

БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра хирургических болезней

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛУБОКИХ
КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ

К.м.н. А.Р.Гильмутдинов

- К ним относятся:
- глубокая флегмона шеи,
- гнойный медиастинит,
- гнойный паранефрит, забрюшинная флегмона,
- гнойный парапроктит.

- ***Глубокая флегмона шеи:***
Воспаление клетчатки,
расположенной под глубокой
фасцией шеи. Инфекция в глубокое
клетчаточное пространство шеи
чаще всего попадает из полости
рта, носоглотки, трахеи, пищевода,
волосистой части головы.

- К глубокой флегмоне шеи приводит прогрессирование воспалительного процесса в зубах (кариес), который может привести к остеомиелиту челюсти, околочелюстной флегмоне, флегмоне дна полости рта.

- Также к глубокой флегмоне шеи приводят заглоточный абсцесс, нагноения кист шеи, травмы шейных отделов пищевода и трахеи, гнойное воспаление лимфоузлов шеи.

- Опасности глубокой флегмоны шеи:
- 1 – возможность распространения по многочисленным межфасциальным щелям и по ходу сосудисто-нервных пучков шеи, с развитием гнойного медиастинита, сепсиса и др.

- 2 – стертые местные признаки воспаления в начальных стадиях, что приводит к поздней диагностике флегмон шеи.

- *Клиника:*
- в начале заболевания больные отмечают распирающие боли на шее и отек, гиперемии в начале нет, что затрудняет диагностику процесса.

- Прогрессирование процесса ведет к повышению температуры, развивается плотный отек, который приводит к сдавлению трахеи, пищевода.

- Развивается тяжелая интоксикация: высокая температура, тахикардия, лейкоцитоз.
- Нередко воспаление носит гнилостный или анаэробный характер, при несвоевременной диагностике приводит к медиастиниту, сепсису.

- *Лечение:* консервативное лечение только в начальной стадии (полуспиртовые компрессы, противовоспалительное лечение, санация первичного очага).

- В гнойной стадии производят вскрытие флегмоны шеи по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, выполняют активное дренирование, после операции назначают антибиотики широкого спектра, дезинтоксикационную терапию, ультрафиолетовое облучение крови, гипербарическую оксигенацию

- ***Гнойный медиастинит*** – гнойное воспаление клетчатки средостения. Причинами медиастинита являются флегмона шеи, повреждения трахеи и бронхов, осложнения при операциях на средостении, перфорации пищевода (инородным телом, при диагностической и лечебной эндоскопии, «банкетный синдром»).

- Заболевание протекает крайне тяжело, развиваются гипертермия до 39–40 градусов, ознобы, тахикардия до 120–140 ударов в минуту, одышка, боль за грудиной. Боль усиливается при глотании, наблюдается дисфагия. Возможна крепитация за счет подкожной эмфиземы.

- По течению выделяют молниеносную форму, когда больные погибают в первые 2 суток. Чаще наблюдается острая форма с менее бурной клиникой. Процесс может иметь и подострое течение, особенно при массивной антибиотикотерапии

- *Для диагностики:* необходима рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, где выявляются расширение тени средостения, свободный воздух или уровень жидкости в средостении. При контрастном исследовании пищевода можно выявить затек контраста за пределы пищевода.

- При фиброэзофагогастроскопии можно определить разрыв пищевода. При развитии сопутствующего плеврита выявляют жидкость в плевральной полости.

- *Лечение:* экстренное хирургическое вмешательство сразу после установления диагноза. Операция заключается в медиастинотомии – вскрытии средостения из шейного доступа или лапаротомного доступа, или используют их сочетание для активного промывания и санации средостения

- При повреждениях пищевода возможны:
- 1) дренирование зоны разрыва и гастростомия;
- 2) экстирпация пищевода с эзофагостомией и гастростомией;
- 3) экстирпация пищевода с одномоментной ее пластикой.
- Летальность при медиастините крайне высокая.

- ***Паранефрит*** – гнойное воспаление паранефральной клетчатки. Чаще всего паранефрит носит вторичный характер, развивается вследствие перехода инфекции при карбункуле почки, апостематозном гнойном пиелонефрите, абсцессе почек, повреждениях паранефральной клетчатки, мочекаменной болезни с пионефрозом и др. Реже паранефрит возникает при лимфогенном и гематогенном инфицировании.

