



УДК: 616.322–089.87–06: 616–002.3

ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ПАРАФАРИНГИТОМ

В. М. Бобров

МУЗ ГKB №8 им. И. Б. Однопозова, г. Ижевск
(Главный врач – А. А. Есипов)

В период с 1984 по 2009гг наблюдались 3830 больных с паратонзиллитом, у 108 (2, 8%) из них он осложнился парафарингитом. Всем пациентам при поступлении произведена пункция и вскрытие паратонзиллярного абсцесса, 106 больным выполнена операция абсцесс-тонзиллэктомия. У 4-х больных развилась флегмона шеи. Кроме абсцесс-тонзиллэктомии этим больным проведено вскрытие и дренирование флегмоны шеи. Трое больных умерли от медиастинита. В Последние годы с уменьшением производимых тонзиллэктомий заметно возросло число осложнений в виде паратонзиллитов паратонзиллярных и парафарингеальных абсцессов с образованием глубоких флегмон шеи, нередко приводящих к гибели больного. Успех лечения острого парафарингита зависит от своевременной диагностики, особенно на догоспитальном этапе, детального обследования в ЛОР-отделении, раннего и адекватного хирургического вмешательства и комплексного консервативного лечения. Целесообразно определение уровня эндотоксикоза (ЛИИ, ГПИ, МСМ) при лечении больных парафарингитом в ЛОР-практике.

Ключевые слова: паратонзиллярный, парафарингеальный абсцессы, флегмона шеи, хирургическое лечение (абсцесс-тонзиллэктомия).

Библиография: 16 источников.

A total of 3830 patients with paratonsillitis (PT) including 108 (2, 8%) ones with PT complicated by parapharyngitis were treated from 1984–2009. At admission, all the patients were punctured, the paratonsillar abscess was opened. Abscess tonsillectomy was made in 106 patients. Four patients developed flegmon of the neck. Besides abscess tonsillectomy, opening and drainage of cervical flegmon were conducted in these patients. 3 patients died of mediastinitis. Thus, success of treatment of acute parapharyngitis depends on early diagnosis, especially at prehospital stage, detailed examination in ENT department, early and adequate surgical intervention and combined conservative treatment. It is recommended to measure the content of middle mass molecules during the treatment of pyoinflammatory, septic conditions in otorhinolaryngological practice.

Key words: paratonsillar, parapharyngeal abscesses, flegmon of the neck, surgical treatment, abscess tonsillectomy.

Bibliography: 16 sources.

Диагностика паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса, обычно, не представляет трудностей. Однако, при локализации воспалительного процесса в пара – и ретрофарингеальном пространствах, напротив, возможны диагностические ошибки, имеющие серьезные последствия. Своевременно не диагностированные и не леченные адекватно, такие заболевания дают высокий процент смертности в результате развития медиастинита, сепсиса и других тяжелых осложнений [7, 10].

Чаще всего парафарингеальный (окологлоточный) абсцесс возникает при прорыве гноя из околоминдаликовой области через боковую стенку глотки в парафарингеальное пространство при боковых (латеральных) паратонзиллярных абсцессах, или при наличии рубцовых изменений после ранее перенесенных паратонзиллитов [9, 14]. Инфекция может быть зане-



сена в окологлоточное пространство при вскрытии паратонзиллярного абсцесса, при повреждении боковой стенки глотки во время тонзиллэктомии или при глубоком проколе во время анестезии [1, 7], иногда инфекция может быть одонтогенной. В последние годы с уменьшением производимых тонзиллэктомий заметно возросло число осложнений в виде паратонзиллитов, паратонзиллярных и парафарингеальных абсцессов с образованием глубоких флегмон шеи, нередко приводящих к гибели больного [12].

Парафарингеальный абсцесс является сравнительно редким осложнением воспалительного процесса в миндалине или окружающих ее тканях. В большинстве случаев он возникает на почве паратонзиллита [4, 7]. По данным Г. Ф. Назаровой (1965), у 40 больных (из 2374) острый паратонзиллит сопровождался гнойным процессом в парафарингеальном пространстве. Это осложнение составляет в ее материале 1, 68%. Вопросу о тонзиллогенном окологлоточном абсцессе отечественная специальная литература уделяет сравнительно мало внимания [10]. В то же время это заболевание является весьма серьезным и может привести к летальному исходу. Результаты применяемого в ЛОР-стационарах хирургического лечения (тонзиллэктомия) при парафарингеальных абсцессах показывают, что в ряде случаев вместо наружной боковой фаринготомии удается ограничиться вскрытием парафарингеального абсцесса через нишу небной миндалины после ее удаления [5, 10].

