



48. Tympanostomy preceding tympanoplasty: could it be a new approach for the management of adhesive otitis media / H. Dogru [et al.] // J Otolaryngol. – 2003. Vol. 32, № 6. P. 411–414.

**Бокучава** Татьяна Анатольевна – зав. ЛОР-отделением ГУЗ «Мурманской областной клинической больницы им. П. А. Баяндина», 183000, г. Мурманск, ул. Павлова, д. 6, 8-931-8009-402, dr-bokuchava@mail.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич – заведующий отделом патофизиологии уха ФГУ «СПб НИИ ЛОР» Минздравсоцразвития России, 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, 8-911-2636-903, dr-anikin@mail.ru

**УДК: 617. 53-002. 36:617. 54-002. 3**

## **ФЛЕГМОНЫ ШЕИ И ТОРАКАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

**\*В. П. Быков, \*М. А. Калинин, \*\*О. В. Собинин, \*В. Ф. Федосеев**

*\*ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск  
(Ректор – акад. РАМН П. И. Сидоров)*

*\*\*ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница»  
(Главный врач – канд. мед. наук А. В. Березин)*

Флегмона шеи и вторичный контактный гнойный медиастинит остаются тяжелейшими, опасными для жизни формами хирургической инфекции мягких тканей [1, 2, 12, 14]. Несвоевременное распознавание флегмоны шеи одонтогенного, тонзиллогенного, ларингогенного и другого происхождения, позднее оперативное вмешательство объясняют значительную частоту контактных медиастинитов. Г. М. Григорьев и др. (2009) наблюдали гнойно-некротический медиастинит у 11 из 54 больных флегмоной глотки и шеи, Ю. П. Савченко и др. (2007) – у 62 из 116, Е. А. Цеймах и др. – у 49 из 116 [1, 8, 11]. Проникающие ранения глотки и шейной части пищевода могут осложниться гнойными процессами [4, 6, 15]. А. А. Завражнов (2005) обобщил данные литературы по этой проблеме. Хирургическая обработка ран шеи и ушивание дефектов глотки и пищевода, выполненные в поздний срок в гражданских лечебных учреждениях, сопровождались несостоятельностью швов с возникновением пищеводных и трахеопищеводных свищей, медиастинита и сепсиса в 9–74% наблюдений. Летальность при перечисленных осложнениях достигла 62–86%. Стойкое нарушение глотания и голосообразования констатировано у 2–50% выживших больных [4]. Сложной задачей является хирургическое лечение перфораций пищевода [9, 10, 14]. Г. О. Остапенко и др. (2008) приводят следующую структуру причин у 114 больных: инструментальная перфорация – у 59 (51,8%), инородное тело – у 28 (24,5%), спонтанный разрыв пищевода – у 10 (8,8%), ранение шеи и груди – у 17 (14,9%); несостоятельность швов пищевода, наложенных в условиях гнойного воспаления, составила 55,6%, общая летальность – 20,2% [10]. Сложность топографии шеи и средостения, значительное число клетчаточных пространств, распространенный характер гнойного воспаления усложняют точную диагностику и выбор оптимальных способов оперативных вмешательств [5, 7, 12, 13].

**Цель исследования.** Изучить особенности гнойных торакальных осложнений у больных флегмоной шеи, наметить рациональные способы диагностики и хирургического лечения.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование и лечение 69 больных флегмоной шеи и вторичным гнойным медиастинитом в Архангельской областной клинической больнице за 30-летний период (1979–2008 г. г.). Их доля среди всех пациентов с гнойным медиастинитом за данный период составила 40,1%. Средний возраст – 39,7 (16–72) года, большинство пациентов – 47 (68,1%) – находилось в самом активном возрастном периоде (21–50). Мужчины – 49 (71,0%), женщины – 20 (29%). Сопутствующее заболевание имели 32 (46,4%) пациента.

