УДК 617.53-002.36-06:616.2-007.271

DOI: 10.55359/2782-3296.2023.52.57.008

ФЛЕГМОНА ШЕИ, КАК ПРИЧИНА ТРУДНОСТЕЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Городник Г.А., Билошапка В.А., Лысак Е.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, г. Донецк; Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Аннотация. Флегмона шеи и дна полости рта является одной из основных причин трудности обеспечения проходимости дыхательных путей. Описан алгоритм ведения пациента с предполагаемыми трудными дыхательными путями. В качестве примера представлен случай лечения пациента с флегмоной шеи и медиастинитом. Сделан акцент на анестезиологической тактике ведения пациента с трудными дыхательными путями.

Ключевые слова: флегмона шеи, медиастинит, тризм жевательной мускулатуры, обеспечение проходимости дыхательных путей

PHLEGMON OF THE NECK, AS A CAUSE OF DIFFICULTIES IN ENSURING THE PATENCY OF THE RESPIRATORY TRACT

Gorodnik G.A., Biloshapka V.A., Lysak E. I.

Donetsk State Medical University. M. Gorky
Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine of the
Faculty of Internship and Postgraduate Education

Annotation. Phlegmon of the neck and floor of the mouth is one of the main reasons for the difficulty in maintaining airway patency. An algorithm for managing a patient with suspected difficult airways is described. As an example, a case of treating a patient with neck phlegmon and mediastinitis is presented. Emphasis is placed on the anesthetic tactics of managing a patient with difficult airways.

Key words: phlegmon of the neck, mediastinitis, lockjaw of masticatory muscles, ensuring airway patency

ВСТУПЛЕНИЕ

Флегмона шеи представляет собой разлитое гнойное воспаление поверхностной (подкожной) и глубокой (межмышечной и межфасциальной) клетчатки шеи. Гной распространяется из одного межфасциального пространства в другое, образуя обширные, разлитые области поражения. Как правило, флегмона

шеи возникает вследствие осложненного течения лакунарных и катаральных ангин, вскрытия заглоточных и перитонзиллярных абсцессов, периодонтита, остеомиелита нижней челюсти.

В анестезиологическом аспекте флегмона шеи представляют одну из наиболее сложных и специфичных

проблем. Риск анестезии и операции связан с развитием глубокого и распространенного отека тканей дна полости рта, языка, глотки, гортани, вызывающего нарушения глотания, дыхания, а также невозможностью открывания рта (воспалительная контрактура жевательной мускулатуры) [1].

Клиническая картина во многом зависит от стадии развития и локализации процесса. Начало заболевания характеризуется появлением распирающих болей на шее, затем возможно возникновение отека, который приводит к сдавлению трахеи и пищевода, возникновению стридорозного дыхания и затруднений при приеме твердой и жидкой пищи. На поверхности кожи при этом отмечается болезненность при пальпации, покраснение, отечность [3].

При осмотре обращает на себя внимание затруднение при открывании рта, тризм жевательной мускулатуры. Пациент, как правило, занимает вынужденное положение сидя или на боку. Одной из жалоб является затруднение дыхания в положении на спине.

Основным и главным методом лечения является хирургический, а именно вскрытия флегмоны в подчелюстной области или других отделах, а также дренировании клетчаточных пространств шеи [2].

Одним из самых серьезных осложнений флегмоны шеи является медиастинит – острое гнойное воспаление клетчатки средостения.

Тяжесть состояния пациента определяется гнойной интоксикацией в результате быстрого всасывания токсических продуктов из очага воспаления. Этому способствует хорошее кровоснабжение клетчатки средостения и отсутствие в ней фасциальных преград. Начальными проявлениями заболевания служат боли за грудиной и в спине, озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С [4].

Основная трудность и фактор риска общей анестезии заключается в том, что

при сильном воспалительном отеке сложно поддерживать проходимость дыхательных путей. Отек внутренних образований может быть значительно сильнее, чем определяемый при осмотре полости ротоглотки и наружных поверхностей подчелюстной области, других частей шеи, лица. Относительно благополучные показатели дыхания и газообмена при сохраненном сознании и спонтанном дыхании могут катастрофически быстро ухудшиться при общей анестезии, расслаблении мускулатуры и выключении самостоятельного дыхания. В отсутствие дыхания оказывается несостоятельной принудительная вентиляция легких маской, попытки интубации трахеи не удаются из-за отека дна рта, языка, глотки и входа в гортань. Критическая асфиксия в подобных случаях требует немедленной трахеостомии, которая может быть затруднена опять же из-за наличия резкого распространенного отека тканей.