Причины развития грозных осложнений парафарингеального абсцесса разные. Одна из них – несвоевременное его вскрытие и неадекватная оценка результатов этого вмешательства. Вскрыть абсцесс – не значит опорожнить гнойник. Об этом надо помнить всегда. Нередко имеет место недооценка симптоматики, характеризующей парафарингеальный абсцесс как осложнение паратонзиллярного [4, 5, 10].

Г. Ф. Назарова (1965) [12] приводит 66 наблюдений парафарингеальных абсцессов за 18 лет в период с 1945 по 1962 гг. А. З. Шаргородская, 1980 [15], В. В. Казнин и В. Н. Хороший, 1987 [6] указывают, что за последние годы отмечается некоторый рост этих осложнений. В первом случае автор в течение 1978–1979 гг. наблюдала 10 больных с парафарингитом. Во втором примере авторы наблюдали 30 больных парафарингитом в 1984–1986 гг.

ЛОР-отделение МУЗ ГКБ №8 оказывает круглосуточно urgentную помощь через день и осуществляет плановую госпитализацию 50% взрослого населения г. Ижевска.

За последние 25 лет в период с 1984 по 2009 гг. под нашим наблюдением был 3830 больных с паратонзиллитом, у 108 (2, 8%) из них он осложнился парафарингитом. По годам парафарингиты составляли от 2–3–4 до 5–6–8, в среднем за 1 год – 4, 32. Эти больные поступали в ЛОР-отделение на 4–5-е сутки от начала заболевания. Лиц мужского пола было – 65, женского – 43. В возрасте 15–20 лет было – 23 человек, 21–30 лет – 41; 31–40 лет – 21; 41–50 лет – 11, 51–60 лет – 6; 61–70 лет – 3; 71–80 лет – 3. Как видим, болели в основном молодые люди трудоспособного возраста.

Общее состояние пациентов было тяжелым, что связано с выраженной интоксикацией. Наблюдалась адинамия, выраженная температурная реакция (38, 5 – 39, 5С), головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. Страдальческое выражение лица и болезненная припухлость в области боковой поверхности шеи появлялись уже в первые дни развития абсцесса, и это служило основанием для раннего обращения и госпитализации больных.

Изменения в периферической крови соответствовали острому гнойному процессу. В анализе мочи были белок и эритроциты. При осмотре отмечено вынужденное положение головы с наклоном в сторону патологического процесса в глотке, разлитая болезненная припухлость в области боковой поверхности шеи и нижней челюсти, спазм жевательной мускулатуры (тризм), гиперемия и валикообразное выпячивание боковой стенки глотки, распространяющееся до грушевидного кармана, смещение небной миндалины к средней линии, отек мягкого неба. На боковой рентгенограмме гортаноглотки по Земцову имелось расширение превертебрального пространства. Начало заболевания с переохлаждением связывали 32 пациентов, с перенесенной ангиной – 51, паратонзиллярные абсцессы в анамнезе – 25. У 8 был рецидивирующий паратонзиллярный абсцесс, у 19 обширный паратонзиллярный абсцесс (по описанию А. Д. Мечева, 1989) [8].



У всех поступивших в стационар дежурным врачом произведена пункция и вскрытие паратонзиллярного абсцесса. У 4 человек паратонзиллярный абсцесс был двусторонним. У одного пациента парафарингит развился после травмы миндалина куриной костью (вначале развился паратонзиллит). У одного пациента вначале развился паратонзиллит, а затем парафарингит после консервативного лечения хронического тонзиллита в амбулаторных условиях инъекциями экстракта алоэ в небные миндалины после 8-й инъекции. У 9 больных парафарингит развился на почве одонтогенного паратонзиллита, у одного из которых было замедленное прорезывание, «зуба мудрости». У 2-х пациентов был выявлен впервые диагностированный свежий сифилис. Проявлений сифилиса в области небных миндалин не было. У 3 пациентов был *herpes labialis*.