В преобладающем большинстве наблюдений одонтогенной флегмоны – 16 из 19 – причинный зуб располагался на нижней и лишь в 3 случаях – на верхней челюсти. Флегмона дна полости рта возникла до удаления зуба по поводу осложненного кариеса у 12 и через 1–4 дня после удаления зуба – у 7 больных. Распространение гнойного процесса по глубоким клетчаточным



пространствам шеи у 9 пациентов с тонзиллогенной флегмоной случилось вследствие несвоевременного оперативного дренирования паратонзиллярного абсцесса. Возникновению флегмонозного ларингита и аденофлегмоны шеи (12 наблюдений) предшествовало острое респираторное заболевание длительностью 7–10 суток в осенне-зимний период года. Ятрогенная перфорация стенки глотки и шейной части пищевода произошла при диагностической эзофагогастроскопии у 6, бужировании пищевода – у 4 и назогастроинтестинальной интубации у одного больного. Группа криминальных повреждений представлена закрытыми травмами (осложненный перелом нижней челюсти – 1 и нагноившаяся гематома дна полости рта – 1) у 2-х и колото-резаными ранами шеи у 3-х пациентов. При открытых повреждениях, имели место сквозное ранение шейной части пищевода у 2 пострадавших (у одного, кроме пищевода, ранена задняя стенка трахеи) и ранение боковой стенки пищевода у одного пострадавшего.

Таблица 1

**Причины флегмон шеи, осложненных гнойным медиастинитом**

Причина флегмоны	Абс.	%
Одонтогенная флегмона	19	27,5
Тонзиллогенная флегмона	11	16,0
Ятрогенная перфорация глотки и пищевода	11	16,0
Перфорация глотки и пищевода инородным телом	8	11,6
Флегмонозный ларингит	7	10,1
Аденофлегмона	5	7,2
Криминальная травма нижней челюсти и шеи	5	7,2
Причина не установлена	3	4,4
Всего	69	100,0

**Обсуждение результатов исследования**

Локализация флегмон головы и шеи представлена в таблице 2.

Таблица 2

**Гнойное поражение клетчаточных пространств головы и шеи**

Клетчаточное пространство	Сторона			Всего	Частота в расчете на 100 больных
	Правая	Левая	Обе стороны		
Клетчаточные пространства лицевой части головы	10	8	1	20	27,5
Паратонзиллярное клетчаточное пространство	5	4	-	9	13,0
Клетчатка подъязычной области и челюстно-язычного желобка	3	12	2	19	24,6
Поднижнечелюстное клетчаточное пространство	5	10	21	57	52,2
Окологлоточное боковое клетчаточное пространство	18	22	20	80	87,0
Подкожная клетчатка переднего отдела над- и подподъязычной области шеи	-	-	31	31	44,9
Клетчаточные щели в зоне II, III и IV фасций подподъязычной части шеи	3	4	15	37	31,9
Клетчатка шейного нервно-сосудистого пучка	8	4	3	18	21,8
Клетчатка надключичной ямки	4	3	-	7	10,1
Итого	56	67	93	278	



Число пораженных клетчаточных пространств головы и шеи колебалось от 1 до 8 и составило в среднем 4 у одного больного. Данный показатель зависел от причины гнойно-воспалительного процесса. В группе больных одонтогенной флегмоной он был наибольшим – 7,0, при тонзиллогенной, ларингогенной и аденофлегмоне – 4,3, при остальных (перфорации глотки и пищевода различного генеза, криминальная травма шеи) – 1,7. По частоте поражения лидировали окологлоточные и поднижнечелюстное клетчаточные пространства, подкожная клетчатка переднего отдела шеи, а в лицевой части головы при одонтогенных флегмонах – крыловидно-челюстное клетчаточное пространство. При тонзиллогенных, ларингогенных и аденофлегмонах шеи не наблюдали воспаления клетчаточных пространств лица. Поднижнечелюстное пространство было вовлечено в гнойный процесс у всех больных одонтогенной флегмоной и менее чем у половины больных тонзиллогенной и ларингогенной флегмоной.

