

## ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ШИЇ

**О. В. Кравець,**

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*Проаналізовані результати лікування 52 хворих із флегмонами шиї. Основними причинами розвитку захворювання були одонтогенна патологія та запальні процеси ЛОР-органів. До комплексу діагностики входили огляд хворих, лабораторні та інструментальні методи обстеження, пункція гнійного вогнища. Усі хворі прооперовані в ургентному порядку. У післяопераційному періоді проводили комплексне лікування, яке включало адекватне знеболення, інфузійно-детоксикаційну, десенсибілізувальну, антибактеріальну терапію. Післяопераційний ліжко-день становив (14,3±5,4) дня. Післяопераційна летальність – 3,8 %.*

**Ключові слова:** флегмона шиї, інтоксикація, ускладнення, діагностика, оперативне лікування.

*Проанализированы результаты лечения 52 больных с флегмонами шеи. Основными причинами развития заболевания были одонтогенная патология и воспалительные процессы ЛОР-органов. В комплекс диагностики входили осмотр больных, лабораторные и инструментальные методы обследования, пункция гнойного очага. Все больные прооперированы в ургентном порядке. В послеоперационном периоде проводили комплексное лечение, которое включало адекватное обезболивание, инфузионно-детоксикационную, десенсибилизирующую, антибактериальную терапию. Послеоперационный койко-день составил (14,3±5,4) дня. Послеоперационная летальность – 3,8 %.*

**Ключевые слова:** флегмона шеи, интоксикация, осложнения, диагностика, оперативное лечение.

## ВСТУП

Лікування хворих із флегмонами шиї залишається актуальною проблемою хірургії. Останнім часом поряд з агресивними формами поширених флегмон, що супроводжуються вираженим синдромом інтоксикації, зростає кількість хворих із млявим перебігом, стертою клінічною картиною на тлі яких діагностика ускладнень захворювання стає важким завданням [1, 3, 4, 6].

Флегмони шиї нерідко спричиняють тяжкий стан із виникненням поліорганної недостатності. Це пов'язано з анатомічними особливостями будови шиї (насичення нервово-судинними утвореннями, поєднання через клітковинні простори із суміжними ділянками). Найбільш тяжкими і небезпечними ускладненнями гнійно-запальних процесів шиї є медіастиніт та сепсис. Лікування цієї категорії хворих тривале, вартісне та не завжди успішне. Незважаючи на досягнення сучасної антибактеріальної терапії, летальність при гнійних захворюваннях шиї утримується на стабільно високому рівні і коливається від 30 до 80 % [2, 3, 5, 7].

Труднощі діагностики та лікування хворих із флегмонами шиї пов'язані не тільки з клініко-анатомічними особливостями цієї ділянки, але й з організаційними питаннями. У багатьох лікувальних закладах остаточно не визначені відповідальні фахівці, які повинні займатися цією патологією. Таким чином, хворі часто починають лікування у ЛОР-відділенні чи відділенні щелепно-лицевої хірургії, а закінчують у загальнохірургічному або торакальному стаціонарах. При цьому упускається єдина анатомо-патогенетична сутність гнійно-запального процесу. У результаті страждає діагностика, збільшується кількість клінічно тяжких та за давних випадків [8, 9].

Ситуація, що склалася, вимагає оптимізації підходу у лікуванні флегмон ший, що ґрунтується на сучасній діагностиці та невідкладному хірургічному втручанні, яке покликане не лише обірвати інфекційний процес, але й створити передумови для швидкого і повноцінного відновлення цілісності і функції уражених тканин.

#### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження було проведення аналізу методів діагностики та результатів лікування хворих із флегмонами ший.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчено 52 історії хвороби хворих із флегмонами ший, які перебували на лікуванні у хірургічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні з 2001 по 2011 рік. Чоловіків було 37 (71,2 %), жінок – 15 (28,8 %). Вік хворих коливався від 18 до 77 років (середній – 41,9).

