



УДК: 616.31-085

С.Ю. Серпионов, С.Ю. Максюков, В.К. Татьянченко, Т.С. Нерсисянц,
Ф.М. Сирсов, Ю.В. Красенков

О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Ростовский государственный медицинский университет»,

Кафедра офтальмологии ФПК и ППС,

*Кафедра оперативной хирургии клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС,
344022, Россия, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail:joker-3000@yandex.ru.*

Цель: разработать пути оптимизации тактики лечения флегмон околоушно-жевательной области.

Материалы и методы: анатомические исследования выполнены на 45 трупах по оригинальной методике (Федеральный патент РФ №2271740), обследованы 86 пациентов. Больные разделены на две группы: контрольная (42 пациента) и основная (44 пациента) получали лечение по разработанной методике.

Результаты: при флегмоне околоушно-жевательной области повышение тканевого давления (ТД) на 20-30 мм рт.ст. выше нормы является показанием к фасциотомии. Сроки второго этапа операции у больных основной группы сократились до 5 суток (7 в контроле). В отдаленные сроки положительные результаты получены у 90,9% больных (54,8% в контроле)

Ключевые слова: флегмона околоушно-жевательной области, острый тканевой гипертензионный синдром, хирургическое лечение.

S.Y. Serpionov, S.Y. Maksyukov, V.K. Tatyanchenko, T.S. Nersesyants,
M.S. Firsov, Y.V. Krasenkov

CONCERNING THE TREATMENT TACTICS FOR PATIENTS WITH PAROTIDOMASSETERIC PHLEGMONS

Rostov State Medical University,

*Department of operative surgery, clinical anatomy and pathological anatomy training and professional
retraining of specialists faculty,*

344022, Russia, Rostov-on-Don, Nakhichevanskiy lane, 29. E-mail:joker-3000@yandex.ru

Purpose: development of the ways to optimize the treatment tactics for parotidomassetericphlegmons.

Materials and methods: anatomic studies were carried out on 45 corpses following an original method (Russian Patent No.2271740), and 86 patients were examined. The patients were divided into two groups: control (42 patients) and main (42 patients), the latter treated in accordance with the developed method.

Results: in cases of parotidomassetericphlegmon, elevation of the interstitial pressure (IP) by 20-30 mm Hg above the normal is an indication for fasciotomy. The second stage of the operation was reduced to 5 days for the main group (vs 7 days in the controls). Distant good results were obtained in 90.9% of the patients (54.8% in the controls).

Keywords: parotidomassetericphlegmon, acute compartment syndrome, surgical treatment.



Введение

Абсцессы и флегмоны лицевого отдела головы и, в частности, околоушно-жевательной области составляют 4-5% общехирургических больных с гнойной инфекцией, 15-20% больных, обращающихся в стоматологические поликлиники, и около 40% больных отделений челюстно-лицевой хирургии [1,2,3,4].

Существующие способы лечения флегмон околоушно-жевательной области нуждаются в совершенствовании, так как не учитывают индивидуальные и возрастные особенности пациента, сопровождаются развитием неблагоприятных функциональных результатов в отдаленные сроки послеоперационного периода. У 20-30% больных отмечаются гипертрофические рубцы, болевые триггерные зоны и нарушение функции жевательных мышц. [5,6,7,8].

Общим недостатком всех предложенных способов лечения флегмон околоушно-жевательной области является то, что при их выполнении не учитывается градиент тканевого давления (ТД), а также лечение флегмоны проводится без учета оценки стадии развития острого гипертензионного синдрома (ОТГС). При этом известно, что при любых патологических процессах, связанных со скоплением крови или другой патологической жидкости (гноя и т.д.) в пределах фасциальных футляров области, необходимо измерять ТД с целью диагностики ОТГС и своевременно выполнять фасциотомию [9,10].

Цель исследования – разработать пути оптимизации тактики лечения флегмон околоушно-жевательной области.

