

В.С. КУНИЦКИЙ<sup>1</sup>, А.В. КУЛИКОВ<sup>2</sup>, С.А. СЕМЕНОВ<sup>2</sup>

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОН ШЕИ

УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,

УЗ «Витебская областная клиническая больница»<sup>2</sup>,

Республика Беларусь

В отделении оториноларингологии для взрослых Витебской областной клинической больницы с 2003 по 2007 год проходил лечение 71 больной с флегмонами шеи. Этиологической причиной заболевания является гемолитический стрептококк, различные виды стафилококков, смешанная флора и анаэробы. Кроме методов клинического исследования, в последние годы с успехом используется компьютерная (КТ) и магниторезонансная томография (МРТ). Все больные были прооперированы в первые сутки после поступления. Важнейшим условием лечения флегмон шеи является срочное хирургическое вмешательство: широкое вскрытие, дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи с последующим орошением растворами антисептиков и проведения адекватной антибактериальной терапии.

*Ключевые слова:* флегмона шеи, вскрытие, дренирование, глубокие клетчаточные пространства шеи

At the otorhinolaryngological department for adults in Vitebsk regional clinical hospital, 71 patients were treated for Dupuytren's phlegmon during the period between 2003 to 2007. Etiological causes of the disease are hemolytic streptococcus, different types of staphylococcus, mixed flora and anaerobes. Together with the clinical methods of examination, computer tomography (CT) and magneto-resonant tomography (MRT) have been successfully used recently. All the patients were operated on during the first 24 hours after their admission. An important factor required for the phlegmon treatment is quick surgical interference – wide dissection, drainage of deep cellular spaces of the neck with aqueous antiseptic solutions and adequate antibiotic therapy.

*Keywords:* Dupuytren's phlegmon, resection, drainage, deep cellular spaces of the neck

В настоящее время гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи являются частой патологией в практике оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов [1]. Среди заболеваний челюстно-лицевой области и шеи гнойно-воспалительные процессы занимают первое место, представляя серьёзную опасность для жизни пациентов. Необходимо отметить, что наиболее тяжёлое течение приобретают те формы гнойно-воспалительных заболеваний, распространяющиеся на несколько анатомических областей головы и шеи, что обусловлено анатомо-топографическими особенностями их строения [2]. По мнению В.А. Казимиркина, наиболее часто встречаются абсцес-

сы – 30–36%, и флегмоны – 10–12% [3].

Среди причин развития флегмон шеи выделяют: одонтогенная инфекция, тонзиллогенная инфекция, ранения шеи с повреждением трахеи и пищевода, травмы гортаноглотки и пищевода инородными телами, ятрогенная травма, спонтанный разрыв пищевода, осложнения после операций на пищеводе, трахее, удалении инородных тел трахеи, прямой ларингоскопии, аденотомии [4].

Определённое неблагоприятное значение в развитии флегмон шеи оказывают сопутствующие заболевания: сахарный диабет, хронический алкоголизм, гормонозависимая бронхиальная астма, хроническая почечная недостаточность, патологическое

ожирение и лучевая терапия.

Несмотря на успехи медикаментозной терапии, абсцессы и флегмоны головы и шеи имеют тенденцию к прогрессированию и развитию опасных для жизни осложнений: медиастенита, сепсиса, тромбоза, ДВС-синдрома и т.д.

Серьёзная опасность для жизни больных с флегмонами шеи обусловлена анатомо-топографическими особенностями данной области, быстрым распространением воспалительного процесса по клетчаточным пространствам, развитием медиастинита и генерализацией инфекции. Выжидательная, а порой неадекватная консервативная терапия не приводит к улучшению состояния больных с флегмонами шеи. Основным методом лечения остаётся хирургический – вскрытие глубоких клетчаточных пространств шеи. Операция под названием «коллярная медиастинотомия» была предложена В.И. Разумовским в 1899 году и в 1901 году австрийским хирургом Гаккером [5].

Число больных с тяжёлым течением флегмон шеи в последние годы увеличивается, что приводит к значительному росту временной нетрудоспособности, а в отдельных случаях – к летальному исходу либо инвалидности больных [6]. Все это переносит проблему из чисто медицинской области в область медико-социальную.

**Цель** исследования: провести анализ методов диагностики и результатов лечения больных с флегмонами шеи по материалам оториноларингологического отделения для взрослых Витебской областной клинической больницы.

### Материал и методы

Нами проведено изучение 71 случая глубоких флегмон шеи у пациентов, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении для взрослых Витебской

областной клинической больницы с 2003 по 2007 год. Женщин – 22, мужчин – 49. Возраст пациентов составил в среднем  $48,1 \pm 2,3$  года. У 52 больных гнойный процесс ограничивался клетчаточными пространствами шеи, а у 19 выявлено распространение гнойного процесса на средостение, что обусловило перевод пациентов для дальнейшего лечения в торакальное отделение.

