



В. О. Шапринський,
В. Ф. Кривецький,
В. Г. Сулейманова,
Б. О. Мітюк

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

© Колектив авторів

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ШИЇ ТА НИЗХІДНИМИ МЕДІАСТИНИТАМИ

Резюме. Метою дослідження було покращення результатів лікування хворих з флегмонами шиї та гострими низхідними медіастинітами. Для цього сформували дві групи пацієнтів. В основній групі (84 хворих) проводився цілеспрямований інтраопераційний пошук гнійних заплівів відповідно до генезу нагноєння з подальшою вальнеросорбцією багатокомпонентною наноконпозицією, а у групі контролю (57 хворих) — багатокомпонентними мазями на гідрофільній основі. В роботі було досліджено особливості формування гнійних заплівів в глибокі клітковинні простори шиї та середостіння при нагноєннях різного генезу, що дозволило доопераційно прогнозувати їх поширення у відповідності до причинної патології. Встановлено, що оптимальним підходом у лікуванні флегмон шиї та низхідних медіастинітів слід вважати інтраопераційний цілеспрямований пошук гнійних заплівів відповідно до вивчених шляхів їх поширення. Доповнення терапії вальнеросорбцією наноконпозицією курсом 5-7 днів сприяє швидшому (приблизно на дві доби) припиненню гнійних виділень з ран, появі грануляційної тканини, видаленню дренажів, скороченню строків стаціонарного лікування і зменшенню летальності з 14 до 4,8 %.

Ключові слова: флегмона шиї, медіастиніт, цервікотомія, медіастиномія, вальнеросорбція.

Вступ

Сьогодні значна частина дослідників відзначає зростання частоти ускладнень у вигляді флегмон шиї у пацієнтів із запальними процесами у порожнині рота, гортаноглотці, стравоході та щитоподібній залозі [1-6]. Причому кількість хворих з важким перебігом флегмон шиї також зростає. Це пов'язане зі збільшенням полірезистентних штамів мікроорганізмів, в тому числі умовно-патогенної флори, несприятливими умовами соціально-економічного життя, пізнім зверненням за медичною допомогою, недостатньою обізнаністю з даною патологією лікарів первинної ланки надання медичної допомоги [1, 3, 4]. Згідно даних літератури, частота розвитку глибоких шийних нагноєнь складає 10-12 % від загальної кількості гнійно-запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки і шиї [1, 4]. Найбільш частою причиною розвитку є одонтогенна (до 43 % від загальної кількості) та тонзилогенна (до 20 %) інфекції. Серйозну небезпеку для життя таких пацієнтів становлять ускладнення у вигляді сепсису, низхідного медіастиніту, ДВЗ-синдрому, арозивних кровотеч та ін. [2, 3, 6]. Це пояснюється анатомо-топографічними особливостями даної ділянки, швидким розповсюдженням гнійного процесу по клітковинним просторам і генералізацією інфекції. Гострий низхідний медіастиніт до сьогодні за-

лишається однією з найгостріших і недостатньо вирішених проблем торакальної хірургії, при якому летальність може досягати 22-50 % [1, 3, 6]. Активну полеміку викликають також і питання традиційного і мініінвазивного лікування гнійних процесів шиї, вибір методу анестезії, застосування оптимальних лікарських засобів для місцевого лікування гнійної рани [2, 4, 5]. Підсумовуючи вищезгадане, стає очевидним, що проблема лікування флегмон шиї, особливо з розповсюдженням на середостіння, була і залишається актуальною, потребуючи подальшого вивчення, розробки і удосконалення лікувальних підходів.

Мета

Покращення результатів лікування хворих з флегмонами шиї та гострими низхідними медіастинітами.

