



4. Артеменко А. Р. Грандаксин в лечении психовегетативных расстройств / А. Р. Артеменко, В. Ю. Окнин // Медицинские новости. – 2001. – №11.
5. Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты. / Ю. С. Василенко // М.: Энергоиздат, 2002.
6. Вейн А. М. Эффективность грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств. / А. М. Вейн, А. Р. Артеменко, В. Ю. Окнин и др. // Клиническая медицина. – 1999. – №6. – С. 41–45.
7. Вильсон Д. К. Нарушения голоса у детей. / Д. К. Вильсон // Пер. с англ. М.: Медицина, 1990.
8. Герасимова И. Ю. Способ прогнозирования и коррекции лечения функциональных нарушений голоса / И. Ю. Герасимова, А. Н. Флейшман // Пат. РФ 2299009. – 20.05.2007.
9. Дмитриев Л. Б. Фониатрия и фонопедия. / Л. Б. Дмитриев, Л. М. Телелева, С. Л. Таптапова и др. // Руководство. М.: Медицина. – 1990. – 214 с.
10. Иванченко Г. Ф. Функциональная микрохирургия у больных с нарушением голоса при параличах и рубцовых деформациях гортани: Автореф. ...дис. д-ра мед. наук. – М., 1992. – 269 с.
11. Калинин М. А. Клинико-физические особенности функциональной голосо-речевой системы у преподавателей школ: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – /М. А. Калинин. Архангельск, 2000. – 29 с.
12. Лебедев И. А. Психическая патология у лиц, страдающих функциональными голосовыми расстройствами (особенности клиники и лечения): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. /И. А. Лебедев. М., 1993. – 43 с.
13. Орлова О. С. Система логопедической работы по профилактике и коррекции нарушений голоса у лиц речевых профессий: Автореф. дис. ...докт. пед. наук. О. С. Орлова. М., 1998. – 56 с.
14. Поморцев А. В. Применение грандаксина для коррекции биоритма вегетативного тонуса у женщин с наружным генитальным эндометриозом / А. В. Поморцев, Г. В. Гудков, И. В. Поморцева и соавт. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – №1. – С. 120–125.
15. Регистр лекарственных средств. – М., 2003.
16. Штрыголь С. Ю. Транквилизаторы (анксиолитики): фармакологические свойства, направления совершенствования, проблемы безопасности применения / С. Ю. Штрыголь, Т. В. Картунова, Д. В. Штрыголь // Провизор. – 2005 – №20. – С. 45–47.
17. Юрков А. Ю. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с полипами голосовых складок / А. Ю. Юрков, Т. И. Шустова, Ю. Е. Степанова // Вестн. оторинолар. – 2000. – №3. – С. 52–54.
18. Яхин К. К. Пограничные психические расстройства у больных с дисфониями (психосоматические соотношения) / К. К. Яхин, Л. К. Галиуллина // Consilium medicum. – 2007. – Т. 02. – №2. – С. 37.
19. Янов Ю. К. Влияние функционального состояния вегетативной нервной системы на течение послеоперационного периода при удалении полипов голосовых складок с помощью Nd:YAG-лазера / Ю. К. Янов, А. Ю. Юрков, А. Е. Усков с соавт. // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №3. – С. 32.
20. Long-term outcome of hyperfunctional voice disorders based on a multiparameter approach. / Van Lierde KM, Claeys S, De Bodt M, et al. // Voice. 2007 Mar; 21 (2):179–88.

УДК: 616. 321+617. 53] –002. 36:614. 256–08

ОБ ОШИБКАХ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОКОВЫХ ФЛЕГМОН ГЛОТКИ И ШЕИ

Г. М. Григорьев, Х. Т. Абдулкеримов, С. А. Мальцев

*ГОУ ПВО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)*

Среди гнойных осложнений воспалительных заболеваний боковые флегмонозные процессы глотки и шеи занимают особое место. В отличие от паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, диагностика и лечение которых не вызывает особых затруднений, распознавание этих процессов в начальной стадии не всегда возможно, а их локализация (близость гортани, магистральных сосудов шеи и средостения) представляет опасность для жизни пациентов [1, 3–8].