### Результаты и обсуждение

Согласно проведенному анализу (таблица), наиболее частой причиной развития глубоких флегмон шеи явились различные тонзиллогенные поражения – 37 случаев, инородные тела пищевода – 14 и одонтогенные аденофлегмоны – 11 случаев. Летальный исход наблюдался – 1 при тонзиллогенной флегмоне шеи, 1 из 6 случаев глубоких флегмон, развившихся после ранения мягких тканей шеи, 1 – при ятрогенной флегмоне и 1 из 2 наблюдаемых случаев отогенной флегмоны.

Постановка диагноза основывалась на правильно и тщательно собранном анамнезе, эндоскопическом исследовании ЛОР органов, местном статусе при исследовании шеи, данных клинико-лабораторного обследования и рентгенологических методах исследования – рентгенограмма по Г.М. Земцову в боковой проекции, КТ шеи и средостения, МРТ. Последние два года (2006–2007 гг.) в диагностике флегмон шеи с успехом используется КТ и МРТ шеи и средостения, которые были проведены у 25 пациентов. Высокая информативность данных методов исследования позволила выявить ранние стадии развития гнойно-некротического процесса в виде пропитывания мягких тканей шеи воспалительным экссудатом, расширения средостения, а при формировании флегмоны – образования полостей, наполненных газом.

**Флегмоны шеи по материалам оториноларингологического отделения  
для взрослых УЗ «ВОКБ» за 2003–2007 годы**

Причины развития флегмон	Количество пациентов за 2003 год	Количество пациентов за 2004 год	Количество пациентов за 2005 год	Количество пациентов за 2006 год	Количество пациентов за 2007 год	Всего:
Аденофлегмона	2	2	2	2	3	11
Отогенная флегмона	1 (1 умер)	1	-	-	-	2 (1 умер)
Инородное тело пищевода, осложненное флегмоной шеи	1	3	4	4	2	14
Ранение шеи, осложненное флегмоной шеи	2	2	-	-	2 (1 умер)	6 (1 умер)
Тонзиллогенная флегмона	1	5	13 (1 умер)	12	6	37 (1 умер)
Ятрогенная флегмона	-	1 (1 умер)	-	-	-	1 (1 умер)
Всего:	7	14	19	18	13	71 (4 умерло)

При рентгенологическом исследовании особое внимание уделялось не только расширению тени предпозвоночной клетчатки шеи, но и наличию симптома «скопления пузырьков газа» в тени предпозвоночной клетчатки и средостения, что определяло потребность в хирургическом лечении. Выполняемое хирургическое вмешательство при флегмонах шеи производилось по жизненным показаниям – в течение первых 2-х часов после установки диагноза. Откладывание хирургического вмешательства приводит к утяжелению состояния больного или его гибели. Противопоказаний для операций при флегмонах шеи и тем более при распространении гнойного процесса в средостение не может быть.

Хирургическое вмешательство по вскрытию глубоких клетчаточных пространств шеи проводилось под интубационным наркозом. До начала вмешательства решался вопрос об интубации через естественные дыхательные пути или через

предварительно наложенную трахеостому. Показанием для наложения трахеостомы является: наличие стеноза верхних дыхательных путей, выраженный отёк слизистой оболочки глотки и гортани, создающий затруднения при проведении интубации и необходимость проведения полноценных санационных мероприятий дыхательных путей в послеоперационном периоде.

Из 71-ого пациента 62-м выполнена трахеотомия с последующей интубацией через трахеостому.

Всем пациентам проведено срочное хирургическое вмешательство – вскрытие и дренирование клетчаточных пространств шеи. В связи с особенностями строения клетчаточных пространств шеи, высокой гидрофильностью тканей средостения пациентам производились широкие разрезы с ревизией клетчаточных пространств шеи как с одной, так и с двух сторон для адекватного дренирования и орошения растворами антисептиков. После очищения раны



**Рис. 1.** Больная К. Боковая рентгенограмма шеи по Земцову.

на 11–18 сутки накладывали вторичные отсроченные швы.

С момента поступления больного в стационар и до клинического выздоровления больным проводилась адекватная медикаментозная терапия (антибактериальная – Sol. Cefatoximi – 2,0 в/в, Sol. Amycacini 1,0 + 400 мл. физ. р-ра в/в кап, Sol. Metronidazoli 0,5% – 100,0 в/в кап. Sol. Meronemi 2,0 в/в, Тиенам 1,0 в/в; инфузионная заместительная терапия – Sol. Glucosae 5% 400 + Vit B<sub>1</sub>, Sol. Ringeri – 400 ml + Vit B<sub>12</sub> в/в кап., Sol. Reopolyglucini – 400,0 в/в кап., Sol. Refortani – 500,0, Sol. Albumini 10% – 200,0, Sol. Emoxipimi 3% – 10,0, Sol. Immunoglobulini BB – 50,0; УФО крови).