Обстеження починали із з'ясування скарг, анамнезу захворювання, огляду пацієнта. Лабораторні методи включали: загальноклінічні аналізи, біохімічний аналіз крові, коагулограму. Бактеріологічне дослідження полягало у заборі матеріалу з рани, його культивуванні на живильних середовищах, виділенні культури мікроорганізмів та визначенні їх чутливості до антибіотиків. З додаткових методів діагностики використовували рентгеноскопію, рентгенографію, ультрасонографію та комп'ютерну томографію. За необхідності виконували пункцію гнійного вогнища.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи історії хвороб, виявили, що при госпіталізації задовільний стан був у 5 (9,6 %) хворих, у 21 (40,9 %) – середнього ступеня тяжкості, у 24 (46,2 %) – тяжкий, у 2 (3,8 %) – дуже тяжкий. Причиною розвитку флегмон ший у 18 (34,6 %) осіб була одонтогенна патологія, у 12 (23,1 %) – запальні процеси ЛОР-органів, у 8 (15,4 %) – шийний лімфаденіт, у 6 (11,5 %) – переломи нижньої щелепи і травми ший, у 8 (15,4 %) установити причину розвитку захворювання було неможливо. У 47 (90,4 %) осіб гнійний процес обмежувався клітковинними просторами ший, у 5 (9,6 %) виявлено його поширення на середостіння, що стало причиною переведення 3 із них на лікування до торакального відділення.

Ріст бактерій установлений у 45 (86,5 %) мазках, взятих із ран. Монокультури виділені у 39 (86,7 %) випадках, бактеріальні асоціації – у 6 (13,3 %). У 17 (37,8 %) хворих мікрофлори не висіяно.

Таблиця 1 – Спектр мікроорганізмів, виділених у хворих із флегмонами ший

Збудник	Абс. число	%
St. aureus	13	28,9
St. epidermidis	8	17,8
E.coli	6	13,3
Str. pyogenes	5	11,1
P. aeruginosa	4	8,9
P. vulgaris	2	4,4
P. mirabilis	1	2,2
St. aureus+Str. pyogenes	2	4,4
St. aureus+ P. vulgaris	2	4,4
St. aureus+E.coli	1	2,2
St. epidermalis+E. coli	1	2,2
Всього	45	100

Основними скаргами хворих були: біль у ділянці шиї, підвищення температури тіла до 38–40 °С, загальна слабкість. Об'єктивно мали місце гіперемія, набряк тканин шиї, збільшення об'єму шиї, згладження шкірних складок, болючість при пальпації.

При лабораторному дослідженні відмічали лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ. При тривалому існуванні глибоких флегмон характерними були зміни у біохімічних аналізах крові, які проявлялися гіпопротеїнемією, підвищенням рівня сечовини і креатиніну, білірубину.

*Таблиця 2 – Динаміка лабораторних показників хворих із флегмонами шиї*

Показник	До операції	1-ша доба після операції	7–10-та доба після операції	Виписування
Гемоглобін, г/л	108,9±9,3	114±8,6	116±7,4	128±8,1
Еритроцити, 10 <sup>12</sup> /л	3,1±0,4	3,2±0,5	3,4±0,3	3,6±0,4
Лейкоцити, 10 <sup>9</sup> /л	18,6±4,5	14,3±3,8	11,7±3,9	8,5±2,5
ШОЕ, мм/год	41,2±12,0	40,3±10,1	32,0±7,2	20,5±4,3
Загальний білок, г/л	57,6±7,7	55,2±8,2	61,4±7,6	65,3±6,4
Креатинін, мкмоль/л	169,5±34,8	156,7±29,1	113,4±14,5	97,0±12,6
Сечовина, ммоль/л	14,2±5,6	12,5±4,4	9,8±2,3	6,7±2,6
Загальний білірубін, мкмоль/л	28,5±10,3	22,1±8,9	15,7±5,0	10,2±2,4

Рентгенологічне дослідження шиї та грудної клітки виконано усім хворим. На знімках виявляли розширення тіні передхребтової клітковини шиї, наявності скупчення бульбашок газу в тіні передхребтової клітковини і середостіння. У 3 хворих із медіастинітом на рентгенограмах грудної клітки визначалося розширення тіні середостіння.