Абсцесстонзиллэктомия в день поступления произведена 21 больному, на 2-й день – 53, на 3-й день – 26. В сроки от 5 до 9 дней – 6 больным, так как многократные инцизии не привели к желаемому результату, хотя вначале отмечалось временное улучшение общего состояния после инцизии и больные в первые дни категорически возражали против предложенной операции абсцесстонзиллэктомии. У 2-х пациентов парафарингит купировался только инцизией паратонзиллярного абсцесса через переднюю небную дужку и проведенной массивной противовоспалительной терапией.

Характеризуя преимущества операции абсцесстонзиллэктомии при остром парафарингите на почве паратонзиллярного нагноения, нужно отметить, что, как правило, операция проходила без особых трудностей, так как миндалина на большом протяжении отслоена гноем, больные вполне удовлетворительно перенесли операцию под местной анестезией и послеоперационный период протекал благоприятно. Общее состояние больных после операции сразу улучшалось, температура тела у большинства больных сразу же снижалась и приходила к норме в течение 2–3 дней после операции, постепенно уменьшалась и исчезала инфильтрация мягких тканей шеи. При операции абсцесстонзиллэктомии в тонзиллярной нише, как правило, удавалось обнаружить ход в виде свища в парафарингеальное пространство. В этом месте часто были видны некротические ткани.

Свищ в парафарингеальное пространство обычно располагался на латеральной стенке тонзиллярной ниши и направлялся при его зондировании латерально вверх или книзу вглубь от 0,5 до 2–3 см. У 9 больных были обнаружены два свищевых хода, расположенные на расстоянии от 0,7 до 1,2 см друг от друга. Из свища поступало отделяемое. В зависимости от характера экссудата обнаруживалось преобладание серозных, гнойных, гнилостных или некротических изменений. При исследовании гноя, полученного из абсцесса при инцизии и во время абсцесстонзиллэктомии, обнаруживались тетракокки, диплококки, стафилококки в том числе непатогенные, стрептококки (сапрофиты, гемолитические), дрожжевые грибы, нити мицелия гр. *Candida*, синегнойная палочка, гр + палочки, сапрофитные нейсерии, анаэробная флора. В некоторых случаях роста флоры не было. Сдвиг формулы периферической крови влево, имевшийся до операции, как правило, в течение нескольких дней исчезал, количество лейкоцитов перед выпиской приходило к норме. Если до операции в анализе мочи обнаруживался белок и эритроциты, то через несколько дней данные изменения проходили, анализ мочи перед выпиской нормализовался.

Абсцедирующая флегмона шеи развилась у 6 больных. Кроме абсцесстонзиллэктомии этим больным проведено вскрытие флегмоны шеи [13]. У 4-х больных возникла необходимость адекватного дренирования окологлоточного пространства и проведения боковой фаринготомии. В двух случаях наступившее при наружном вскрытии парафарингеального пространства затруднение дыхания в результате стеноза гортани заставило прибегнуть к трахеотомии. После купирования воспалительного процесса в глотке оба пациента были деканюлированы. Трое больных умерли от медиастинита, несмотря на то, что им была выполнена операция абсцесстонзиллэктомия и дренирование окологлоточного пространства. Эти больные поступили в крайне тяжелом состоянии и были оперированы в первые же сутки после поступления в отделение.



Во всех остальных случаях исход был благоприятным. Больные были выписаны на 7–14 день в удовлетворительном состоянии.

Однако развитие парафарингеального абсцесса может быть очень стремительным и закончиться летальным исходом еще до появления отчетливых клинических признаков [7].

