**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРИКЛАДНОЙ БИОТЕХНООЛГИИ**

Реферат по хирургии

тема:

«Флегмона затылка»

Москва 2002 г.

Флегмона затылка представляет собой разлитое гнойное воспаление рыхлой соединительной ткани. Возбудителями флегмоны являются гноеродные микроорганизмы: стафилококки, стрептококки, реже гнилостные микробы или смешанная инфекция. По локализации различают подкожную, подфасциальную и парабурсальную. Флегмона затылка наиболее часта у лошадей.

**Этиология**

Флегмона затылка возникает вследствие проникновения в его ткани микробов. Воротами инфекции обычно являются механические повреждения кожи: ссадины, царапины, раны. Ушиб тканей затылка может служить моментом, предрасполагающим к развитию инфекции. Флегмона затылка возникает иногда как осложнение при мыте, онхоцеркозе, бруцеллезе. Возникновение флегмоны затылка возможно при вспышке латентной инфекции в рубцовой ткани, а так же вследствие распространения воспалительного процесса со смежных областей тела.

Патогенез

При механических повреждениях и нарушении целостности тканей в области затылка, эти ткани пропитываются излившейся кровью, лимфой, серозным экссудатом, вследствие чего снижается их естественная резистентность и создаются благоприятные условия для развития проникших в рыхлую соединительную ткань гноеродных микробов. Пониженная резис-тентность тканей в области затылка служит предпосылкой для образования в них метастатических абсцессов.

При развитии подкожной флегмоны на разрезе бывают видны очаги гнойного инфильтрата в виде сероватых пятен и очаги гнойного расплавления ткани. Стекающий с разреза экссудат опалесцирует. По мере развития флегмоны в тканях появляются мелкие абсцессы. Последние сливаясь образуют большие гнойные полости, которые распространяются иногда на значительные участки области затылка и шеи. Распространению подкожной способствует большая подвижность головы и обилие соединительной ткани в области затылка. Продвижение гноя здесь может происходить по околососудистой соединительной ткани тех сосудов, которые проходят фасции и апоневрозы затылка. При этом околососудистая соединительная ткань расплавляется под воздействием протеолитических и других ферментов, выделяемых погибшими лейкоцитами, клетками тканей и микробами. В этом случае гнойные массы могут проникать в подфасциальные и межмышечные пространства. в процесс вовлекаются затылочноостистая связка, слизистая сумка, мышцы и даже костная ткань. Омертвение тканей происходит в результате сдавливания их воспалительным экссудатом и тромбоза питающих сосудов. Флегмона иногда осложняется тромбозом венозных сосудов, расположенных в области головы, лимфангитом и сепсисом.

Клиника

В зависимости от общей резистентности организма, степени повреждения тканей клинические признаки болезни могут сильно варьировать. В начальной стадии развития флегмоны общее состояние больного остается более или менее удовлетворительным. Животное, вытянув шею, стоит с опущенной головой. Отмечается угнетение высшей нервной деятельности, умеренная лихорадка. Аппетит уменьшен. В области затылка обнаруживают диффузную горячую, болезненную припухлость. При высокой резистентности организма и умеренно выраженных признаках флегмоны правильное лечение может остановить дальнейшее развитие процесса. В этом случае признаки воспаления постепенно ослабляются и исчезают совсем. Наступает выздоровление.

Если развитие процесса не приостанавливается, то через 2-3 дня от начала болезни нарастают признаки флегмоны. Больное животное находится в сонливом состоянии. Температура тела достигает 400 и выше. Наблюдается тахипноэ, пульс также учащен. Аппетит отсутствует. В области затылка появляется горячая, диффузная, болезненная, крайне напряженная припухлость. На выбритой коже выступают капельки серозного экссудата. При благоприятном течении флегмона абсцедируется. Абсцесс образуется в результате омертвения и гнойного расплавления поверхностно расположенных фиброзных тканей и по мере созревания может самопроизвольно вскрыться наружу. При этом образуются фистулы, часто имеющие извилистые ходы. Через них выделяется мутный серозно-фибринозный экссудат, а затем желтоватый гной. Если же этого не происходит, то в глубине тканей образуются гнойные ниши и карманы. Таким образом, флегмона распространяется дальше, захватывая все новые участки тканей. Гнойные массы прорываются под фасцию в межмышечные пространства, в парабурсальную соединительную ткань. При этом развивается подфасциальная, межмышечная, парабурсальная флегмона.