Матеріали та методи досліджень

У клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету на базі торакального відділення обласної лікарні впродовж 2005-2016 років було проліковано 141 хворого із флегмонами шиї. Основну групу спостереження склали 84 пацієнти, у яких розкриття нагноєння проводилось з урахуванням причинного фактору, а у післяопераційному періоді лікування гнійної рани включало



сорбційну композицію з антимікробною активністю, що містила високодисперсний діоксид кремнію (атоксил), поліметилсилоксан, двочетвертинну амонієву сполуку (декаметоксин), та синтетичний протипротозойний препарат з антимікробною активністю (метронідазол) у співвідношенні 63 %:28 %:1,5 %:7,5 %. Для формування групи порівняння був проведений ретроспективний аналіз 57 медичних карт стаціонарних хворих з флегмонами шиї, у яких для місцевого лікування ран традиційно були використані багатокомпонентні мазі на гідрофільній основі.

Результати досліджень та їх обговорення

Для об'єктивізації важкості стану хворих на момент госпіталізації використані порядкові шкали, запропоновані Морозовою М. М. (2014). Загальний стан 113 (80,1 %) обстежених (71 в основній і 42 в групі порівняння) відповідав важкому або вкрай важкому – (41,53±5) балів. У решти 28 (19,9 %) пацієнтів (13 і 15 відповідно) індекс Морозової склав в середньому (29,67±2,57) балів (середня ступінь важкості).

Серед ускладнень флегмон шиї переважали наступні: токсичний нефрит виявлений у 96 (68,1 %) пацієнтів, токсичний міокардит – у 83 (58,9 %), сепсис – у 91 (61,5 %), медіастиніт – у 67 (48,2 %), пневмонія – у 9 (6,4 %), ексудативний плеврит – у 8 (5,7 %), інфекційно-токсичний шок – у 3 (2,1 %), арозивна кровотеча з судин шиї – у 2 (1,4 %).

При вивченні бокових рентгенограм шиї серед ознак ретровісцеральної флегмони виявляли розширення передхребтової клітковини на рівні С1-С3 шийних хребців в середньому до (17,26±7,57) мм, С4-С7 – до (24,87±5,36) мм, а також вміст прошарків повітря у ретровісцеральному просторі (на 57 або 40,4 % знімків), зміщення трахеї і гортаноглотки вперед.

Найчастіший генез флегмон шиї – одонтогенний (47 випадків або 33,3 %), друге місце за частотою виникнення нагноєнь займає перфорація стравоходу (38 пацієнтів або 27 %), далі йдуть флегмони шиї на фоні паратонзиллярних і заглотових абсцесів (23 випадки або 16,4 %) та аденофлегмони шиї (19 хворих або 13,5 %), а також випадки ускладнень травм вказаної ділянки.

У ході дослідження було встановлено, що оптимальним підходом у лікуванні таких хворих слід вважати інтраопераційний цілеспрямований пошук гнійних заплівів відповідно до причини шийних нагноєнь і вивчених шляхів їх поширення. Так, одонтогенні флегмони поширюються частіше спереду від трахеї і по судинно-нервовим пучкам в напрямку переднього медіастинума в 91,2 % випадків; флегмони шиї на фоні паратонзиллярних і ретрофарингеальних абсцесів по передхребтовій

клітковині прямують в задні його відділи в 77 % випадків, а при перфораціях стравоходу розвиваються задні медіастиніти. Розкриття флегмон шиї завжди завершується ревізією клітковинних просторів середостіння через вже виконані цервікомедіастинотомії. Так, при одонтогенних флегмонах шиї пріоритет надавався передньому відділу медіастинума. При поширенні гною до другого ребра спереду сліпого дренивання через цервікомедіастинотомії було достатньо. При поширенні гною від другого до четвертого ребра проводили комбінацію шийних медіастинотомій з парастеральними розрізами в III або IV міжребір'ях. При опусканні гною нижче четвертого ребра шийну медіастинотомію доповнювали субксіфоїдальною з наступним наскрізним загрудинним дрениванням середостіння. При тонзилогенних флегмонах шиї і флегмонах на фоні перфорації стравоходу проводилась цілеспрямована ревізія заднього середостіння. При поширенні гною до Th4 хребця виконувалось сліпе дренивання через бокові цервікомедіастинотомії. Опускання гною нижче Th4 хребця спонукало до торакотомії з медіастинотомією. Доопераційне обстеження (в першу чергу рентгенологічне), а також інтраопераційна оцінка дали змогу розробити алгоритм вибору хірургічних доступів у хворих з флегмонами шиї з урахуванням походження і поширення нагноєння (рис.).