Ведущую роль в возникновении контактного переднего медиастинита играет флегмона шейных нервно-сосудистых пучков, клетчатки между третьей и четвертой фасциями ниже подъязычной кости. Флегмона боковых окологлоточных пространств имеет аналогичное значение в возникновении контактного заднего медиастинита. Сочетанное гнойное воспаление клетчатки переднего и заднего средостения наблюдали у 13, только переднего средостения – у 6 больных распространенной одонтогенной инфекцией. Распространение одонтогенного медиастинита до диафрагмы диагностировано у 5 больных; в одном наблюдении, закончившимся летальным исходом, гнойный процесс через аортальное отверстие диафрагмы проник в забрюшинное пространство.

Локализация гнойного медиастинита у больных тонзиллогенной, ларингогенной и аденофлегмоной шеи имела следующие особенности. Передний гнойный медиастинит наблюдали только у 5 из 11 больных тонзиллогенной флегмоной и у всех 12 – ларингогенной и аденофлегмоной. Задний гнойный медиастинит чаще наблюдали при тонзиллогенной флегмоне (у 9 из 11), чем при ларингогенной и аденофлегмоне (у 6 из 12 пациентов). У всех пациентов с повреждением глотки и шейной части пищевода наблюдали задний медиастинит. В 4 из 22 наблюдений он распространился по околопищеводной клетчатке до диафрагмы, в 3-х – до уровня Th<sub>VI-VIII</sub>, в 15 – до уровня Th<sub>VI</sub> и локализовался справа от пищевода в 6, слева – в 12, справа и слева от пищевода в 4 случаях. Поражение клетчатки переднего средостения имело место только у 4 больных данной группы.

Различные осложнения флегмон шеи и медиастинитов, возникшие преимущественно в грудной клетке, представлены в таблице 3.

Таблица 3

## Осложнения флегмон шеи и вторичных гнойных медиастинитов

Осложнения	абс.	Частота в расчете на 100 больных
Аррозионные кровотечения из гнойных ран шеи и средостения	12	17,4
Гнойно-некротический трахеит и бронхит. Трахеопищеводный и трахеосредостенный свищи	23	33,3
Эрозивно-язвенный эзофагит и гастрит, пищеводное и желудочное кровотечение	5	7,2
Острая пневмония и абсцессы легких	23	33,3
Серозно-фибринозный плеврит и эмпиема плевры	37	53,6
Серозно-фибринозный и гнойный перикардит	16	23,2
Интоксикационный психоз	12	17,4
Полиорганная недостаточность	18	26,1
Другие*	19	27,5

\*Другие осложнения: восходящая инфекция мочевыводящих путей – 5, острый тромбоз крупных вен конечностей – 4, тромбоэмболия легочной артерии – 1, флегмона грудной стенки – 6, гнойный перитонит и забрюшинная флегмона – 3.



Аррозионное кровотечение из гнойной раны шеи возникло у 7, из средостения – у 5 больных. Источник кровотечения удалось определить в 7 наблюдениях: наружная сонная артерия – 2, внутренняя яремная вена – 1, верхняя полая, плечеголовые и подключичная вены – 4. Сосуды малого диаметра кровоточили в 5 случаях. Кровотечение наблюдали у 7 из 19 больных одонтогенной, у 2 из 18 больных тонзиллогенной и ларингогенной флегмоной, у 3 из 22 пациентов с перфорацией стенки глотки и шейной части пищевода.

