

Калинин М.А.



Гнойно-воспалительная патология глотки

**Электронная учебная лекция
для студентов стоматологического факультета**



ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России

Организационная информация

Дата лекции по расписанию: 01.10.2020

**Оценка итога освоения материала лекции:
тестовый контроль (20 вопросов, количество попыток
– 3, проходной балл – 70%)**

Организационная информация

Дата лекции по расписанию: 01.10.2020

Информация о системе оценивания прохождения лекции: тестовый контроль по итогам освоения материала лекции (20 вопросов, количество попыток – не ограничено, проходной балл – 70%)

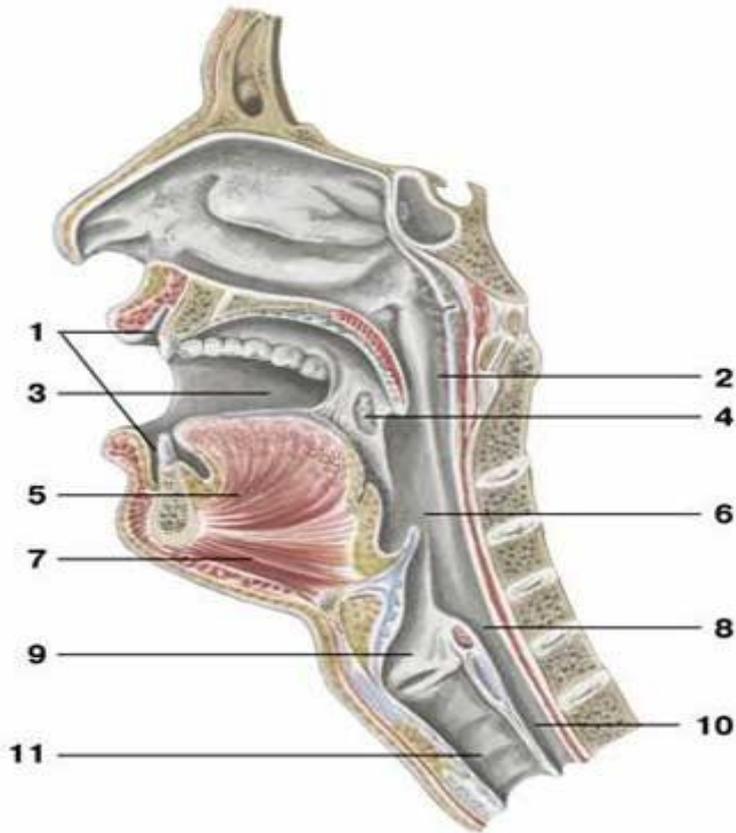
Учебные вопросы лекции:

- 1. Клиническая анатомия и физиология глотки**
- 2. Ангина (Острый тонзиллит)**
- 3. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс.**
- 4. Парафарингит и парафарингеальный абсцесс.**
- 5. Заглоточный (ретрофарингеальный) абсцесс.**
- 6. Патология шейных и поднижнечелюстных лимфоузлов.**
- 7. Флегмоны шеи.**

1. Клиническая анатомия и физиология глотки

- Материал «Клиническая анатомия и физиология глотки» предполагает наличие знаний, полученных на кафедрах анатомо-физиологического профиля.**
- В данной лекции приведены основные сведения клинического характера.**
- Тестовый контроль по итогам освоения материалов лекции содержит вопросы раздела «Клиническая анатомия и физиология глотки»**
- Для успешного прохождения тестового контроля может потребоваться «освежение» данных этого раздела с использованием учебной литературы по анатомии и физиологии.**

Глотка (Pharynx)



1. преддверие рта
2. носоглотка
3. полость рта
4. небная миндалина
5. подбородочно – язычная мышца
6. ротовая часть глотки
7. подбородочно-подъязычная мышца
8. гортанная часть глотки
9. гортань
10. пищевод
11. трахея

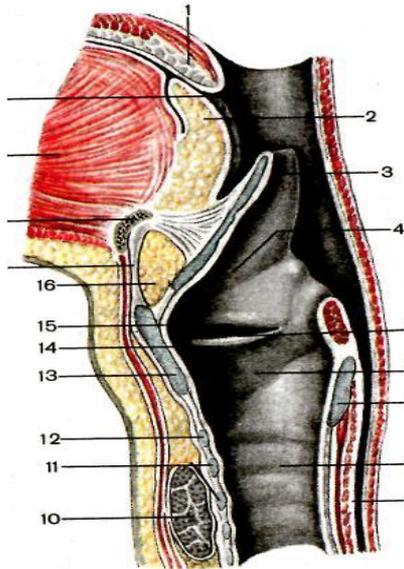
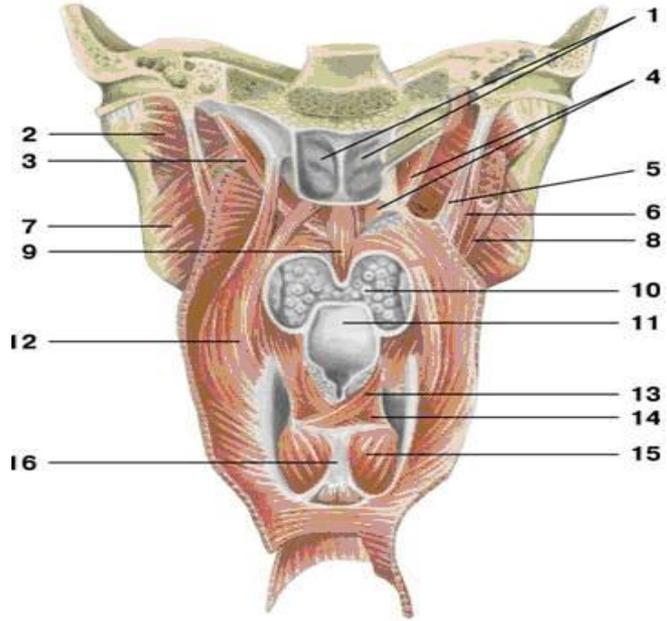
Глотка (Pharynx)

Имеет вид «желоба» открытого кпереди, идущего от основания черепа до нижнего края VI шейного позвонка (длиной 12 – 14 см), переходящего в пищевод.

Полость глотки сообщается с полостью носа (носоглотка), ротовой полостью (ротоглотка), с входом в гортань (гортаноглотка) и с устьями слуховых труб.

В области носоглотки поперечный размер 4 – 5 см, передне-задний – 2 см. Книзу форма округлая с диаметром до 2 см.

Стенка глотки



Четыре оболочки:

- **слизистая** (tunica mucosa)*
- **мышечная** (tunica muscularis)
три «констриктора» (верхний, средний и нижний)
продольные мышцы – мышцы, поднимающие глотку
- **соединительнотканная** (tunica adventitia) с большим количеством эластических волокон
- **фиброзная** (tunica fibrosa)
крепится к костным структурам

Слизистая оболочка глотки

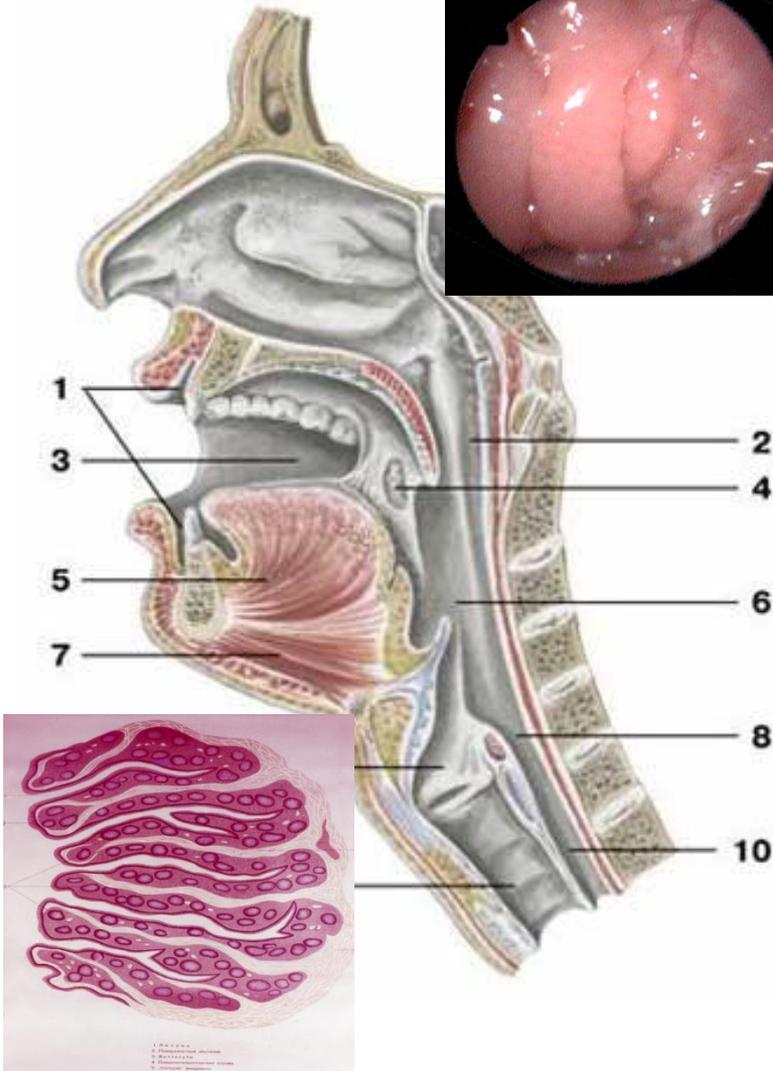


Носоглотка:

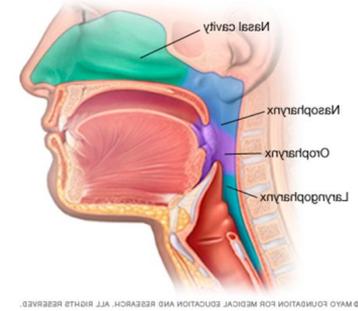
- цилиндрический реснитчатый эпителий респираторного типа
- большое количество мелких слизистых желез и бокаловидных клеток

Ротоглотка, гортаноглотка:

- многослойный плоский эпителий
- беден железистыми структурами.
- хорошо развит подслизистый слой, содержит лимфоидные элементы



