

В.Ф. Дыдыкин, В.В. Ковшов

**ПРОБЛЕМА АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ТРЕТЬЕГО И ЧЕТВЕРТОГО УРОВНЕЙ***Городская больница № 1 (Ангарск)  
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

*Значимость проблемы хирургических инфекций мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи обусловлена тем, что в структуре первичной обращаемости в челюстно-лицевые стационары их частота достигает 36 %. В статье представлены собственные наблюдения за 38 больными с одонтогенными и неодонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями в возрасте от 18 до 67 лет за период 2003–2006 гг.*

**Ключевые слова:** хирургическая инфекция, челюстно-лицевая область

**ADEQUATE THERAPY OF SURGICAL INFECTION OF MAXILLOFACIAL AREA  
AND THE NECK AT THE THIRD AND FOURTH LEVELS**

V.F. Dydykin, V.V. Kovshov

*City Hospital N 1, Angarsk  
State Institute of Physicians' Training, Irkutsk*

*The problem surgical infections of soft tissues of maxillofacial and neck areas is very significant as long as the frequency of primary appealability into maxillofacial hospitals with this pathology achieves 36 %. This article presents the results of the authors' observations of 38 patients with odontogenic and nonodontogenic pyoinflammatory processes aged from 18 till 67 years, the observations have been carrying out during 2003–2006.*

**Key words:** surgical infections, maxillofacial area

Значимость проблемы хирургических инфекций мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи обусловлена тем, что в структуре первичной обращаемости в челюстно-лицевые стационары их частота достигает 36 %. Такие варианты течения инфекций как гнилостно-некротический фасциит, инфекционные поражения мышц и глубоких фасциальных структур (инфекции 3-го и 4-го уровней), являются жизненно опасными и требуют максимально быстрой диагностики, экстренного оперативного вмешательства, выбора рациональной антибактериальной и противовоспалительной терапии с целью предотвращения полиорганной недостаточности и сохранения жизни [1–4].

**Цель исследования** – повысить эффективность лечения острой гнойной инфекции челюстно-лицевой области и шеи путем оптимизации регионарной антибактериальной терапии.

**МЕТОДИКА**

Нами был проведен ретроспективный анализ 800 архивных историй болезни больных с гнойно-воспалительными процессами в области лица и шеи с различной степенью тяжести за период 2000–2005 гг., а также были проанализированы собственные наблюдения за 38 больными, с одонтогенными и неодонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями в возрасте от 18 до 67 лет за период 2003–2006 гг.

Для сопоставления и сравнения результатов лечения больные были разделены на 2 группы. Пер-

вая группа (группа контроля) была составлена по ретроспективному анализу историй болезни, из которых выбраны 60 историй больных с абсцессами и флегмонами в области лица и шеи со средней и тяжелой формой течения инфекционно-воспалительного процесса. Лечение в этой группе больных проводилось по общепринятой в отделении схеме: хирургическое вмешательство по принципу полной, адекватной и ранней ликвидации или отграничения основных, дополнительных и потенциальных очагов эндогенной интоксикации, предполагающее широкий доступ к инфекционно-воспалительному очагу; выполнение раневого диализа и санации раневых полостей; антибактериальная терапия; общеукрепляющее и симптоматическое лечение, снижающее интоксикацию.

Вторая группа (группа исследования) включала 38 больных. В этой группе традиционное хирургическое вмешательство (вскрытие и дренирование гнойного очага) и, по показаниям, общеукрепляющее, симптоматическое лечение, снижающее интоксикацию, дополнялось предложенной схемой регионарного лимфотропного и внутриапериартериального введения антибактериальных и лекарственных препаратов.

На этапе подбора методов исследования клинического материала мы исходили из понимания необходимости правильной оценки тяжести заболевания и глубины распространения процесса. Оценку динамики патологического процесса проводили по интегральному показателю тяжести,

предложенному М.М. Соловьевым и Т.М. Алеховой [5], и классификации инфекционных процессов мягких тканей по уровню распространения [6]. Определяли микробный пейзаж в очаге воспаления и чувствительность к антибиотикам.

При исследовании гнойного экссудата, полученного во время хирургических вмешательств, установлено, что из всех идентифицированных видов преобладает анаэробная микрофлора в гнойно-некротических флегмонах дна полости рта и клетчаточных пространствах шеи одонтогенной природы, в посевах из абсцессов и поверхностных флегмон неодонтогенной этиологии преобладает аэробная микрофлора. При проведении микроскопии мазков экссудата из гнойного очага с окраской по Грамму в гнойных очагах неодонтогенной этиологии преобладали стафилококки с небольшим количеством грамотрицательных палочек (7 случаев — 18,4 %). В некоторых случаях преобладали грамотрицательные палочки (3 случая — 7,9 %). В гнойных очагах одонтогенной этиологии определялись стрептококки (в большей степени) в ассоциации со стафилококками, грамположительными палочками и актиномицетами (19 случаев — 50 %). В гангренозных очагах определялись грамположительные и грамотрицательные палочки (в большей степени) в ассоциации со стрептококками и стафилококками (9 случаев — 23,7 %).

Успех лечения тяжелых форм острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи зависел от того, насколько рано оно было начато и как адекватно оно проводилось. Тактика хирургического вмешательства строилась на принципе полной, адекватной и ранней ликвидации или отграничения всех основных, дополнительных и потенциальных очагов эндогенной интоксикации как микробного, так и дисметаболического характера. Тактика антибактериальной терапии строилась с учетом анатомо-физиологических особенностей челюстно-лицевой области (хорошая лимфо- и гемоциркуляция), возможности прицельного воздействия на очаг воспаления, исключения возможных системных эффектов.

