

Методика оперативного доступа при анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей корня языка и дна полости рта

А.А.ОГАНЕСЯН

Method of surgical approach in cases of anaerobic non-clostridial inflammation of tongue and suprahyoid area

A.A.OGANESYAN

Белгородский государственный университет

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

Анаэробная неклостридиальная хирургическая инфекция челюстно-лицевой области и шеи — это опасное для жизни, потенциально фатальное заболевание [1, 3].

Хирургические инфекции мягких тканей дна полости рта (ДПР) и языка, вызванные неклостридиальными анаэробами, сопровождаются значительными функциональными нарушениями, что вызывает тяжелые страдания у больных. Согласно публикациям, на больных старше 30 лет приходится от 67% до 86% всех случаев развития абсцессов языка [10, 11]. Воспалительный процесс в языке возникает в 2-3 раза чаще у мужчин, чем у женщин [12]. Несмотря на совершенствование методик оперативного лечения анаэробных инфекций языка, не всегда удается достигнуть стойких функциональных результатов терапии; нередко наблюдаются осложнения течения заболевания, приводящие к увеличению продолжительности сроков лечения, а порой и к угрожающим жизни состояниям. Кроме того, имеются разноречивые данные относительно эффективности традиционных методов лечения флегмон основания языка, осложнившихся разлитыми флегмонами дна полости рта, особенно при наличии неблагоприятных факторов: фоновая патология и др. [2, 3].

Цель работы — улучшение результатов лечения больных с нарушениями функций языка и дна полости рта при воспалительных поражениях путем разработки рациональных принципов хирургического вмешательства.

Материалы и методы

В период времени с 2003 по 2008 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии Белгородской областной клинической больницы находились 42 больных с воспалительными заболеваниями языка и надподъязычной области. У 29 (69%) применена методика Т-образного хирургического доступа к тканям языка и надподъязычной области.

Описание операции

В надподъязычной области проводят Т-образный разрез, начиная от подбородка по средней линии шеи к

середине тела подъязычной кости, оттуда его продолжают до передних краев кивательных мышц. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию с подкожной мышцей шеи. После отслаивания рассеченных тканей, образуется два треугольных кожно-мышечных лоскута, обращенных верхушками к телу подъязычной кости. Кожно-мышечные лоскуты отворачивают кверху, рассекают поверхностный листок собственной фасции шеи, выделяют, а при гангренозном распаде — удаляют поднижнечелюстные слюнные железы от наружной поверхности *m.mylohyoideus* и *m.hyoglossus*, что дает возможность провести полноценную ревизию клетчаточных пространств нижнего отдела ДПР. Далее рассекают собственную фасцию шеи по сухожильному шву и вблизи тела подъязычной кости. Аналогичным образом рассекают и отслаивают кверху челюстно-подъязычные мышцы, что обеспечивает широкое раскрытие верхнего отдела ДПР - подъязычной области и основания корня языка. После этого производят ревизию верхнего отдела ДПР по всему ходу распространения инфекции.

Результаты и их обсуждение

Хирургические доступы на шее, в частности, к глубоким клетчаточным пространствам ДПР, как и в других областях тела, должны обеспечивать свободный подход к органам, в частности, к языку. Клинический опыт подсказывает, что наиболее перспективным и целесообразным при гнилостно-некротических флегмонах является метод ранних, широких разрезов на шее, особенно при разлитых флегмонах ДПР, окологлоточного пространства [6, 7].

Для флегмон этих локализаций весьма характерна массивность некроза тканей не только в очагах первичной локализации воспаления, но и на всем протяжении распространения инфекции. В этих случаях инфекция чаще распространяется вниз в подъязычную, подбородочную области и подчелюстные треугольники, в окологлоточную клетчатку, по паратрахеальным, заглоточным, межмышечным, фасциально-клетчаточным пространствам или вдоль сосудисто-нервного

**Сравнительные результаты лечения больных
с гнойно-воспалительными заболеваниями языка и дна полости рта**

Группа больных	Показатель				
	Количество повторных операций, (%)	Количество послеоперационных осложнений, ОДН, трахеостома, (%)	Сроки наложения вторичных швов, (сутки)	Продолжительность лечения, (койко-день)	Летальность, (%)
Контрольная n=13	21,1	10,5	9,5±2,0	14,1±1,7	5,3
Основная n=29	12,5	5,0	8,8±1,6	12,6±1,2	2,5

Примечание: ОДН – острая дыхательная недостаточность.

пучка шеи, вызывая контактный одонтогенный медиастинит [4, 7, 8].

В настоящее время для вскрытия флегмон ДПР в основном используется внеротовой доступ в надподъязычной области шеи в виде двух разновидностей разрезов: 1) «воротникового», проводимого от одного угла нижней челюсти до другого; 2) сочетание вертикального (по средней линии шеи) с двумя линейными, проведенными в нижнечелюстных треугольниках, параллельно телу нижней челюсти [5, 6, 9].

По нашему мнению, к недостаткам «воротникового» разреза в остром периоде следует отнести возникновение гнойных затеков по периметру раны и глубокого гнойного кармана вблизи подъязычного фасциального узла. Это свидетельствует о плохих условиях эвакуации гнойного экссудата из дна хирургической раны при данном доступе. В дальнейшем, после стихания острых воспалительных явлений, наблюдается длительный лимфостаз и наличие обезображивающего рубца. Доступ в виде трех линейных разрезов, по сравнению с «воротниковым», позволяет избежать выраженного лимфостаза, но и он не лишен недостатков, основным из которых является следующий. Через линейный разрез в поднижнечелюстном треугольнике затруднены ревизия и дренирование глубокого межмышечного клетчаточного пространства между *m. mylohyoideus* и *m. hyoglossus*, расположенного под обычно отечной поднижнечелюстной слюнной железой. Как известно, именно через данное клетчаточное пространство инфекция распространяется в подъязычную область и в обратном направлении. Рассечение же диафрагмы рта над верхним полюсом поднижнечелюстной слюнной железы для вскрытия подъязычной области, на наш взгляд, анатомически не совсем оправдано из-за возможности повреждения язычного и подъязычного нервов.

