

УДК 616.599-002.3-089

© Б. Г. БЕЗРОДНИЙ, О. М. ПЕТРЕНКО, Л. Д. МАРТИНОВИЧ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

## Хірургічне лікування хворих із флегмоною волосистої частини голови

B. H. BEZRODNYI, O. M. PETRENKO, L. D. MARTYNOVYCH

National Medical University by O. O. Bohomolets

### SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PHLEGMON OF HAIR HEAD PART

На даний момент відмічається тенденція до зростання флегмон волосистої частини голови із тяжким перебігом та незадовільними результатами. Тому метою нашої роботи було вивчення причин виникнення та особливостей патогенезу підшоломної флегмони голови й удосконалення способів лікування пацієнтів із даною патологією.

Проведено аналіз причин виникнення підшоломної флегмони волосистої ділянки голови (ВДГ) у 17 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у II хірургічному відділенні Київської клінічної лікарні № 2 (база кафедри хірургії № 2 НМУ ім. О. О. Богомольця) за період 2010–2013 рр. Усі пацієнти мали підшоломну флегмону. Середній вік пацієнтів склав  $(57,5 \pm 3,2)$  року. Чоловіків було 8, жінок – 9. Усі пацієнти належали до соціально незахищених груп населення.

При аналізі причин, які призвели до виникнення даної патології, встановлено, що основною з них була травма м'яких тканин голови різних локалізацій (потилична, тім'яна, лобна) з утворенням гематоми. Серед "факторів ризику", які призвели до утворення флегмони ВДГ, мав місце ряд тактичних та лікувальних помилок. Передусім – неадекватна хірургічна обробка рани та неадекватне ведення рани в післяопераційному періоді. У пацієнтів мали місце нагноєні гематоми в ділянці зашитої рани. Пацієнти нехтували перев'язками та не виконували призначень лікарів.

Ми виділили дві форми флегмони ВДГ: підпапоневротичну (15 пацієнтів) та піднадкисничну (субперіостальну) – 2 пацієнти. У клінічній картині про-

відну роль відігравали симптоми вираженої інтоксикації (лихоманка, озноб, слабкість). Інтоксикаційний делірій мав місце у 3 хворих. Патогномонічні симптоми гнійного вогнища (біль, набряк, гіперемія, флуктуація) у всіх пацієнтів були виражені різною мірою інтенсивності. Усі хворі були прооперовані. Операційне лікування полягало в широкому розкритті гнійного вогнища та некректомії. Операційні доступи були широкі: триклаптеві при ранах лобної та тім'яних ділянок та чотириклаптеві при тотальній субпапоневротичній флегмоні – у 12 пацієнтів. У післяопераційному періоді хворі отримували антибактеріальну терапію (цефалоспорини, фторхінолони), дезінтоксикаційну та протишокову терапію. З метою профілактики тромбозу венозних синусів призначали розчин пентосану 100 мг внутрішньовенно краплинно протягом 5 днів.

Пацієнтам із підпапоневротичною флегмоною на 7–10 добу, після очищення рани, було проведено пластичне закриття ранового дефекту методом дозованої дермотензії. У хворих із субперіостальною флегмоною ВДГ рани загоювалися вторинним натягом на тлі утворення грануляцій.

*Висновки.* 1. До виникнення підшоломних флегмон ВДГ призводить травма м'яких тканин голови із утворенням гематоми.

2. Провідну роль у патогенезі даної патології відіграють неадекватна хірургічна обробка ран та неадекватне лікування у післяопераційному періоді.

3. При операційному лікуванні мають бути застосовані широкі адекватні доступи з подальшим закриттям ранового дефекту.

Отримано 12.03.13