Материалы и методы

Анатомические исследования по изучению фасциальных структур и клетчаточных пространств околоушно-жевательной области проведены на 45 трупах людей разного возраста и конституционального типа телосложения по методике В.К. Татьянченко (Федеральный патент РФ №2271740) [11]. На стендах ИСС-500 и МИПС-150 изучали биомеханические свойства фасциальных структур. Проанализированы материалы по хирургическому лечению 86 больных с флегмонами околоушно-жевательной области за период с 2004 по 2014 гг. основную группу составили 44 больных, у которых лечение флегмоны околоушно-жевательной области, а также диагностику и лечение ОТГС проводили по оригинальной методике (приоритетные справки на изобретения РФ №2014120834/14 и №2014125576/14). В контрольную группу вошли 42 пациента, у которых вскрытие флегмоны проводили известными способами (через волокна жевательной мышцы или путем поднадкостного отсечения сухожилия от кости). Больных мужского пола было около 58,1%, женского 41,9%. Лица моложе 50 лет составили 82,5%, что говорит о социальной значимости этой проблемы. У всех 86 больных независимо от способа вскрытия флегмоны иссекали нежизнеспособные ткани, назначали антибиотики и проводили местное лечение мазями на водорастворимой основе. У больных основной группы выполнили среднечастотную ультразвуковую кавитацию гнойной раны аппаратом УЗТ 301.Г. №3-5. У-51, а также промывали ее озонированным физиологическим раствором в концентрации 2,5 мг/л. С 3 суток на рану накладывали мазевую повязку с серебром Атрауман АГ (5х5 см), обладающую не только бактерицидными свойствами, но и низкой цитотоксичностью. Сетчатая повязка с серебром менялась каждые 3 дня. С целью определения динамики контаминации микроорганизмами раны и окружающих

ее мягких тканей после вскрытия флегмоны и антибиотикотерапии брали соскоб с раневой поверхности (на 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 сутки). Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методиками. Для измерения ТД использовали монитор фирмы «Stryker». Критерием завершенности первого этапа лечения и показанием к закрытию раневой поверхности было снижение микробной обсемененности раны до 105 микробных тел на 1г. ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса. Так, второй этап оперативного вмешательства у больных контрольной группы выполняли на 7-8 сутки, и он заключался в наложении ранних вторичных швов – у 26 больных, поздних вторичных швов – у 12 больных и лейкопластырного натяжения у 4 больных. В этой группе больных первично-отсроченные швы не накладывали. В основной группе операции выполняли на 5-6 сутки (65,9%) и на 7-8 сутки у 34,1% больных. Закрытие раны производили по следующим методикам: первично-отсроченные швы – 29 больных, ранние вторичные швы – 9 больных, поздние вторичные швы – 3 больных и лейкопластырное натяжение – 3 больных.

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием программы «Biostat» SPSS 17.0 и EpiInfo пакета программ «Microsoft Office». Различия между сравниваемыми средними значениями оценивались с использованием величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента $p < 0,05$ и по критерию Фишера $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В анатомическом исследовании было установлено, что мышцы околоушно-жевательной области ограничены единым замкнутым фасциальным футляром I порядка в пределах которого рассмотрены клетчаточные пространства. От этого футляра отходят фасциальные отроги II порядка к жевательной и крыловидным мышцам. Околоушная железа имеет собственный фасциальный футляр. По нашим данным, предел прочности фасциального футляра жевательной мышцы в юношеском возрастном периоде составил $0,57 \pm 0,01$ кгс/мм², модуль упругости – $1,80 \pm 0,12$ кгс/мм² и коэффициент относительного удлинения $0,31 \pm 0,01$ мкм. В первом и втором зрелых возрастных периодах предел прочности фасции жевательной мышцы $0,81 \pm 0,01$ кгс/мм², модуль упругости – $2,15 \pm 0,06$ кгс/мм² и относительное удлинение – $0,36 \pm 0,03$ мкм. В пожилом возрасте предел прочности фасциального футляра составил $0,91 \pm 0,01$ кгс/мм², модуль упругости – $1,64 \pm 0,14$ кгс/мм² и относительное удлинение – $0,39 \pm 0,04$ мкм. Итак, фасциальные структуры жевательной мышцы обладают высоким показателем относительного удлинения при невысоких показателях модуля упругости и предела прочности. Особенно это проявляется у лиц юношеского возрастного периода. Эти фасциальные структуры подвергаются значительным деформациям даже при незначительном повышении ТД. Установлено, что в жевательной мышце медиальные две трети ее изолированы от латеральной трети фасциальным отрогом, который соединяется с надкостницей нижней челюсти и формирует фасциальный узел. Толщина фасциального узла составила $30,11 \pm 0,14$ мкм, относительное удлинение – $0,16 \pm 0,10$ мкм, предел прочности – $1,39 \pm 0,02$ кгс/мм², модуль упругости – $3,20 \pm 0,09$ кгс/мм². Описанный фасциальный узел обладает высоким пределом прочности на фоне слабо выраженного показателя относительного удлинения. Это не дает возможности ему деформироваться и гибко реагировать на



