



ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров З. М. Необычное инородное тело пищевода у ребенка / З. М. Ашуров, Д. М. Мустафаев // Вестн. оторинолар. – 2007. – №2. – С. 59–60.
2. Богомилский М. Р. Детская оториноларингология / М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 432 с.
3. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
4. Крупное инородное тело пищевода / В. Г. Зенгер, З. М. Ашуров, Е. Н. Чепелева и др. // Вестн. оторинолар. – 2001. №4. – С. 56.
5. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.

УДК: 636. 8:616. 9–022

НАБЛЮДЕНИЕ ФЕЛИНОЗА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

А. О. Гюсан, С. А. Гюсан

Ставропольская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии. – проф. В. И. Кошель)

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

(Главный врач – канд. мед. наук А. М. Тебугев)

Фелиноз – от лат. *Felinus* – кошачий; доброкачественный лимфоретикулез, болезнь кошачьих царапин) – инфекционная болезнь, возбудитель которой проникает в организм человека через поврежденную кожу в результате царапины или укуса кошки. Болезнь характеризуется повышением температуры, регионарным лимфаденитом и нередко образованием первичного аффекта в месте внедрения инфекции.

Описана в 1950 г. Молларе и Рейлли, а также Р. Дебре. В СССР болезнь впервые описана в 1955 г. М. Ф. Марецкой. Возбудитель фелиноза относится к роду хламидий, имеет кокковидную форму, размеры около 250–350 нм, является внутриклеточным паразитом. Считают, что природный резервуар возбудителя инфекции – грызуны и птицы [1].

Заражение человека происходит в результате царапания, реже укуса кошки, которая обычно является пассивным переносчиком возбудителя. Болеют преимущественно дети. От больного человека здоровому возбудитель не передается. Заболеваемость носит спорадический характер.

В месте проникновения возбудителя (обычно на коже дистальных отделов конечностей) через несколько дней после заражения возникает первичный аффект в виде плотной папулы, которая иногда изъязвляется и покрывается корочкой. Это первичный очаг размножения возбудителя. Местные проявления нередко остаются незамеченными. По лимфатическим путям возбудитель попадает в регионарный лимфатический узел – вторичный очаг размножения возбудителя, возникает лимфаденит. В случае преодоления лимфатического барьера происходит гематогенная диссеминация возбудителя.

Ведущим признаком является поражение лимфатических узлов одного или нескольких. Лимфатические узлы увеличены, уплотнены. Со временем в них определяются очаги абсцедирования. Болезнь начинается с повышения температуры до 38–39 градусов и держится до двух недель. Отмечаются головные и мышечные боли. Одновременно появляется характерный и постоянный симптом фелиноза – регионарный лимфаденит. Как правило, локтевой, подмышечный, паховый, редко подчелюстной. Пораженные лимфатические узлы увеличены, малоподвижны, болезненны при пальпации.

В половине случаев происходит их нагноение. Заживление медленное, иногда затягивается до трех месяцев и более. Возможны рецидивы. Перенесенное заболевание оставляет стойкий иммунитет.



Однако диагностика заболевания не всегда проста, основное значение имеет эпидемиологический анамнез и серологические методы исследования. Дифференциальный диагноз приходится проводить с лимфаденитом другой этиологии, туляремией, бруцеллезом, лимфогранулематозом, инфекционным мононуклеозом и другими заболеваниями.

В связи с этим нам представляется интересным, наблюдаемый нами случай фелиноза или доброкачественного лимфоретикулеза.

Больной Ж., 9 лет был госпитализирован в ЛОРотделение КЧРКБ с диагнозом срединная киста шеи. При поступлении в отделение у больного в области подъязычной кости по средней линии опухолевидное образование, размером 2,0х2,0 см, плотной консистенции, малоподвижное, болезненное при пальпации. Со слов родителей опухоль появилась две недели назад, последние дни увеличилась, стала болезненной. У ребенка появилась температура до 38 градусов.

Анализ крови: умеренный лейкоцитоз, эозинофилия (9), ускоренная СОЭ (23 мм/ч). Анализ мочи без патологических изменений. Кал на яйца гельминтов – отрицательный.

Туберкулез, бруцеллез в семье отрицают.

Нос – правильной формы. Перегородка носа по средней линии. Средние носовые хода чистые. Носовое дыхание в полном объеме. Носоглотка свободная. Глотка – небные миндалины не выступают за пределы небных дужек. Лакуны без казеозных пробок.

Гортань – лепесток надгортанника подвижен. Вход в гортань свободный. Голосовые складки ровные, чистые, подвижные. Уши – наружные слуховые проходы свободные, барабанные перепонки контурированные. Острота слуха в пределах нормы.

Полость рта санирована.

После консультации ребенка педиатром и анестезиологом, на фоне антибиотикотерапии с подозрением на воспаление срединной кисты шеи ребенок взят на операционный стол. Во время проведения операции обнаружено, что опухолевидное образование не связано с подъязычной костью, расположено поверхностно и представляет из себя лимфатический узел. На разрезе видны очаги абсцедирования с зоной некроза в центре.

Указанное образование направлено на гистологическое исследование. Патологогистологическое исследование № 4800. Фрагмент коричневатой-желтой ткани. Размером 2,5х2,5. Увеличенный лимфатический узел, с редким пучковым фиброзом, с единичными абсцессами и центральной зоной некроза, окруженной эпителиоидными клетками.

Хронический гнойный абсцедирующий лимфаденит (картина фелиноза). Необходимо серологическое обследование.

Больной направлен для дальнейшего обследования и лечения в инфекционную больницу, где диагноз фелиноза подтвержден положительной внутрикожной пробой с групповым орнитозным антигеном.

Назначена противовоспалительная терапия и физиолечение.

Приведенное наблюдение больного фелинозом представляет определенный клинический интерес в связи с локализацией воспаленного лимфоузла в области подъязычной кости по средней линии и возникшей необходимостью дифференцировать его со срединной кистой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марецкая М. Ф. Особенности течения доброкачественного лимфоретикулеза (болезнь кошачьей царапины). // М. Ф. Марецкая. // Клин. мед., 1958. – т. 36, № 12 – С. 104.