Гнойно-некротический трахеит и бронхит констатировали через 10–14 суток после возникновения флегмоны шеи. Возникновению этого осложнения способствовали гнойное воспаление в зоне трахеостомы и продленная ИВЛ. У двоих пациентов образовался трахеосредостенный свищ вследствие некроза правой боковой стенки трахеи выше непарной вены, у одного – трахеопищеводный свищ на уровне яремной вырезки грудины. Пневмония, преимущественно долевая или полисегментарная, возникла у 23 больных. Пневмония осложнилась абсцедированием в 7 случаях; в двух из них наблюдали множественные двусторонние гнойные абсцессы диаметром 3–5,5 см. Эмпиема плевры у 24 и серозно-фибринозный плеврит у 13 больных явились самым частым осложнением гнойного медиастинита. Правосторонний плевральный выпот имел место у 14, левосторонний – у 10 и двусторонний – у 13 пациентов. Констатирована одинаковая частота воспалительных плевральных осложнений в группах больных одонтогенной и ларинго-тонзиллогенной флегмоной. Установлено, что этот показатель находился в прямой зависимости от распространения медиастинита: увеличение зоны гнойного воспаления клетчатки средостения сопровождалось учащением плеврита. Серозно-фибринозный перикардит наблюдали у 9 и гнойный – у 7 человек. Перикардит явился осложнением одонтогенной инфекции у 7, инфекции ЛОР-органов – у 7, повреждений глотки и пищевода – у 2 пациентов. Во всех наблюдениях перикардита имело место гнойное воспаление клетчаточных слоев переднего средостения.

Постоянными симптомами флегмоны шеи и контактного медиастинита были лихорадка, ознобы, тахикардия, отсутствие аппетита, головная боль, выраженная мышечная слабость, т. е. синдром эндогенной интоксикации, обусловленный всасыванием бактериальных токсинов, продуктов распада собственных тканей и метаболитов из инфекционных очагов. В случае расширения зоны гнойного воспаления и появления новых очагов воспаления нарастали симптомы интоксикации вплоть до развития инфекционно-токсического шока. Больные с боковой окологлоточной флегмоной предъявляли жалобы на боль в горле и затруднение при глотании. Сдавнение шейной части пищевода гнойным выпотом при прогрессировании процесса приводило к полному нарушению проходимости пищевода. Открывание рта было умеренно ограничено. Глубокая пальпация тканей под углом нижней челюсти и ниже его, кзади от гортани вызывала резкую боль и защитную реакцию пациента. Щадящей пальпацией в глубине переднего отдела шеи, в проекции глотки, удавалось определить болезненный инфильтрат. При фарингоскопии констатировали гиперемию слизистой оболочки и выбухание соответствующей боковой стенки глотки. Симптомом флегмоны переднего отдела подподъязычной части шеи была пульсирующая спонтанная боль, которая усиливалась при разговоре, глотании, разгибании шеи, пальпации воспалительного инфильтрата в проекции гортани и шейного отдела трахеи. Яремная ямка была сглажена, пальпация тканей в ямке болезненна. Пальпаторно определяли симптом крепитации.

В план диагностики включали стандартную рентгенографию шеи и груди в двух проекциях, а с 1996 г. – рентгеновскую компьютерную томографию.

Рентгенологические симптомы флегмоны шеи и верхнего средостения играли ключевую диагностическую роль. К ним относятся прослойки газа и патологические полости, содержащие газ и жидкость в клетчаточных пространствах, размытость внутренних контуров глотки и гортани, оттеснение этих органов вперед за счет воспалительного инфильтрата в заглоточном пространстве, толщина прослойки превертебральных мягких тканей на уровне  $C_{III}$ - $C_{IV}$  более 5 мм, асимметричное расширение тени верхнего средостения и увеличение плотности клетчатки. Характерна быстрая динамика рентгенологических изменений после возникновения легочных и плевральных осложнений вторичного медиастинита.



Все операции на клетчаточных пространствах шеи и средостения (табл. 4) выполнены под эндотрахеальным наркозом. Интубацию трахеи с 1999 г. при выраженном отеке тканей шеи, ограниченном открывании рта и затрудненном дыхании выполняли с помощью бронхофиброскопа, используя его тубус в качестве проводника для эндотрахеальной трубки.