В начальном периоде развития межмышечной и парабурсальной флегмоны наряду с общими функциональными расстройствами отмечают болезненную припухлость без признаков размягчения и флюктуации, что объясняется глубоким расположением процесса. Лишь после того, как образуются гнойные полости, пробной пункцией можно получить гной. При затянувшемся процессе образуются фистулы, из которых выделяется гной часто с примесью обрывков омертвевших тканей. Процесс принимает подострое течение и переходит в фистулезную стадию. Последняя длится долго, в течение многих недель.

В гное содержатся протеолитические и другие ферменты, разрушающие ткани. При межмышечной флегмоне в гнойный процесс вовлекаются дорсальные и краниальные мускулы шеи: mm. rectus capitis dorsalis major, minor et medius, а также m. rectus capitis lateralis. Возникает гнойный миозит. Отсюда воспалительный процесс распространяется на затылочноатлантную мембрану. При перфорации этой мембраны гной может попасть в полость черепа. В таких случаях развиваются воспаление оболочек мозга и появляются нервные явления: резкая возбудимость, параплегия тазовых конечностей, параличи. Больное животное погибает.

При парабурсальной флегмоне часто поражается некрозом затылочная связка, которая плотно прилегает к дорсальной стенке глубокой слизистой сумки затылка, а иногда сумке 2-го шейного позвонка. Так как затылочная связка прикрепляется к затылочной кости, не покрытой надкостницей, то при распространении гнойно-некротический процесс переходит на затылочную кость. Последняя истончается и разрушается, а гной может проникнуть через позвоночный канал в полость головного мозга. При этом возникает мозжечковая атаксия, что особенно хорошо заметно во время движения животного на поворотах. При мозжечковой атаксии отмечают застойные явления соска зрительного нерва и изменение цвета дна глаза вследствие появления на нем темно-красных пятен и тяжей. В дальнейшем развиваются явления со стороны головного мозга: манежные движения, параплегия тазовых конечностей. Животное погибает.

При поражении затылочноатлантного сустава развивается гнойный панартрит. Из фистулы выделяется синовиальная жидкость с гноем. Вследствие сильной болезненности животное не может сгибать и разгибать шею.

Диагноз

Клиническая картина при флегмоне затылка настолько характерна, что поставить диагноз заболевания не представляет затруднений. Однако флегмону затылка необходимо отличать от острого травматического отека.

При травматическом диффузном отеке припухлость бывает тестоватой, а болевая реакция слабо выражена. После бритья не бывает выпота серозного экссудата. Общее состояние не нарушено.

Прогноз

В большинстве случаев прогноз при флегмонах затылка благоприятный, но при затяжном течении болезни он может быть осторожный и даже неблагоприятный, так как возможно развитие парабурсальной и межмышечной флегмоны, поражение затылочно-атлантного сустава и расстройство со стороны головного мозга.

**Лечение**

Волосы в области затылка выбривают. Ссадины, царапины, экскориации кожи смазывают спиртовым раствором йода. Рану, если она имеется, обрабатывают по правилам хирургии.

В первые 24—48 ч от начала заболевания целесообразно применять на пораженном участке высыхающие повязки, для чего используют смеси следующего состава: Spiritus camphorati — 100,0, Spiritus vini — 200,0, Jchthyoli — 12,0, Spiritus viiii — 400,0. Применяют компрессы с камфарным спиртом. Назначают курс лечения антибиотиками по следующей методике. Вводят ударную дозу пенициллина, а спустя 4ч — ударную дозу стрептомицина. Через 6 ч вновь вводят пенициллин, но в обычной дозе, а еще через 4ч — обычную дозу стрептомицина. Таким образом, в течение дня производят 4 инъекции. Курс лечения 3—4 дня. Антибиотикотерапия способствует локализации процесса. В настоящее время в связи с применением антибиотиков осложнения при флегмонах затылка наблюдаются редко.

По мере появления фокусов гнойного размягчения тканей производят косые линейные разрезы кзади, которые должны проникать до очага гнойного воспаления. Этим достигается снижение внутритканевого давления, нормализуется местное кровообращение, предупреждается возникновение тромбоза сосудов и дальнейший некроз тканей, обеспечивается сток воспалительного экссудата и ослабляются явления интоксикации организма. Для ускорения созревания и купирования гнойного очага полезно применять местные тепловые процедуры.