При микробиологическом исследовании отделяемого из раны у 54-х больных выявлены различные возбудители, а у 17-и пациентов роста микрофлоры не получено. Среди выделенной микрофлоры определялись различные возбудители гнойно-септических процессов: гемолитический стрептококк – у 20 пациентов, различные виды стафилококков – у 12, смешанная

флора – у 14, анаэробы – у 8 пациентов.

Все пациенты в послеоперационном периоде получали интенсивную терапию в отделении анестезиологии и реанимации ВОКБ. Перевод больных в соматические отделения осуществлялся после ликвидации угрозы для жизни пациентов.

В качестве примера можно привести пример: Больная К., 81 год, история болезни №10899. Жалобы при поступлении (29.09.2006 г.) на боль в горле, невозможность проглатывания пищи и воды. В ВОКБ поступила спустя 6 суток после попадания инородного тела в пищевод (рыбья кость). Инородное тело было удалено при эндоскопическом исследовании 26.09.2006 г. При обследовании больной отмечается: сглаженность контуров шеи, резкая болезненность по ходу сосудисто-нервного пучка шеи с двух сторон, общее состояние больной тяжёлое. На боковой рентгенограмме шеи по Г.М. Земцову выявлено наличие газа в области тени предпозвоночной клетчатки (рис. 1). Клинический диагноз: Инородное тело пищевода (рыбья кость, удалена 26.09. 2006 г.). Флегмона шеи. Медиастинит. В день поступления больная была прооперирована – вскрыты глубокие клетчаточные пространства шеи (рис. 2, см. цветной вкладыш), выполнена торакотомия с дренированием средостения. При вскрытии клетчаточных пространств шеи произведено удаление гнойного отделяемого, некротизированных тканей и промывание пространств 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата. Рана дренирована перфорированными полихлорвиниловыми трубками, перчаточной резиной и марлевыми турундами. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде проводилась в отделении реанимации ВОКБ, где осуществлялась комплексная противовоспалительная терапия, коррекция водно-солевого обмена, динамическое наблюдение. Больная выписана с выздоровлением

31.10.2006 года (рис. 3, см. цветной вкладыш). Контрольный осмотр через 6 месяцев не выявил у больной осложнений и ухудшения самочувствия.

### **Выводы**

1. Сохраняется высокая частота гнойно-некротических поражений клетчаточных пространств шеи, являющихся в ряде случаев причиной летальных исходов.

2. Современные высокоэффективные методы диагностики: КТ и МРТ – позволяют на ранней стадии формирования флегмоны уточнить диагноз и определить показания к хирургическому вмешательству.

3. Основным условием успешного лечения флегмон шеи является неотложное хирургическое вмешательство – широкое вскрытие, дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи с последующим орошением растворами антисептиков.

4. Лечение флегмон шеи должно включать в себя широкий спектр современных методов борьбы с острой хирургической инфекцией из-за опасности развития осложнений.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Хоров, О. Г. Проблемы лечения нагноительных процессов челюстно-лицевой области и шеи / О. Г. Хоров, В. И. Колесник, Л. А. Кравцевич // Респ. науч.-практич. конф. оториноларингологов: матер. конф. – Минск, БГМУ, 2006. – С. 36-38.
2. Соловьев, М. М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. – М., МЕД-пресс, 2001. – 230 с.
3. Казимиркин, В. А. Клиническая значимость иммунограммы для прогнозирования течения флегмон лица и шеи: дис. ... канд. мед. наук / В. А. Казимиркин. – М., 1990.
4. Логосов, В. С. Флегмоны шеи / В. С. Логосов, Н. А. Мирошниченко, М. В. Гунчиков // Вестник оториноларингологии. – 1996. – № 5. – С. 43-45.
5. Король, И. М. О лечении глубоких флегмон шеи и медиастинитов / И. М. Король, Е. И. Корженевич // Материалы 2 междунар. белорус.-польск. конф. по оториноларингологии. – Гродно, 2003. – С. 156-157.
6. Флегмоны шеи / Б. С. Лопатин [и др.] // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2001. – № 2. – С. 37-39.

#### **Адрес для корреспонденции**

211023, Республика Беларусь,  
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27,  
Витебский государственный медицинский  
университет, кафедра оториноларингологии,  
тел. раб.: 8 (0212) 22-40-01  
Куницкий В. С.

*Поступила 27.11.2008 г.*