

ПОВІДОМЛЕННЯ ТА РЕЦЕНЗІЇ

УДК 616-002.3+616.321

©Н. В. Василюк, Д. Т. Оріщак, Л. С. Кіт, О. М. Герич
Івано-Франківський національний медичний університет

ЗАГЛОТКОВИЙ АБСЦЕС У ПАЦІЄНТА МОЛОДОГО ВІКУ

ЗАГЛОТКОВИЙ АБСЦЕС У ПАЦІЄНТА МОЛОДОГО ВІКУ – У структурі гнійних захворювань ЛОР-органів одними із найрозповсюджених гнійних захворювань є абсцеси глотки. Заглотковий абсцес зустрічають переважно у грудних дітей і дітей дошкільного віку, в дорослому віці – виключно рідко. Причиною заглоткового абсцесу в грудних дітей є мікротравма слизової оболонки задньої стінки глотки стороннім тілом, твердою їжею, грубе проведення туалету ротової порожнини тощо. У дорослих заглотковий абсцес може бути як наслідок місцевого та загального переохолодження, травматичного пошкодження задньої стінки глотки стороннім тілом, лікарських маніпуляцій у глотці, які були раніше виконані, та інших причин. Основним методом лікування заглоткових абсцесів є хірургічне лікування. У випадку неадекватного лікування цієї патології у пацієнта виникає загроза виникнення медіастиніту.

ЗАГЛОТОЧНИЙ АБСЦЕС У ПАЦІЄНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА – В структуре гнойных заболеваний ЛОР-органов одними из наиболее распространенных гнойных заболеваний являются абсцессы глотки. Заглотошный абсцесс встречается преимущественно у грудных детей и детей дошкольного возраста, во взрослом – встречается исключительно редко. Причиной заглотошного абсцесса у грудных детей является микротравма слизистой оболочки задней стенки глотки инородным телом, твердой пищей, грубое проведение туалета полости рта и т.д. У взрослых заглотошный абсцесс может быть как следствие местного и общего переохлаждения, травматического повреждения задней стенки глотки инородным телом, врачебных манипуляций в глотке, которые были ранее выполнены, и других причин. Основным методом лечения заглотошного абсцесса является хирургическое лечение. В случае неадекватного лечения данной патологии у пациента возникает угроза возникновения медиастинита.

RETROPHARYNGEAL ABSCESS IN YOUNG PATIENT – In the structure of purulent diseases of upper respiratory tract are abscesses of the pharynx. Retropharyngeal abscess occurs often in infants and preschool children and only rarely in adulthood. The causes of retropharyngeal abscess in infants are microtrauma of mucous of the posterior pharynxes wall by foreign body, by solid food, a gross toilet of mouth and so on. The causes of retropharyngeal abscess in adults may be a local and general hypothermia, trauma of mucous of the posterior pharynxes wall by foreign body, medical manipulation in the throat, which were before and other reasons. The main method of treatment of retropharyngeal abscess is a surgical treatment. In case of inadequate treatment of this disease in a patient may be mediastinitis.

Ключові слова: заглотковий абсцес, фасції шиї, епіфарингоскопія, лікування заглоткових абсцесів.

Ключевые слова: заглотошный абсцесс, фасции шеи, эпифарингоскопия, лечение заглотошных абсцессов.

Key words: retropharyngeal abscess, fascias of the neck, epipharyngoscopy, treatment of retropharyngeal abscess.

Гнійно-запальні захворювання вуха, горла, носа і верхніх дихальних шляхів належать до числа найрозповсюджених захворювань, у середньому на них хворіє не менше 75 % населення. У структурі гнійних захворювань ЛОР-органів одними із найпоширеніших

гнійних захворювань є абсцеси глотки [2].

Заглотковий абсцес зустрічають переважно у грудних дітей і дітей дошкільного віку, виключно рідко діагностують в дорослому віці, і характеризується накопиченням гною в заглотковому просторі внаслідок гнійного розплавлення пухкої клітковини заглоткового простору та лімфатичних вузлів, які розташовані між верхнім стискачем глотки та апоневрозом м'язів передньої поверхні хребта [3, 7].

На основі даних літератури, заглотковий абсцес описується, в основному, як окремі спостереження з практики, що створює проблему в систематизації даних щодо певної патології.

