

УДК: 616. 322–002. 3–006. 001. 362

**НАБЛЮДЕНИЕ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА,
ИМИТИРОВАВШЕГО ОПУХОЛЬ НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ****О. О. Копченко, В. Г. Зенгер, В. М. Исаев, Д. М. Мустафаев***Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)*

Паратонзиллит – заболевание, характеризующееся развитием воспаления (отечного, инфильтративного или с абсцедированием) в паратонзиллярной (околоминдаликовой) клетчатке – между капсулой миндалина и глоточной фасцией, покрывающей констрикторы глотки [1, 5].

В большинстве случаев паратонзиллит развивается как осложнение ангины у больных с хроническим тонзиллитом, который диагностируется более чем у 80 % больных с паратонзиллитом [2, 5, 6].

Паратонзиллит относится к частым заболеваниям в молодом и зрелом возрасте (от 15 до 30 лет), встречается одинаково часто у мужчин и женщин [5, 7].

Причиной паратонзиллита может явиться распространение инфекции при воспалении кариозных зубов на паратонзиллярную клетчатку – одонтогенный паратонзиллярный абсцесс. Возможны травматическая природа возникновения паратонзиллярного абсцесса, гематогенный путь поражения паратонзиллярной клетчатки при острых инфекционных заболеваниях [3, 5].

По клинико-морфологическим изменениям выделяют три формы паратонзиллита – отечную (5 % случаев), инфильтративную (20 % случаев) и абсцедирующую (75 % случаев). По существу эти формы являются последовательными стадиями процесса воспаления паратонзиллярной клетчатки [4].

Заболевание имеет общие и местные признаки. Из общих признаков характерны относительно тяжелое состояние в связи с интоксикацией, повышением температуры тела до 39–40 °С, слабость. Общее состояние утяжеляется и в связи с мучительной болью в горле, резко возрастающей при глотании, нарушением сна, невозможностью приема пищи и проглатывания слюны. Из местных признаков характерны – выраженная односторонняя боль с иррадиацией в ухо, зубы, выраженный в разной степени тризм (тонический спазм жевательной мускулатуры, из-за чего затруднена фарингоскопия), открытая гнусавость, обусловленная парезом мышц небной занавески [5].

Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны на стороне поражения, угол нижней челюсти часто не пальпируется. В крови лейкоцитоз, формула крови со сдвигом влево, повышается СОЭ [4, 7].

Практикующему хирургу-оториноларингологу не часто приходится иметь дело с гнойно-воспалительными процессами, локализованными в различных отделах глотки, по клинике напоминающими опухолевые процессы. Одно из таких наблюдений мы представляем.

Больная Б., 69 лет, из г. Серпухова, 23.05.07 поступила в ЛОР-клинику МОНКИ им. М. Ф. Владимирского с направительным диагнозом из поликлиники по месту жительства – новообразование правой небной миндалины.

При поступлении больная жаловалась на дискомфорт в горле при глотании, болезненное глотание твердой пищи, затруднение дыхания при физической нагрузке, слабость. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят в течение двух месяцев, когда больная перенесла фолликулярную ангину. В апреле 2007 года больная находилась в ЛОР-отделении г. Серпухова с диагнозом – правосторонний паратонзиллярный абсцесс, производилось вскрытие паратонзиллярного абсцесса. Со слов больной гнойного отделяемого не получено. Через 10 дней выписана из стационара.

В последующие дни у больной оставались жалобы на дискомфорт в горле при глотании, болезненность при глотании твердой пищи.



При поступлении состояние средней тяжести. При осмотре наружная форма шеи не изменена. При пальпации шеи определяются безболезненные увеличенные лимфатические узлы, размером с горох, также имеется образование в области проекции правой доли щитовидной железы. Образование при пальпации безболезненное, с гладкой поверхностью, размером около 5 см в диаметре. Симптом «Мура» положительный. Открывание рта свободное.

При мезофарингоскопии: правая небная миндалина смещена до срединной линии, поверхность ее разрыхленная. Имеются местные воспалительные явления со стороны слизистой оболочки глотки (рис. 1, а). Патологии со стороны остальных ЛОР-органов не выявлено.

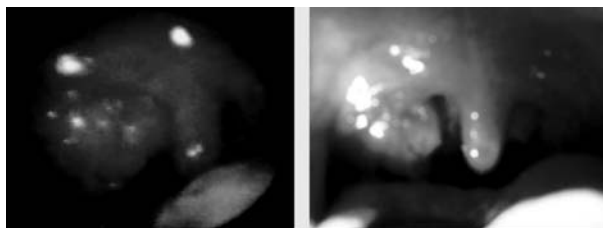


Рис. 1. Мезофарингоскопия.