Таблица 4

**Хирургические вмешательства по поводу флегмоны шеи, вторичного гнойного медиастинита и других инфекционных осложнений**

Операции	Больные	
	абс.	%
1	2	3
Цервикотомия, дренирование клетчаточных пространств шеи. Медиастинотомия по В.И.Разумовскому и доступом через яремную ямку	34	49,3
Цервикотомия, дренирование клетчаточных пространств шеи. Дренирование переднего средостения комбинированным методом: через яремную ямку и парастеральный разрез по Маделунгу или через внебрюшинный доступ под мечевидным отростком	17	24,6
Цервикотомия, дренирование клетчаточных пространств шеи. Медиастинотомия по В.И.Разумовскому и доступом через яремную ямку. Торакотомия, медиастинотомия	4	5,8
1	2	3
Цервикотомия, дренирование клетчаточных пространств шеи. Дренирование заднего средостения комбинированным методом: по В.И.Разумовскому и чрездиафрагмальным чрезбрюшинным доступом по А.Г.Савиных-Б.С.Розанову	11	15,9
Хирургическая обработка криминальной раны, дренирование клетчаточных пространств шеи и верхнего средостения по В.И.Разумовскому	3	4,3
Трахеостомия	10	14,5
Перикардиотомия, дренирование перикарда	5	7,2
Закрытое дренирование плевральной полости / полостей	23	33,3
Гастростомия	15	21,7
Кожно-пластические операции и наложение вторичных кожных швов	28	40,6

Различные варианты разрезов мягких тканей шеи можно объединить в 2 группы:

- классические линейные и клюшкообразные – вдоль переднего края правой или левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы с продолжением разреза через яремную ямку – у 45 (65,2%) больных;
- фигурные – с образованием лоскута – у 24 (34,8%) больных; одна сторона этих разрезов, как правило, проводилась вдоль края нижней челюсти, отступив от него 2 см. Формировали лоскут мягких тканей переднебоковой поверхности шеи, включавший кожу, подкожную клетчатку и подкожную мышцу, первую шейную фасцию. Образованный лоскут на несколько суток фиксировали в вывернутом положении для улучшения аэрации тканей и проведения этапной некрэктомии. Разрезы фигурной формы выполнены у больных с распространенной подкожной и гнойно-некротической флегмоной в зоне II, III, IV фасций переднего отдела подподъязычной части шеи. Краевой некроз лоскута, временно фиксированного в вывернутом положении, наблюдали у 9 оперированных.

Дренирование клетчаточных пространств шеи и средостения осуществляли силиконовыми перфорированными трубками с просветом 0,5–0,8 см. Для формирования дренажного канала рядом с трубчатым дренажом в первые 5–7 суток вводили марлевые турунды. С целью создания условий для оттока гноя из средостения через шейные раны в первые дни после операции больной находился в положении Тренделенбурга. Ежедневно осуществляли болюсное промывание полостей растворами антисептиков. Величину полости в средостении и положение дренажей контролировали введением водорастворимого контраста че-

рез дренаж или компьютерной томографией. Дренаж подтягивали по мере уменьшения глубины полости и на заключительном этапе удаляли. Узкий и неглубокий канал после удаления трубчатого дренажа дренировали полоской перчаточной резины и марлевой турундой, пропитанной мазью левомеколь. Отсутствие положительной клинической и рентгенологической динамики служило сигналом к повторному оперативному вмешательству с целью некрэктомии и дополнительного дренирования через новый доступ – парастернальный, под мечевидным отростком и др.. Гнойный затек в заднем средостении ниже Th<sub>VI</sub> дополнительно дренировали по А. Г. Савиных - Б. С. Розанову.

Важнейшими частями послеоперационной лечебной программы является обеспечение оптимальных показателей внешнего дыхания и питание больного. Продленная ИВЛ через трахеостомическую канюлю и эндотрахеальную трубку от 8 часов до 25 суток осуществлена у 58 (84,0%) пациентов. Для обеспечения проходимости бронхов, профилактики и лечения гнойного бронхита, особенно у лиц с хронической обструктивной болезнью, воспалительными легочными и плевральными осложнениями, использован комплекс мероприятий: тщательный уход за трахеостомой, регулярная аспирация секрета из трахеи и бронхов, инстилляций в трахею лекарственных растворов с антимикробным и муколитическим эффектом, ингаляции, массаж грудной клетки, лечебные бронхофиброскопии. Зондовое питание длительностью от 1 до 59 суток (в среднем 12,5 дня) осуществлено у преобладающего большинства больных. Кормление 15 пациентов проведено через гастростому. Осложнений зондового питания не наблюдали. Проводили антибактериальную терапию (в последнее десятилетие ие:– цефалоспорины III и IV поколения, карбапенемы, фторхинолоны и метронидазол), иммунотерапию, дезинтоксикацию, дополнительное парентеральное питание.