Особенностями этих состояний являются наличие многообразных причин и быстрое распространение инфекции по венозной лимфатической сети, а также по клетчаточным пространствам шеи вплоть до средостения; осложнениями же могут явиться стеноз гортани, аррозийное кровотечение, сепсис, медиастинит, тромбоз кавернозного синуса, гнойный менингит [2, 9].

По Международной классификации болезней (МКБ – 10, 1996) предусмотрены следующие шифры для различных флегмонозных процессов в области боковой стенки глотки и шеи:



- J 39. 0 – парафарингеальный (боковой глоточный) абсцесс;
- J 39. 1 – другой абсцесс глотки (фарингеальный) абсцесс, в том числе, абсцесс бокового валика глотки и абсцесс боковой стенки гортаноглотки).

Несмотря на относительную редкость боковых флегмон глотки и шеи, их практическое значение велико в связи с нечеткостью начальных проявлений клинической картины, быстрым развитием воспалительного процесса и тяжелейшими осложнениями. Особый интерес представляют диагностические и тактические врачебные ошибки при этих состояниях.

Под нашим наблюдением находились 152 пациента, лечившихся в ЛОР-стационарах пяти клинических больниц Екатеринбурга (40-й, 7-й, 9-детской, 23-й и ГKB СМП), в возрасте от 3-х месяцев до 74 лет, в том числе, 78 мужского и 74 – женского пола (1981–2007 г. г.).

Всем пациентам произведено общеклиническое и оториноларингологическое обследование; по показаниям осуществлялись консультации терапевта, хирурга, педиатра, стоматолога, гинеколога, инфекциониста и других специалистов, а также рентгенография височных костей, околоносовых пазух, шеи по Г. М. Земцову, УЗИ, КТ, МРТ, бактериологическое исследование содержимого гнойных очагов и крови.

При стационарном обследовании у 34 больных был установлен диагноз флегмоны бокового глоточного пространства; 70 пациентов, поступили с тяжелыми паратонзиллярными абсцессами, осложнившимися воспалительным отеком мягких тканей шеи (парафарингит); из 48 лиц, госпитализированных с клинической картиной флегмонозного фарингита с абсцессом боковой стенки гортаноглотки, у 6-ти в дальнейшем развился гнойно-некротический процесс в боковом глоточном пространстве.

Таким образом, всего больных флегмоной бокового глоточного пространства было 40. У 2-х из них гнойно-некротический процесс распространился на заглоточное пространство, у 3-х – на подчелюстное пространство, у 9-ти – на средостение; у 7 пациентов боковая глоточная флегмона осложнилась стенозом гортани, у 12 сепсисом, у 10-ти – наблюдались аррозионные кровотечения из магистральных сосудов шеи. Причины флегмон бокового глоточного пространства отражены в таблице 1.

Таблица 1

Причины флегмоны бокового глоточного пространства у 40 больных

1. Острый или хронический тонзиллит, в том числе осложненный паратонзиллярным абсцессом	26
	18
2. Флегмона боковой стенки гортаноглотки	6
3. Гнойная патология височной кости	4
4. Инфицированная рана глотки	2
5. Флегмонозный ларингит	2
Итого	40

У 21 больного флегмоной бокового глоточного пространства на ранних этапах диагностики был установлен ошибочный диагноз (табл. 2).

Таблица 2

Ошибочные диагнозы при флегмоне бокового глоточного пространства у 40 больных

1. Паратонзиллярный абсцесс	14
2. Паротит	2
3. Шейно – верхушечный мастоидит	2
4. Подчелюстная флегмона	2
5. Опухоль бокового глоточного пространства	1
Итого:	21



Таким образом, у 2/3 пациентов был ошибочно диагностирован паратонзиллярный абсцесс. Принципы дифференциальной диагностики этого заболевания и боковой глоточной флегмоны приведены в таблице 3.

Таблица 3

Дифференциальная диагностика паратонзиллярного абсцесса и боковой глоточной флегмоны

Симптоматика	Паратонзиллярный абсцесс	Боковая глоточная флегмона
Преобладание воспалительных изменений	со стороны глотки	со стороны шеи
Иррадиация болей при глотании	в ухо	в височную область и зубы нижней челюсти
Воспалительные изменения со стороны ротоглотки	инфильтрация небной миндалины и паратонзиллярных тканей	смещение боковой стенки глотки и миндалины
Состояние гортаноглотки	изменений нет	на стороне поражения грушевидный синус может быть закрыт, а надгортанник смещен в здоровую сторону
Состояние уха	изменений нет	могут наблюдаться признаки блокады слуховой трубы

Всем больным, поступившим на стационарное лечение, была назначена комплексная интенсивная инфузионная терапия, включавшая лечение антибиотиками широкого спектра действия, применение жаропонижающих, дезинтоксикационных и иммуно-компетентных препаратов.