Учитывая сложность диагностики необходимо на этапе предоперационного осмотра оценить степень дыхательной недостаточности (оценка частоты дыхательных движений), цвет кожных покровов (носогубного треугольника, ногтевых фаланг). В случае выраженной дыхательной недостаточности (частота дыханий превышает 40 в мин.) выставляются показания к экстренной трахеотомии без попытки интубации трахеи.

Оценку дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) в рутинной практике проводят по шок-индексу Альговера (при отсутствии исходной патологии сердечно-сосудистой системы, как например, гипертоническая болезнь, различные нарушения ритма сердца). Септический шок может осложнить течение заболевания [4]. При этом обязательно проведение противошоковых мероприятий: катетеризация не менее двух периферических вен, диаметр катетера не менее 1,2 мм, внутривенная инфузия симпатомиметиков, коллоидов и

кристаллоидов, а также антибиотикотерапия.

При укладывании на операционный стол:

1. Преоксигенация 100% кислородом не менее 5-10 мин.

2. Все должно быть готово для экстренной конико- или трахеотомии.

3. В случае субкомпенсации или компенсации стеноза – интубировать пациента под местной анестезией трубкой диаметра 6 мм.

4. В случае неудачной попытки интубации трахеи – продолжить

преоксигенацию и вызвать более опытного врача-анестезиолога.

5. В случае невозможности интубировать под местной анестезией – интубировать через превентивную трахеостому.

6. До надежного обеспечения проходимости дыхательных путей недопустимо введение транквилизаторов, общих анестетиков и миорелаксантов.

7. При отсутствии у пациента дефицита ОЦК проведение анестезии возможно по одной из указанных схем. Пропофол (1,5-2 мг/кг для вводной анестезии, 6-12 мг/кг/час для базовой анестезии), фентанил 5 мкг/кг для индукции, 4-5 мкг/кг/час для поддержания анестезии. Тиопентал натрия (5-7 мг/кг для вводной анестезии), поддержание анестезии закисно-кислородной смесью в соотношении 2:1, фентанил 5 мкг/кг и 4-5 мкг/кг/час соответственно. Кетамин (1-2 мг/кг для вводной анестезии, 1,5-2 мг/кг/час для базовой анестезии), фентанил 5 мкг/кг и 4-5 мкг/кг/час соответственно. Из миорелаксантов предпочтение отдается препаратам недеполяризующего действия. Нейровегетативная блокада обеспечивается атропином (0,01 мг/кг) и сибазоном (0,15-0,2 мг/кг). Возможно также проведение низкпоточной анестезии севофлюраном.

8. При диагностировании септического шока препаратами выбора

для проведения общей анестезии являются кетамин (1-2 мг/кг для индукции) или оксибутират натрия (75-100 мг/кг для индукции анестезии, для поддержания анестезии повторное введение через 40-50 мин в объеме ½ от первоначальной дозы), фентанил (2-3 мкг/кг).

9. Экстубация проводится только при полном восстановлении сознания, рефлексов и мышечной силы у пациента, а также после проведения противоотечной терапии.

10. В отделение интенсивной терапии переводятся все пациенты для последующего лечения и наблюдения.

Клинический случай. Больной Х, 46 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в шее распирающего характера, повышение температуры тела, затруднение при проглатывании твердой и жидкой пищи, одышку при незначительной физической нагрузке.

При более детальном опросе выяснилось, что пациент длительное время страдает алкогольной зависимостью.

Считает себя больным уже около месяца, когда появилась зубная боль (зубы 46, 47). За медицинской помощью не обращался.

При объективном осмотре: состояние больного тяжелое.

Пациент астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, тургор кожи снижен. Язык сухой. Обложен налетом. Отмечается затруднение открывания рта. Пациент с трудом проглатывает слюну. В поднижнечелюстной области справа выраженная отечность, гиперемия кожи. Болезненность при пальпации шейных, поднижнечелюстных лимфоузлов с обеих сторон.

При аускультации легких: дыхание везикулярное, резко ослабленное в нижних отделах с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 110/мин, артериальное давление 100/60 мм рт ст.