Ультразвукове дослідження проведено 45 особам. Метод дозволяв виявити набряк м'яких тканин, при виявленні рідинного скупчення визначав його розміри, глибину розміщення та співвідношення з оточуючими органами і тканинами.

Комп'ютерна томографія виконана 10 хворим. Дослідження виявляло ранні стадії розвитку гнійно-некротичного процесу у вигляді просочування м'яких тканин шиї запальним ексудатом, розширення середостіння, а при формуванні флегмони – утворення порожнин, наповнених газом.

Пункцію вогнища запалення виконано у 42 осіб. В усіх випадках отримано гній.

Усі хворі були прооперовані в ургентному порядку. За необхідності проводили передопераційну підготовку з метою:

1) ліквідації волемічних порушень (5 % розчин глюкози з інсуліном, 0,9 % розчин натрію хлориду, рефортан, стабізол);

2) усунення білкових та електролітних порушень (трисоль, розчин Рінгер-Локка, ГК, інфезол, амінол, альбумін, свіжозаморожену плазму). За наявності метаболічного ацидозу вводили 4 % розчин бікарбонату натрію з розрахунку 2–3 мл на 1 кг маси тіла;

3) детоксикації (реамберін, сорбілакт, реосорбілакт);

4) десенсибілізації (1 % розчин димедролу, 2 % розчин супрастину).

Тривалість передопераційної підготовки становила від 1,5 до 2 год. При зменшенні ознак ендогенної інтоксикації і стабілізації гемодинаміки виконували хірургічне втручання.

Використовували індивідуальний підхід у виборі методу знеболення. У 45 (86,5 %) хворих операцію проводили під загальним (ендотрахеальним) наркозом. Обсяг оперативного втручання і вибір доступу залежали від локалізації і поширення флегмони. Основною метою операції було широке розкриття гнійного вогнища, висічення всіх мертвих, нежиттєздатних, просочених гноем і кров'ю тканин. Шляхом розсічення фасцій проводилася ревізія міжфасціальних просторів шиї. Особлива увага приділялася ревізії глибоких міжфасціальних просторів із метою попередження поширення гнійного процесу у верхнє середостіння. Закінчували операцію зрошенням порожнини гнійника розчинами антисептиків та дрениванням гнійних вогнищ перфорованими трубчастими дренажами для подальшого промивання рани.

У післяопераційний період проводили комплексне лікування, яке включало адекватне знеболення, інфузійно-детоксикаційну, десенсибілізувальну, антибактеріальну, загальнозміцнювальну терапію, введення антикоагулянтів.

Антибактеріальна терапія займала провідне місце у лікуванні цих хворих. Лікування розпочинали із застосування препаратів широкого спектра дії. Після отримання результатів мікробіологічного дослідження та чутливості мікрофлори до антибіотиків проводили корекцію лікування. Найбільш ефективним виявилось комбіноване застосування цефалоспоринов III–IV поколінь з аміноглікозидами, фторхінолонами, метронідазолом. Антибактеріальну терапію проводили курсами по 7–10 днів під контролем антибіотикограми. Частоту приймання антибіотиків розраховували з огляду на фармакокінетику препарату, функціональний стан нирок і печінки, перебіг гнійно-запального процесу.

Швидкому очищенню рани від гною і залишків некротизованих тканин сприяли часті перев'язування (2–3 рази на добу), обробка ран розчинами антисептиків (0,06 % розчин хлоргексидину, 1 % діоксидин, 0,02 % декасан), використання мазей на водній основі ("Левосин", "Левоміколь").

Хворих виписували за умови нормалізації температури тіла, показників крові, відновлення акту ковтання і можливості вільного дихання, зменшення реактивних змін у рані, болювого синдрому, ліквідації запальних явищ у тканинах шиї. Тривалість лікування у стаціонарі становила  $14,3 \pm 5,4$  днів. Померло 2 хворих. Післяопераційна летальність становила 3,8 %.

