



Через сутки после вмешательства отмечается значимое уменьшение ушной раковины в объеме и отсутствие ее пульсации (рис. 2).

Особенность данного случая заключается в том, что:

- во-первых, подобные пороки развития встречаются крайне редко, что интересно с практической точки зрения и
- во-вторых, с помощью рационального подхода к постановке диагноза и применению современных методов диагностики и лечения удалось не только избавить больного от косметического дефекта ушной раковины, но и избежать сложного не всегда эффективного хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериовенозная мальформация сосудов бассейна задней ушной артерии в среднем ухе/ В. А. Житков, Т. Г. Нестеренко, А. А. Карпенко и др. //Вестн. оторинолар. – 2007. – №1. – С. 43–44.
2. Комплексное лечение артериовенозных мальформаций головного мозга: Метод. рекомендации/Ю. Я. Козаков, Н. Е. Иванова, Д. Е. Мацко и др. – Л., 1990. – 14 с.
3. Комплексный подход к лечению сосудистых новообразований ушной раковины/ М. С. Ольшанский, Коротких Н. Г. и др. // Вестн. оторинолар. – 2008. – №5. – С. 48–50.
4. Краковский Н. И. Гемангиомы/ Н. И. Краковский, В. А. Таранович – М.: Медицина, 1974.
5. Никитин Ю. М. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний/ Ю. М. Никитин, А. И. Труханов – М.: Медицина, 1998.
6. Привес М. Г. Анатомия человека/ М. Г. Привес, Н. К. Лысенков, В. И. Бушкович Анатомия человека изд. 9. – М.: Медицина, 19.

УДК: 616. 322–002. 3+616. 379–008. 64

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

А. В. Гербергаген, А. В. Зеленов

COMPLICATED CURRENT PERITONSILLAR OF THE ABSCESS AGAINST FOR THE FIRST TIME REVEALED DIABETES

A. V. Gerbergagen, A. V. Zelenov

Учреждение: МУЗ «Подольская городская клиническая больница»,

Московская область

(Главный врач – В. В. Громов)

В практике оториноларинголога нередко встречаются пациенты, у которых паратонзиллярный абсцесс протекает с осложнениями различной степени тяжести.

Приводим наше клиническое наблюдение. Больная Р., 1930 г. р., жительница г. Подольска, ИБ№ Х5395-2005, поступила в приемное отделение Подольской ГКБ 10. 04. 05г. по направлению бригады скорой медицинской помощи с подозрением на паратонзиллярный абсцесс справа.

При поступлении была осмотрена дежурным инфекционистом, данных за дифтерию не выявлено.

При осмотре в отделении предъявляла жалобы на боль в горле и подчелюстной области справа при глотании. Отмечала иррадиацию болей в правое ухо; затрудненное проглатывание твердой пищи.

Давность заболевания – около 2-х суток. Заболевание началось с болей в горле. Занималась самолечением – прикладывала спиртовые компрессы на шею. В течение суток до поступления в стационар отмечала повышение температуры тела до фебрильных цифр, с утра 10.04.05 г. температура тела повысилась до 39,0*С.



Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Температура тела нормальная, PS – 80 в 1 мин., ритмичный, тоны сердца приглушены, аритмичны. Дыхание через нос свободное, в легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления не нарушены.

Местно: В подчелюстной области справа и в подподбородочной области пальпируются 2 увеличенных до величины фасоли, болезненных, подвижных лимфоузла; кожа над ними умеренно отечна, гиперемии, местной гипертермии, флюктуации нет.

ЛОР-статус: При осмотре: Открывание рта затруднено, отмечается тризм жевательных мышц 2 ст. Зев асимметричен за счёт смещения правой небной миндалины к средней линии. Слизистая оболочка глотки гиперемирована. Миндалины: левая не выступает за небные дужки, глоточная ее поверхность ярко-розового цвета. Правая миндалина выступает за небные дужки, рыхлая, глоточная поверхность ярко гиперемирована, налетов нет. Правая передняя небная дужка и правый край мягкого неба инфильтрированы, надминдаликовая ямка сглажена.

При пункции инфильтрата получено около 0,5 мл жидкого гноя.

Таким образом, у больной имеется паратонзиллярный абсцесс справа, правосторонний подчелюстной лимфаденит.

Общий анализ крови – Нв 153 г/л, Эр. – 4,5X10¹²/л, L – 20,0X10⁹/л, юные 1, миелоциты 1, палочкоядерные 21, сегментоядерные 61; показатели свертывающей системы крови без отклонений от нормы. Общий анализ мочи: белок 0,066 г/л; сахар, ацетон – отрицательны, эпителий плоский 2–5 в п. /зр., L – до 25 в п. /зр., Ег измененные до 20 в п. /зр., бактерии – большое количество. RW отрицательна. ЭКГ: синусовый ритм, отклонение Э. О. С. влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

10.04.05г по экстренным показаниям выполнено вскрытие паратонзиллярного абсцесса по типичной методике, в рану выделилось около 3 мл густого гноя с резким ихорозным запахом. Взят посев гноя на флору и чувствительность к антибиотикам. Назначена антибактериальная (цефотаксим в/м, метрогил в/в капельно в общепринятых дозировках), противовоспалительная терапия, полоскание горла.