повышение ТД, что является причиной быстрого развития ОТГС даже при небольшом скоплении гнойного экссудата в поджевательном клетчаточном пространстве. Итак, при флегмоне околоушно-жевательной области и развитии ОТГС следует осуществлять фасциотомию фасциального узла жевательной мышцы. Разработанная техника операции заключается в следующем. Через полость рта выполняют разрез слизистой и подслизистой оболочек длиной от 1,5 до 2 см в проекции косой линии ветви нижней челюсти, рану разводят крючками, затем лазерным скальпелем осуществляют Z-образную фасциотомию фасциального узла жевательной мышцы на стороне флегмоны.

Клинический анализ историй болезни пациентов с ранними сроками заболевания показал, что если вскрытие патологического очага не осуществлено до 3-5 суток, то у больных обычно наблюдается симптоматика развития ОТГС. Наблюдаются увеличение интенсивности болевого синдрома, затруднения движений нижней челюсти, иррадиация болей в височно-нижнечелюстной сустав, резкий отек тканей, локальная болезненность в области заинтересованного фасциального ложа. Установлено, что величина ТД была на 50-60% выше физиологической нормы. В основной клинической группе ОТГС по разработанной нами методике был диагностирован у 38 из 44 больных (86,4%). При этом консервативная терапия ОТГС у 26 из 38 больных (68,4%) оказалась неэффективной. В процессе лечения следили за динамикой ТД. У 19 из 26 больных (73,1%) ТД нормализовалось через 6-8 часов после фасциотомии. У 7 больных (26,9%) наблюдалась тканевая гипертензия, которая постепенно (через 12-24 часа) была устранена до нормальных цифр ТД. По нашим данным, запоздалая диагностика ОТГС в виду поздней обращаемости больных в стационар ведет к увеличению фасциотомий и неэффективности консервативной терапии. Отметим, что выпол-

ненная фасциотомия не ухудшила результатов лечения. Напротив, выжидательная тактика и консервативная терапия при высоких цифрах ТД (более 30 мм.рт.ст.) у больных с флегмоной околоушно-жевательной области и ОТГС фактически влияет на результат лечения. Это положение нашло подтверждения при анализе больных контрольной группы.

Установлено, что в момент вскрытия флегмоны уровень микробной обсемененности раны у больных обеих клинических групп был высоким, и колебался от 107 до 109 микробных тел на 1г ткани. После проведенной антибиотикотерапии (ципрофлоксацин, метронидазол, цефатоксим), а у больных основной группы – дополнительной ультразвуковой обработки гнойной раны и озонотерапии, этот показатель прогрессивно снижался. Так, у больных основной группы показатель микробной обсемененности тканей оказался ниже критического уровня (105 микробных тел на 1г. ткани) на 5-6 сутки, а у больных основной группы – на 7-8 сутки. При этом этап операции, направленный на закрытие раны, у больных основной группы проводили на фоне полного отсутствия отека тканей лицевого отдела головы и нормального градиента ТД.

Для сравнения эффективности предложенной тактики лечения в обеих группах больных оценивали воспалительную реакцию крови, уровень местных послеоперационных осложнений, длительности нетрудоспособности, процесс рубцевания послеоперационной раны, функцию жевательной мышцы и наличие болевых триггерных зон. В основной группе больных уровень лейкоцитов крови нормализуется достоверно раньше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). В основной группе больных значительно меньше было количество ранних послеоперационных осложнений (табл. 1).

Таблица 1

Структура ранних послеоперационных осложнений (второй этап операции)

Варианты закрытия послеоперационной раны	Группы больных			
	Контрольная (n=42)		Основная (n=44)	
	абс.	%	абс.	%
Отсроченные первичные швы	Не накладывали		-	-
Ранние вторичные швы	4	15,5%	2	22,2%
Поздние вторичные швы	3	25,0%	1	33,3%
Лейкопластырное натяжение	1	25,0%	-	-
итого	8	19,0%	3	6,8%

В отдаленные сроки после операции (от 6 мес до 1 года) все 86 больных находились под наблюдением. К хорошим результатам мы относили полное выздоровление. К удовлетворительным результатам – наличие упорного болевого синдрома (триггерных зон) в области лицевого

отдела головы. К неудовлетворительным результатам относили нарушение функции жевательной мышцы и височно-нижнечелюстного сустава на стороне флегмоны, гипертрофические рубцы (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика результатов лечения больных с флегмоной околоушно-жевательной области

Тактика лечения (группы больных)	Результаты лечения		
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Контрольная (n=42)	54,8%	33,3%	11,9%
Основная (n=44)	90,9%	6,8%	2,3%



Согласно данным в табл. 2, у больных основной группы было на 36,1% больше хороших результатов, чем в контрольной группе. Число удовлетворительных результатов у больных этой группы снизилось на 26,5%, а неудовлетворительных на 9,6%.

