УДК: 616. 221. 7

ОСТРЫЙ ЭПИГЛОТТИТ У ВЗРОСЛОГО

В. Г. Зенгер, Л. Ю. Мусатенко, Д. М. Мустафаев,
Е. Г. Царькова, О. О. Копченко

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

Эпиглоттит, или острое воспалительное заболевание надгортанника, до настоящего времени остается серьезной проблемой в работе ЛОР-врача. Данное заболевание встречается как у взрослых, так и у детей. В детском возрасте протекает особенно тяжело, зачастую приводя к летальному исходу. В абсолютном большинстве случаев (90 %) заболевание вызывается *Haemophilus influenzae* (HIB-инфекция). Кроме того, важную роль в возникновении острого эпиглоттита играют *Staphylococcus pneumonia, Staphylococcus aureus*, стрептококки группы А, В, С, вирусы гриппа, парагриппа [1, 3].

Для острого эпиглоттита характерно быстрое развитие, проявляющееся повышением температуры до 38–39 °С, болями в горле, усиливающимися при глотании, затруднением проглатывания пищи, слюнотечением, иногда нарушением дыхания, изменением голоса. Пациенты с эпиглоттитом стараются занять вынужденное сидячее положение с выдвинутым вперед подбородком, запрокинутой назад головой. При непрямой ларингоскопии выявляется отечность и яркая диффузная гиперемия слизистой оболочки гортани. Максимальные изменения наблюдаются со стороны надгортанника и черпалонадгортанных складок - отмечается стекловидный отек, надгортанник увеличен в размере, шарообразной формы, вишневой окраски [2, 3].

Наряду с экссудативным компонентом воспаления при остром эпиглоттите довольно быстро развивается хондроперихондрит надгортанника. В случае плохой обозримости гортани целесообразно использовать боковую рентгенографию шеи и фиброскопию [1, 2].

Дифференциальную диагностику острого эпиглоттита следует проводить с аспирацией инородного тела, травмой глотки, гортани. Правильно установить диагноз помогает осмотр гортани. В отличие от токсического, аллергического отека при воспалении надгортанник не только гиперемирован, но и увеличен в размерах, а дисфония обусловлена тугоподвижностью черпаловидных хрящей [2, 4].

Опасность эпиглоттита заключается в достаточно частом возникновении стенозов гортани и развитии различных осложнений, таких как сепсис, эмпиема плевральной полости, медиастинит, ангина Людовика, локальное абсцедирование [3, 4].

При эпиглоттите необходимо проводить интенсивную антибиотикотерапию в сочетании с глюкокортикостероидами. В случае нарастании стеноза гортани рекомендуется взрослым выполнять трахеостомию, детям - назофаринготрахеальную интубацию [4].

Приводим собственное наблюдение острого эпиглоттита у взрослого.

Больная Д., 1935 года рождения, из Волоколамского района Московской области, находилась в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с 23.03.07 по 02.04.07 с диагнозом: острый эпиглоттит. Из анамнеза известно, что больна в течение трёх дней, когда, на фоне явлений ОРВИ усилились боли в горле, отмечала повышение температуры тела до 39° С, стало беспокоить затруднение дыхания при незначительной физической нагрузке, охриплость, невозможность проглатывания пищи, слюнотечение. Больная за медицинской помощью не обратилась. В течение следующих суток жалобы на болевой синдром, непрохождение пищи, высокая температура тела сохранялись. 23.03.07 утром больная обратилась в стоматологическую поликлинику Московской области, где осмотрена стоматологом и направлена в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Больная в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и ситуации. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Положение вынужденное, с наклоненной вперед головой. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. Больная предъявляет жалобы на сильную боль в горле при глотании, непрохождение пищи, повышение температуры тела, слабость. Температура тела: 38,6° С. АД: 125/70 мм рт.ст. ЧСС: 112 ударов в минуту. Дыхание в покое компенсированное, при незначительной физической нагрузке шумноватое. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. ЧДД: 26 в минуту, при нагрузке увеличивается до 30–32 в минуту. Аускультативно – дыхание жесткое, хрипов нет.

При осмотре: конфигурация шеи не изменена, при пальпации в подбородочной области отмечается умеренная болезненность, кожные покровы обычной окраски. При ороскопии слизистая оболочка полости рта обычной окраски, имеется гиперсаливация. При непрямой ларингоскопии отмечается резко выраженная гиперемия и отечность надгортанника, который смещен кзади, закрывая ниже лежащие отделы гортани. По другим ЛОРорганам патологии выявлено не было.

На боковой рентгенограмме шеи по Г. М. Земцову от 23.03.07: превертебральные мягкие ткани не расширены, тень их однородна. Тень надгортанника резко увеличена в размерах. Воздушный столб деформирован. Кифоз шейного отдела позвоночника (из-за вынужденного положения головы). Проекционно на просвет трахеи в области C_7 накладывается тень обызвествления (вероятнее всего обызвествленный узел щитовидной железы) (рис. а).

Исследование пищевода с водорастворимым контрастом от 23.03.07: на всем протяжении проходимость его сохранена.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 23.03.07: легочные поля без очагово-инфильтративных теней, легочный рисунок обогащен и деформирован за счет диффузного пневмосклероза. Сердце расширено в поперечном направлении, аорта уплотнена. Диафрагма и синусы без особенностей.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 129 г/л; эритроциты 4,3410№ I/л; лейкоциты 6,210^9/л; палочкоядерные 6 %; сегментоядерные 56 %; эозинофилы 2 %; базофилы 1 %; лимфоциты 25 %; моноциты 10 %; СОЭ 40 мм/ч. В анализе мочи показатели в пределах нормы.