Для покращення виявлення і герметизації малих дефектів стравоходу була застосована інтраопераційна езофагоскопія, під час якої ушивання перфорації відбувалось під прямим візуальним контролем ендоскопу зсередини (Патент України на корисну модель № 114900 «Спосіб герметизації стравохідної стінки»).

Доповнення терапії вальнеросорбцією багатокомпонентною наноконпозицією на основі діоксиду кремнію курсом 5-7 днів сприяє швидшому (з 6,91 до 4,84 діб, $p < 0,05$) припиненню гнійних виділень з ран, зникненню інфільтрації і набряку м'яких тканин з 8,04 до 4,83 ($p < 0,05$), появи грануляційної тканини (з 6,93 до 5,04 діб, $p > 0,05$), видаленню дренажів (з 10,37 до 7,28 діб, $p > 0,05$), нормалізації температури тіла (з 8,91 до 6,29, $p < 0,05$) та скороченню строків стаціонарного лікування з 21,84 до 18,49 діб ($p > 0,05$).

В результаті дотримання розробленого лікувального алгоритму і використання багатокомпонентної сорбційної наноконпозиції у післяопераційному періоді нам вдалося досягти дещо кращих результатів у пацієнтів з основної групи. Так, кількість повторних операцій тут зменшилась втричі (з 26,4 % до 8,3 %), кількість етапних некректомій – вдвічі (з 29,8 % до 14,3 %), інфекційно-токсичного шоку та арозивних кровотеч у проспективній групі взагалі



Рис. Алгоритм вибору оперативних доступів залежно від генезу флегмон ший

не спостерігалось. Відтак, показник летальності також зменшився майже втричі — з 14 % в групі порівняння до 4,8 % в основній групі.

Висновки

В структурі причинної патології флегмон ший зберігається стійка тенденція переваги одонтогенних і тонзилогенних нагноєнь (разом 49,6 %) зі збільшенням в динаміці частки хворих з глибокими гнійними процесами на фоні перфорації стравоходу.

На основі топографо-анатомічних і клінічних спостережень виявилось можливим доопераційне прогнозування поширення гнійного процесу в глибоких клітковинних просторах ший і середостіння відповідно до причинної патології (серед флегмон ший, ускладнених медіастинітом, одонтогенні прямували в переднє середостіння в 91,2 % випадках, 77 % тонзилогенних флегмон поширились у задні його від-

діли, а шийні нагноєння на фоні перфорацій стравоходу в усіх випадках вразили задні відділи медіастинума).

В результаті інтраопераційного цілеспрямованого пошуку і адекватного планування об'єму хірургічного втручання при розкритті і дронуванні флегмон ший і медіастинітів вдалось досягти позитивного результату лікування у 95,2 % пацієнтів основної групи проти 86 % групи порівняння.

Можливо раннє доповнення комплексної терапії хворих з флегмонами ший в післяопераційному періоді вульнеросорбцією багатоконпонентною наноконпозицією курсом 5-7 днів сприяє швидшому припиненню гнійних виділень з ран, появи грануляційної тканини, видаленню дренажів і скороченню строків стаціонарного лікування в середньому на дві доби. Даний підхід дозволив зменшити летальність з 14 % до 4,8 %.