Физиология глотки



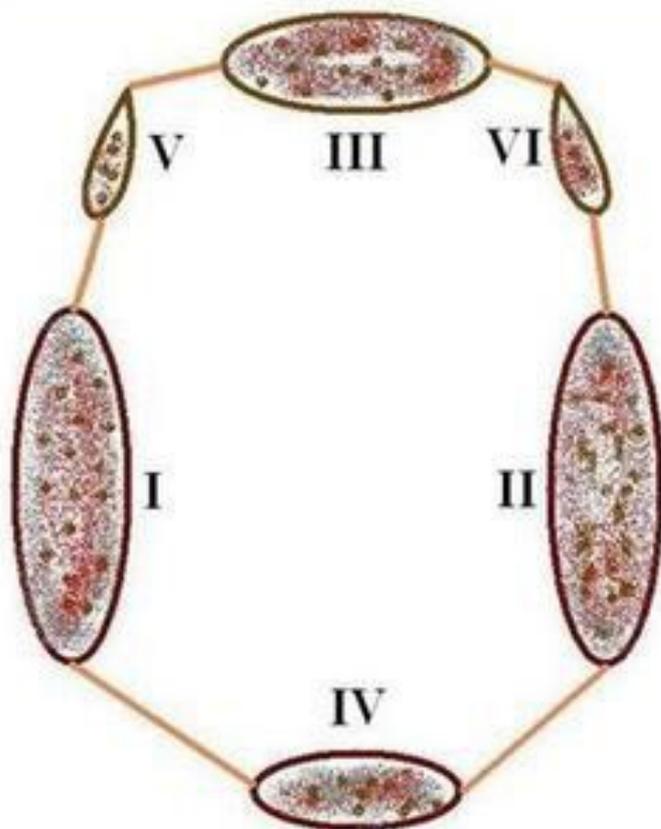
1. Воздухопроводная функция
2. Пищепроводная функция: осуществление
 - глотания (произвольно – рефлекторный акт)
 - «разделительного» рефлекса
3. Защитная функция:
 - кондиционирующая (согревание, очищение, увлажнение вдыхаемого воздуха)
 - «самоочищение» собственной поверхности
 - участие в защитных рефлексах (рвотный, кашлевой, «фарингоспазм»)
 - противомикробная защита
4. Функция речеформирования (артикуляция, резонанс)

Естественные барьеры, препятствующие развитию респираторной инфекции

- Механическая целостность эпителиального пласта**
- Гуморальные неспецифические факторы защиты**
- Мукоцилиарное «самоочищение» (клиренс)**
- Колонизационная резистентность**
- Защитные физиологические реакции (кашель)**
- Иммунные механизмы защиты верхних дыхательных путей (MALT – система)**



Лимфоэпителиальное глоточное кольцо Вальдейра - Пирогова



I и II - небные миндалины

III - носоглоточная

IV - язычная

V и VI - трубные

Кроме этого имеется скопление лимфаденоидной ткани на задней стенке глотки, в области боковых валиков и язычной поверхности надгортанника.

MALT – система (mucosal – associated lymphoid tissue)

- Лимфоидная ткань ассоциированная со слизистой оболочкой, выполняющая следующие функции:
 - Антиген-презентирующую (информационную): происходит миграция фагоцитов на поверхность слизистой оболочки, экзоцитоз, фагоцитоз микро- организмов
 - «Считывание» антигенной информации
 - Инициация системного иммунного ответа (генерация специфических клонов Т и В-лимфоцитов)
-
- Формирование местного гуморального иммунитета: синтез секреторных иммуноглобулинов классов А и М



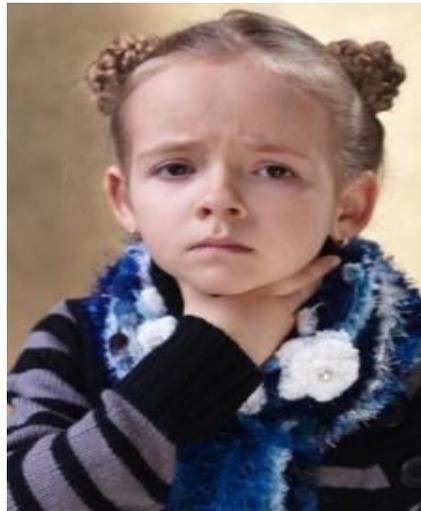
Гнойно-воспалительная патология глотки

- ангина (острый бактериальный тонзиллит)
- паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
- парафарингит и парафарингеальный абсцесс
- ретрофарингеальный абсцесс
- регионарный поднижнечелюстной и шейный лимфаденит
- аденофлегмона шеи

2. Ангина (острый тонзиллит)

**общее, острое инфекционное заболевание
характеризующееся:**

- воспалением лимфоидной ткани глотки
(преимущественно небных миндалин)**
- регионарных лимфатических узлов**
- выраженной интоксикацией и возможностью
развития аутоиммунной патологии**



Российские национальные документы



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**1. Российский национальный стандарт первичной медико-санитарной помощи при остром тонзиллите.
Утвержден Министерством
Здравоохранения РФ (20 марта, 2013)**



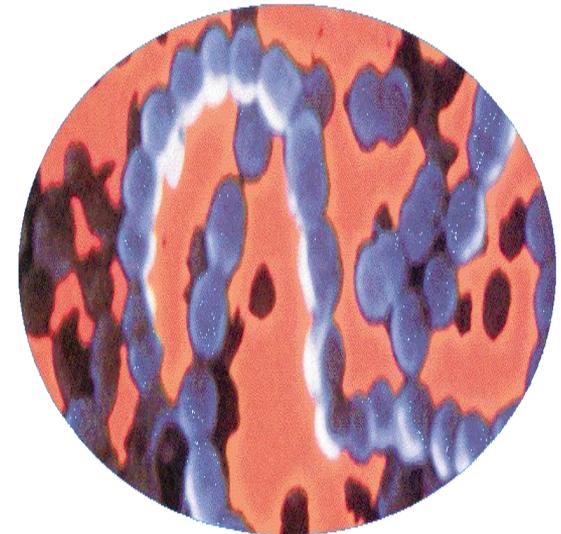
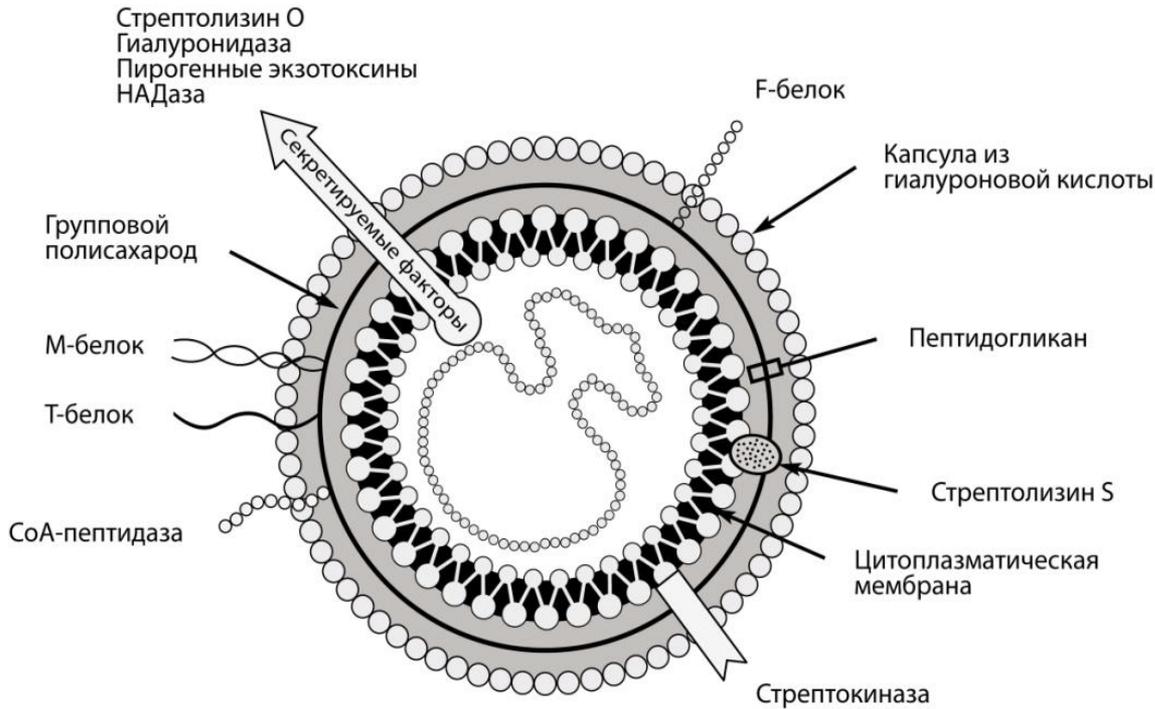
**2. Клинические рекомендации: «Острый тонзиллофарингит» (2016)
Утверждены: Научным советом МЗ РФ
Национальной медицинской ассоциацией
оториноларингологов
Пересмотр каждые 3 года**

Этиология ангины

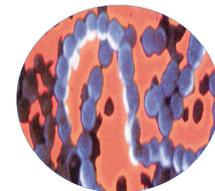
- **β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) – 30-50% (в детском возрасте – до 60%).**
- **другие виды стрептококков (группы С, G) и стафилококков (например, золотистый стафилококк - 4%)**
- **энтеробактерии – 6%**
- **внутриклеточные микроорганизмы (микоплазмы, хламидии) – 10 - 24%**
- **Специфическая микрофлора:**
 - **ангина Симановского-Плаут-Венсана (симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта)**
 - **герпетическая ангина**
 - **грибковая ангина (кандидозная)**

БГСА

одна из самых опасных бактерий



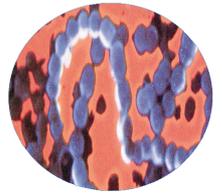
Особенности БГСА



- Резервуар инфекции - носители (23% популяции!)
- Не является нормальной флорой !!!
- Источники инфицирования : носители и больные
- Пути передачи:
 - воздушно-капельный
 - воздушно-пылевой
 - алиментарный
 - «контактный»
- Крайне устойчив во внешней среде (более 90 суток)
- С трудом уничтожается антисептиками