Приводим клиническое наблюдение успешного лечения медиастинита. *Л., 30 лет (и. б. №3527/2002) переведена в клинику из участковой больницы 29. 03. 2002 г., находящейся на расстоянии 220 км от областного центра. Заболела 10 суток назад. После простуды появились боль в горле при глотании, лихорадка, сухой кашель. Горячее щелочное питье и прием ацетилсалициловой кислоты не дали ожидаемого эффекта. Боль через несколько дней распространилась на подподъязычную область шеи, затем появились боль за грудиной, одышка и ознобы. Твердую и кашицеобразную пищу есть не могла, с трудом глотала воду. Трое суток в участковой больнице не спала и провела в полусидячем положении. В клинике проведен экстренный консилиум. Врачи констатировали крайне тяжелое состояние женщины, наличие 2-й доношенной беременности сроком 37 недель. Сердцебиение плода приглушено, 150 в мин. Женщина с трудом отвечала на вопросы. Цианоз кожи, красной каймы губ и ногтевых лож. Пульс 130 в мин., АД – 90/50 мм рт. ст., ЧД – 28 в мин., дыхание поверхностное. Контуры шеи и яремной ямки сглажены. Пальпация тканей подподъязычной области болезненна, крепитация газа не определялась. Открывание рта было умеренно ограничено. Фарингоскопически: небные миндалины разрыхлены, увеличены, налета на них нет. Выбухали отечные боковые стенки глотки, слизистая оболочка гиперемирована. Обследование грудной клетки: ниже V левого и правого ребра по задней подмышечной, лопаточной и околопозвоночной линиям определялся тупой перкуторный звук. Дыхательные шумы над зонами тупости не проводились. На рентгенограммах шеи констатировали увеличение переднезаднего размера шеи, толщина превертебральных мягких тканей на уровне C<sub>III</sub>C<sub>IV</sub> 15 мм. Газ в клетчаточных пространствах отсутствовал. На обзорной рентгенограмме груди: значительно расширена тень верхнего средостения, затенены легочные поля над диафрагмой до V ребра. При пункции правой плевральной полости аспирировано 200 мл, левой – 150 мл гнойного выпота. Анализ крови: Эр. – 3,57x10<sup>12</sup>/л, Hb – 122 г/л, Тромбоциты – 190x10<sup>9</sup>/л, Л. – 7,5x10<sup>9</sup>/л, ю. – 1%, п. – 36%, с. – 54%, л. – 5%, мон. – 4%, токсическая зернистость нейтрофилов +. Дооперационный диагноз: распространенная тонзиллогенная флегмона шеи, вторичный верхний гнойный медиастинит, двусторонняя эмпиема плевры. Легочная недостаточность 3 ст. Инфекционно-токсический шок. Беременность 2-я прогрессирующая сроком 37 недель. После интенсивной предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом выполнено кесарево сечение, извлечена живая доношенная девочка массой 2965 г., которая передана под наблюдение неонатолога в родильный дом. После кесарева сечения последовательно проведены: закрытое дренирование обеих плевральных полостей в VI межреберье по задней подмышечной линии; двустороннее дренирование шейных боковых окологло-*