ЛІТЕРАТУРА

1. Калашник М. В. Гнойно-воспалительные заболевания шеи и верхнего средостения: клиника, диагностика и лечение / М. В. Калашник, Н. В. Красносельский // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. – 2013. – № 6. – С. 69-73.
2. Пузанов Д. П. Хирургическое лечение верхних медиастинитов / Д. П. Пузанов, В. Г. Славинский // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 8. – С. 686-688.
3. Результаты лечения пациентов с острым медиастинитом различной этиологии [Электронный ресурс] / Ю. В. Чикинев, Е. А., Дробязгин, Т. С. Колесникова [и др.] // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 3. – Режим доступа: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=1019>
4. Kumar Nirmal J A Study on Deep Neck Space Infections / Nirmal Kumar J, G Sankaranaarayanan, Greeshma [Электронный ресурс] // Otolaryngology Online Journal. – 2017. – Vol. 7 (3). – Режим доступа: URL: <http://www.jorl.net/otolaryngology/otolaryngology/otolaryngology/a-study-on-deep-neck-space-infections-9140.html>
5. Sharma Sudhir B. Ingestion and Pharyngeal Trauma Causing Secondary Retropharyngeal Abscess in Five Adult Patients [Электронный ресурс] / Sudhir B. Sharma, Paul Hong // Case Reports in Emergency Medicine – 2012. – Vol. 2012. – P. 1-5. – Режим доступа: URL.: <https://www.hindawi.com/journals/criem/2012/943090/>
6. Sokouti M. Descending necrotizing mediastinitis of oropharyngeal infections / M. Sokouti, S. Nezafati // J Dent Res Dent Clin Dent Prospect. – 2009. – Vol. 3. – № 3. – P. 82 - 85.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ И НИСХОДЯЩИМИ МЕДИАСТИНИТАМИ

*В. А. Шапринский,
В. Ф. Кривецкий,
В. Г. Сулейманова,
Б. А. Митюк*

Резюме. Целью исследования было улучшить результаты лечения больных с флегмонами шеи и острыми нисходящими медиастинитами. Для этого сформировали две группы пациентов. В основной группе (84 больных) проводился целенаправленный интраоперационный поиск гнойных заплывов в соответствии с генезом нагноения и дальнейшей вальверосорбцией многокомпонентной наноконпозицией, а в группе контроля (57 больных) – многокомпонентными мазями на гидрофильной основе. В работе были исследованы особенности формирования гнойных заплывов в глубокие клетчаточные пространства шеи и средостения при нагноениях различного генеза, что позволило дооперационно прогнозировать их распространение в соответствии с причинной патологией. Установлено, что оптимальным подходом в лечении флегмон шеи и нисходящих медиастинитов следует считать интраоперационный целенаправленный поиск гнойных заплывов согласно изученных путей их распространения. Дополнение терапии вальверосорбцией наноконпозицией курсом 5-7 дней способствует более быстрому (примерно на двое суток) прекращению гнойных выделений из ран, появлению грануляционной ткани, удалению дренажей, сокращению сроков стационарного лечения и уменьшению летальности с 14 % до 4,8 %.

Ключевые слова: флегмона шеи, медиастинит, цервикотомия, медиастинотомия, вальверосорбция.

WAYS TO IMPROVE THE TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH NECK PHLEGMONS AND DESCENDING MEDIASTINITIS

*V. O. Shaprynskyi,
V. F. Kryvetskyi,
V. G. Suleimanova,
B. O. Mitiuk*

Summary. The aim of research was to improve the treatment results of patients with neck phlegmons and acute descending mediastinitis. All patients were divided into two groups (general – 84 persons and control - 57) to compare the efficacy of their treatment depending on the etiology and spread of suppuration and the use of two different medications in postoperative period (modern vulnerosorption nanocomposition - and ointments on hydrophilic basis). It was indicated, that surgical approach must to take into account the origin of neck suppuration. This allowed making a prognosis about pus spreading according to cervical phlegmons origin preoperatively. It was determined, that intraoperated target revision of pus spread from neck phlegmons and descending mediastinitis depending on their origin should be considered as an optimal tactic approach. Early addition of complex therapy by modern vulnerosorption nanocomposition in postoperative period during 5-7 days leads to quicker (about two days) pus leakage disappearance, drainage replacement, appearance of granulations, shortening of inpatient terms and decreasing of mortality from 14 % to 4,8 %.

Key words: neck phlegmon, mediastinitis, cervicotomy, mediastinotomy, vulnerosorption.