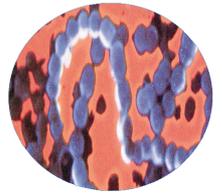


Особенности БГСА



- Продуцирует кардиотоксический экзотоксин (стрептолизин-О)
- Полисахарид стрептококка (оболочка) имеет общие антигенные детерминанты со структурами базальных мембран почечных клубочков, соединительной, хрящевой и эндотелиальной тканью, тканью вилочковой железы («ревматогенные» штаммы)
- Является экстрацеллюлярным патогеном, но обладает факторами инвазии может находиться внутри эпителиальных клеток (не диагностируется обычными культуральными методами)
- Способен лизировать мягкие ткани
- Имеет противофагоцитарную активность
- Склонен образовывать «микробные биопленки»

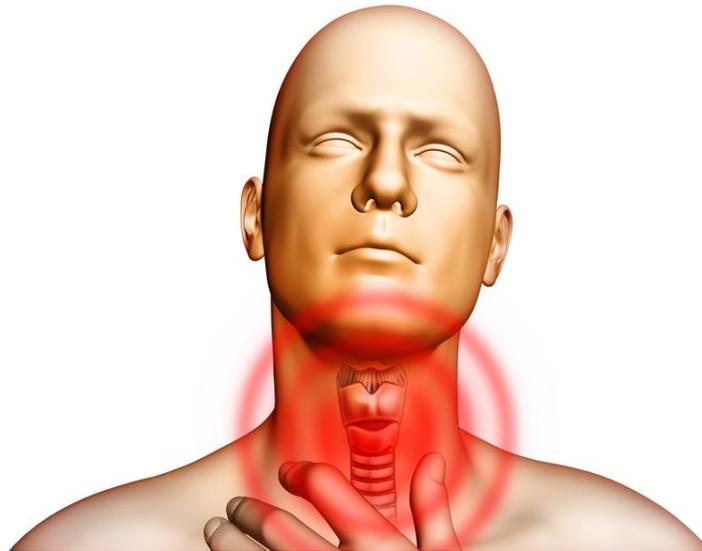
Особенности БГСА



Особенности адаптивного иммунитета

- Наличие более 20 серотипов
- Слабая «иммуногенность», отсутствует стойкий постинфекционный иммунитет (не более 2-4 месяцев)
- Токсины продолжают «работать» даже после уничтожения бактерий





**БГСА –единственный распространённый* возбудитель
острого тонзиллита, при выделении которого, в 100 %
случаев показано как можно ранее назначение
«рациональной» системной антибиотикотерапия для
предотвращения развития возможных осложнений !**

Ангина (особенности эпидемиологии)

Предрасполагающие факторы:

- переохлаждение
- ослабление защитных механизмов
- «массивное» инфицирование
- ангина как обострение хронического тонзиллита



Заболееваемость:

а. эпизодическая

б. эпидемическая:

- в «закрытых» коллективах
- при алиментарном пути инфицирования
- связанная с «синдром перемешивания коллектива»

в. среднегодовая

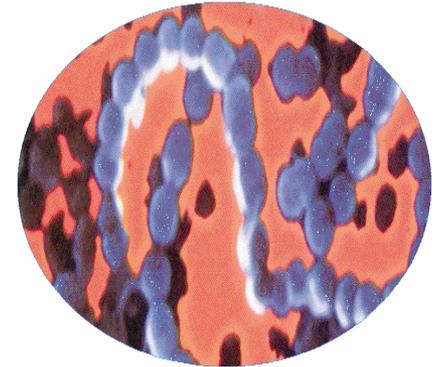
г. сезонная: повышение – весна, осень

Ангина

(клиническая картина)

- Острое **начало** на фоне предрасполагающих факторов (общее или «местное» переохлаждение, эпидконтакт)
- **Общевоспалительный синдром** (гипертермия)
- **Интоксикация** – головная боль, слабость, недомогание, артралгии, миалгии, неприятные ощущения в пояснице
- Возможно появление **ТОНЗИЛЛО-кардиального синдрома** (тахикардия, кардиалгия, аритмия, аускультативно - сердечные шумы, «метаболические» изменения на ЭКГ)
- **Местно:**
 - болезненность в горле, усиливающаяся при глотании
 - ощущение сухости, заложенности, «комка», першения, «инородного тела» в горле, желание откашляться
 - при вовлечении в воспалительный процесс боковых валиков глотки и/или реактивным отеком паратонзилляр

Ангина
(диагностика)



- Жалобы и анамнез
- Эпидемиологические данные
- Общее состояние
- Состояние регионарных лимфатических узлов (симптомы двустороннего поднижнечелюстного и шейного серозного лимфаденита)
- Фарингоскопия: морфологические формы ТОНЗИЛЛИТА
 - Катаральный (воспаление поверхностного пласта эпителия)
 - Паренхиматозный : Фолликулярный
 - Лакунарный
 - Фибринозный (дифтеритический)
 - Язвенно-пленчатый
 - Язвенно-некротический
 - Гранулематозный

Фарингоскопия при различной патологии небных миндалин

(материал для самоконтроля)



1



2



3



4



5



6

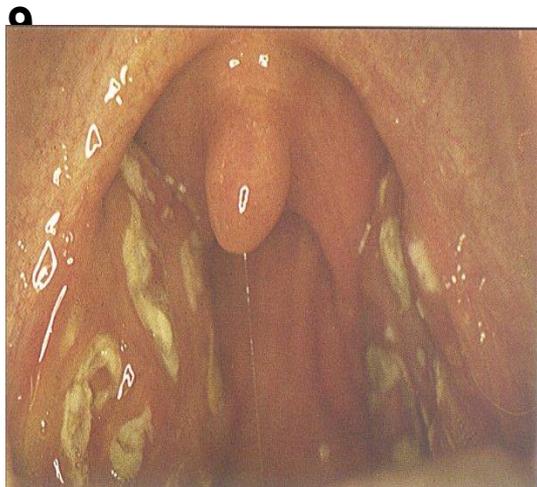
Фарингоскопия при различной патологии небных миндалин (материал для самоконтроля)



7



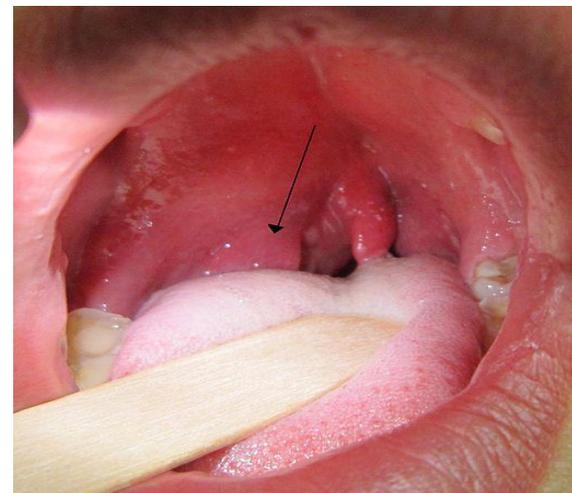
8



10



11

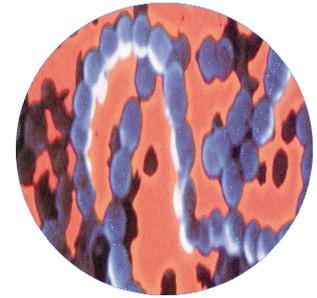


12

Фарингоскопия при различной патологии небных миндалин (правильные ответы)

- 1 Острый фарингит (вирусный)**
- 2 – 3 Острый тонзилло-фарингит (бактериальный)**
- 4 – 11 Лакунарная ангина**
- 12 Острый тонзилло-фарингит.
Правосторонний паратонзиллит**

Ангина
(параклинические методы диагностики)



- ОАК, ОАМ, С-реактивный белок
- Исследование уровня антистрептолизина-О (АСЛ-О) сыворотки крови может быть использовано только для ретроспективной диагностики (повышается на 7-9 день стрептококковой инфекции, а также может отражать ранее перенесенные заболевания или хроническую инфекцию)
- **Не рекомендовано вирусологическое исследование,**
а также иммуноферментная и серологическая диагностика, направленная на верификацию возбудителя вирусного ОТФ, т.к. не имеет практической ценности, не влияет на лечебную тактику



**Золотой стандарт диагностики -
культуральное микробиологическое обследование:**

на БГСА, *Corinebacterium diphtheriae*, на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы

**Причины «непопулярности» выявления
этиологии острого тонзиллита:**

- ❖ **Трудоёмкий и многоэтапный процесс классического культурального исследования**
- ❖ **Отсутствие должного количества оснащённых бактериологических лабораторий и персонала**
- ❖ **Отсроченное от 3 до 14 дней получение результата**
- ❖ **Не всегда возможная финальная верификация групповой и типовой принадлежности стрептококка**

Экспресс-тестирование



Экспресс-тестирование предполагает получение результата «у постели больного» в течение 4-10 минут.

Анализ выполняется врачом и не требует наличия специальной лаборатории.

Средние специфичность и чувствительность современных тест систем составляют 94 и 97% соответственно. Подобные характеристики позволяют не рекомендовать дублирующее бактериологическое исследование при отрицательном результате экспресс-теста

Экспресс диагностика БГСА

		Специфичность (%)	Чувствительность (%)
I поколение	латекс-агглютинация, коагглютинация	90	55
II поколение STREPTA TEST®	Иммунохроматография или иммуноферментный анализ	95	97
III поколение	ДНК – гибридизация ПЦР	99	99

Экспресс-диагностика

этиологии тонзиллофарингита

STREPTATEST® - иммунохроматографический тест



Диагностическая ценность
при стрептококковом
тонзиллофарингите:

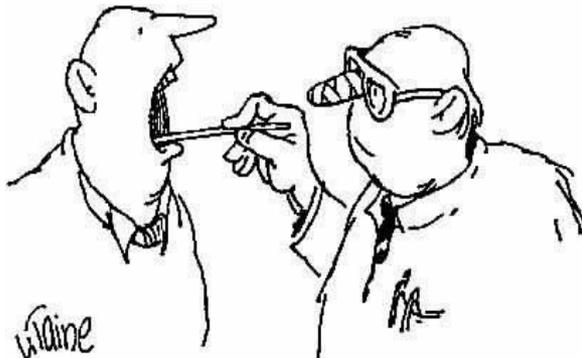
- чувствительность – 97,3%
- специфичность – 95,3%

Время от взятия мазка до
получения результата – 6 мин

Стоимость – от 150 руб.