У одного пациента паратонзиллярный абсцесс и парафарингит сочетался с эпиглоттитом. Еще у одной пациентки после абсцесс тонзиллэктомии развился тонзиллогенный миокардит, больная переведена в терапевтическое отделение, где ей проведен курс противовоспалительной терапии. У двух больных верхний полюс миндалины распространялся в мягкое небо. Обильное кровотечение из миндалинковой ниши через 2 часа после абсцесстонзиллэктомии наблюдали у одного пациента. Еще у одного пациента было позднее кровотечение на 7-й день из тонзиллярной ниши. В обоих случаях кровотечение остановлено прижатием стерильными марлевыми шариками и проведением гемостатической терапии. У одного пациента после проведенной боковой фаринготомии с обнажением сосудисто-нервного пучка на 5-й день возникло аррозивное кровотечение из внутренней яремной вены. Аррозивное кровотечение возникло в результате лизиса мягких тканей на почве гнойного расправления. Произведена ее перевязка на протяжении. Приводим наши наблюдения.

Больной Т., 32 г. (ист. б-ни №1099), госпитализирован по экстренным показаниям с диагнозом паратонзиллит справа, эпиглоттит, подчелюстной лимфаденит справа. В тот же день вскрытие паратонзиллярного абсцесса справа. Состояние пациента не улучшилось и 16. 09. 95г. выполнена операция абсцесс-тонзиллэктомия справа. 17. 09. 95г. состояние больного не улучшилось несмотря на интенсивную противовоспалительную терапию. Симптомы интоксикации нарастали, появились признаки парафарингита, глубокой флегмоны шеи, переднего медиастинита. Под интубационным наркозом произведена верхняя трахеотомия. Вскрытие глубокой флегмоны шеи справа, слева. Обнажен сосудисто-нервный пучок справа, дренирование переднего средостения. 20. 09. 95г. у больного при рентгенографии легких выявлен большой пневмогидроторакс справа, плачевидный экссудативный плеврит с осумкованием выпота, преимущественно в передних отделах. Малый пневмоторакс слева. В 7-м межреберье справа по задне-подмышечной линии наложен дренаж по Бюллау. Из плевральной полости высеяны дрожжевые грибки типа *Candida*. В крови на стерильность – рост споровой флоры. Проводилось отсасывание из плевральной полости гнойного содержимого, введение в плевральную полость раствора фурацилина в количестве 500–700 мл с последующей активной экссудацией, затем введение раствора гипохлорита натрия в количестве 400 мл в концентрации 400мг/л. В дальнейшем через 15 мин дренажная трубка подсоединялась к системе по Бюллау. Больному проводилась массивная антибактериальная, гипосенсибилизирующая, кардиотоническая, дезинтоксикационная, заместительная терапия. 21. 09. 95г. возникло аррозивное кровотечение из внутренней яремной вены справа. Наложен Z-образный сосудистый шов на яремную вену. 22. 09. 95г. ввиду повторного массивного профузного кровотечения из внутренней яремной вены справа произведена ее перевязка на протяжении. В дальнейшем проводилась противовоспалительная, гипосенсибилизирующая терапия, переливание одногруппной эритроцитной массы, плазмы. С противовоспалительной, стимулирующей целью больному проведен курс (5 сеансов) внутрисосудистого лазерного облучения крови (мощность излучения на торце световода 4 мВт) длительностью 20 мин. Рану на шее орошали стерильным раствором гипохлорита натрия (NaClO) в концентрации 400мг/л. Гипохлорит натрия получали с помощью аппарата ЭДО-4. Состояния пациента улучшилось, снизилась температура тела, уменьшилось количество гнойного отделяемого из раны и трахеи, Уровень молекул средней массы снизился с 0, 40 до 0, 26 усл. ед. После освобождения раны от гнойного содержимого проведено наложение отсроченных швов, деканюляция. Стома закрылась. Больной на 63-е сутки поступления в стационар выписан домой в удовлетворительном состоянии. Отдаленное наблюдение через 1–3–5 лет здоров, трудоспособен.

Особую категорию и трудность лечения составляют люди пожилого возраста с полиорганной патологией. Приводим пример.