- *Клиника.* Заболевание характеризуется повышением температуры до 38–40 градусов с ознобами, болями в пояснице. Боли могут иррадиировать вниз, на бедро, усиливаются при ходьбе, положителен псоас-симптом – боли и невозможность сгибания в тазобедренном суставе выпрямленной ноги, поэтому нога принимает вынужденное положение – согнута в коленном и тазобедренном суставах и приведена к животу

- . Появляется припухлость и болезненность поясничной области. В анализах крови выявляются лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоформулы влево, в анализах мочи – протеинурия, выявляются лейкоциты.

- *Диагностика:*
- 1. Клиника.
- 2. Рентгенологические методы.
Обзорная урография выявляет сглаженность или исчезновение контура поясничной мышцы на стороне поражения. Экскреторная урография указывает на наличие окклюзии мочевыводящих протоков.

- 3. Ультразвуковое исследование – выявляет признаки карбункула почки, пиелонефрита, инфильтрации паранефральной клетчатки.
- 4. Компьютерная томография (КТ) – выявляет паранефральную инфильтрацию.
- 5. При отсутствии УЗИ и КТ – возможна диагностическая пункция паранефральной клетчатки.

- *Лечение:* заключается в сочетании хирургического и консервативного методов. При выявлении паранефрита проводят люмботомию, вскрытие паранефральной клетчатки, дренирование. После операции назначают антибиотики широкого спектра, инфузионную терапию, гравитационную хирургию, переливание крови и плазмы.

- ***Парапроктит*** – гнойное воспаление параректальной клетчатки. Чаще инфекция (колибациллярная, энтерококковая, анаэробная) в параректальную клетчатку попадает при травмах промежности и прямой кишки, при воспалении анальных крипт, а также как осложнение ряда заболеваний прямой кишки

- По локализации гнойного процесса различают:
- подкожный,
- подслизистый,
- ишио-ректальный, ретроректальный,
- тазово-прямокишечный парапроктит.
- По течению различают:
- острый,
- хронический парапроктиты.

- *Клиника:* заболевание начинается с недомогания, болей в промежности, усиливающихся при дефекации. Температура повышается до 38–40 градусов с ознобами. При поверхностных формах (подкожный парапроктит) появляется гиперемия и отек кожи промежности, ягодиц.

- При глубоких парапроктитах видимых изменений нет. При ректальном пальцевом исследовании выявляются резкая боль, инфильтрация и выбухание стенок прямой кишки.

- При несвоевременном обращении или диагностике гнойник может вскрываться наружу в промежность или прямую кишку, с формированием свищей. С этого времени начинается переход острого парапроктита в хронический, свищи бывают неполные наружные или внутренние, и полные, один конец которых имеет сообщение с прямой кишкой, второй конец открывается наружу.

- *Лечение:* при остром парапроктите показано оперативное лечение – вскрытие гнойника под контролем пальца, введенного в прямую кишку. Необходимо следить, чтобы не повредить наружный анальный сфинктер. При гнилостных и анаэробных парапроктитах показано широкое вскрытие, некрэктомия, дренирование.

Пельвиоректальный парапроктит: состояние после операции



- После операции назначаются антибиотикотерапия, гипербарическая оксигенация, дезинтоксикационная терапия, бесшлаковая щадящая диета. При хронических парапроктитах – выполняют иссечение свищей.

- **Флегмона забрюшинного пространства:** чаще всего развивается при ретроперитонеальном аппендиците, при панкреонекрозах, при разрывах забрюшинной части 12-перстной кишки, при остеомиелите тазовых костей и позвонков.

- *Клиника:* начало забрюшинной флегмоны наслаивается на течение основного заболевания и практически не выявляется. В разгаре болезни появляются боли в поясничных областях, вынужденное положение больных с приведенными к животу ногами, постепенное повышение температуры тела с ознобами, ухудшение состояния больных после определенного светлого промежутка.

- При обследовании больных выявляют боли в поясничных областях, боли в животе, присоединяется парез кишечника.

- *Диагностика:*
- 1. Клиника.
- 2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости – выявляется стертость контуров поясничной мышцы чаще с обеих сторон, возможно наличие горизонтального уровня жидкости.

- 3. При УЗИ, КТ – выявляются признаки инфильтрации забрюшинной клетчатки, нередко ячеистой структуры.

- *Лечение:* оперативное. Надо стараться вскрыть забрюшинную флегмону забрюшинно, для чего выполняют либо люмботомию, либо лапаротомию, вскрытие сальниковой сумки и забрюшинного пространства с последующей изоляцией – марсупиализацией.
- Оперативное вмешательство сочетают с комплексом консервативного лечения.