок, кровотечение из раны) в послеоперационном периоде (в %)	7,0	14,6	1,0	2,0
Дополнительные (непрограммированные) повторные операции	5,0	10,4	1,0	2,0
Общая продолжительность лечения (койко-дни)	16,0		13,0	
Летальность	1,0	2,0	0,0	0,0

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о том, что разработанный комплекс организационно-методических (специальная подготовка врачей отделения и курсантов кафедры), диагностических (разработка алгоритма исследования, выделение и использование доступных в повседневной практике клинико-лабораторных критериев в режиме мониторинга для констатации негативной динамики развития заболевания) регламентация объема повторного хирургического вмешательства и мероприятия по оптимизации общего медикаментозного лечения, позволили существенно улучшить его результаты.

Литература

1. Белокуров, Ю.Н. Релапаротомия / Ю.Н. Белокуров, О.Н. Чужиков. – Ярославль, 1998. – С. 119.
2. Бояринцев, Н.И. Повторные оперативные вмешательства в экстренной абдоминальной хирургии у лиц пожилого и старческого возраста : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.И. Бояринцев. – Хабаровск, 2002. – С. 41.
3. Гостищев, В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин. – М.: Гозэтар-Мед., 2002. – 237 с.

INDICATIONS FOR REOPERATION WITH PURULENT SURGERY FACE AND NECK

A.A. OGANESYAN¹, M.A. GUBIN²
E.N. KORCHAGINA²

¹⁾ *Belgorod National
Research University*

²⁾ *Voronezh State
Medical Academy
named by N.N. Burdenko*

e-mail: oganecyan@rambler.ru

The authors identified and formulated the indications for repeated operations in pyo-inflammatory diseases of the face and neck, on the basis of multivariate analysis of general and local manifestations of the disease. The group of organizational, methodological and treatment programs were established to significantly reduce the number of repeated operations in purulent diseases of the face and neck.

Key words: repeated operations, face, neck