В послеоперационный период следует использовать гипертонические растворы, лечебное действие которых сводится к тому, что они усиливают ток жидкости из глубины тканей кнаружи. Тем самым ткани промываются биологическими жидкостями — межклеточной жидкостью и лимфой. Эти биологические жидкости содержат разнообразные ферменты, гормоны, антитела, лейкоциты, соли, белки, углеводы и другие вещества. Вместе с тем с током жидкости механически выносятся на поверхность микробы, их токсины, продукты распада, чем обеспечивается механическая антисептика тканей. Биологическая и механическая антисептика способствуют ускорению процесса самоочищения очагов гнойного воспаления от омертвевших тканей и создает оптимальные условия для репаративной регенерации. С целью создания этих условий в практике применяют обычно водные гипертонические растворы хлорида натрия, сернокислой магнезии, сахара, а также 30%-ный раствор глицерина или жидкость Оливкова, следующего состава: Natrii carbonici — 4,0, Aquae destillatae — 80,0, Tinct. lodi 5% — 20,0, Magnesii sulfurici — 80,0, Glycerini — 280,0, Infusum foliorum Digitalis ex 3,0 (6,0) - 100,0.

При назначении гипертонических растворов нужно учитывать то, что применение водных растворов лекарственных веществ затормаживает движение биологических жидкостей из тканей, тем самым снижается положительная роль биологической и механической антисептики. Кроме того, коллоиды клеток, поглощая воду, набухают, в результате чего снижается их резистентность. Это приводит к образованию большого количества гноя и ослабляет процесс регенерации.

Во второй фазе заживления, когда в ране появляются грануляции, применяют мазь Вишневского, бальзам Шостаковского, эмульсию прополиса, реверзибельную эмульсию белого стрептоцида. В этой фазе раневого процесса полезно применять тепловые процедуры, облучать пораженный участок лампой соллюкс, лампой Минина, ультрафиолетовыми лучами. Тепловые процедуры и облучения улучшают местное крово- и лимфообращение, что в свою очередь способствует скорейшему заживлению раны.

Флегмоны обычно сопровождаются всасыванием (резорбцией) в лимфатические и кровеносные сосуды продуктов воспаления, микроорганизмов и их токсинов. В результате этого нарушается постоянство внутренней среды организма (гомеостазис) и кислотно-щелочное равновесие, развивается токсемия, а в тяжелых случаях и токсинемия (септицемия), происходит сенсибилизация организма, нарушается сердечная деятельность. Поэтому лечение флегмоны должно быть комплексным. Для поддержания сердечной деятельности применяют средства сердечно-сосудистого действия. Для сохранения кислотно-щелочного равновесия в питьевую воду добавляют двууглекислую соду, внутривенно вводят стерильный 5%-ный раствор гидрокарбоната натрия. В качестве антитоксических и десенсибилизирующих средств внутривенно вливают стерильные растворы тиосульфата натрия (гипосульфита), хлорида кальция, уротропина, глюкозы, 20%-ного спирта в изотоническом растворе хлорида натрия или камфарную сыворотку Кадыкова следующего состава: Camphorae tritae — 4,0, Spiritus vini rectificati — 300,0, Glucosi — 60,0, Sol. Natrii chlorati — 0,8% — 700,0. M. f. Solutio sterilisatae.

Камфарную сыворотку Кадыкова вводят лошади внутривенно 2 раза в день по 250—300 мл на инъекцию. Подкожно вводят димедрол. В качестве антисептических средств применяют сульфаниламиды и антибиотики. При обнаружении патологических изменений в затылочноостистой связке, в бурсах и в окружающих их тканях предпринимают оперативное вмешательство, в необходимых случаях производят резекцию затылочноостистой связки по способу Мериллата. При этом следует иметь в виду, что операции на затылке сопровождаются значительным кровотечением. Поэтому перед операцией вводят лошадям и крупному рогатому скоту по 100—200 мл 10%-ного раствора хлорида кальция или хлорида натрия. Для местного обезболивания применяют новокаин-сывороточные растворы. Для этого берут нормальную лошадиную сыворотку и 5%-ный или 10%-ный водный раствор новокаина, который добавляют к сыворотке в необходимом количестве для получения раствора нужной концентрации.

**Использованная литература**

1. «Частная хирургия» Москва. «Колос» 1973 г.
2. «Ветеринарная рецептура с основами терапии и профилактики» Москва. «Агропромиздат» 1988 г.
3. М.В. Плахотин «Справочник по ветеринарной хирургии» Москва. «Колос» 1977 г.
4. «Ветеринарный энциклопедический словарь» Москва. «Сельхозгиз» 1951 г.