19 пациентам произведено вскрытие флегмон бокового глоточного пространства по В. Н. Разумовскому и 15 по В. Ф. Войно-Ясенецкому, шестерым – шейная медиастинотомия, 15 – трахеостомия, 26 были вскрыты паратонзиллярные абсцессы, 44-м произведена тонзиллэктомия. 37 пациентам были вскрыты гнойники, располагавшиеся в боковой стенке гортаноглотки, у 2-х – в области бокового валика глотки. В связи с возникшим аррозионным кровотечением 11 пациентам были произведены операции на магистральных сосудах шеи (перевязки общей или наружной сонной артерии).

В общей сложности, у 152 больных с флегмонозными процессами глотки и шеи наблюдались следующие осложнения: стеноз гортани у 18, гнойно-некротический медиастинит – у 11, сепсис – у 22, аррозионное кровотечение – у 14 (табл. 4).

Таблица 4

Осложнения при флегмонах глотки и шеи у 54 больных

Стеноз гортани	18
Гнойно-некротический медиастинит	11
Сепсис	12
Аррозионное кровотечение из магистральных сосудов шеи	14
Итого	55

140 больных выздоровели, у 12 имел место летальный исход, что составляет 10,4%. Причинами смерти были: у 3-х больных – асфиксия, у 4-х – аррозионное кровотечение из общей или внутренней сонной артерии, у пяти – сочетание медиастинита и сепсиса (табл. 5).

Асфиксия явилась результатом отека гортани у пациентов с недиагностированным флегмонозным процессом гортаноглотки, распространившимся на клетчаточные пространства шеи. Оба больных погибли до поступления в многопрофильные клинические стационары.

У всех пациентов, умерших от медиастинита, наблюдалось атипичное, ступенчатое клиническое течение флегмонозных процессов глотки, шеи и средостения. Причиной запоздалой



диагностики были выраженный токсико-инфекционный синдром в сочетании с маскирующим действием массивной антибиотикотерапии. Эти летальные исходы наблюдались до 1992 года, т. е. до применения компьютерной и магнитно-резонансной томографии на клинических базах кафедры.

Таблица 5

Причины летальных исходов у больных с флегмонами глотки и шеи

Стеноз гортани	3
Аррозионное кровотечение из магистральных сосудов шеи	4
Сочетание медиастинита и сепсиса	5
Итого	12

Аррозионные кровотечения тогда наблюдались у 2-х взрослых и 8 детей, поступивших на стационарное лечение в 1981–86 г. г. с ошибочным диагнозом «паратонзиллярный абсцесс», которым, начиная с догоспитального этапа оказания медицинской помощи, повторно производились попытки вскрыть гнойник через глотку. У шести пациентов возникли аррозионные кровотечения, четверо из них погибли. На секции обнаружены обширные некрозы клетчатки бокового глоточного пространства с аррозией магистральных сосудов шеи. На клинико-анатомических конференциях были установлены следующие причины врачебных ошибок (табл. 6).

Таблица 6

Причины врачебных ошибок при боковых флегмонах глотки и шеи

Недостаточное знание клиники флегмоны бокового глоточного пространства.
Недооценка тяжести состояния больных.
Недооценка состояния ларингоскопической картины.
Недооценка данных пальпации шеи.
Неправильная врачебная тактика при тяжелых и атипичных воспалительных процессах глотки.

Резюмируя вышеизложенное, считаем необходимым подчеркнуть трудности распознавания и лечения боковых флегмон глотки и их осложнений, возникающих вследствие диагностических и тактических ошибок врачей. Возникновению этих ошибок часто способствует ступеватность клинической картины флегмоны бокового глоточного пространства и ее осложнений в связи с выраженным токсико-инфекционным синдромом и маскирующим действием антибиотиков, а также недооценка лучевых методов исследования. Все перечисленное является причиной для необоснованного консервативного лечения больных по месту жительства. Необходима разработка тактикодиагностического алгоритма при боковых флегмонах глотки и шеи.