Живот при пальпации мягкий, не напряжен.

Диурез со слов пациента не более 500 мл за сутки.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – $3,7 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты – $40 \cdot 10^9/л$; гемоглобин – 114 г/л; СОЭ – 40 мм/час. При рентгенографии органов грудной клетки: определяется расширение тени средостения.

После предоперационной подготовки, которая включала в себя катетеризацию двух периферических вен, а также внутривенную инфузию кристаллоидных и коллоидных растворов пациент был переведен в операционную.

На операционном столе SpO_2 без кислорода 84-86%. Была обеспечена подача 100% увлажненного кислорода, SpO_2 поднялось до 95-97%. Частота дыханий 38-40/мин, при укладывании на спину пациент начинает вести себя беспокойно, пытается встать. Было принято решение о попытке интубации при помощи фибробронхоскопа. Премедикация включала в себя исключительно кортикостероиды и М-холиноблокатор (атропин). После орошения полости рта 10% раствором лидокаина была предпринята попытка интубации при помощи фибробронхоскопа. Больной был интубирован. После чего проведена вводная анестезия кетаминотом в комбинации с сибазоном. В качестве базового анестетика использовался оксибутират натрия в стандартной дозировке, анальгезия обеспечивалась фракционным введением фентанила. Внутривенно интраоперационно вводились антибиотики широкого спектра действия. Течение интраоперационного периода осложнилось гипотонией, которая потребовала инфузии симпатомиметиков.

Было произведено вскрытие, дренирование флегмоны шеи, а также передняя медиастинотомия, установлены дренажи.

После окончания оперативного вмешательства была продолжена ИВЛ, пациент был переведен в отделение интенсивной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анестезиология: в 5 томах: под ред. Черний В.И., Новикова Р.И., 2004. Т.2: Избранные вопросы анестезиологии В.И. Черний, Р.И. Новикова, С.А. Штутин, Н.Н. Смирнова, С. 412 – 424.
2. Доброквашин С.В., Мустафин Р.Р., Хакамов А.Г. Тактика хирургического лечения больных острым медиастинитом. Вестник современной клинической медицины, 2014, том 7, С. 49-52.
3. Клинические рекомендации при абсцессах кожи лица. Флегмоны и абсцессы полости рта. МЗ РФ, 2016г.
4. Чудаков О.П., Черченко Н.Н., Тесевич Л.И., Самсонов С.В. Абсцессы и флегмоны окологлоточных тканей верхней челюсти. Учебно-методическое пособие, Минск, 2005. МЗ РБ, Белорусский Государственный Медицинский Университет, кафедра челюстно-лицевой хирургии.

REFERENCES

1. Anesteziologiya [Anesthesiology]: v 5 tomah: pod red. CHernij V.I., Novikova R.I., 2004. T.2: Izbrannye voprosy anesteziologii V.I. CHernij, R.I. Novikova, S.A. SHtutin, N.N. Smirnova, S. 412 – 424. (in Russian).
2. Dobrokvashin S.V., Mustafin R.R., Hakamov A.G. Taktika hirurgicheskogo lecheniya bol'nyh ostrym mediastinitom [Tactics of surgical treatment of patients with acute mediastinitis]. Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny, 2014, tom 7, S. 49-52. (in Russian).
3. Klinicheskie rekomendacii pri abscessah kozhi lica. Flegmony i abscessy polosti rta. MZ RF, 2016 g. (in Russian).
4. CHudakov O.P., CHerchenko N.N., Tesevich L.I., Samsonov S.V. Abscessy i flegmony okolochelyustnyh tkanej verhnjej chelyusti [Abscesses and phlegmons of the maxillary tissues of the upper jaw]. Uchebno-metodicheskoe posobie, Minsk, 2005. MZ RB, Belorusskij Gosudarstvennyj

Medicinskij Universitet, kafedra chelyustno-licevoj hirurgii. (in Russian).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Городник Георгий Анатольевич

- ФГБОУ ВО ДонГМУ, кафедра анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ФИПО

- доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой

Билошапка Виталий Алексеевич

- ФГБОУ ВО ДонГМУ, кафедра анестезиологии, интенсивной терапии, медицины неотложных состояний ФИПО

- кандидат мед. наук, доцент

- e-mail: vitaliybiloshapka@gmail.com

- Телефон: +7949356506