#### ВИСНОВКИ

1. Комп'ютерна томографія шиї і органів грудної клітки – найбільш інформативний метод діагностики, що дозволяє визначити характер та локалізацію запального вогнища.
2. Основою лікування флегмон шиї є термінове хірургічне втручання з широким розкриттям та дрениванням клітковинних просторів шиї.
3. Застосування індивідуального підходу та комплексного лікування дозволяє поліпшити результати лікування хворих.

#### ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ

**А. В. Кравец,**

*Медицинский институт Сумского государственного университета, г. Сумы*

*Проанализированы результаты лечения 52 больных с флегмонами шеи. Основными причинами развития заболевания были одонтогенная патология и воспалительные процессы ЛОР-органов. В комплексе диагностики входили осмотр больных, лабораторные и инструментальные методы обследования, пункция гнойного очага. Все больные прооперированы в urgentном порядке. В послеоперационном периоде проводили комплексное лечение, которое включало адекватное обезболивание, инфузионно-детоксикационную,*

десенсибилизирующую, антибактериальную терапию. Послеоперационный койко-день составил (14,3±5,4) дня. Послеоперационная летальность – 3,8 %.

**Ключевые слова:** флегмона шеи, интоксикация, осложнения, диагностика, оперативное лечение.

#### THE EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PHLEGMON NECK

**A. V. Kravets,**

*Medical Institute of Sumy State University, Sumy*

*The author analyzed the results of treatment of 52 patients with phlegmon of neck. The cause of disease was odontogenic pathology and inflammatory diseases of ENT-organs. In complex diagnostics included examination of patients, laboratory and instrumental methods of examination, puncture of the suppurative focus. All the patients were operated urgently. In the postoperative period the patients underwent complex treatment, which included adequate analgesia, infusion of a detoxication, desensitization, antibacterial therapy. Postoperative hospital stay was 14,3±5,4 days. Postoperative lethality – 3,8 %.*

**Key words:** phlegmon of neck, intoxication, complication, diagnostics, surgical treatment.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бобров В. М. Флегмона шеи / В. М. Бобров, В. А. Лысенко // Вестник оториноларингологии. – 2003. – № 5. – С. 61–62.
2. Король И. М. О лечении глубоких флегмон шеи и медиастенитов / И. М. Король, Е. И. Корженевич // Материалы 2-й Междунар. белорус.-польск. конф. по оториноларингологии. – Гродно, 2003. – С. 156–157.
3. Мельников В. А. Флегмоны шеи та їх ускладнення: клініка, діагностика, лікування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 "Хірургія" / В. А. Мельников. – Львів, 2007. – 18, [1] с.
4. Особенности хирургического лечения гнойно-воспалительных процессов шеи и средостения / [А. С. Журавлев, М. В. Калашник, Г. М. Блувштейн и др.] // Журн. ушных, носовых і горлових хвороб. – 2006. – № 3. – С. 114–115.
5. Особливості перебігу та сучасні підходи до лікування флегмон шиї / [Ю. В. Мітін, В. М. Васильєв, В. С. Чорний та ін.] // Журнал ушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 5. – С. 125.
6. Соловьев М. М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. – М. : Медпресс, 2003. – С. 230.
7. Флегмоны шеи, как осложнения воспаления паратонзиллярной клетчатки / Г. И. Гарюк, Ю. В. Тимошенко, А. М. Шевченко, О. Г. Гарюк // Журн. ушних, носовых і горлових хвороб. – 2006. – № 5. – С. 92–93.
8. Хоров О. Г. Проблемы лечения нагноительных процессов челюстно-лицевой области и шеи / О. Г. Хоров, В. И. Колесник, Л. А. Кравцевич // Респ. науч.-практ. конф. оториноларингологов : матер. конф. – Минск : БГМУ, 2006. – С. 36–38.
9. Ярема Р. И. Эндолимфатическая и претрахеальная лимфотропная терапия в комплексном лечении обширных флегмон лицевой области и шеи : автореф. дис. на соиск. науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.27 "Хирургия" / Р. И. Ярема. – Москва, 2009. – 27, [1] с.

*Надійшла до редакції 17 травня 2012 р.*