Больной А., 79 лет (ист. б-ни №1031), доставлен ССМП 03. 08. 2001г. с диагнозом: паратонзиллит справа, гипертоническая болезнь, ИБС, глаукома, тугоухость II–III степени. Заболел после простуды. Болен 2-й день, температура тела 37, 7С. Жалобы на боли в глотке при глотании, затрудненное открывание рта, затрудненное дыхание, болезненная припухлость в подчелюстной области справа. Ангины в анамнезе отрицает. Объективно: тризм жевательной мускулатуры, болезненная припухлость в подчелюстной области справа. Глотка – отмечается отечность язычка. Асимметрия мягкого неба, правая небная миндалина смещена влево, в области правой небной миндалины гиперемия, отек. В месте наибольшего выбухания справа произведена пункция, пунктата не получено. Гортань – надгортанник обычной формы. В грушевидных синусах большое количество мокроты. В этот же день вечером отмечает ухудшение состояния, одышка сохраняется. Отек в подчелюстной области справа нарастает, пальпация подчелюстной области резко болезненна. Вновь сделана пункция паратонзиллярной клетчатки через переднюю небную дужку, пунктата нет. По игле произведена incision паратонзиллярной клетчатки, гноя нет, при разведении incisio ощущается большая полость. Гиперемия и отечность задней небной дужки. При зеркальной ларингоскопии правый грушевидный синус не контурируется, отечность боковой стенки глотки и инфильтрация, отек правой черпалонадгортанной складки. Диагноз: паратонзиллит справа, парафарингит. 04. 08. 01г. операция абсцесстонзиллэктомия справа. На боковой стенке миндаликовой ниши сверху вход в парафарингеальное пространство глубиной 0, 5–0, 6 см. Ход сверху вниз и латерально. В середине миндаликовой ниши некротические ткани 1, 0х1, 0 см, рубцы. Гистологическое исследование удаленной миндалины №16131-32 от 07. 08. 01г. хронический тонзиллит, паратонзиллярный абсцесс. Анализ крови от 03. 08. 01г. эритроц. – 4, 5х10. 12/л, гемогл. – 150г/л, ЦП–1, 0: тромбоц. – 420х10. 9/л, лейкоц. – 18, 2х10. 9/л, э–2, пал. – 12, сегм. – 75, лимф. – 7, мон. – 4, СОЭ–2мм/ч, токсич. зерн. нейтр. ++, ЛИИ–3, ГПИ–6, гематокрит – 0, 46г/л, фибриноген – 4, 4г/л. Высокая степень интоксикации подтверждалась повышением уровня молекул средней массы (МСМ) до 0, 62; снижением до 0, 9 индекса распределения [16]. Кроме того, степень токсикоза характеризовали высокие цифры (до 3, 0) лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и до 6, 0 гематологического показателя интоксикации (ГПИ). 06. 08. 01г. ухудшилось самочувствие, усилились боли в шее справа. Увеличился отек в области правого угла нижней челюсти, появилась значительная болезненность. В этом же месте легкая гиперемия кожи. Рентгенография легких. Заключение: плеврофиброз справа. Застой в малом круге умеренно выраженный. Медиастинит? Аневризма аорты. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника в правой боковой проекции в мягких тканях предпозвоночного пространства отмечается увеличение массы мягких тканей предпозвоночного пространства в верхнем отделе (на уровне С2, С3), возможно за счет отека. Осмотрен терапевтом, диагноз: ИБС, мерцательная аритмия постоянная форма. Артериальная гипертензия II, неосложненная, риск высокий (возраст, атеросклероз, ИБС) II 2Б (застой в малом круге и застойная печень). Оперативное вмешательство по жизненным показаниям. Учитывая нарастание клиники, возможность развития флегмоны шеи больному предложена операция – вскрытие клетчаточных пространств шеи. 06. 08. 01г. под интубационным наркозом произведен разрез по переднему краю грудиноключичнососцевидной мышцы. Ткани инфильтрированы, отечны, отделяемое серозное. Обнажен сосудисто-нервный пучок, тупым путем в клетчатке проведен канал в переднее средостение. Поставлена резиновая полоска и резиновая трубка. Другая резиновая полоска поставлена в подчелюстную область. Рана рыхло ушита. 10. 08. 01г. пациент отмечает улучшение состояния. Отек шеи значительно уменьшился. Отделяемое по дренажам серозное, умеренное. Получал массивную противовоспалительную, противоотечную, гипосенсибилизирующую, детоксикационную, кардиотоническую терапию. Выписан 20. 08. 01г. в удовлетворительном состоянии.