Выводы:

Больные, находящиеся в тяжелом состоянии из-за резких болей в горле, нарушений глотания и дыхания, нуждаются в срочной консультации дежурного оториноларинголога монопрофильной городской (межрайонной, областной) больницы. При декомпенсированном стенозе гортани показана трахеостомия.

При осмотре особое внимание следует уделять данным анамнеза, тщательной пальпации шеи, эндоскопии органов органов уха, носа и горла, включая непрямую или (детям) прямую ларинго- и гипотарингоскопию. Дополнительными методами диагностики должны быть клинические анализы крови и мочи, боковая рентгенография шеи по Г. М. Земцову, по показаниям – легких и средостения, а так же консультации смежных специалистов.

Госпитализированным больным показано назначение интенсивной терапии, включающей инфузии антибиотиков, жаропонижающих, десенсибилизирующих, средств, иммунные



препараты. Для дополнительной диагностики могут быть применены УЗИ, КТ, МРТ и доплеросонография магистральных сосудов шеи.

На фоне интенсивной терапии по клиническим показаниям выполняются хирургические вмешательства на боковой стенке глотки или структурах шеи: вскрытие паратонзиллярных абсцессов, гнойников гортаноглотки или боковых валиков глотки, тонзиллэктомия, трахеостомия, вскрытие бокового глоточного пространства, шейная медиастиномия, операции на магистральных сосудах шеи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. – М. – «Медгиз». – 1946.
2. Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей» / Д. И. Зимонт. – Ростов-на-Дону. – 1940. – Т. 1. – 272 с.
3. Пальчун В. Т. Воспалительные заболевания глотки. Руководство для врачей. / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, Л. А., Лучихин. М. – 2007. – ГЭОТАР-медиа. – 288 с.
4. Плужников М. С. Ангина и хронический тонзиллит / М. С. Плужников, Г. В. Лавренова, К. А. Никитин. – СПб.: – 2003. – 152 с.
5. Преображенский Б. С. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные заболевания» / Б. С. Преображенский, Г. В. Попова. – М. – «Медгиз». – 1970.
6. Разумовский В. И. Из области ото-рино-ларингологии / В. И. Разумовский // Новый хирургический архив. – 1927. – Т. XII. – С. 3–9.
7. Ратнер В. А. Острые воспаления зева». / В. А. Ратнер. – М. – «Медгиз». 1959. – 220 с.
8. Цветков Э. А. Аденоидиты и их осложнения у детей / Э. А. Цветков. – СПб.: – ЭЛБИ. – 2003. – 125 с.
9. Wessely E. A. Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde / E. A. Wessely/. – Wien. – 1944. – 600 S.

УДК: 616. 283. 1–089. 843–053. 4

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХА НА ЮЖНОМ УРАЛЕ*

И. Д. Дубинец, Р. В. Кофанов, А. В. Коршун, Н. М. Громова,
Н. А. Чиньков, К. С. Зырянова, Е. С. Кириллов

* При поддержке Правительства Челябинской области
и лично Губернатора П. И. Сумина

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Р. В. Кофанов)

МУЗ детская городская поликлиника №10, г. Челябинск

(Главный врач – Е. Е. Дмитриева

ГЛМПУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

(Главный врач – А. Л. Журавлёв)

В настоящее время в России и за рубежом отмечается увеличение числа глухих и слабослышащих детей. Одним из основных компонентов реабилитации пациентов с патологией слуха является слухопротезирование. Реабилитация детей с выраженной степенью нарушения слуха и глухотой из-за отсутствия действенных методов лечения и низкой эффективности от использования обычных слуховых аппаратов у значительной части таких больных, весьма проблематична. В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений реабилитации детей с большими потерями слуха и их интеграции в среду слышащих является кохлеарная имплантация (электродное протезирование уха) [1, 2, 4, 5].

Кохлеарная имплантация является разновидностью слухопротезирования. Кохлеарный имплант передает звуковую и речевую информацию, преобразованную в электрические импульсы слуховому нерву. Эти импульсы, также как у нормально слышащего человека, переда-