Результаты бактериологического исследования: рассеянный рост грибов рода *Candida*.

Уже на следующий день при разведении краев послеоперационной раны гнойного отделяемого стало значительно меньше, инфильтративные изменения в глотке стали меньше. В подчелюстной области справа отек и инфильтрация мягких тканей стали больше, появилась гиперемия кожи, лимфоузлы перестали пальпироваться в виде образований, флюктуации достоверно не определялись. Изменения расценены как развитие флегмоны подчелюстной области. По экстренным показаниям под общим обезболиванием проведено вскрытие и дренирование флегмоны подчелюстной области, ревизия окологлоточного пространства справа. Получено до 10 мл гнойного отделяемого.

Бактериологическое исследование гноя из полости флегмоны: посев роста не дал.

Интенсивная терапия в ближайшем послеоперационном периоде проводилась в условиях отделения реанимации, продолжалась антибактериальная терапия, детоксикационная терапия, коррекция сердечно-сосудистых (у больной отмечался пароксизм мерцательной аритмии, тахисистолическая форма) и дыхательных расстройств. Осмотрена терапевтом, заключение: ИБС, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, гипертоническая болезнь 2 ст. Назначены гипотензивные средства, парентеральное введение сердечных гликозидов.

По стабилизации состояния дальнейшее лечение в условиях ЛОР-отделения. В течение всего времени наблюдения у больной отмечалась гипергликемия от 12,5 ммоль/л до 14,7 ммоль/л. Осмотрена эндокринологом: транзиторная гипергликемия на фоне интоксикации(?), назначена инсулинотерапия. В течение последующих 2–3 суток уровень гликемии от 4,4 до 9,2 ммоль/л. Продолжалась антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, местное лечение в виде ежедневных перевязок с м. Левомеколь, промывание полости по дренажам. Раневое отделяемое сохранялось гнойным, скудным. Температура тела оставалась нормальной, лишь однократно вечерняя температура поднималась до 37,5*С.

15.04.05г. больная отметила усиление болей в правой половине шеи. При осмотре температура тела оставалась нормальной, тахикардии не было (пульс 74 уд. /мин.) Дыхание не нарушено. Местно на перевязке: сохраняется скудное гнойное отделяемое из раны, гиперемия и инфильтрация краев раны усилилась, появилась отечность и гиперемия кожи правой боковой поверхности шеи и правой надключичной области. Нарастание местных изменений послужило показанием к ревизии полости флегмоны и клетчаточных пространств шеи под общим обезболиванием. Во время операции разрезом длиной по переднему краю кивательной мышцы справа рассечены кожа и платизма, при этом вскрылась гнойная полость, в рану выделилось большое количество белого жидкого гноя без запаха. (При бактериологическом исследовании посев роста не дал). Тупым путем ревизованы гнойные затеки, распространяющиеся на рукоятку грудины, в надключичную область справа, в претрахеальное пространство, в правую подчелюстную область, нижний отдел правой щечной области. Указанные отделы представляли собой единую полость, заполненную гноем, расположенную сразу под платизмой. Кивательная мышца справа отведена кзади, вскрыт задний листок фасциального влагалища кивательной мышцы, выделен сосудисто-нервный пучок. Клетчатка по ходу сосудисто-нервного пучка пропитана серозным отделяемым, гноя нет. Вскрыто заглоточное пространство, клетчатка его не изменена. По ходу гнойных затеков установлено 5 трубчатых перфорированных полихлорвиниловых дренажей, фиксированы к коже. Интенсивная терапия в течение 1-х суток послеоперационного периода продолжалась в условиях отделения реанимации, по стабилизации состояния больная переведена в ЛОР-отделение. Проводилась инфузионная терапия, противовоспалительная, кардиотропная терапия, инсулинотерапия, ежедневные перевязки, промывание раны по дренажам. Продолжалось внутривенное введение метрогила, произведена смена антибиотика на цiproфлоксацин 400 мг/сут. внутривенно. На фоне проводимой терапии гнойное отделяемое из раны стало значительно меньше, инфильтративные изменения мягких тканей уменьшились, температура тела больной оставалась стойко нормальной. Рентгенография грудной клетки: органы грудной клетки изменены по возрасту (от 15.04.05г.). Отмечалась нормализация гемограммы: Л $9,2 \cdot 10^9$ /л, без палочкоядерного сдвига (от 15.04.05г.).

17.04.05г. у больной на фоне нормальной температуры тела появились инфильтративные изменения мягких тканей правой щеки, болезненность при пальпации, жалобы на боли в области щеки. В течение последующих суток местные изменения нарастали. Осмотрена челюстно-лицевым хирургом, при пункции инфильтрата получен гной, установлен диагноз абсцесса правой щечной области. По экстренным показаниям под местной анестезией проведена операция: вскрытие абсцесса щечной области, из полости абсцесса получено около 5мл. густого гноя без запаха. По техническим причинам посев гноя на флору и чувствительность к антибиотикам взят не был.