Трагически закончился банальный паратонзиллярный абсцесс для больного Б., 24 лет (ист. б-ни №721), который дважды отказывался от предложенной госпитализации в отделение по семейным обстоятельствам. На третий раз 30. 05. 94г. был госпитализирован экстренно в ЛОР-отделение. Однако несмотря на проведенную в тот же день операцию абсцесстонзиллэктомию, массивную противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию у больного



развился парафарингеальный абсцесс, стрептококковая септикопиемия, левосторонняя эмпиема плевры, гнойный плеврит, абсцесс легкого справа, медиастинит. На 8-й день пациент умер.

При гистологическом исследовании в паренхиме удаленных миндалин после операции абсцесстонзилэктомии на первое место выступали резко выраженные явления обострения хронического тонзиллита (участки, инфильтрированные полиморфноядерными лейкоцитами, скопления лейкоцитов в сосудах, в соединительной ткани участки грубой рубцовой ткани). В паренхиме миндалин часто обнаруживались абсцессы. В двух гистологических препаратах в просвете крипт обнаружены грибы.

При оценке эффективности проводимого лечения учитывали клиническое течение заболевания, выраженность болевого синдрома, температурную реакцию, динамику пульса. Изучали также динамику уровня молекул средней массы (МСМ) плазмы крови, индекс распределения (ИР), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ), данные коагулограммы, биохимические показатели крови и ее стерильность, гематокритное число. С 1989 года для контроля эндогенной интоксикации у ЛОР-больных используем определение уровня молекул средней массы (МСМ) плазмы крови [16]. Концентрацию МСМ определяли скрининговым методом на спектрофотометре СФ-46 в УФ-свете при длине волны 254 нм (за норму принимали концентрацию МСМ равную 0, 24–0, 28 усл. ед.). ИР рассчитывали как частное от деления показателей оптической плотности на 280 нм к аналогичному показателю при 254 нм (норма – 1, 4+–0, 20). ЛИИ рассчитывали по формуле Я. Я. Кальф-Калифа. ГПИ просто рассчитывается и учитывает три показателя анализа крови [2]. $GPI = LII \times K_l \times K_{CO_2}$, где: K_l – коэффициент на количество лейкоцитов, а K_{CO_2} – коэффициент на СОЭ. ЛИИ, ГПИ реагируют на тяжесть болезни в разгаре патологического процесса. В стадии реконвалесценции ЛИИ становится практически нормальным, в то время как ГПИ дает существенное повышение от нормы. В оценке тяжести патологического процесса ГПИ оказывается более информативным. Тромбоэластограмму (ТЭГ) записывали на гемокоагулографе ГКГМ-1-03. При поступлении у пациентов с острым парафарингитом имелись симптомы выраженной интоксикации – вялость, недомогание, повышение температуры тела, боли в области шеи и глотки, головная боль. Отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ. По критерию тяжести интоксикационного синдрома наши больные относились ко II–III степени [3]. Степень интоксикации характеризовали высокие цифры ЛИИ (от 4 до 6 и выше), ГПИ, как правило, был выше ЛИИ вдвое, увеличение уровня МСМ было значительным и находилось в пределах от 0, 38 до 0, 69 и выше, тенденция к гиперкоагуляции. Динамика изменений индекса распределения имеет противоположную направленность. Гнойно-воспалительные процессы сопровождаются снижением ИР. По мере разрешения воспалительного процесса наблюдается нормализация ИР. Плохим прогностическим признаком является рост уровня МСМ от 0, 8–1, 0 усл. ед. Стойкое увеличение МСМ до предельно высоких значений, как правило, соответствует развитию терминальных состояний.

После операции абсцесстонзилэктомии или наружном дренировании парафарингеального абсцесса отмечалось повышение уровня МСМ, что можно объяснить операционной травмой. Кроме того, проведение инфузионной терапии и применение препаратов, улучшающих реологические свойства крови, способствуют выбросу МСМ из микроциркуляторного русла. Уменьшение явлений интоксикации после вскрытия парафарингеального абсцесса и на фоне инфузионной и симптоматической терапии подтверждалось клинической картиной, лабораторными данными, снижением концентрации МСМ в сыворотке крови. При этом нормализация МСМ наступала быстрее у больных леченных хирургически. Больных выписывали при нормализации показателей МСМ, ИР, ЛИИ, ГПИ и коагулограммы.

