ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОКОВЫХ ФЛЕГМОН ГЛОТКИ И ШЕИ У ДЕТЕЙ

Григорьев Г.М.,Тушнолобов И.М.

Уральская государственная медицинская академия

Детская городская клиническая больница № 9

Боковые флегмоны глотки и шеи представляют распространенные воспалительные процессы различных анатомических структур шеи. В зависимости от особенностей клинического течения они обозначаются как боковая глоточная (окологлоточная) флегмона, парафарингиальный абсцесс, глубокая флегмона шеи, парафарингит, септический и флегмонозный фарингит, флегмона боковой стенки глотки. Несмотря на то, что в ЛОР-практике боковые флегмоны глотки встречаются редко, они представляют угрозу жизни больных. Близость гортани, шейного сосудистого пучка, магистральных шейных лимфатических путей, предопределяет при этом виде патологии опасность стеноза гортани, диффузных кровотечений из магистральных сосудов шеи, сепсиса и медиастенита.

Настоящее сообщение посвящено анализу 38 наблюдений боковых флегмон глотки и шеи у детей, зарегистрированных в ЛОР-стационарах г. Екатеринбурга в течение последних 25 лет (1980-2004), в том числе у 20 девочек и 18 мальчиков в возрасте от 3 мес. до 15 лет.

У 15 больных имелись признаки передней, у 13 детей – задней боковой глоточной (окологлоточной) флегмоны, у 4 больных гнойно-некротический процесс локализовался и в переднем, и в заднем боковом глоточном пространстве, у 2 на операции было обнаружено распространение процесса из бокового глоточного в заглоточное пространство, у 4 наблюдалось распространение гнойно-некротического процесса из боковой глоточной флегмоны по ходу шейного сосудистого пучка в средостение.

У 28 детей причиной флегмонозных процессов глотки и шеи была тонзиллогенная инфекция (в том числе у 9 – паратонзиллярный абсцесс), у 5 – септический (флегмонозный) фарингит, у 2 – травмы глотки, у 2 – острый гнойный средний отит, у одного ребенка боковая глоточная флегмона была следствием остеомиелита височной кости, развившегося на фоне пупочного сепсиса. У 23 больных имели место ошибки при установлении диагноза, следствием которых было несвоевременное и неадекватное оказание медицинской помощи: 12 больным установлен диагноз «острая респираторная

инфекция», 8 – «паратонзиллярный абсцесс», 2 – «шейно-верхушечный мастоидит», причем одному выполнена мастоидотомия, 1 – «опухоль паратонзиллярного пространства».

Всем больным при поступлении в стационар назначали комплексную интенсивную терапию, включающую лечение антибиотиками широкого спектра действия, назначение дезинтоксикационных, жаропонижающих и иммунных препаратов, 10 больным произведено вскрытие боковых глоточных флегмон по В.И. Разумовскому и 6 – по В.Ф. Войно-Ясенскому, 3 – шейная медиастинотомия, 3 – трахеостомия, у 9 больных в условиях стационара были вскрыты паратонзиллярные абсцессы, у 3 – гнойники, располагавшиеся в боковой стенке гортаноглотки и 2 – в области бокового валика глотки. В связи с возникшим кровотечением 6 больным были проведены операции на магистральных сосудах шеи. У 32 госпитализированных детей (в том числе 13 детей с серозноы формой боковой флегмомы глотки, получавших только интенсивную комплексную терапию) наблюдали благоприятный исход болезни. У некоторых детей (6 больных) имел место летальный исход. Причинами смерти были сочетание сепсиса и медиастенита (2 больных) и аррозионные кровотечения из общей или внутренней сонной артерии (4 детей).

Заслуживало внимания то, что из 8 детей, поступивших в стационар в 1980-1986 гг. с ошибочным диагнозом «паратонзиллярный абсцесс» и которым, начиная с догоспитального этапа оказания медицинской помощи повторно проводились попытки вскрыть гнойник через глотку, у 6 в дальнейшем возникли аррозионные кровотечения, четверо из них погибли. На секции у них были обнаружены обширные некрозы клетчатки бокового глоточного пространства с аррозией магистральных сосудов шеи. Летальный исход также наблюдался у 2 из 5 больных с септическим фарингитом (флегмоной боковой стенки глотки). Причинами смерти этих детей явились запоздалая диагностика, поздняя госпитализация в специализированное отделение и отсутствие адекватной интенсивной терапии, что привело к распространению гнойно-септической инфекции на клеточные пространства шеи и средостения.

Резюмируя вышеизложенное, считаем важным отметить следующие меры, необходимые для своевременной диагностики и адекватной врачебной тактики при подозрении на боковые флегмоны глотки и шеи:

1. Больные, находящиеся в тяжелом состоянии из-за резких болей в горле, нарушений глотания и дыхания, выраженной гиперемии нуждаются в срочной консультации дежурного отоларинголога многопрофильной городской (межрайонной, областной) больницы.

2. При осмотре особое внимание следует уделять данным анамнеза, тщательной пальпации области шеи, эндоскопии органов уха, носа и горла. По показаниям проводить непрямую или прямую лариного- и гипофарингоскопию. Дополнительными средствами диагностики могут быть клинические анализы крови и мочи, рентгенограммы шеи по Г.М. Земцову, легких и средостения, в также консультации специалистов – педиатра, инфекциониста, детского хирурга и хирурга стоматолога.

3. Госпитализированным больным следует назначать интенсивную терапию, включающую инфузии антибиотиков, жаропонижающие, десенсибилизирующие, дезинтоксикационные средства и иммунные препараты. Для дополнительной диагностики могут применены УЗИ, КТ, МРТ и допплеросонография магистральных сосудов шеи.

4. На фоне комплексной интенсивной терапии по клиническим показаниям могут быть выполнены необходимые хирургические вмешательства на боковой стенке глотки или структурах шеи: вскрытие гнойников гортаноглотки или бокового валика глотки, паратонзиллярных абсцессов, тонзиллэктомия, трахеостомия, вскрытие бокового глоточного пространства, операции на магистральных сосудах шеи, шейная медиастенотомия.

К ВОПРОСУ О ШЕЙНОМ ГОЛОВОКРУЖЕНИИ В ДЕТСКОЙ ЛОР ПРАКТИКЕ

Рожкова Т.В.

Детская городская клиническая больница № 9

В последние десятилетия появились публикации об учащении головокружений, расстройств равновесия при различных поражениях структуры шеи. При наличии признаков ушной патологии у больных, перенесших травму шеи, страдающих шейным остеохондрозом или врожденными кранио-вертебральными аномалиями, возможны диагностические ошибки и, как следствие, назначение неадекватного, неправильного лечения. В частности, у больных хроническим гнойным отитом нередко ошибочно диагностируют тимпаногенный лабиринтит или внутричерепное отогенное осложнение.

Острая нейросенсорная тугоухость у больных шейным остеохондрозом нередко является первым признаком тяжелого поражения сосудов вертебрально-базилярного бассейна. Нарушения слуха у больных с врожденными кранио-вертебральными аномалиями длительное время могут расцениваться как кохлео-вестибулярный неврит неясной этиологии.