Условия забора материала

- до начала антибактериальной терапии
- до утреннего туалета полости рта
- натощак или через 2 часа после еды
- под контролем орофарингоскопии
- следует избегать контакта с зубами и языком
- материал получают из устьев крипт небных миндалин и задней стенки глотки.



Экспресс-диагностика с помощью STREPTATEST®



Приготовление
реагента



Взятие
мазка



Помещение тампона
в пробирку (1 минута)



Оценка результата



Помещение тест-полоски
в пробирку (5 минут)

Острый тонзиллофарингит (принципы лечения)

Режим: лечение преимущественно амбулаторное, с изоляцией больного первые 3 дня и при гипертермии режим постельный.

Диета: щадящая (термически и механически), увеличение количества потребляемой жидкости (чай с лимоном, малиной; морсы из «северных» ягод - клюквы, брусники, морошки, теплое (!!!) молоко)

Системная медикаментозная терапия*

Местная медикаментозная терапия**

Не допустимы согревающие компрессы !!!

Не допустимы физиотерапевтические процедуры !!!

Острый тонзиллофарингит
(принципы системной медикаментозной терапии)

Рациональная **этиотропная терапия**

Патогенетическая терапия:

- дезинтоксикационная
- противовоспалительная
- десенсибилизирующие и противоревматические средства
- стимулирующие и общеукрепляющие препараты, витаминотерапия

Симптоматическая терапия:

- антипиретики
- анальгетики



Возможные осложнения ангины

1. Местные гнойно-воспалительные процессы:

- паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
- парафарингит и парафарингеальный абсцесс
- ретрофарингеальный абсцесс
- регионарный поднижнечелюстной и шейный лимфаденит
- аденофлегмона шеи

2. Общие осложнения:

- тонзиллогенный сепсис
- острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)
- постстрептококковый гломерулонефрит
- аутоиммунная патология : СКВ, дерматомиозит, ревматоидный артрит, узелковый периартериит, склеродермия и др.

3. Формирование хронического тонзиллита

3. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс

Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс - гнойно-воспалительная патология паратонзиллярной клетчатки.

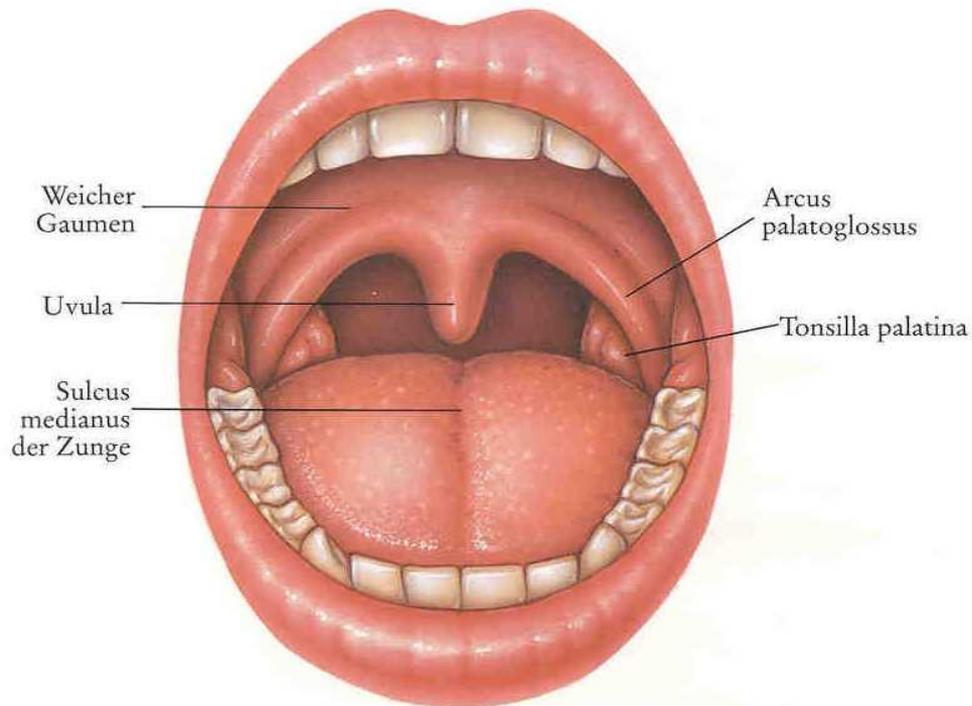
Анатомическая справка:

Тонзиллярная ниша – пространство в области ротоглотки ограниченное передней и задней нёбными дужками и боковой стенкой глотки. Основной объем ниши занят небной миндалиной. Между капсулой небной миндалины и стенками тонзиллярной ниши имеется щелевидное пространство – паратонзиллярное пространство, заполненное паратонзиллярной клетчаткой.

Пути инфицирования паратонзиллярной клетчатки:

- контактный через капсулу небной миндалины при её воспалении
- лимфо- и гематогенный при местных гнойно-воспалительных процессах (стоматологических)

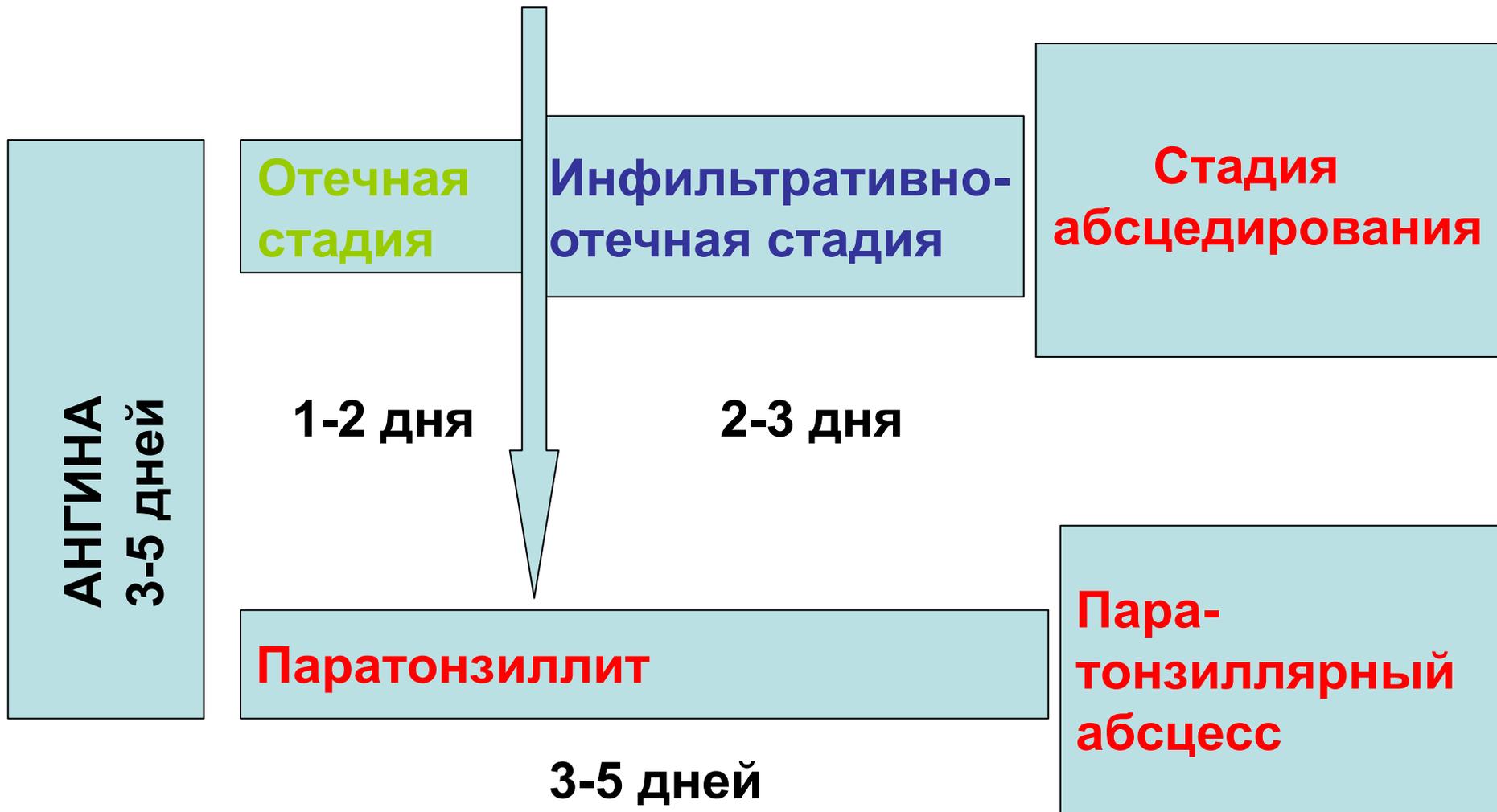
Тонзиллярная ниша. Паратонзиллярное пространство. Паратонзиллярная клетчатка.



Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс (патогенез)

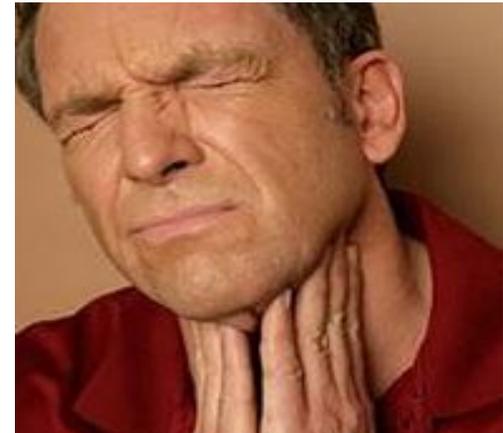
- Вторичная патология на фоне ангины (осложнение)
- Обычно процесс односторонний
- Протекает стадийно:
 1. Отечная стадия: диффузное полнокровие и отек паратонзиллярной клетчатки (длительность 1-2 суток). Возможно обратное развитие!
 2. Отечно-инфильтративная стадия: клеточная инфильтрация тканей (длительность 2-3 суток)
 3. Стадия абсцедирования: образование гнойно-некротического очага (передне-верхнего, заднего, ниже-бокового)
 4. Стадия разрешения:
 - А) вскрытие самостоятельное: в полость ротоглотки в парафарингеальное пространство
 - Б) хирургическое

Клинико-морфологические стадии (схема)



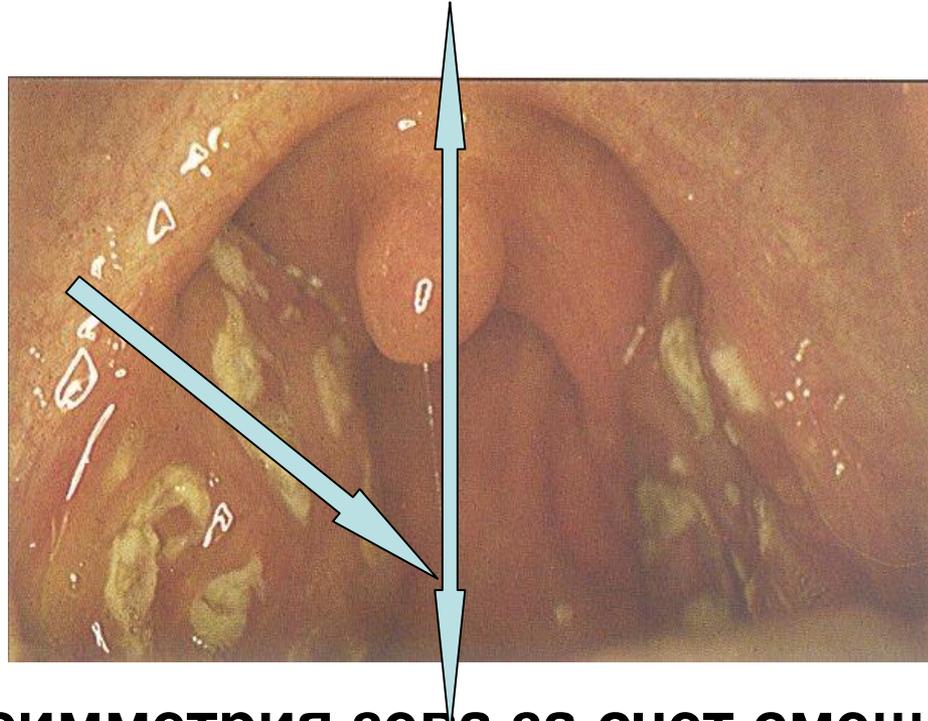
Клиника паратонзиллита

- Развивается в ходе ангины, чаще на 3 - 5 сутки
- Ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, усиление признаков интоксикации
- Появление постоянной односторонней боли в горле, резко усиливающейся при глотании
- Нарастание признаков регионарного лимфаденита на стороне поражения



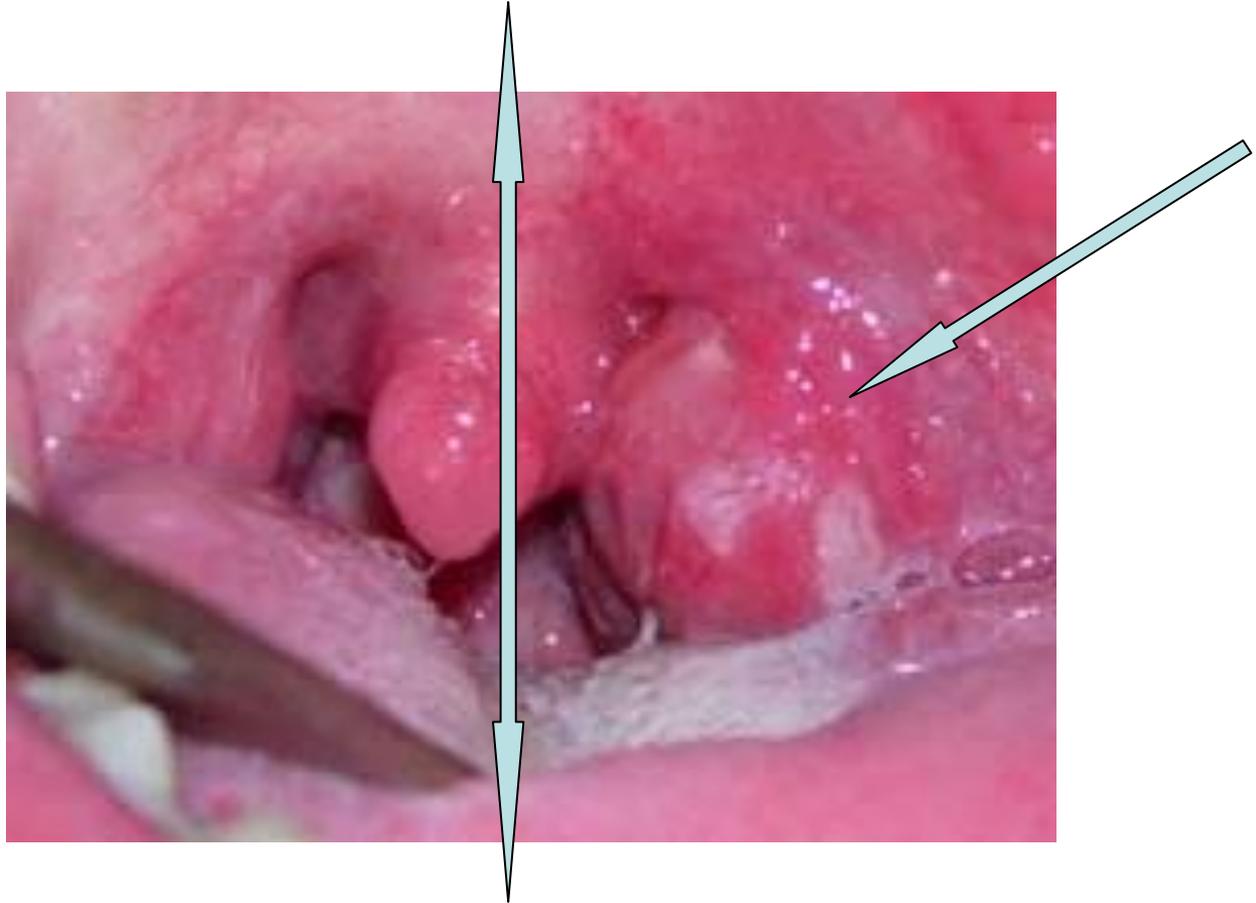
Фарингоскопическая картина паратонзиллита

(лакунарная ангина, паратонзиллит справа)



- Умеренная асимметрия зева за счет смещения правой небной миндалины к средней линии (эффект «увеличенной миндалины»)
- Активная гиперемия, отек передней небной дужки на стороне поражения
- Визуальные признаки ангины (лакунарной)

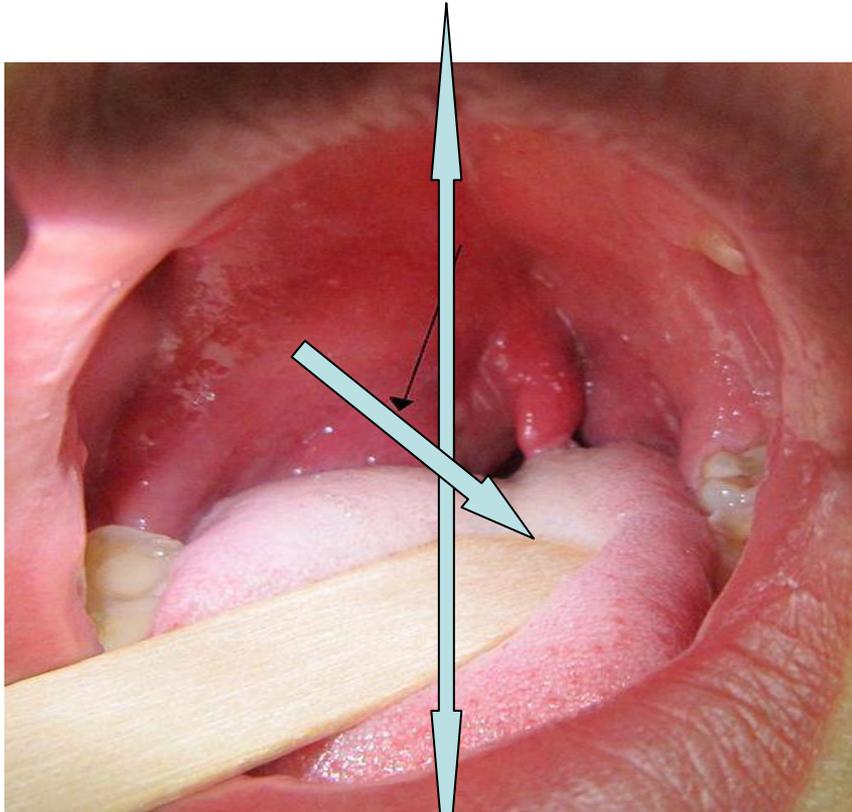
Фарингоскопическая картина паратонзиллита (лакунарная ангина, паратонзиллит справа)



Клиника паратонзиллярного абсцесса

- Развивается на 6-10 сутки ангины, на 3-5 день от начала паратонзиллита
- Дальнейшее ухудшение общего состояния
- Особенности болевого синдрома:
 - боль односторонняя
 - интенсивная, постоянная, нарастающая
 - значительное усиление при глотании
 - широкая зона иррадиации (ухо, висок, шея)
- Гнусавость голоса, «смазанность» речи
- Выраженный воспалительный тризм
- Вынужденное положение головы
- Регионарный лимфаденит на стороне поражения
- Возможна отечность поднижнечелюстной области

Фарингоскопическая картина при паратонзиллярном абсцессе



Паратонзиллярный абсцесс справа (передне-верхний)

- резкий воспалительный тризм
- неприятный запах изо рта
- сухой с белесовато-коричневым налетом язык
- значительная асимметрия зева, за счет смещения небной миндалины книзу и к средней линии,
- смещение язычка мягкого неба
- гиперемия, отек, «выбухание» передней небной дужки
- м.б. признаки ангины