а – при поступлении: правая небная миндалина смещена до срединной линии; имеются местные воспалительные явления со стороны слизистой оболочки глотки.

б – при выписке: правая небная миндалина гипертрофирована I степени. Мягкое небо расположено симметрично.

Общий анализ крови от 23.05.07: эритроциты – $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $8,7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 10 мм/ч. Сахар крови: 6,2 ммоль/л. Анализ мочи без особенностей. Мазок на ВЛ: палочки дифтерии не обнаружены.

Боковая рентгенография шеи по Земцову и рентгеномография гортани от 23.05.07: превертебральные мягкие ткани не утолщены; свободного газа, костно-деструктивных изменений не выявлено; складки гортани не изменены, отмечается деформация подскладочного отдела на 2 см ниже голосовых складок за счет выбухания в просвет трахеи правой стенки её и сужение соответствующего отдела воздушного столба трахеи. Заключение: рентгенологическая картина деформации трахеи обусловлена либо новообразованием щитовидной железы, либо увеличенными лимфатическими узлами (рис. 2).

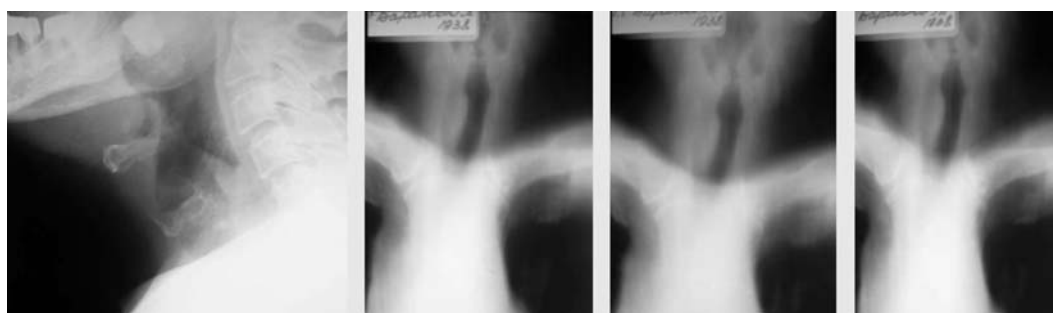


Рис. 2. Боковая рентгенография шеи по Земцову и рентгеномография гортани.

Превертебральные мягкие ткани не утолщены; свободного газа, костно-деструктивных изменений не выявлено; складки гортани не изменены, отмечается деформация подскладочного отдела на 2 см ниже голосовых складок за счет выбухания в просвет трахеи правой стенки её и сужение соответствующего отдела воздушного столба трахеи.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой и правой боковой проекции от 23.05.07: просвет трахеи сужен на уровне Th_{3-4} до 1 см, за счет вдавления извне, на протяжении 2,0 см. Корни легких структурны, диафрагма, синусы в норме. Увеличен левый желудочек сердца, аорта утолщена (рис. 3).



Рис. 3. Рентгенография органов грудной клетки в прямой и правой боковой проекции.

Просвет трахеи сужен на уровне Th₃₋₄ до 1 см, за счет вдавления извне, на протяжении 2,0 см. Корни легких структурны, диафрагма, синусы в норме. Увеличен левый желудочек сердца, аорта утолщена.

При исследовании пищевода с бариевой взвесью определяется небольшое оттеснение пищевода на уровне деформированного участка трахеи влево.

Исследование функции внешнего дыхания от 24.05.07: нарушение биомеханики дыхания не выявлено.

24.05.07 во время взятия биопсии из ткани правой небной миндалины в области верхнего полюса получено около 5 мл гнойного отделяемого. Дополнительно произведен разрез слизистой оболочки правой передней небной дужки. При ревизии паратонзиллярного пространства получено еще 3 мл гноя, который отправлен на микробиологическое исследование. Материал, взятый из небной миндалины, отправлен на гистологическое исследование. Назначена противовоспалительная терапия.

На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось. Объективно при мезофарингоскопии асимметрия со стороны зева и воспалительные явления со стороны глотки купировались (рис. 1, б).