Больная консультирована челюстно-лицевым хирургом, торакальным хирургом, неврологом, окулистом, кардиологом. Из сопутствующих заболеваний выявлено: ИБС. Стенокардия напряжения, I ФК. Диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты и её ветвей. Пароксизмальная тахикардия. Гипертоническая болезнь II ст. Многоузловой эутиреоидный зоб частично с загрудинным расположением.

На основании жалоб, данных анамнеза, клинического, рентгенологического и лабораторного обследования установлен диагноз: острый эпиглоттит. Начата консервативная терапия: интенсивная противовоспалительная терапия: цефотаксим внутримышечно по 2,0 3 раза в сутки, супрастин по 2,0 2 раза в сутки (также внутримышечно), метрогил 200 мг внутривенно 3 раза в сутки, раствор глюкозы и 5% раствор кальция хлорида и преднизолон 60 мг в сутки, а также местная антибактериальная и противовоспалительная терапия в виде ингаляций биопарокса - по 4 впрыскивания 4 раза в день. На фоне проводимой терапии в течение первых суток температура снизилась до 37,3° С, на вторые сутки больная субъективно стала отмечать улучшение состояния: боли в горле уменьшились, стала самостоятельно питаться, значительно уменьшилась одышка, температура тела 36,7° С. При непрямой ларингоскопии отечность и гиперемия слизистой оболочки гортани уменьшилась, голосовая щель стала обозрима.

На контрольной боковой рентгенограмме шеи по Г. М. Земцову от 02.04.07: воздушный столб не деформирован, тень надгортанника однородна (рис. б).

26.03.07 под контролем УЗИ выполнена пункция левой доли щитовидной железы, материал отправлен на цитологическое исследование.

УЗИ исследование шеи от 27.03.07: щитовидная железа расположена обычно, значительно увеличена в размерах за счет обеих долей, которые спускаются за грудину. Перешеек 6 мм. Приблизительные размеры правой доли 65×26×26 мм, две нижние трети занимает узловое образование размерами 40×25×25 мм, средней эхогенности, умеренно неоднородной структуры, с кальцинатом 8 мм, в верхних отделах, контуры узла ровные и четкие. В верхней трети правой доли

гипоэхогенный узел размерами 1 см. Левая доля 65×25×32 мм. Верхняя треть заметно не изменена, нижние две трети занимает образование с бугристыми контурами, приблизительными размерами 40×22×30 мм, резко неоднородной кистозносолидной структуры с множественными кальцинатами внутри. Увеличенных и измененных лимфатических узлов на шее не обнаружено. Заключение: узловые образования обеих долей щитовидной железы.

Анализ крови на гормоны щитовидной железы от 28.03.07: тиреотропный гормон 0,23 мкЕд/мл (норма: 0,2–4,0); тироксин свободный 18,5 пмоль/л (норма: 11,0–23,0); тиреотиронин общий 2,4 нмоль/л (норма: 1,0–2,0).

Заключение цитологического исследования от 29.03.07: пунктат получен из участка щитовидной железы с кистозно-регрессивными изменениями, содержащего на фоне гомогенного коллоида, измененных эритроцитов и слабой лимфоидной инфильтрации гемосидерофаги и клетки уплощенного реактивно-измененного эпителия.

Больная повторно консультирована хирургом – эндокринологом: у больной по результатам обследования многоузловой эутиреоидный зоб частично с загрудинным расположением. В связи с отказом больной от оперативного вмешательства и отсутствием симптомов сдавления органов шеи рекомендовано УЗИ щитовидной железы в динамике.

На 9 сутки госпитализации больная в удовлетворительном состоянии выписана под амбулаторное наблюдение ЛОР-врача, терапевта, хирурга эндокринолога, окулиста по месту жительства.

Особенность данного наблюдения заключается в том, что адекватно назначенная консервативная терапия позволила вылечить больную без оперативного вмешательства (трахеотомии, вскрытия абсцесса надгортанника). Исход заболевания благоприятный.

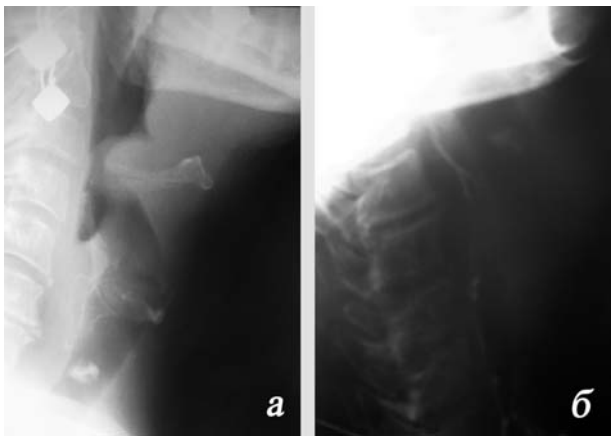

Рис. 1. *Боковая рентгенография шеи по Земцову, больной Д., 1935 года рождения, с диагнозом острый эпиглоттит.*
а - при поступлении от 23.03.07: предпозвоночные мягкие ткани не расширены; тень надгортанника резко увеличена в размерах, воздушный столб деформирован;
б - при выписке от 02.04.07: воздушный столб не деформирован, тень надгортанника однородна;

ЛИТЕРАТУРА

1. Балясинская Г. Л. Об остром эпиглоттите у детей / Г. Л. Балясинская, Л. Н. Оксамитная, Д. В. Попов // Вестн. оториноларинг. – 1999. – № 1. – С. 55–56.
2. Львова Е. А. Острый флегмонозный эпиглоттит / Е. А. Львова, Ф. И. Чумаков //Там же. – С. 54.
3. Пальчун В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: Медицина, 2002. – 576 с.
4. Шустер А. М. Неотложная помощь в оториноларингологии / А. М. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. – М.: Медицина, 1989. – 314 с.