

УДК 616.322-089.87:616-002.36:616.13

З.С. ЩУРУК, Г.З. ЩУРУК, О.З. ЩУРУК, А.Л. ЧИРКО, В.Ф. КУХАРУК

ПАРАФАРИНГЕАЛЬНА ФЛЕГМОНА, БІЧНА ФАРИНГОСТОМА, ТРОМБОЗ ЗАГАЛЬНОЇ, ЗОВНІШНЬОЇ І ВНУТРІШНЬОЇ СОННИХ АРТЕРІЙ ПІСЛЯ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

Від-ня оториноларингології (зав. – Г.З. Щурук) Волинської обласної клінічної лікарні (головний лікар – І.М. Сидор); Львів. Нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького (консультант – проф. О.О. Кіцера)

Хоча показання до тонзилектомії в наш час значно обмежені, вона залишається ще досить поширеною оториноларингологічною операцією.

Незважаючи на відносну простоту виконання цього хірургічного втручання, в післяопераційному періоді можуть виникати тяжкі, навіть смертельно небезпечні ускладнення. Це пов'язано з тою обставиною, що хірург при виконанні тонзилектомії оперує в межах інфікованих, запально змінених тканин [8]. З огляду на це ми знайомимо лікарів-інтернів з можливими ускладненнями після цієї операції та заходами щодо їх профілактики. Докладні описи тонзилогенних, в т.ч. післяопераційних ускладнень (тонзилогенний сепсис, тромбофлебіт вен ший і мозкових синусів, перикаротидні абсцеси з ерозією магістральних судин, флегмони ший, також датуються щонайпізніше 1960-1980 ми роками [1, 2, 4-6, 10, 14-16, 18, 20].

До тяжких і рідкісних ускладнень після тонзилектомії можна віднести також випадок одночасного утворення правобічної парафарингеальної флегмони, бічної фарингостоми, тромбозу загальної, внутрішньої й зовнішньої сонних артерій, особливо тоді, коли ці ускладнення виникають одночасно [3, 7-9, 11-13, 17, 19, 22]. Таких повідомлень у доступній нам літературі не знайдено, тому вважаємо за доцільне поділитися власним спостереженням.

Хворій С., 16 років, після попереднього амбулаторного обстеження 17.03.2008 р.

з приводу хронічного декомпенсованого тонзиліту в ЛОР-відділенні районної лікарні зроблена операція – двобічна тонзилектомія.

Перебіг раннього післяопераційного періоду – без особливостей. На 4-й день після операції, 21.03.08 р., загальний стан пацієнтки погіршився: турбував біль у горлі, підвищилась температура тіла до 38⁰С, з'явилося щільне припухання, далі приєднався біль у правій підщелепній ділянці, а також у ділянці кута нижньої щелепи справа, а згодом – і тризм. З огляду на формування правобічної парафарингеальної флегмони виконано її розтин, при цьому виділилася значна кількість густого гною без запаху. Хворій призначені антибіотики, безаспокійливі препарати. Проте загальний стан її погіршився, з'явився набряк м'яких тканин верхньої третини ший справа.

23.03.08 р. були запрошені спеціалісти обласної клінічної лікарні: отоларинголог і щелепоно-лицевий хірург. За їхньою участю проведена ревзія гнійної післяопераційної рани. При цьому видалені марлеві і гумові смужки, які вводились для дренажу післяопераційної рани, здійснений гемостаз. Заглибини і гнійні кишені, які утворилися навколо основної рани, об'єднані в одну порожнину, при цьому евакуйована значна кількість гною і налагоджена достатньо ефективно дренивання рани.

Проте 3.04.08 р. з'явився різкий постійний головний біль і утворилося сполучення поміж правою мигдаликовою післяо-

пераційною нішею та зовнішньою післяопераційною раною, що маніфестувалося виділенням слини та їжі з рани шиї під час годування через зонд. Через те, що стан хворої неухильно погіршувався, для подальшого лікування вона була переведена до ЛОР-відділення Волинської обласної клінічної лікарні.