Если через поднижнечелюстной доступ, при необходимости, дополнительное вскрытие крыловидно-челюстного и окологлоточного клетчаточных пространств (с целью предотвращения распространения инфекции) технически не вызывает затруднений, то для ревизии сосудисто-нервного пучка шеи требуется проведение дополнительного разреза [8].

При разлитой флегмоне все клетчаточные пространства верхнего пространства ДПР (подъязычная область, челюстно-язычные желобки и межмышечные щели основания языка) должны быть вскрыты и дренированы через фактически единый срединный разрез в подподбородочном треугольнике, что не только технически сложно, но и неизбежно приводит к излишней травматизации наружных мышц языка, в частности, *m. genioglossus* и *m. hyoglossus*.

К недостаткам срединного вертикального разреза следует отнести также то обстоятельство, что раневой канал после вскрытия клетчаточных пространств языка получается глубоким и узким, проходит между несколькими парами отечных мышц ДПР, что отрицательно сказывается на эффективности дренирования. Кроме того, при тенденции распространения воспалительного процесса на шею, через нижнюю часть вертикального разреза практически невозможно обеспечить полноценную ревизию претрахеальной и, особенно, паратрахеальных клетчаток на уровне верхнего дыхательного горла и фасциальных листков в окружности подъязычной кости.

Начиная с 2004 г. в нашей клинике начали применять Т-образные разрезы в надподъязычной области при вскрытии разлитых флегмон ДПР с одновременным вовлечением в процесс скелетных мышц корня языка и располагающейся между ними рыхлой клетчатки. Большинство флегмон основания языка (69%), в сочетании с поражением соседних клетчаточных пространств ДПР, при наличии анаэробной неклострициальной инфекции были широко вскрыты наружным доступом - Т-образным разрезом с выкраиванием двух треугольных лоскутов, когда ткани ДПР оказываются как бы «распахнутыми». Выкраивание лоскутов с широким верхним основанием позволило уменьшить вероятность нарушения их трофики в послеоперационном периоде и образования протяженных дефектов кожи.

Результаты лечения оценивали по количеству повторных операций и послеоперационных осложнений, срокам наложения вторичных швов, общей продолжительности лечения и уровня летальности (табл. 1).

Как видно из приведенной таблицы, в результате Т-образного разреза было достигнуто существенное улучшение всех анализируемых показателей. Так, процент повторных операций снизился с 21,1% до 12,5%, послеоперационных осложнений – с 10,5% до 5,0%, сроки наложения вторичных швов сократились с $9,5 \pm 2,0$ до $8,8 \pm 1,6$ суток, а общая продолжительность лечения – с $14,1 \pm 1,7$ до $12,6 \pm 1,2$ койко-дней, летальность была снижена с 5,3% до 2,5%.

Выводы

1. Применение Т-образного разреза при неклостридиальных анаэробных инфекциях мягких тканей основания языка и ДПР, позволяет достичь максимально широкого доступа ко всем клетчаточным пространствам и предупредить возможное распространение инфекции в соседние области, в частности, в окологлоточную область, а из нее по сосудисто-нервному пучку шеи в средостение.

2. Исходя из вышеизложенного, считаем целесообразным, рекомендовать описанный оперативный доступ для более широкого использования в клинической практике при лечении больных с разлитыми и гнилостно-некротическими флегмонами тканей ДПР и языка.

Информация об авторе

1. Оганесян Арман Аршакович – кандидат медицинских наук, врач челюстно-лицевой хирург, старший преподаватель кафедры стоматологии медицинского факультета Белгородского государственного университета; e-mail: oganecyan@rambler.ru

Список литературы

1. Бажанов Н.Н., Козлов В.А., Робустова Т.Г. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи. *Стоматология* 1997; 2: 15-19.
2. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области и шеи. М: 2001; 224 с.
3. Робустова Т.Г., Губин М.А., Стародубцев В.С. Диагностика распространенных флегмон и их осложнений, стратегия комплексного лечения. *Стоматология: Спец. выпуск* 1996; 74.
4. Рузин Г.П. Одонтогенная анаэробная газовая гангрена челюстно-лицевой области. *Стоматология* 1991; 5: 26-30.
5. Соловьев М.М. Абсцессы и флегмоны отдельных локализаций. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: Медицина 1985: 201-227.
6. Соловьев М.М., Большаков О.В. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. М. 2001; 230.
7. Сутиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М. 2001; 160.
8. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания ЧЛЮ. М. 2001.
9. Эпельбаум Л.М. Абсцессы языка. Тезисы доклада I съезда стоматологов Белоруссии. Минск 1979: 120-123.
10. Ямашев И.Г. Заболевания языка по данным обращаемости за медицинской помощью. Материалы Конференции, посвященной 70-летию Общества стоматологов и 100-летию со дня рождения профессора Е.А.Домрачевой: тезисы. Казань 1992: 54-56.
11. Ямашев И.Г. Заболевания языка и его повреждения (клинико-статистические аспекты). *Казан. мед. журн.* 1995; 76: 452-455.
12. Ямашев И.Г. Клиническая лингвология. М. 2007; 278.

Поступила 10.06.2010 г.