18.04.05г консультирована клиническим фармакологом-химиотерапевтом, скорректирована антибактериальная терапия (нефлуксацин 800 мг/сут. внутривенно, дифлюкан 100 мг/сут. внутривенно, метрогила внутривенно капельно 1000 мг/сут. Повторно консультирована эндокринологом, гипергликемия расценена как проявление сахарного диабета 2 типа, средней степени тяжести, впервые выявленного. Скорректирована инсулинотерапия, продолжена дезинтоксикационная, общеукрепляющая, кардиотропная терапия. Состояние улучшилось, начат курс ГБО (7 сеансов ежедневно). Местно продолжались ежедневные перевязки с антибактериальными мазями, ФТЛ на область ран, проведено 10 сеансов НО-терапии аэрацией ран аппаратом «Плазон» (по 3 минуты ежедневно в режиме «минимальный»). На фоне проводимого лечения уровень гликемии снизился до нормальных цифр, раны в подчелюстной области и области правой боковой поверхности шеи стали быстро очищаться от гноя, выполнились грануляциями, раны слизистой оболочки ротовой полости зажили вторичным натяжением.

01.05.05г. под местной анестезией на послеоперационные раны в подчелюстной области и области правой боковой поверхности шеи наложены ранние вторичные швы по МакМиллану-Доннати. Больная переведена на пероральную гипогликемизирующую терапию (манинил 1,75 мг 3 раза в день), уровень гликемии колебался от 5,2 до 9,7 ммоль/л. Кожные швы сняты на 10-е сутки, раны зажили по типу первичного натяжения.



12.05.05г больная в удовлетворительном состоянии выписана из отделения под наблюдение ЛОР-врача, хирурга, терапевта и эндокринолога поликлиники.

Анализ крови общий при выписке: Эр. 4,2X10⁹/л, Нб 138 г/л, ЦП 0,97, Л 10,4X10⁹/л, п/яд 4, с/яд 64, СОЭ 16 мм/час. Анализ мочи общий при выписке: 1010, Эп. Пл. 2–4, Л 2–5, бактерии +.

Заключительный диагноз: Правосторонний паратонзиллярный абсцесс. Подчелюстная флегмона справа, флегмона поверхностных и глубоких клетчаточных пространств шеи, абсцесс правой щечной области. Сахарный диабет 2 типа, среднетяжелого течения, впервые выявленный. ИБС, пароксизмальная мерцательная аритмия, атеросклеротический кардиосклероз. НК 0–1. Гипертоническая болезнь 2 ст. Диабетическая нефропатия. Хронический пиелонефрит.

Общая продолжительность пребывания в стационаре составила 32 койко-дня.

Ценность представленного клинического наблюдения, по нашему мнению, заключается в следующем:

Быстрое и непредсказуемое распространение инфекции на фоне впервые выявленного сахарного диабета, несмотря на адекватные и своевременно выполненные оперативные вмешательства, проводимую комплексную терапию.

Особенности микрофлоры, вызвавшей заболевание. Учитывая технические ограничения имевшейся в нашем распоряжении лаборатории (невозможность достоверно идентифицировать и определить спектр антибактериальной чувствительности по отношению к анаэробной микрофлоре), по всей видимости, бактериальным возбудителем данного заболевания являлся анаэробный микроорганизм без ассоциации с аэробной патогенной микрофлорой.

Особенностью клинического течения тяжелой гнойной инфекции являлась вялая температурная реакция организма за все время наблюдения в стационаре.

Дискутабельным моментом в ведении данной больной является объем первичного оперативного вмешательства. В качестве санации первичного гнойного очага нами было применено типичное вскрытие паратонзиллярного абсцесса, как наиболее простой в техническом отношении и быстрой операции у соматически ослабленной больной. Дальнейшее течение заболевания, приобретенного в условиях впервые выявленного сахарного диабета характер септического процесса, свидетельствует о неоднозначности избранной тактики. Вполне вероятно, что в случае выбора в качестве первичного вмешательства абсцесстонзилэктомии, течение заболевания у данной пациентки было бы иным.

Описанный случай возвращает нас к вопросу о необходимости выработки четких клинических рекомендаций о показаниях к применению абсцесстонзилэктомии в качестве экстренной операции у соматически ослабленных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В. Ф.. Очерки гнойной хирургии. /В. Ф. ВойноЯсенецкий. М., Медгиз, 1946 г.
2. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи/ Под ред. проф. А. Г. Шаргородского М., «Медицина», 1985 г.
3. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия. /В. К. Гостищев. М., «Медицина», 1996г. 4. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. /С. Попкиров. София, «Медицина и физкультура», 1974 г.
5. Стручков В. И.. Хирургическая инфекция. /В. И. Стручков, В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков. М., «Медицина», 1991 г.
6. Шустер М. А. Неотложная помощь в оториноларингологии. / М. А. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. М., «Медицина», 1989 г.