Фарингоскопическая картина при паратонзиллярном абсцессе



справа



слева

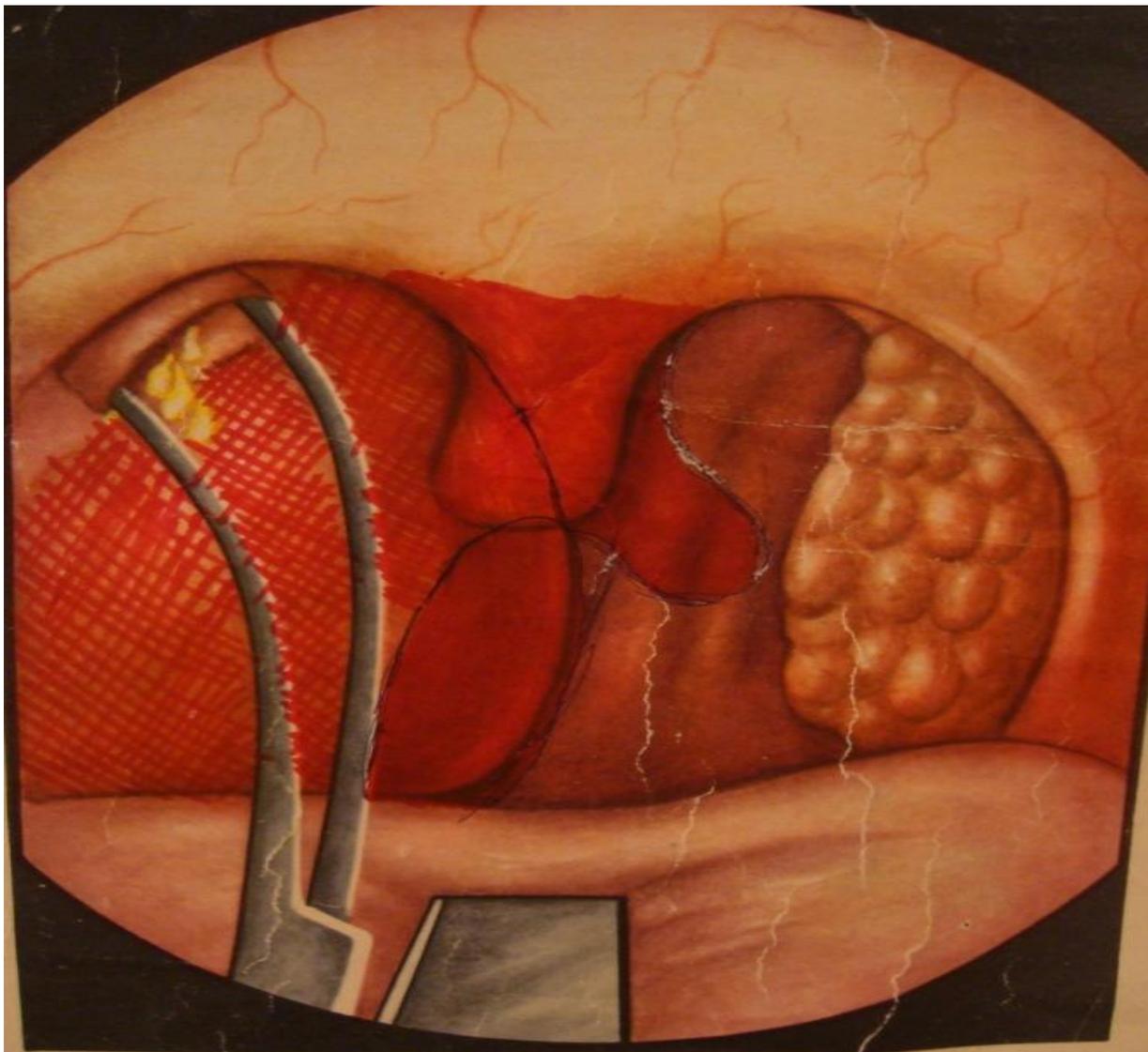
Лечебная тактика

Паратонзиллит

- Госпитализация
- Системная антибактериальная терапия (смена антибиотика, парентеральное введение)
- Патогенетическая и симптоматическая терапия
- При неэффективности в течение 24-48 часов или при ухудшении состояния – вскрытие паратонзиллярного пространства

Паратонзиллярный абсцесс

- Вскрытие абсцесса
- Интенсивная консервативная терапия



**ВСКРЫТИЕ ПЕРЕДНЕ-ВЕРХНЕГО
ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА**

4. Парафарингит и парафарингеальный абсцесс

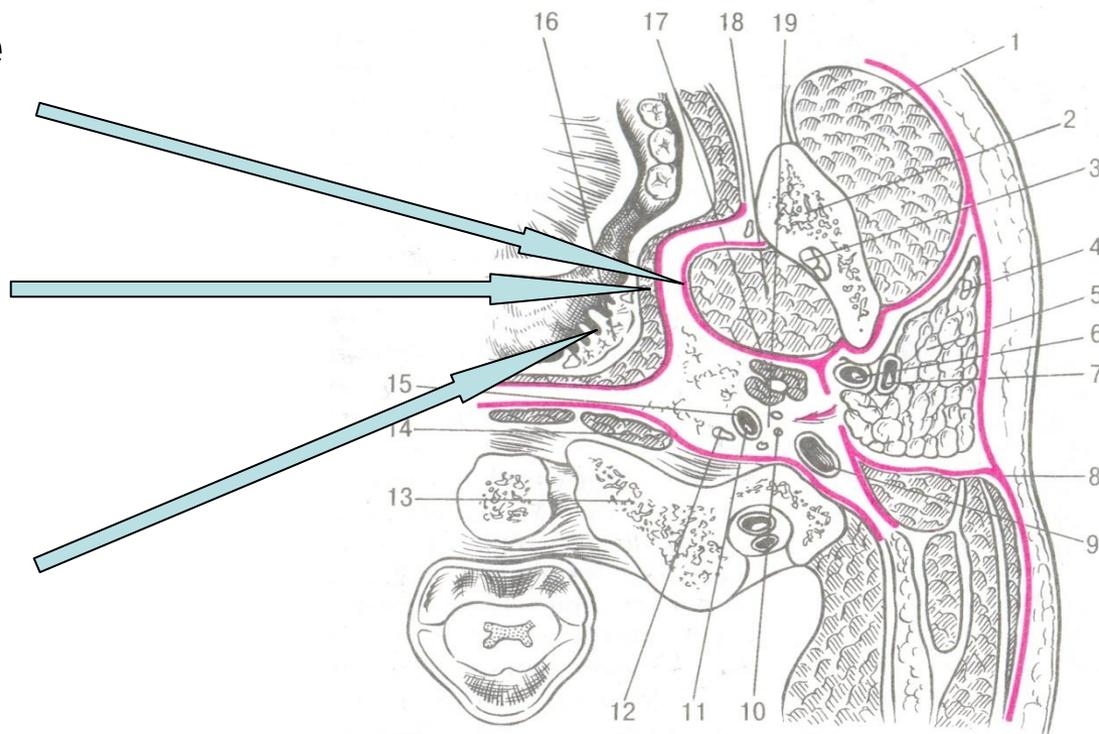
Парафарингит и парафарингеальный абсцесс – гнойно-воспалительный процесс в парафарингеальном пространстве.

Анатомическая справка:

парафарингеальное пространство

боковая стенка глотки

небная миндалина



Парафарингит и парафарингеальный абсцесс

Клиническая картина:

- признаки причинной патологии
- общевоспалительный синдром
- сильнейшая односторонняя боль в горле, резко усиливающаяся при глотании
- м.б. вынужденное положение головы: наклонена вперед и в больную сторону

Местно: инфильтрация, отек, болезненность при пальпации в области угла нижней челюсти с переходом на боковую область шеи

Фарингоскопически: воспалительный тризм гиперемия, отек, выбухание боковой стенки глотки позади задней небной дужки.

Парафарингит справа



5. Заглоточный (ретрофарингеальный) абсцесс

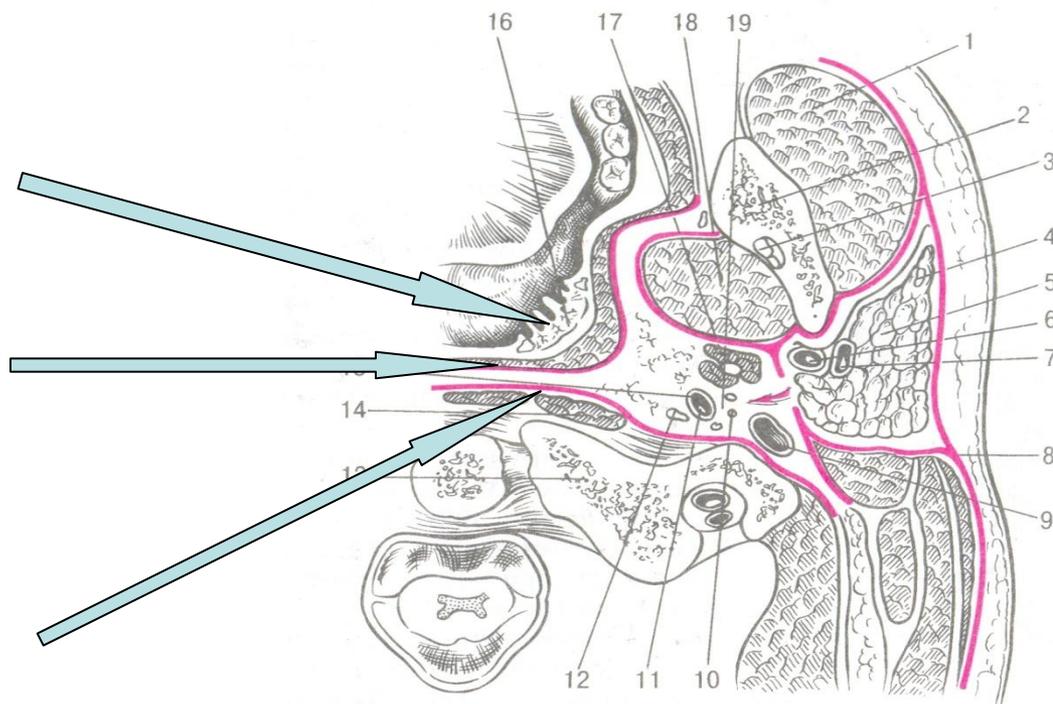
Нагноение лимфатических узлов и клетчатки
заглоточного (ретрофарингеального) пространства.

