



УДК 616.98:578.828НIV:616.328.2-002.8:616. 428-002:617.53

ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС У ВЗРОСЛОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ АБСЦЕДИРУЮЩИМ ШЕЙНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ, НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А. В. Гербергаген

RETROPHARYNGEAL ABSCESS AT THE ADULT, THE COMPLICATED ABSCESS CERVICAL, AGAINST HIV INFECTION

A. V. Gerbergagen

МУЗ «Подольская городская клиническая больница», г. Подольск, Московская область
(Главный врач – В. В. Громов)

Ценность представленного клинического наблюдения заключается в следующем:

- медленное формирование гнойников и затяжное течение болезни;
- отсутствие грозных осложнений в виде флегмоны шеи либо медиастинита, несмотря на запоздалое выявление заболевания, несвоевременное обращение в стационар, учитывая наличие IVB стадии течения ВИЧ-инфекции;
- особенности микрофлоры, вызвавшей заболевание.

Особенностями клинического течения гнойной инфекции в данном случае явились выраженность общих (температурная реакция организма, тахикардия, снижение количества эритроцитов и гемоглобина) и скудность местных проявлений воспалительного процесса.

Ключевые слова: заглоточный абсцесс, абсцесс шеи, ВИЧ-инфекция.

Библиография: 7 источников.

Value of the presented clinical supervision consists in the following:

The slow formation of abscesses and prolonged duration of illness.

The absence of severe complications in the form of cellulitis neck or mediastinitis, despite the late detection of the disease, delayed treatment in a hospital and taking into account the presence of stage IV B the course of HIV infection.

Features of the microflora which has caused a disease.

The peculiarity of the clinical course of purulent infection in this case were the severity of the common (temperature reaction of an organism, tachycardia, decreased red blood cell count and hemoglobin) and the paucity of local manifestations of inflammation.

Key words: retropharyngeal abscess, abscess cervical, HIV infection.

Bibliography: 7 sources.

Случаи заглоточного абсцесса не часты сами по себе. Большинство авторов, описывавших это заболевание, указывают на то, что в основной массе больные этой патологией – дети [1–7]. Еще реже удается наблюдать данное заболевание у взрослых людей. Сообщения об особенностях течения заглоточного абсцесса и других болезней глотки у ВИЧ-инфицированных пациентов единичны [4]. Учитывая изложенное выше, наше наблюдение может оказаться полезным для многих коллег.

Предлагаем вашему вниманию клинический случай осложненного течения заглоточного абсцесса, наблюдавшийся в нашем отделении.

Больная Д., 1977 г. р., жительница г. Троицка, история болезни № Г-4084, поступила в приемное отделение Подольской ГKB 18.06.2012 г. по на-

правлению ЛОР-врача поликлиники с подозрением на заглоточный абсцесс.

При первичном осмотре предъявляла жалобы:

– на умеренную боль в горле при глотании без иррадиации;

– припухлость, боль и онемение в правой половине шеи;

– высокую температуру тела – 38,0–39,0 °С;

– затрудненное проглатывание твердой пищи.

Из анамнеза жизни известно, что в течение 10 лет пациентка страдает ВИЧ-инфекцией, хроническим вирусным гепатитом С.

Давность настоящего заболевания – около 2 недель. Заболевание началось с появления высокой температуры тела, которая трактовалась как побочный эффект проводимой антиретровирусной терапии. Гипертермия быстро купирова-



лась приемом малых доз нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) – пациентка использовала парацетамол по 125 мг 2–3 раза в день. Курс лечения проводился под наблюдением инфекциониста поликлиники. После появления припухлости правой половины шеи, 15.06.2012 г. осмотрена ЛОР-врачом, направлена в стационар, на госпитализацию явилась 18.06.2012 г. Данное состояние развилось у пациентки впервые в жизни, эпизоды острого тонзиллита наблюдались в детстве и однократно на фоне антиретровирусной терапии около 6 месяцев назад.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Температура тела 38,6 °C, PS – 130 уд. в 1 мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание через нос свободное, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления не нарушены.

Местно: шея в объеме не увеличена, кожные покровы физиологической окраски. Пальпация над яремной вырезкой грудины и перкуссия грудины безболезненны. При пальпации в верхней и средней $1/3$ шеи по переднебоковой поверхности справа пальпируется подкожный инфильтрат из увеличенных, болезненных передних и задних шейных лимфоузлов. В нижней части инфильтрата, кпереди от кивательной мышцы, определяется участок флюктуации округлой формы 2х3 см, гиперемии кожи нет, инфильтрации близлежащих мягких тканей нет.

ЛОР-статус: открывание рта свободное. Тризма жевательных мышц нет. Зев симметричен. Слизистая оболочка задней стенки ротоглотки гиперемирована, выбухает в просвет глотки, флюктуирует. Миндалины: левая не выступает за небные дужки, умеренно гиперемирована, налетов нет. Правая не выступает за небные дужки, рыхлая, умеренно гиперемирована, налетов нет.

Под м/а орошением 10%-ным раствором лидокаина выполнена диагностическая пункция заглоточного пространства в месте наибольшего выбухания. Получен гной. При диагностической пункции инфильтрата шеи справа, из флюктуирующего участка в средней $1/3$ шеи получен гной.

Установлен диагноз: заглоточный абсцесс, абсцедирующий шейный лимфаденит справа.