05.04.08 р. при огляді на момент госпіталізації в ділянці кута нижньої щелепи спостерігалася гнійна післяопераційна рана, до 3,5 см в діаметрі, з'єднана з ротовою частиною глотки, а саме – з мигдаликовою нішею. При орофарингоскопії права мигдаликова ніша була заповнена гноєм без відчутного запаху, рідка їжа при ковтанні виділяється назовні через рану в ділянці кута нижньої щелепи. Пацієнтка переведена на зондове харчування, призначено адекватні антибіотикограмі препарати, детоксикаційні заходи. За час лікування в ЛОР-відділенні обласної клінічної лікарні хвору оглядали фахівці суміжних спеціальностей, проводилися клінічні мікробіологічні дослідження та визначення чутливості виділених культур до хіміотерапевтичних препаратів.

04.08 р. нейрохірург констатував синдром Горнера справа, приховану лівобічну пірамідну недостатність, того ж дня виконана АКТ головного мозку, при цьому виявлена ішемія його правої півкулі.

7.04.08 р. у пацієнтки виконана ДВГ (доплеровографія) екстракраніального відділу ЗСА (зовнішньої сонної артерії), виявлена виражена асиметрія кровотоку у зовнішній (S>D на 15%) і внутрішній сонних артеріях (S>D на 35%) та СМА (середній мозковій артерії) (D<S на 50 %).

07.04.08 р. – R-графія ОГК (оглядова) – зміни не виявлені.

13.04.08 р. – кольорова ДВГ – ультрасонографічне дослідження судин головного мозку. В просвіті загальної СА візуалізуються ехогенні тромбогенні маси. Визначено, що внутрішня і зовнішня сонні артерії оклюзовані. Висновок УЗД: ознаки тромбозу правобічних, загальної, зовнішньої і внутрішньої сонних артерій справа.

Параклінічні дослідження:

Аналіз крові від 6.04.08 р. Ер – 3,5 x 10¹²/л; Нв – 111 г/л, 67 од, КП – 0,9; Л. – 6,6

x10⁹/л; С – 66%; еоз. – 3%; мон. – 11%; лімфоцити – 20%, ШОЕ – 40 мм/год.

Аналіз крові від 22.04.08 р. Ер – 3,4 x 10¹²/л; Нв – 107 г/л, 64 од; КП – 0,94; л. – 9,3 x 10⁹/л; ШОЕ – 32 мм/год.

С – 60%; еоз. – 9%; мон. – 8%; лімфоцити – 18%; пал. – 5%.

Аналіз крові від 28.04.08 р. Ер – 3,2x10¹²/л; Нв – 105 г/л, КП – 0,9; л. – 7,0x10⁹/л; ШОЕ – 20 мм/год. С – 61%; еоз. – 4%; мон. – 9%; лімфоцити – 25%; пал. – 1%.

Анти HAV Ig M -, HbsAg – позитив, Анти HBsAg (сум) – від'ємний, Анти HCV Ig G – від'ємний

Аналіз сечі від 6.04.08 р.: питома вага – 1020, білок – н/в, цукор – н/в, лейкоц. 0-1-4 в п/з.

Аналіз сечі від 13.04.08 р.: питома вага – 1020, білок – 0,035 г/л, цукор – н/в, лейкоц. – 15-20 в п/з, циліндри – 0-1.

Заг. білок 9.04.04 р. – 84,9 г/л

Сечовина крові 6.04.08 р.: 4,16 ммоль/л. Глюкоза крові від 9.04.08 р.: 5,2 ммоль/л.

7.04 RW – від'ємна.

Електроліти крові 9.04.08 р.: Na⁺ 142 ммоль/л, K⁺ 4,81, Ca⁺⁺ 1,23 ммоль/л.