Заключение

Комплексный подход в лечении больных с флегмонами околоушно-жевательной области с учетом стадии

развития ОТГС позволяет достоверно снизить число ранних послеоперационных осложнений до 6,8% (в контроле 19,0%) и достичь результатов в отдаленные сроки послеоперационного периода у 90,9% (в контроле 54,8%). Дифференцированный подход в лечении больных с флегмонами околоушно-жевательной области, учитывающий тяжесть течения патологического процесса и индивидуальные особенности пациента, можно считать перспективным направлением в челюстно-лицевой хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.С. Пути совершенствования методов лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области /В.С. Агапов, И.А. Пименова //Образование, наука и практика в стоматологии: тез.докл. ПВсерос. науч.-практ. конф.-СПб.: Человек, 2005.-С.16-17.
2. Робустова Т.Г. Классификация и современное клиническое течение одонтогенных воспалительных заболеваний /Т.Г. Робустова //Образование, наука и практика в стоматологии: тез.докл. ПВсерос. науч.-практ.конф.- СПб.: Человек.-2005.-С.173-175.
3. Соловьев М.М. Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи. Этиология, патогенез, клиника, лечение /М.М. Соловьев //СПб. Изд-во: МЕД.пресс-информ; 2009.-192 с.
4. Kadota J. Antibiotic-induced apoptosis in human activated peripheral lymphocytes //Int. J. Antimicrob. Agents.-2005.-№25.-Р. 216-220.
5. Турчина Е.В. Оценка эффективности применения антибиотиков в комплексе лечения больных с абсцессами челюстно-лицевой области /Е.В. Турчина //Сибирский медицинский вестник.-Иркутск, 2006.-№9.-С.52-54.
6. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: Учебное пособие.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.-696с.
7. Гвозденко Т.А. Озонотерапия гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у лиц пожилого возраста /Т.А.Гвозденко, О.Ю. Кытикова// Медицинский альманах.-2013.-№3.-С.102-103.
8. Livermore D.M. Has the era of untreatable infections arrived? /M.D. Livermore //J. Antimicrob Chemother.-2009.-№64.-Р.29-36.
9. Давыденко А.В. Обоснование тактики хирургического лечения глубоких флегмон бедра /А.В. Давыденко //автореф. дисс....канд.мед.наук. Ростов-на-Дону.-2004-18 с.
10. Heemskerk J/ Acute Compartment Syndrome of the lower leg retrospective study on prevalence, technique, and outcome of fasciotomies /J. Heemskerk, P.Kitslaar //World J. Surg.-2003-Vol.27.-P.744-747.
11. Татьянченко В.К. Способ исследования фасций и клетчаточных пространств /В.К. Татьянченко, В.А. Саркисян, Е.В. Андреев //Федеральный патент РФ №2271740. Изобретения. Полезная модель-2006-№8.-С.198

ПОСТУПИЛА: 12.05.2015

УДК 616.3345-007.272-089

Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, А.В. Максименков, Д.Ю. Федотов, Е.П. Розберг

РОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова»,
Кафедра хирургии, с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии,
Россия, 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 65. E-mail: maximen-av@yandex.ru

Среди всех форм острой кишечной непроходимости на долю толстокишечной приходится 30-40 %. Основной причиной толстокишечной непроходимости является опухолевое поражение толстой кишки – 93%. В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и лечения 285 больных, имеющих симптомы кишечной непроходимости разной степени выраженности. Исследования показали, что при эффективности консервативного лечения, следует стремиться к удалению первичной опухоли; при неэффективности консервативных мероприятий показано формирование стомы; резектабельные метастазы в печень и легкие не являются противопоказанием к удалению первичной опухоли.

Ключевые слова: рак толстой кишки, толстокишечная непроходимость, перфорация стенки толстой кишки, гемиколэктомия.