точных клетчаточных пространств по поводу гнойно-некротической флегмоны, двустороннее дренирование верхнего заднего средостения по В. И. Разумовскому. Нижняя граница гнойного затека находилась на уровне Th<sub>IV</sub>. Через разрез в яремной ямке дренировано ретроманубриальное клетчаточное пространство, в котором также обнаружена флегмона. Послеоперационный период протекал очень тяжело. Наблюдались эпизоды артериальной гипотонии, редуция диуреза, лихорадка, что было обусловлено продолжением гнойного воспаления в дренированных пространствах. Через 11 суток после госпитализации выполнено дополнительное дренирование переднего средостения через доступ под мечевидным отростком. Продолжено интенсивное многокомпонентное лечение. Продолжительность ИВЛ составила 14 суток, зондового питания – 12 суток. Рана передней стенки живота после кесарева сечения зажила первичным натяжением. Дренажи из плевральных полостей удалены через 7, из верхнего переднего средостения – через 8, из заднего верхнего средостения через 11 суток. На гранулирующие раны шеи наложены вторичные швы. Выписана из клиники с живым ребенком в удовлетворительном состоянии 19. 04. 2002 г. Длительность стационарного лечения составила 21 день.

**Исходы лечения.** Умерли 20 (29%) больных. Летальность среди больных осложненной одонтогенной флегмоной составила 42,1%; при флегмонах, обусловленных воспалительными болезнями ЛОР-органов – 39,1%; в группе пациентов с перфорацией и ранением глотки и шейной части пищевода летальность оказалась самой низкой – 11,1%. Непосредственные причины смерти: сепсис, инфекционно-септический шок и полиорганная недостаточность вследствие прогрессирующего течения внутригрудных сочетанных гнойно-некротических осложнений – 15; аррозионное рецидивное массивное кровотечение из ран шеи и средостения – 3; массивное желудочное кровотечение из острых язв – 1; тромбоэмболия легочной артерии – 1.

#### **Выводы:**

1. Причины флегмоны шеи разнообразны. Одонтогенные ларинго-фарингогенные флегмоны, инфекционные осложнения повреждений шеи наблюдаются в практике отоларинголога, челюстно-лицевого, торакального и общего хирурга, участкового терапевта и других специалистов. Лихорадка, боль в горле и припухлость при пальпации тканей шеи, затрудненное дыхание должны экстренно анализироваться с позиции вероятной флегмоны шеи.
2. Сочетанные гнойные торакальные осложнения (контактный медиастинит, легочно-плевральные нагноения и перикардит) являются основной причиной смерти больных с несвоевременно диагностированной флегмоной шеи.
3. Комплексное лечение сочетанной патологии должна осуществлять бригада врачей в составе анестезиолога-реаниматолога, оториноларинголога, челюстно-лицевого и торакального хирурга с привлечением консультантов других специальностей в условиях многопрофильной клиники.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев Г. М., Абдулкеримов Х. Т., Мальцев В. А. Об ошибках при распознавании и лечении боковых флегмон глотки и шеи // Рос. оторинолар. – 2009. – №2 (39). – С. 56–60.
2. Двадцатилетний опыт диагностики и лечения при различных формах гнойного медиастинита / М. М. Абакумов [и др.] // Вестн. хир. – 2001. – №1. – С. 80–85.
3. Енин И. П. Вторичные верхние медиастиниты в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. – 1991. – №3. – С. 48–52.
4. Завражнов А. А. Ранения шеи. Диагностика и лечение на этапах медицинской эвакуации и в условиях лечебных учреждений мирного времени: фвтореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб, 2005. – 46 с.
5. Иванов А. Я. Абсцессы и флегмоны средостения. – Л.: Медгиз, 1959. – 147 с.
6. Ким Е. Г. Диагностика и лечение проникающих повреждений глотки и шейного отдела пищевода: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 19 с.
7. Кованов В. В., Аникина Т. И. Фасции и клетчаточные пространства шеи. Фасции и клетчаточные пространства груди. В кн.: Хирургическая анатомия фасций и клетчаточных пространств человека. – М.: Медицина, 1967. – С. 251–325.
8. Лечение при разлитых флегмонах шеи / Е. А. Цеймах [и др.] // Вестн. хир. – 2001. – №2. – С. 35–38.
9. Мустафин Д. Г., Проскурин А. И., Харитонов Д. А. Осложнения, вызванные инородными телами пищевода / Грудн. и серд.-сосуд. хир. – 2006. – №2. – С. 44–47.
10. Остапенко Г. О., Лишов Е. В., Костюкова Н. В. Хирургическое лечение перфораций пищевода // Грудн. и серд.-сосуд. хир. – 2008 – №4. – С. 51–54.
11. Савченко Ю. П., Элозо В. П., Пузанов Д. П. Особенности диагностики анаэробных неклостридиальных флегмон шеи, осложненных верхним медиастинитом. IV Всеросс. конф. и Пленум пробл. комиссии «Инфекция в хирургии: тез. докл. – Ярославль, 2007. – С. 168–170.
12. Слесаренко С. С., Агапов В. В., Прелатов В. А. Медиастинит. – М.: МЕДпрактика. – М., 2006. – 200 с.