Виникнення цієї патології переважно в дитячому віці зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями глотки. Позаду глотки, між нею та довгими м'язами голови, які покриті передхребетною фасцією, розташований заглотковий простір. Від заднього відділу навколوجلоткового простору він відділяється відростками передхребетної фасції, які ідуть до бічних стінок глотки. Простір простягається від основи черепа до рівня VI шийного хребця, де переходить в позависцеральний простір шиї, а далі в заднє середостіння. Заглотковий простір на рівні носоглотки розділяється перетинкою, яка розташована по серединній лінії, на два відділи – правий та лівий.

У грудних дітей та дітей раннього віку в заглотковому просторі є лімфатичні вузли, розташовані у пухкій сполучній тканині. Починаючи з 4–5-го року життя лімфатичні вузли, що розташовані в пухкій сполучній тканині заглоткового простору, регресують, а сам простір облітеруються [4, 8].

Причиною заглоткового абсцесу в грудних дітей є мікротравма слизової оболонки задньої стінки глотки стороннім тілом, твердою їжею, грубе проведення туалету ротової порожнини тощо. У дорослих заглотковий абсцес може бути як наслідок місцевого та загального переохолодження, травматичного пошкодження задньої стінки глотки стороннім тілом, лікарських маніпуляцій у глотці, які були раніше виконані та інших причин [1, 3, 5].

Нам довелося спостерігати випадок заглоткового абсцесу в особи 25 річного віку. Пацієнт Ю., 1982 р.н., чоловічої статі був направлений в ургентному порядку безпосередньо із прийому лікаря-терапевта поліклініки і госпіталізований у терапевтичне відділення ЦМКЛ 01.11.2007 р. з діагнозом гострого шийного лімфаденіту. Септичний стан. Пульмоніт? Кардит? Нефрит?

З анамнезу відомо, що два тижні тому пацієнта було виписано із обласної інфекційної лікарні за власним наполяганням у зв'язку із сімейними обставинами, де перебував на лікуванні з 09.10.07 р. по 19.10.07 р. із

діагнозом: ГРЗ. Двобічна вогнищева пневмонія з вираженим інтоксикаційним синдромом. Хронічний піелонефрит, ст. загострення.

Через 4 дні після виписки (23.10.07 р.) стан пацієнта погіршився, з'явився біль у горлі, порушилося ковтання. В зв'язку із сімейними обставинами, за медичною допомогою пацієнт не звертався, займався самолікуванням. 26.10.07 р. стан пацієнта різко погіршився, температура тіла досягала 39–40 °С та за медичною допомогою чоловік надалі не звертався.

01.11.2007 р. пацієнта у тяжкому стані госпіталізовано в терапевтичне відділення ЦМКЛ. Призначено консультацію оториноларинголога в зв'язку із наявністю скарг на біль у горлі, що іррадіював у ліве вухо, біль у ділянці задньої поверхні шиї, затруднене ковтання.

При огляді пацієнта стан тяжкий. Шкірні покриви бліді. Під час спілкування з хворим відмічають виражену гугнявість голосу.

При ендоскопічному обстеженні ЛОР-органів виявлено наступні дані.

Орофарингоскопія: слизова оболонка щік, губ, дна ротової порожнини, твердого та м'якого піднебіння рожева, не набрякла, чиста. Вивідні протоки слинних залоз не змінені. Піднебінні мигдалики та піднебінні дужки рожеві, чисті, не набрякли. Слизова оболонка задньої стінки глотки яскраво-рожева, дещо набрякла.

При епіфарингоскопії на задній стінці носоглотки зліва виявлено напівкокріглої форми випинання, яскраво-червоного кольору, яке при пальпації флукує. Бічні стінки носоглотки, устя слухових труб не змінені.

Передня риноскопія: присінки вільні, носова перегородка по серединній лінії, слизова оболонка рожева, не набрякла, волога, носові ходи широкі, вільні, зліва в загальному носовому ході незначна кількість слизу. Дихання через ніс: справа – вільне, зліва – затруднене.

Отоскопічно патологічних змін не виявлено.

На Rtg гр. додаткових пазух носа №№6439-6440 в прямій та лівій боковій проекціях (01.11.07 р.): пневматизація ДПН не порушена.