Из способов регионарной антибиотикотерапии тяжелых форм острых гнойно-воспалительных

процессов челюстно-лицевой области и шеи нами выбран комбинированный способ доставки антибиотика и вазоактивных препаратов к очагу воспаления, а именно сочетание внутриартериального и лимфотропного введения антибиотиков, которое в комплексе с адекватным хирургическим пособием дает хорошие результаты. Для введения антибиотика через артериальное русло катетеризировали поверхностно расположенные регионарные ветви наружной сонной артерии. Для лимфотропного введения антибиотиков использовали участки челюстно-лицевой области с преимущественным представительством лимфатических капилляров.

Из антибиотиков для регионарного лимфотропного введения использовались аминогликозиды II поколения и линкомицин. Для внутриартериального введения использовали в лактамные антибиотики (цефалоспорины III поколения, ингибитор-защищенные пенициллины, тиенам), фторхинолоны. Однако при использовании традиционных способов эндовазкулярного и лимфотропного введения антибиотиков выявлены определенные недостатки: недостаточно выраженный противовоспалительный эффект препаратов, используемых для внутриартериального введения, образование постинъекционных инфильтратов в месте лимфотропного введения антибиотиков. На основании проведенных исследований мы предложили свое решение перечисленных проблем. Для профилактики постинъекционных инфильтратов при лимфотропном введении антибиотиков нами предложено использование в составе лимфотропных препаратов суспензии гидрокортизона, а для усиления противовоспалительного эффекта и улучшения микроциркуляции в очаге воспаления применили фуросемид.

Выбор способа регионарной доставки антибиотика в известной степени зависел от локализации гнойно-воспалительных процессов. При локализации воспалительного процесса в области лица и верхних отделов шеи для регионарного введения антибиотиков использовался внутриартериальный и лимфотропный пути доставки. При локализации воспалительного процесса в области нижних отделов шеи для регионарного введения антибиотиков использовался только лимфотропный путь.

**Таблица 1**

**Клинические критерии оценки эффективности лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области**

| Показатели                              | Группы больных             |                         |
|---|----------------------------|-------------------------|
|   | Контрольная группа (сутки) | Основная группа (сутки) |
| Очищение раны от гноя                   | 5,1 ± 0,37                 | 3,2 ± 0,36*             |
| Начало гранулирования раны              | 6,8 ± 0,43                 | 4,8 ± 0,43*             |
| Наложение швов на рану                  | 7,7 ± 0,48                 | 5,2 ± 0,44*             |
| Продолжительность стационарного лечения | 17 ± 1,6                   | 14 ± 1,3*               |
| Нормализация температуры                | 5,3 ± 0,38                 | 3,8 ± 0,34*             |
| Нормализация показателей крови          | 5,2 ± 0,43                 | 3,8 ± 0,38*             |

**Примечание:** \* – достоверность различия ( $p < 0,05$ ) по сравнению с традиционным лечением.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Выбор критериев лечебной эффективности определялся как их клинической значимостью, так и экономической целесообразностью содержания больного в стационаре. В основном они сводились к срокам исчезновения болей, уменьшению отека, нормализации температуры тела, продолжительности экссудации из ран, заживления ран, а также нормализации показателей анализов крови, продолжительности госпитализации. В наших наблюдениях показаниями к выписке больных из стационара служили: отсутствие жалоб, отсутствие выраженных признаков воспаления, признаков воспалительных изменений в анализе крови, заживление ран.

Результаты проведенных сравнительных исследований (табл. 1) показали, что в группе больных, где в лечении использована предложенная нами схема регионарной антибактериальной терапии, по сравнению с традиционным лечением, наблюдалось достоверное уменьшение показателей, характеризующих уровень воспалительной реакции на 10–15 %, ускорение местного очищения и гранулирования раны на 1–2 дня, уменьшение сроков стационарного лечения на 2–3 дня.

Таким образом, сочетание внутриартериального и лимфотропного способов доставки антибиотика и вазоактивных препаратов к очагу воспаления позволяет достичь положительного результата — обеспечить существенный противовоспа-

лительный и противоотечный эффекты в зоне воспаления, купирование воспалительного процесса, заживление операционной раны, более быструю реабилитацию больного и сокращение сроков лечения.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Агапов В.С. Современный подход к выбору способов комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / В.С. Агапов, В.В. Шулаков // *Стоматология для всех*. — 1999. — № 1. — С. 20–22.
2. Бактероиды и лечение флегмон челюстно-лицевой области / Н.Н. Бажанов, К.З. Шалабаев, В.Г. Горельчикова, Г.И. Лыскин // *Стоматология*. — 1983. — № 4. — С. 32–34.
3. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинская литература, 2000. — 406 с.
4. Колесов А.П. Анаэробные инфекции в хирургии / А.П. Колесов, А.В. Столбовой, В.И. Кочеровец / Под ред. А.П. Колесова. — Л., 1989. — 160 с.
5. Соловьев М.М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М.М. Соловьев, О.П. Большаков / Под ред. М.М. Соловьева. — СПб., 1997. — 328 с.
6. Ahrenholz D.N. Necrotizing fasciitis and other infection. *Intensive Care Medicine* 2<sup>nd</sup> ed. / J.M. Rippe, R.S. Irwin, J.S. Alpert, M.P. Fink eds. Boston. — 1991. — P. 1334.