Заг. білок 9.04.04 р. – 84,9 г/л.

Білок крові – 15.04.08 р.

Загальний білок – 72,4 г/л, альбуміни – 46, α1 – 2%, α2 – 13%, β – 15%, γ – 24%.

Коагулограма 9.04.04 р.: протромбінний індекс – 100%, час рекальцифікації 105", толерантність плазми до гепарину – 101, фібриноген – 9,321, β нафтоловий тест +/-, етаноловий тест +/-.

Дослідження крові 9.04.08 р.: білірубін загальний – 9,2 ммоль/л, прямий – 0, непрямий – 9,2 ммоль/л, АсАТ – 0,2 мкмоль/мл*год, АлаТ – 0,3 мкмоль/мл*год.

7.04. RW – від'ємна.

Результат мікробіологічного дослідження та визначення чутливості виділених культур до хіміотерапевтичних препаратів: виділена E. Coli, чутлива до гентаміцину, цефтриаксону.

Завдяки місцевому і загальному лікуванню стан хворої поступово покращувався, нормалізувалася температура тіла, стінки утвореної фарингостоми здебільшого очистилися від гною і почали вистилатися грануляціями.

27.04.08 р. фарингостома звузилася, видалений носостравохідний зонд, їжа при оральному годуванні із зовнішнього вічка фарингостоми не виділялася. Неврологічна симптоматика: симптом Горнера, гемігіпестезія та ознаки лівобічної пірамідної недостатності зникли.

30.04.08 р. пацієнтка в задовільному стані виписана з лікарні за умови подальшого амбулаторного спостереження отоларингологом і нейрохірургом за місцем проживання, а також щомісячного огляду цими спеціалістами в обласній консультативній поліклініці. Хворій рекомендовано впродовж місяця після виписки отримувати відновлювальне лікування (нейропротекторну, антиоксидантну і судинну терапію).

5.05.08 р. при контрольному огляді ангіохірург констатував тромбоз біфуркації правої сонної артерії, ускладнений ішемією мозку. Рекомендовано зробити ангіографію на перспективу.

2.06.08 р. у пацієнтки при черговому контрольному огляді виконана трансфеморальна церебральна ангіографія: визначено тромбоз біфуркації правої загальної сонної артерії, причому кровопостачання мозку здійснювалося за рахунок перетікання з басейнів а. vertebralis задньою мозковою артерією. Мозковий кровообіг компенсувався повністю.

В 2009 р. хвора народила дитину без патологічних змін. В даний час вона працездатна.

Утворення тромбозу біфуркації правої загальної зовнішньої і внутрішньої сонних артерій можна пояснити виникненням тонзилітогенної флегмони шиї внаслідок операційної травми і приєднання високовірulentної флори, зокрема *E. coli*.

Висновки

1. При виконанні тонзилектомії:

- операція проводиться в інфікованому полі і одночасно провокує генералізацію інфекції та активізацію аутоімунних процесів;

- здебільшого (при визначенні показань до операції) йдеться про пацієнтів з порушеннями загальної і місцевої опірності, про осіб з вираженим імунодефіцитом.

2. Через те, що тонзилектомія виконується в інфікованому операційному полі, при ній антибактеріальна профілактика післяопераційних ускладнень є однозначно обов'язковою.

3. Відповідно до рекомендацій з джерел літератури [12, 13, 21] вибір схеми профілактики падає на короткочасну схему захищеними від бета-лактамаз (або іншими, відповідно до чутливості висіяної флори) антибіотиками перед операцією, під час неї та в післяопераційному періоді, з ін'єкційним способом введення під час операції та в перші дні після неї і пероральним шляхом – починаючи з 2-3-го дня післяопераційного періоду.