Анатомическая справка:

небная миндалина

задняя стенка глотки

ретрофарингеальное
пространство



Заглочочный (ретрофарингеальный) абсцесс

Инфицирование возникает лимфогенным путем при воспалительных заболеваниях полости носа, носоглотки, слуховой трубы, среднего уха, стоматологической патологии.

Реже при ранениях слизистой оболочки задней стенки глотки инородным телом, твердой пищей.

Обычно наблюдается в раннем детском возрасте (преимущественно до 3 лет)

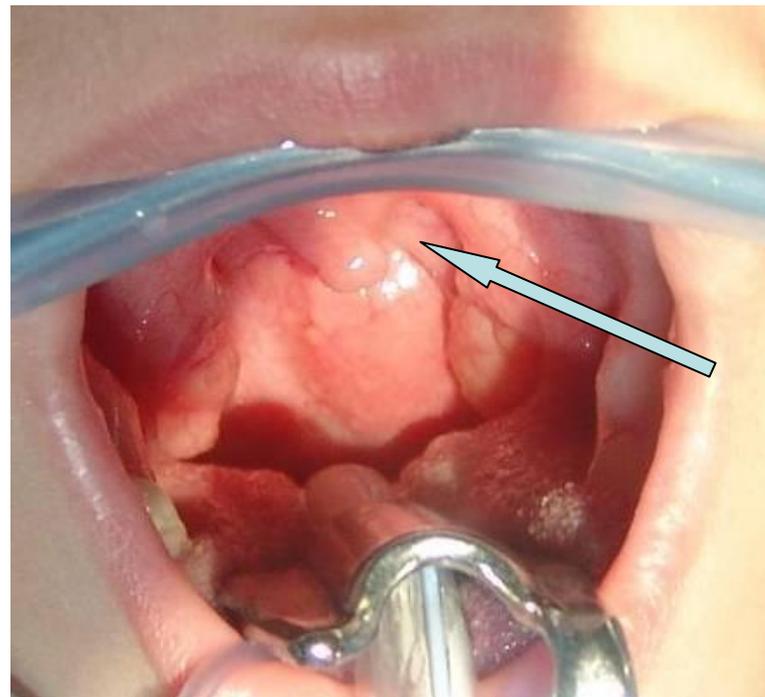
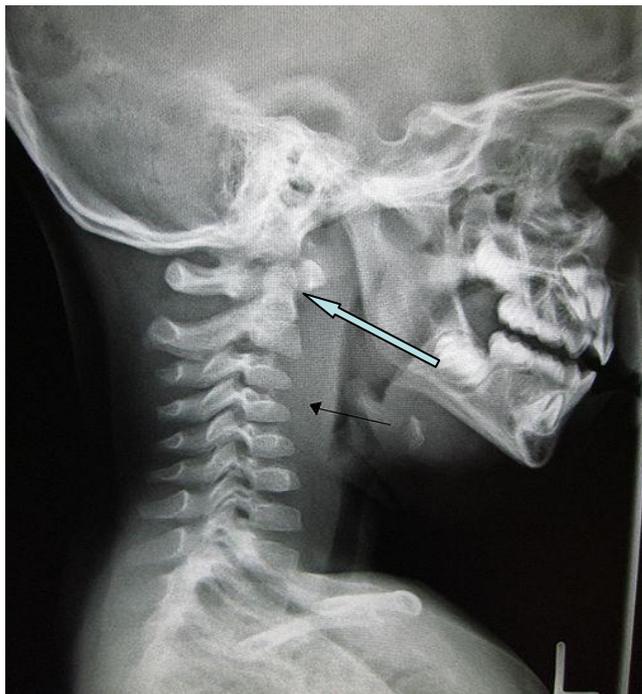
Заглочочный (ретрофарингеальный) абсцесс

Клиника

- **Наличие причинной патологии**
- **Значительное ухудшение состояния, повышение температуры до фебрильных цифр.**
- **Резкая боль при глотании: гримаса боли при глотании, ребенок отказывается от пищи. Может быть поперхивание, при этом пища попадает в нос.**
- **При расположении абсцесса в носоглотке нарушается носовое дыхание, появляется закрытая гнусавость.**
- **При распространении абсцесса на нижние отделы глотки возникает инспираторная одышка, стридор.**
- **Характерно вынужденное положение головы: запрокинута назад и наклонена в больную сторону.**
- **Нередко наблюдается припухлость позади угла нижней челюсти и по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.**

Заглоточный (ретрофарингеальный) абсцесс

Диагностика



- при фарингоскопии обнаруживают флюктуирующую припухлость на задней стенке глотки
- показано проведение эндоскопического обследования
- лучевое обследование (рентгенография, КТ, МРТ)

Заглочочный (ретрофарингеальный) абсцесс

Лечебная тактика

- **Госпитализация.**
- **Вскрытие заглочочного абсцесса**
- **Интенсивная консервативная терапия.**

Возможные осложнения

- **Острый воспалительный стеноз гортани или самопроизвольное вскрытие с удушьем из-за аспирации гноя в полость гортани**
- **Флегмона клетчаточных пространств шеи**
- **Распространение по предпозвоночной фасции в грудную полость, развитие медиастенита**

6. Патология шейных и поднижнечелюстных лимфатических узлов

Патологический процесс лимфатических узлов воспалительного (лимфоаденит) или не воспалительного (лимфоаденопатия) характера.

Диагностический алгоритм:

- 1. жалобы и анамнез**
- 2. осмотр, пальпация**
- 3. УЗИ**
- 4. КТ, МРТ**
- 5. Пункционная биопсия**
- 6. Лабораторное обследование (гематологическое, микробиологическое)**

Шейная и поднижнечелюстная лимфаденопатия

Возможные причины:

- а) системные заболевания: коллагенозы, амилоидоз
- б) гранулематозы: саркоидоз, болезнь Вегенера
- в) гемобластозы: лейкозы, лейкемии, лимфосаркома
лимфогрануломатоз, лимфома
- г) метастазы опухолей (желудок, легкие, ЛОР-органы,
челюстно-лицевая область,)

Шейные и поднижнечелюстные лимфадениты

Возможные причины :

1) очаговая воспалительная патология носа, глотки, верхнего отдела пищевода, кожи лица и головы, тонзиллогенные, одонтогенные, стоматогенные, отогенные

2) общие инфекционные заболевания:

а) бактериальные (туберкулез, сифилис, туляремия, листериоз, боррелиоз, феллиноз, лептоспироз, иерсиниоз, псевдотуберкулез, бруцеллез)

б) вирусные (цитомегалия, мононуклеоз, корь, краснуха, орнитоз, ВИЧ)

в) грибковые (актиномикоз, гистоплазмоз)

г) паразитарные (эхинококкоз)

д) протозойные (токсоплазмоз, малярия)

Лимфаденит: стадии, клиническая картина

Серозный лимфаденит:

- преобладают симптомы причинной патологии
- пальпируются мягко-эластической консистенции, малоблезненные, смещаемые л/у.

Гнойный (абсцедирующий) лимфаденит:

- ухудшение общего состояния
- выраженная, усиливающаяся при пальпации и при поворотах головы локальная боль
- изменение конфигурации мягких тканей, перифокальный отек, возможна локальная гиперемия кожи
- пальпаторно: плотные, резко болезненные, малоподвижные лимфатические узлы, м.б. спаяны в «пакеты»
- м.б. симптом «флюктуации»

Лимфаденит

Лечебная тактика

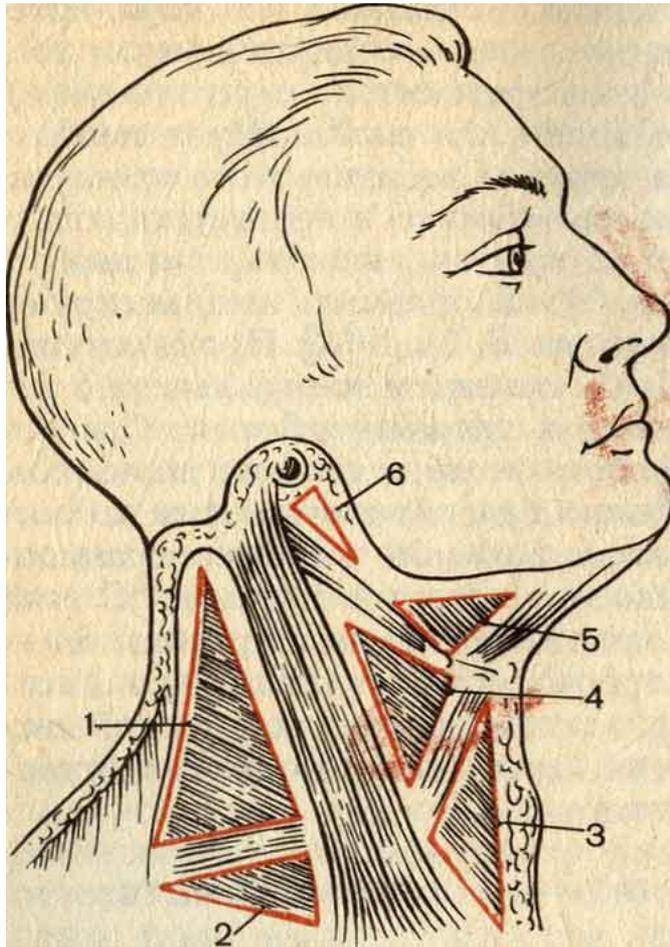
Серозная стадия - консервативная медикаментозная терапия основного заболевания.