Дополнительно больной произведено ультразвуковое исследование шеи и органов брюшной полости. Щитовидная железа расположена обычно, увеличена в размерах за счет правой доли, которая смещает трахею влево, две нижние трети правой доли занимает узловое образование размерами 53×35×39 мм с ровными и четкими контурами, гипоэхогенным ободком по периферии и резкой неоднородной внутренней структурой. Верхняя треть правой доли не изменена. Левая доля в размерах не увеличена, её контуры ровные, четкие, эхогенность не изменена, в структуре определяются единичные гипоэхогенные зоны размером до 3–4 мм. На шее с обеих сторон определяются увеличенные лимфатические узлы размером от 5–15 мм. В просвете желчного пузыря определяется подвижный камень 14 мм и несмещаемый камень в области шейки 16 мм. Поджелудочная железа расположена обычно, в размерах не увеличена. На уровне верхней границы нормы, контуры неровные и четкие, эхогенность повышена, структура умеренно неоднородная. Селезенка и обе почки – без видимой патологии. Достоверно в брюшной полости и забрюшинном пространстве увеличенных лимфатических узлов и дополнительных образований не выявлено. Заключение: узловое образование правой доли щитовидной железы. Увеличение шейных лимфатических узлов. Калькулезный холецистит (камень в шейке). Диффузные изменения поджелудочной железы (рис. 4).

Компьютерная томография шеи и органов грудной клетки от 31.05.07: воздушный столб носо- и ротоглотки представляется деформированным (правый контур выпрямленным, места – взбухающим в просвет), мягкие ткани на уровне правой боковой стенки глотки утолщенными. Правая доля щитовидной железы увеличена (35 см), овальной (фасолевидной) формы, с относительно четким свободным контуром. Структура доли неоднородная за счет наличия разнокалиберных участков пониженной плотности, не накапливающих контрастное вещество. К измененной правой доле интимно прилежат смещенные в стороны сосуды шеи (возможно и увеличенные (как описано при УЗИ) лимфатические узлы, которые четко дифференцировать при КТ затруднительно). Трахея смещена влево, правый её контур не резко поддавлен. Левая



доля щитовидной железы без особенностей. При КТ исследовании органов грудной клетки – очаговых и инфильтративных изменений в обоих легких не выявляется. Признаков нарушения бронхиальной проходимости не отмечается. Увеличенных лимфатических узлов в средостении и корнях легких, а также жидкости в плевральных полостях не определяется (рис. 5).

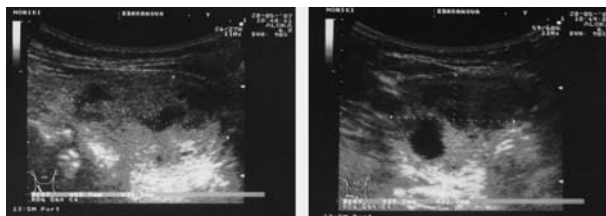


Рис. 4. УЗИ шеи.

Щитовидная железа расположена, обычна, увеличена в размерах за счет правой доли, которая смещает трахею влево, две нижние трети правой доли занимает узловое образование размерами 53×35×39 мм с ровными и четкими контурами, гипоэхогенным ободком по периферии и резкой неоднородной внутренней структурой. Верхняя треть правой доли не изменена. Левая доля в размерах не увеличена, её контуры ровные, четкие, эхогенность не изменена, в структуре определяются единичные гипоэхогенные зоны размером до 3–4 мм. На шее с обеих сторон определяются увеличенные лимфатические узлы размером от 5–15 мм.

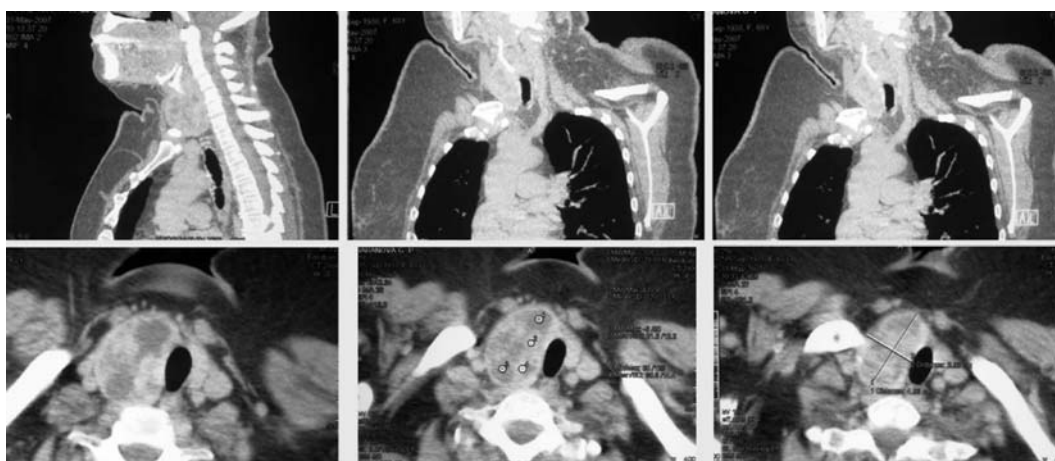


Рис. 5. Компьютерная томография шеи и органов грудной клетки.