4. Тривалість антибактеріальної терапії може бути і більшою – при наявності тонзилітогенних ускладнень. Ідеальним є варіант, при якому передопераційна та післяопераційна терапія проводиться в кардіоревматологічному стаціонарі та опирається на дослідження бактеріальної флори, взятої отоларингологом (а не лікарем-лаборантом!) з крипт мигдаликів, з визначенням її чутливості до антибіотиків.

5. Неодмінною умовою повинні бути виявлення і ретельна санація перед операцією осередків інфекції в порожнині рота та в навколососових пазухах.

1. Асланова Г.Т. Два случая гнойного менингита, возникшего после тонзилэктомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №4 – С. 101.
2. Батютин И.Т. Два случая летальности в связи с тонзилэктомией // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1963. – №5. – С. 84.
3. Белый О.Н., Кузмин А.А. Редкое осложнение

- аденотомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1981. – № 4. – С. 68.
4. Бобров В.М., Малых М.А. Паратонзиллярный абсцесс в отдаленные сроки после тонзилэктомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1991. – №2. – С. 69.
5. Вайнштейн Т. А., Щербина В. П. Осложнения после тонзилэктомии за 7 лет по материалам

- городского ЛОР-отделения // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №2. – С. 92.
6. Великсон Г. М. Синдром Горнера, возникший после тонзиллэктомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – № 4. – С.72.
 7. Гордиевский И. Д. Флегинских Н. А. О тонзиллэктомии и аденотомии под эндотрахеальным наркозом // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2002. – №3. – С. 87.
 8. Гукович В. А. 75 лет, тонзиллэктомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. – №2. – С. 118.
 9. Донгаров А. А., Некрасов Л. Н. Кривошея как осложнение после аденотомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней – 1984. – № 6. – С. 58.
 10. И. Настич А. А, Бойцун А. Л. Случай эрозивного кровотечения из наружной сонной артерии при паратонзиллярном абсцесе // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. – №2. – С. 96.
 11. Игнатъев Б.Ф. Редкое наблюдение парафарингиальной флегмоны как осложнение тонзилектомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – №2. – С. 116.
 12. Кіцера О., Юрочко Ф. Антибіотики в профілактиці післяопераційних інфекційних ускладнень // Ліки в оториноларингології: / Під ред. О. Кіцери, Р. Рудого, О. Левицької. – Львів: Медицина світу. – 1999. – С.145 -148.
 13. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Льв. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – 2006. – С. 317-321.
 14. Ковалева Л.М., Хмельницкая А.М., Мальцева Г.С. Отдаленные результаты хирургического лечения детей с гиперплазией небных миндалин // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1985.
 15. Коршунова О.А. Редкое осложнение после тонзиллэктомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1962. – №1. – С. 95.
 16. Лифшиц Б.М. Перевязка наружной сонной артерии при кровотечениях после тонзиллэктомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1962. – №2. – С. 78-79.
 17. Масик А.Ф. Флегмона шеи как осложнение паратонзиллярного абсцесса у девочки двух лет // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – №4. – С. 122.
 18. Нургузаев С.Н. К вопросу об осложнениях после тонзиллэктомии у детей // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1962. – №1. – С. 77.
 19. Сидельников М. М. Тромбоз наружной и внутренней сонных артерий после тонзилектомии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №5. – С. 70.
 20. Филатов В. Ф. Случаи аррозивного кровотечения при паратонзиллярных абсцессах в пожилом возрасте // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №3. – С. 113.
 21. Antybiotykooporność – narastające zagrożenie // Problemy laryngologiczne w codziennej praktyce. – Servier-Warszawa, 2000. – S. 3-8.
 22. Die Komplikationen der Entzündlichen Erkrankungen des Rachens // Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. – 2000. – Bd. II. – Teil 1, Tieme-Stuttgart. – S. 116-164.

Надійшла до редакції 05.06.12.

© З.С. Щурук, Г.З. Щурук, О.З. Щурук, А.Л. Чирко, В.Ф. Кухарук, 2012