Загальний аналіз крові (01.11.07 р.): Нb – 117г/л; Eг 3,96·10¹²/л; Кp – 0,94; Le – 9,9·10¹⁰/л; ШОЕ – 30 мм/год; п – 10 %, с – 32 %, л – 44 %, м – 11 %, е – 1 %, плазматичні клітини – 2 %.

На підставі клініко-рентгено-лабораторних даних встановлено діагноз: заглотковий абсцес. Пацієнта переведено в оториноларингологічне відділення для спеціалізованого лікування.

З метою розрешення патологічного стану, попередження розвитку ускладнень пацієнта було проінформовано про необхідність операційного лікування (розтин заглоткового абсцесу). Отримавши згоду пацієнта, після попередньої проби на анестетик, було проведено операційне лікування під місцевим знеболюванням. Для кращого огляду носоглотки під час операції, м'яке піднебіння було фіксоване гумовим зондом, який заздалегідь був введений через носову порожнину та виведений назовні через ротову порожнину. Після розтину абсцесу в місці його найбільшого

випинання, з порожнини гнояка вийшов густий гній. Пацієнт відмітив зменшений біль, поліпшення ковтання та самопочуття.

Лікування було доповнено консервативною терапією: розчин аугментину – внутрішньовенно, таблетки "Трахісан" – місцево, розчин коларголу 3 % – ендоназально, розчин дексаметазону – внутрішньом'язово, розчин наклофену – внутрішньом'язово.

Пацієнтові проведено ряд обстежень:

- загальний аналіз сечі (02.11.07 р.): 100,0 мл, с/ж, проз., ПВ – 1012, рН – 5,0, Le – 2–3 в п/з, еп.пл. – 2–3 в п/з, дріжджові грибки +;

- біохімічний аналіз крові (02.11.07 р.): заг.білок – 66,4 г/л; заг. холестерин – 4,1 ммоль/л; сечовина – 4,16 ммоль/л; креатинін – 12 мкмоль/л; заг. білірубін – 7,44 мкмоль/л; АЛТ – 0,49 мМ/год · л; АСТ – 0,37 мМ/год · л;

- ревмопроби (02.11.07 р.): СРБ (-), ревматоїдний фактор (-), серомукоїд – 0,29, АСЛО – 250 мод;

- RW (02.11.07 р.): від'ємна;

- УЗД шиї №8591(02.11.07 р.): візуалізуються збільшені до 1,0–1,5 в діаметрі лімфатичні вузли (передня і задня групи).

Пацієнта оглянув інфекціоніст, невропатолог, імунолог.

Після проведеного лікування стан хворого помітно поліпшвся, клініко-лабораторна динаміка позитивна. Пацієнта виписано додому в задовільному стані із одужанням на 8-му добу.

Проблема адекватної діагностики заглоткового абсцесу, раціонального лікування цієї патології, попередження розвитку ускладнень, що загрожують життю пацієнта, а саме медіастиніту, і обґрунтованої профілактики розвитку даного захворювання є актуальною для оториноларингологів, а комплексний підхід до її вирішення базується на інтеграції знань різних галузей медицини.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Заглотковий абсцес у дитини другого місяця життя / М. О. Гайналь [та ін.] // Здоров'я ребенка. – 2009. – № 4(19).
2. Крюков А. И. Гнойно-воспалительные заболевания уха, горла, носа и верхних дыхательных путей: актуальность проблемы и пути решения / А. И. Крюков, В. Г. Жуховицкий // Вестник оториноларингологии. – 2004. – № 1. – С. 3–4.
3. Лайко А. А. Досвід лікування паратонзиллярних та заглоткових абсцесів у дітей / А. А. Лайко, А. Л. Косаковський, Ю. А. Молочек // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 3. – С. 176–178.
4. Лопотко И. А. Острый и хронический тонзиллит / И. А. Лопотко, О. Ю. Лакоткина. – ГИМЛ : Ленинград, 1963. – 281 с.
5. Протасевич Г. С. Заглотковий абсцес / Г. С. Протасевич // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – № 3. – С. 80–85.
6. Протасевич Г. С. Заглотковий абсцес / Г. С. Протасевич // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – № 5. – С. 46–51.
7. Тишко Ф. О. Заглотковий абсцес /Ф. О. Тишко, О. В. Павлова // Здоров'я України. – 2011. – № 3(15). – С. 60–62.
8. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи / под ред. А. Г. Шаргородского. – М. : Гэотар медицина, 2002. – 528 с.

Отримано 27.12.11