

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ШЕИ

Алфёров А.В., Зарубин С.С.

Кафедра оториноларингологии СГМУ.

МУЗ «Областная клиническая больница г. Архангельска».

Научный руководитель: д.м.н. Калинин М.А.

Проблема гнойно-воспалительных заболеваний в настоящее время остается актуальной. Анатомо-топографические особенности шеи, возможность быстрого распространения инфекции с развитием медиастинита, ее генерализация — представляют огромную опасность для жизни больного. За последние годы отмечается рост числа больных с флегмонами шеи, пролеченных на базе областной клинической больницы г. Архангельска. За период с 1986 по 1990 год в ЛОР-отделении АОКБ было пролечено 24 пациента с флегмоной шеи; за период с 1991 по 1993 год 31 больной. С 1995 года по 2002 год 49 пациента, из них 37 мужчин и 12 женщин. Возраст больных: от 15 до 75 лет; из них от 20 до 40 лет—38 и от 40 до 60 лет—11 человек.

В большинстве случаев флегмона шеи явилась осложнением острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей: ОРВИ (29,41% случаев), паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса (29,41%), следствием острого и хронического гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом (8,82%), нагноения кист шеи (5,88%) и посттравматических гематом (5,88%). Реже причиной развития флегмоны шеи явились воспалительные заболевания кожи (5,88%) и онкопатология (рак гортани 2,94% случаев). В ряде случаев причина осталась не выясненной (14,7%).

Сроки поступления больных в клинику от начала заболевания в среднем составили 7–8 суток и 2–3 от момента появления клинических признаков флегмоны шеи. Клиническая картина флегмон шеи крайне разнообразна и обусловлена причиной, длительностью заболевания и локализацией процесса. Наряду с симптомами общей интоксикации наиболее характерны боли в горле с иррадиацией в ухо, затрудненное глотание, наличие инфильтрата в области шеи, вынужденное положение головы, боли при наклонах и поворотах головы. Симптомы общей интоксикации, наряду с местными симптомами обуславливали тяжесть течения заболевания. Картина гемограммы

(48,3%) наблюдений. У 11 (19,0%) оперированных больных вмешательство на легком не требовалось. Зашивание раны и атипичная резекция в зоне ушибленной легочной паренхимы сопровождались пневмонитом, абсцессом легкого и эмпиемой плевры в послеоперационном периоде.

3. Неправильное ведение послеоперационного периода: игнорирование лечебных мер, направленных на восстановление проходимости бронхов, преждевременное удаление дренажей из плевральной полости, нерациональная антибиотикотерапия и др.

Перечисленные дефекты обусловили высокую частоту послеоперационных осложнений и непосредственных неблагоприятных исходов лечения. Для улучшения результатов лечения необходимо привлекать к лечебно-диагностическому процессу в ранние сроки после травмы торакального хирурга.