Клинико-лабораторные исследования. Общий анализ крови: Эр. – $3,36 \times 10^{12}$ л, Нб – 82 г/л, тромбоциты – 169×10^9 л, Le – $8,6 \times 10^9$ л, палочко-ядерные – 5%, сегментоядерные – 59%, лимфоциты – 26%, моноциты – 10%, анизоцитоз, СОЭ – 67 мм/ч. Общий анализ мочи: без отклонений от нормы. RW отрицательная. HBs-Ag не обнаружен, выявлены анти-HCV антитела. Биохимический анализ крови: сахар – 5,79 ммоль/л, общий белок – 84,3 г/л, мочевины – 3,93 ммоль/л, креатинин – 71,6 ммоль/л, билирубин общий – 10,9 ммоль/л,

прямой – 1,6 ммоль/л, непрямой – 9,3 ммоль/л, АСТ – 57,3 Е/л, АЛТ – 53,2 Е/л. ЭКГ: синусный ритм, 130 уд. в мин. Вертикальное положение ЭОС. Диффузные изменения в миокарде.

18.06.2012 г. в экстренном порядке пациентка оперирована. Под местной анестезией выполнено вскрытие заглоточного абсцесса по типичной методике, получено около 3 мл сливкообразного гноя без запаха. Взят посев гноя на флору и чувствительность к антибиотикам. Абсцесс шеи также вскрыт под м/а поперечным разрезом в средней трети шеи справа около 3 см в длину, кпереди от кивательной мышцы, над участком флюктуации. Через разрез тупым путем пройдена подкожная клетчатка кпереди и кзади от кивательной мышцы выше раны. Из раны получено около 5 мл сливкообразного гноя без запаха. Взят посев гноя на флору и чувствительность к антибиотикам. Полость гнойника промыта раствором 3%-ной перекиси водорода и водным раствором хлоргексидина, дренирована перчаточным выпускником.

В послеоперационном периоде проводились: антибактериальная (абактал и метрогил в/в капельно в общепринятых дозировках), десенсибилизирующая, инфузионная терапия, НПВС, полоскание горла растворами антисептиков, перевязки раны шеи с антибактериальными мазями, разведение краев раны глотки. Консультация инфекциониста, диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия IVB. Генерализованная лимфаденопатия.

Бактериологические исследования. Посев гноя из заглоточного абсцесса: получен рост *Enterococcus faecalis*, чувствительного к пенициллину, ампициллину, тетрациклину, гентамицину, цiproфлоксацину, офлоксацину, резистентного к эритромицину. Посев гноя из абсцесса шеи: получен рост гемолитического стафилококка, чувствительного к линкомицину, оксациллину, тетрациклину, цефалотину, цефазолину, ванкомицину, клафорану, гентамицину, цiproфлоксацину, цефалексину, цефтазидиму, цефтриаксону, цефоперазону, офлоксацину, резистентного к фузидину. В мазках из зева и носа на BL возбудитель дифтерии не обнаружен. Мазок из зева на грибы: получен массивный рост *Candida albicans*, чувствительных к нистатину, амфотерицину В, умеренно чувствительных к клотримазолу.

После получения результатов бактериологического исследования больная консультирована клиническим фармакологом-химиотерапевтом, скорректирована антибактериальная терапия: отменены абактал и метрогил, назначен линкомицин в/м в общепринятой дозировке и флуконазол по 100 мг в/в капельно 1 раз в день – 2 дня, далее по 150 мг 1 раз в день per os – 7 дней.

На фоне проводимого лечения у больной до десятых суток после операции сохранялось выделение скудных количеств гноя из послеопераци-



онных ран, фебрильная температура тела – до 39,2 °С. При этом самочувствие пациентки оставалось стабильно удовлетворительным, отсутствовали признаки распространения гнойного процесса и какие-либо местные признаки воспаления, несколько улучшились лабораторные показатели. Общий анализ крови от 28.06.2012 г.: Эр. – $3,49 \times 10^{12}$ л, Нб – 98 гр/л, тромбоциты – 342×10^9 л, Le – $9,4 \times 10^9$ л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 22%, моноциты – 5%, анизоцитоз незначительный, СОЭ – 65 мм/ч. После коррективной антибактериальной терапии выделение гноя прекратилось, началось заживление ран, температура тела снизилась до субфебрильных цифр.

К моменту выписки, 03.07.2012 г., состояние больной удовлетворительное, температура тела стойко 37,2 °С, послеоперационная рана в глотке зажила вторичным натяжением, рана шеи заживает вторичным натяжением. Пациентка выписана на амбулаторное долечивание под наблюдение ЛОР-врача и инфекциониста поликлиники.

Заключительный диагноз: заглоточный абсцесс, абсцедирующий шейный лимфаденит справа, ВИЧ-инфекция, стадия IVB. Генерализованная лимфаденопатия. Хронический вирусный гепатит С. Хроническая анемия средней степени тяжести.

Общая продолжительность пребывания в стационаре составила 15 койко-дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. – М.: Медгиз, 1946. – 544 с.
2. Овчинников Ю. М. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1988. – 206 с.
3. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. – М.: Медицина, 2002. – 572 с.
4. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Крюков А. И. Воспалительные заболевания глотки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 286 с.
5. Темкин Я. С., Лихачев А. Г., Преображенский Б. С. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медгиз, 1947. – 374 с.
6. Фельдман А. И., Вульфсон С. И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте. – М.: Медгиз, 1950. – 399 с.
7. Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. – 303 с.

Гербергаген Артем Викторович – оториноларинголог ЛОР-отделения Подольской городской клинической больницы. 142100, Московская обл., Подольск, ул. Кирова, д. 38; тел.: 8-4967-54-55-72.