13. Соловьев М. М., Большаков О. П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. – М.: «МЕДпресс», 2001. – 230 с.
14. Флегмоны шеи и гнойные медиастиниты / Н. В. Зборовская [и др.] // Сов. медицина. – 1977. – №3. – С. 8–12.
15. Хирургическая тактика при ранениях шейного отдела пищевода / А. П. Михайлов [и др.] // Вестн. хир. – 2004. – №2. – С. 68–70.

**Быков** Валерий Петрович – профессор Северного ГМУ. 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. Тел.: 8-8182-27-65-72, э/п: nauka@nsmu.ru; **Калинин** Михаил Альбертович – проф., зав. каф. оториноларингологии Северного ГМУ. 163000, Архангельск, пр. Троицкий, 51. Тел. 8-8182-27-57-94, э/почта: nauka@namu.ru; **Собинин** О. В., **Федосеев** В. Ф.

УДК: 616.714.3-006.31-053.7-089

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ И ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

**В. А. Веззгов, Н. Н. Науменко, А. А. Корнеев, В. К. Рыжков,  
А. Н. Науменко, Д. А. Гуляев, С. Я. Чеботарев**

## UP-TO-DATE OUTLOOK ON A PROBLEM OF OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND MEDICAL TACTICS IN JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

**V. A. Verezhgov, N. N. Naumenko, A. A. Korneenko, V. K. Rizhkov,  
A. N. Naumenko, D. A. Gulyaev, S. Y. Chebotarev**

*ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздравсоцразвития  
России» (Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

*ГУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», г. Санкт-Петербург  
(Главный врач – проф. В. М. Тришин)*

*ФГУ «Российский нейро-хирургический НИИ имени проф. А. Л. Поленова»  
(Директор – докт. мед. наук, акад. РАЕН И. В. Яковенко)*

*Юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа является доброкачественным новообразованием носоглотки и относится по гистологическому составу к фиброматозам. Опухоль встречается сравнительно редко и составляет 0,05% от всех опухолей головы и шеи. Данным заболеванием страдают исключительно подростки в возрасте, по разным авторам, от 10 до 22 лет. К настоящему времени известно множество методов лечения юношеской ангиофибромы, но самым эффективным остается хирургический метод, при этом выбор хирургического доступа должен быть обоснован исходя из стадии заболевания и размеров опухоли. Нами предложен алгоритм ведения пациентов с ювенильной ангиофибромой основания черепа на догоспитальном и госпитальном этапах.*

**Ключевые слова:** *юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа, оптимизация диагностики и лечебной тактики, современный взгляд на проблему.*

**Библиография:** *24 источника.*

*Juvenile nasopharyngeal angiofibroma is a benign neoplasm of the nasopharynx and refers to the histological composition to fibromatosis. This tumor is relatively rare and is 0,05% of all head and neck tumors. The disease affects only adolescents, according to different authors, from 10 to 22 years old. A lot of methods of treatment of the juvenile nasopharyngeal angiofibroma are well known, but surgical method remains the most effective, also all surgical approaches should be strictly based on the stage and size of the tumor. We are suggesting a new algorithm of the management of patients with juvenile nasopharyngeal angiofibroma.*