Абсцедирующая стадия – тактика оперативная (вскрытие дренирование, при необходимости иссечение нагноившихся лимфатических узлов)

7. Флегмоны шеи

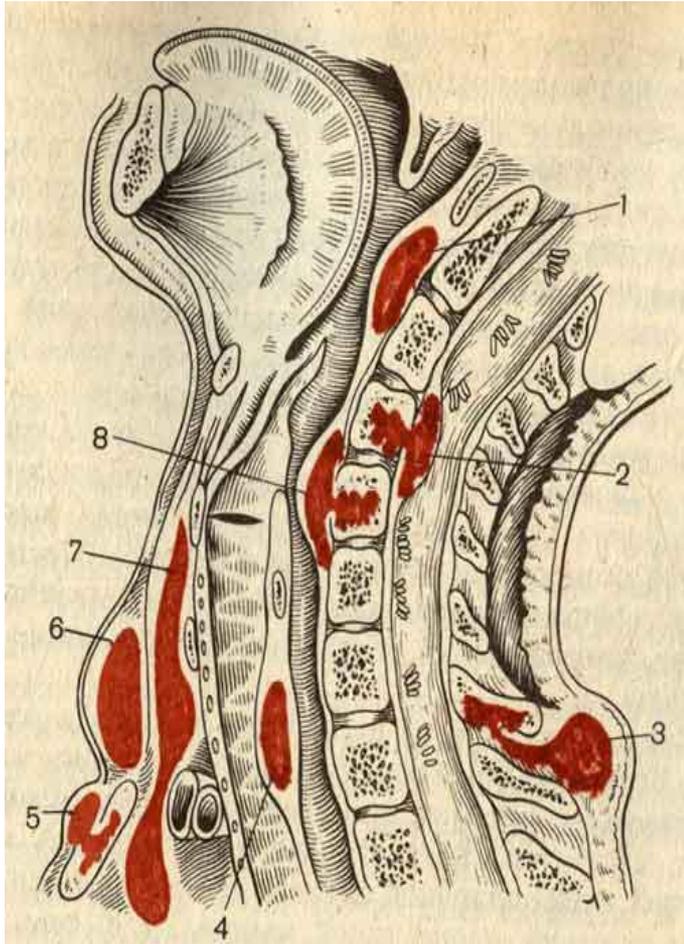
- **Разлитой гнойно-воспалительный процесс в подкожном, межмышечных или в межорганных клетчаточных пространствах шеи.**
- **Механизм возникновения:**
 - 1. аденофлегмона: первичный очаг – гнойный лимфаденит с вовлечением клетчатки**
 - 2. травматическая: раны, инородные тела мягких тканей шеи, внутритканевые кровоизлияния, перфорации и прободения глотки, пищевода**
 - 3. контактные: затеки при мастоидите, остеомиелите шейных позвонков**

Анатомическая справка: топография фасциальных пространств шеи



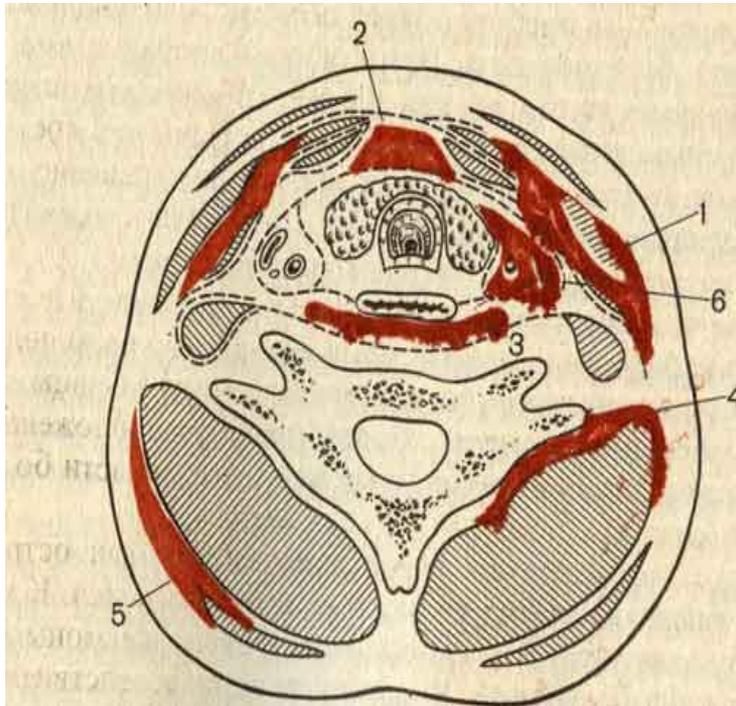
- 1,2 — trigonum colli laterale**
- 1 — trigonum omotracheo-
cioideum**
- 2 — trigonum omoclaviculare**
- 3,4 — trigonum colli mediale**
- 3 — trigonum omotracheale**
- 4 — trigonum caroticum**
- 5 — trigonum suprahyoideum**
- 6 — fossa retromandibularis**

Анатомическая справка: локализация флегмон на шее



- 1 — заглоточный абсцесс
- 2 — экстрадуральный абсцесс
- 3 — абсцесс при остеомиелите остистого отростка
- 4 — абсцесс между трахеей и пищеводом
- 5 — предгрудинный абсцесс
- 6 — абсцесс spatium intraaponeuroticum suprasternal
- 7 — абсцесс spatium praeviscerale
- 8 — абсцесс позади пищевода

Анатомическая справка: локализация флегмон на шее

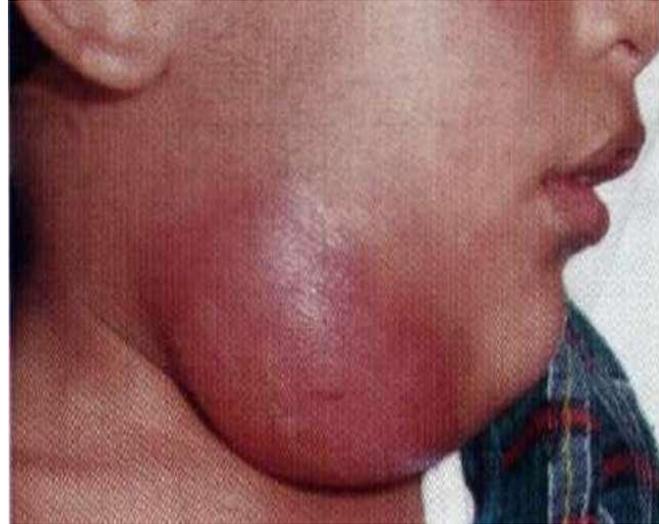


- 1 — скопление гноя в фасциальном пространстве *m.sternocleidomastoidei*
- 2 — флегмона в области *spatium praeviscerale*
- 3 — флегмона в позади пищеводном пространстве
- 4 — флегмона между задними шейными мышцами и позвоночником
- 5 — флегмона в области *m.trapescius*
- 6 — флегмона в области сосудисто-нервного пучка

Флегмоны шеи

- **Этиология: гноеродная или гнилостная микрофлора**
- **Клиническая картина:**
 - **выраженный общевоспалительный синдром**
 - **сильнейшая боль в передне-боковой области шеи, резко усиливающаяся при глотании, поворотах головы, при пальпации**
 - **вынужденное положение головы (наклон в «больную» сторону)**
 - **изменение конфигурации шеи за счет отека и инфильтрации мягких тканей**
 - **пальпаторно: резкая болезненность, м.б. ощущение «деревянистой плотности»**
 - **кожа над инфильтратом не собирается в складку**
 - **гиперемия кожи м.б. при подкожной и субфасциальной локализации и отсутствует при глубоких флегмонах**

Флегмоны шеи



Флегмоны шеи

- **Дифференциальная диагностика:**
 - **острый тиреоидит**
 - **кисты шеи (в том числе нагноившиеся)**
 - **внеорганные опухоли шеи**
 - **цервикалгия при остеохондрозе шейного отдела позвоночника**
- **Лечение: оперативное (широкое вскрытие, дренирование), интенсивная консервативная терапия**

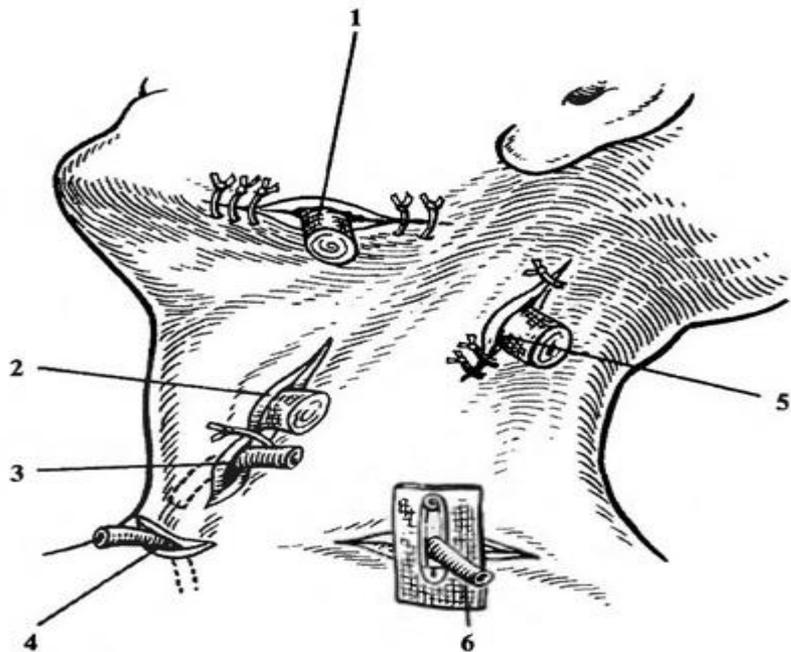
Принципы оперативного вмешательства

- I. Вскрытие гнойного очага путем послойного рассечения и «тупого» расслоения тканей над ним**
- II. Дренирование операционной раны с целью создания условий для эвакуации гнойного экссудата**

Выбор оперативного доступа

- 1. Кратчайший путь к гнойному очагу**
- 2. Наименьшая вероятность повреждения органов и образований при рассечении тканей на пути к гнойному очагу**
- 3. Полноценное дренирование гнойного очага**
- 4. Получение оптимального косметического эффекта в послеоперационном периоде**

Дренирование абсцессов и флегмон шеи



1 — подчелюстная флегмона

2 — флегмона сосудистого
влагалища шеи

3 — претрахеальная флегмона;

4 — абсцесс переднего
средостения

5 — бецольдовская флегмона;

6 — флегмона области
бокового треугольника