Воздушный столб носа- и ротоглотки представляется деформированным, мягкие ткани на уровне правой боковой стенки глотки утолщенными. Правая доля щитовидной железы увеличена (35 см), овальной (фасолевидной) формы, с относительно четким свободным контуром. Трахея смещена влево, правый её контур не резко подавлен. КТ исследование органов грудной клетки – без патологии

Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам от 25.05.07: *Eutercoccus faccium*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*.

Заключение гистологического исследования биопсии из ткани правой небной миндалины от 01.06.07 (№ 16926/28): фрагменты лимфоидной ткани с признаками гиперплазии покрытой переходным и многослойным плоским эпителием. Данных за опухоль в пределах биоптатов нет.

Больная консультирована хирургом – эндокринологом, поставлен диагноз: узловый эутиреоидный зоб 3 степени, частично с загрудинным расположением. Рекомендовано: оперативное лечение.

06.06.07 больная переведена в отделение хирургической эндокринологии по месту жительства.

Из особенностей клинической картины можно отметить отсутствие тризма жевательной мускулатуры, температурной реакции, данных клинического анализа крови, обычно характерные для взрослых больных. Данные, выявленные во время обследования, позволили обнаружить заболевания щитовидной железы, которое требует оперативного лечения.



Таким образом, наряду с классическими формами паратонзиллярных абсцессов, наблюдаются отдельные редкие формы атипичного клинического течения, знание которых позволяет своевременно и квалифицированно оказать помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В. М. Особенности редких форм паратонзиллитов / В. М. Бобров // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 6. – С. 34–37.
2. Вачарадзе Д. В. Паратонзиллярный абсцесс у 2-месячного ребенка / Д. В. Вачарадзе, Л. С. Ломидзе // Там же. – 2001. – № 4. – С. 58.
3. Владимирова В. В. Редкое наблюдение кисты основания черепа, имитировавшей рецидив паратонзиллярного абсцесса / В. В. Владимирова // Там же. – 1998. – № 2. – С. 49–50.
4. Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под редакцией М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. В двух томах. Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.
5. Пальчун В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: Медицина, 2002. – 576 с.
6. Раевский И. В. Наблюдение паратонзиллярного абсцесса у годовалого ребенка / И. В. Раевский // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 1. – С. 53.
7. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.

УДК: 616. 22–003. 6–089. 878–053. 37

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ГОРТАНИ У РЕБЕНКА ТРЁХ ЛЕТ

О. О. Копченко, **В. Г. Зенгер**, Д. М. Мустафаев,
Н. В. Герасименко, Е. Г. Царькова

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)*

В силу отсутствия жизненного опыта, любопытства, шалости, вредных привычек брать в рот несъедобные предметы и малого контроля со стороны взрослых инородные тела нередки и составляют наиболее частые экстренные состояния в детской ЛОР-практике [1, 3, 5].

Инородные тела гортани и нижних дыхательных путей весьма опасны в связи с возможностью развития асфиксии. По данным Richard Lenzmann (1912), попадание инородных тел в дыхательные пути не представляет редкого явления. Чаще всего инородные тела дыхательных путей встречаются у детей [1, 4].

В гортани инородное тело задерживается прежде всего выступами, образуемыми вестибулярными и голосовыми складками. Затем это тело может найти приют в грушевидных карманах и морганиевых желудочках. Гораздо реже местом задержки является передняя комиссура или черпаловидная область [1, 3, 6].

Наиболее ярким симптомом инородного тела гортани является стеноз, который даже при небольших размерах инородного тела может быть результатом рефлекторного спазма мышц самой гортани. После попадания в гортань инородного тела первый приступ удушья достигает наибольшей степени и обычно сопровождается покраснением или цианозом лица. Почти у всех больных отмечаются расстройства голосовой функции вплоть до афонии. Этот симптом также весьма важен для топической диагностики инородного тела дыхательных путей, так как при локализации его в нижележащих отделах голос, как правило, сохраняется [1, 2, 3, 5].

Очень частым симптомом при нахождении инородного тела в гортани является выраженный приступообразный кашель, который иногда не прекращается длительное время [1, 3, 5].