Выводы:

В последние годы в связи с тенденцией консервативного лечения хронического тонзиллита и с уменьшением производимых тонзиллэктомий заметно возросло число осложнений в виде паратонзиллитов, паратонзиллярных и парафарингеальных абсцессов с образованием глубоких флегмон шеи, нередко приводящих к гибели больного.



Успех лечения зависит от своевременной диагностики, особенно на догоспитальном этапе, детального обследования в специализированном ЛОР-отделении, раннего и адекватного хирургического вмешательства и комплексного консервативного лечения.

Целесообразно определение уровня эндотоксикоза (ЛИИ, ГПИ, ИР, МСМ) при лечении больных парафарингитом. Ценность метода – в возможности динамического, сопоставимого определения эндогенной интоксикации. Это позволит индивидуально подходить к состоянию больного, а также оценивать эффективность проводимой терапии и при необходимости корректировать ее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боечко С. К., Лозицкая В. И., Шварцман А. Я. Флегмоны и абсцессы парафарингеального пространства у больных после тонзиллэктомии //Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1978. – №4. – С. 57–61.
2. Васильев В. С., Комар В. И. Оценка тяжести болезни и выздоровления при скарлатине //Здравоохранение Белоруссии. – 1983. – №2. – С. 38–40.
3. Гостищев В. К., Федоровский Н. М. Непрямая электрохимическая детоксикация в комплексном лечении гнойных заболеваний в хирургии //Хирургия. – 1994. – №4. – С. 48–50.
4. Дайняк Л. Б. Неотложная помощь в оториноларингологии. Патология голоса и речи. – М., 1983. – С31–32.
5. Еременко В. И. Об осложнении при паратонзиллярном абсцессе //Журн. ушн., нос. и горл. бол.. – 1983. – №4. – С. 65–66.
6. Казнин В. В., Хороший В. Н. Анализ заболеваемости парафарингитом и тактика ведения больных по материалам городского ЛОР-отделения. Мат. к зональной науч.-практ. конф. оториноларингологов и выездной науч. сессии МНИИ уха, горла и носа. Часть 1. – М., 1987. – С. 199–200.
7. Киселев А. С. К диагностике острого гнойного воспаления пара- и ретрофарингеального пространств //Новости оторинолар. и логопатологии. – 1998. – №4. – С. 80–82.
8. Мечев А. Д. Обширный паратонзиллярный абсцесс //Вестн. оторинолар. – 1989. – №5. – С62.
9. Млечин Б. М. Руководство по оториноларингологии. – М., 1963. – Т. 3. – С. 341–348.
10. Назарова Г. Ф. Острый паратонзиллит и парафарингит, их хирургическое лечение: автореф.... докт. мед. наук. – М., 1965.
11. Преображенский Б. С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними общие заболевания. – М.: Медицина. 1970. – 384с.
12. Русанова Н. П., Лебедева Л. М., Мухин Ю. А. Флегмоны шеи //Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – №2. – С. 51 – 53.
13. Флегмоны шеи. / В. А. Лысенко [и др.] В кн. Мат. международного конгресса хирургов. Новые хирургические технологии и избранные вопросы клинической хирургии. Петрозаводск, 2002. – Том II. – С. 292–294.
14. Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода. / В. Г. Ермолаев [и др.] Руководство для врачей. – М., 1954. – С. 67–69.
15. Шаргородская А. З. Некоторые особенности лечения парафарингитов. Экстренная помощь и интенсивная терапия в оториноларингологии. – М., 1980. – С. 94–96.
16. Шишкин С. А., Бобров В. М., Молчанова Л. И. Молекулы средней массы – показатель интоксикации при гнойных заболеваниях ЛОР-органов //Каз. мед. журн. – 1991. – №4. – С. 310.

Бобров Вячеслав Михайлович. 426035, г. Ижевск, ул. Серова, 65, МУЗ ГКБ №8 им. И. Б. Однопозова, зав. оториноларингологическим отделением. Тел.: 8–3412–72–17–72 ; э/п: bobrovvm@mail.ru