

УДК 616.328.2-002.3-001

В.Н. АНДРЕЕВ, В.Н. ГИНЬКУТ

ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО

*Каф. оториноларингологии (зав. – проф. С.К. Боечко) фак. последиплом.
образования Донец. гос. мед. ун-та*

Заглоточный абсцесс у взрослых встречается очень редко и бывает обусловлен туберкулёзным или сифилитическим поражением верхних шейных позвонков либо травмой задней стенки глотки инородным телом (И.Б. Солдатов, 1997; Poluri et al., 2000; Morita et al., 2001; Parhiscar, Har-El, 2001; Dawes et al., 2002; Kubo et al., 2002; Kotil et al., 2004).

Заболевание представляет серьёзную опасность для здоровья и жизни пациента и требует своевременного распознавания, а также терапии, так как самоизлечение происходит чрезвычайно редко (Kirse, Roberson, 2001; Craig, Schunk, 2003; Singh et al., 2003). В связи с этим приводим собственное наблюдение.

Больной О., 27 лет, поступил в ЛОР-отделение 13.09.04 г. в 8 ч 20 мин с жалобами на боли в горле, болезненное глотание, сильные боли в правой половине шеи, усиливающиеся при повороте головы.

Со слов пациента, около 2 ч ночи 13.09.04 г. он был избит неизвестным, получив при этом удар кулаком в область правой половины шеи. Из анамнеза выяснено, что больной страдает бронхиальной астмой и является инвалидом детства.

Объективно при поступлении состояние обследуемого было удовлетворительным, температура тела – нормальная, определялось слабо выраженное припухание мягких тканей правой половины шеи; кожные покровы – обычной окраски, пальпация правой кивательной мышцы – болезненная.

Фарингоскопия: слизистая оболочка глотки – без особенностей. При ларинго-

скопии выявлена небольшая отёчность в области правого черпаловидного хряща. Голосовая щель – широкая, дыхание – свободное.

Установлен предварительный диагноз: ушиб гортани. Пациенту были назначены диазолин и кетанов внутрь, внутривенные инъекции глюконата кальция.

В 12 ч того же дня боли в горле у него усилились, температура тела повысилась до 38°C, был озноб. Назначены внутримышечные инъекции цефазолина и анальгина с димедролом.

14.09.04 г. у больного появилось вынужденное положение головы (в больную сторону), температура тела повысилась до 39°C. Пальпация правой половины шеи была резко болезненной. Лимфатические узлы правой зачелюстной области – без особенностей. При осмотре глотки отмечались гиперемия и незначительная инфильтрация её задней стенки. Пациенту было рекомендовано рассасывание себидина, орошения глотки биопароксом, полоскания вокадином.

15.09.04 г., несмотря на проводимое лечение, температура тела удерживалась на уровне 38°C, затем лихорадка приобрела гектический характер. Определялись кривошея, ограничение сгибания шеи и боли при пальпации правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, болезненность при пальпации яремной вырезки. Припухлость мягких тканей в этом месте не имела чётких границ. Пастозность в области боковой поверхности шеи отсутствовала. Гиперемия и отёчность задней стенки глотки несколько

усилились. Больной был осмотрен торакальным хирургом. С целью исключения медиастинита у него была выполнена рентгенография средостения. Результат оказался отрицательным. Лечение было дополнено внутривенными инъекциями цефтриаксона.

Температура тела у пациента 16.09.04 г. снизилась до нормальных цифр, а к вечеру - до 35°C. Боли в шее и горле сохранялись. Больной указывал на резкую общую слабость. Внутривенно капельно введен неогемодез и метрогил.

17.09.04 г. при осмотре глотки установлено, что гиперемия и отёчность слизистой оболочки сместились в нижние её отделы. Пальпация этой области зондом флюктуации не выявила. К утру 18.09.04 г. температура тела нормализовалась. Самочувствие пациента улучшилось, а боли в горле уменьшились. При фарингоскопии в области задней стенки глотки в проекции правого черпаловидного хряща было обнаружено свищевое отверстие, из которого выделялся густой гной. Скальпелем указанное отверстие было расширено кверху и книзу, края разреза разведены корнцангом, а полость абсцесса промыта растворами антисептиков. Были взяты мазки на флору и её чувствительность к антибиотикам. Бактериальный посев обнаружил *Streptococcus epidermidis*, чувствительный к беталактамам.

В последующие дни выполнялось ежедневное дренирование и повторные ирригации полости абсцесса. Тем не менее до 22.09.04 г. из полости абсцесса выделялось небольшое количество сливкообразного гноя. К 02.10.04 г. перфоративное отверстие глотки уменьшилось до 0,5 см в диаметре. 04.10.04 г. фистула стала точечной, а к моменту выписки больного из стационара полностью зарубцевалась.

Рентгенография шеи в боковой проекции от 13.09.04 г.: костно-травматические

изменения не выявлены, имеются явления остеохондроза в области шейных позвонков.

14.09.04 г. рентгенография лёгких: патологии нет.

Общий анализ крови от 14.09.04 г.: эр. – 4,5 Т/л, Hb – 132 г/л, ц.п. – 0,9; тр. – 222 Г/л, л. – 7,7 Г/л; э. – 2%; н.: п. – 4%, с. – 68%; лимф. – 19%, мон. – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.

Анализ крови от 15.09.04 г.: л. – 11,3 Г/л, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ крови от 20.09.04 г.: эр. – 4,6 Т/л, Hb – 132 г/л, ц.п. – 0,9; тр. – 276 Г/л, л. – 11,5 Г/л; э. – 2%; н.: п. – 2%, с. – 72%; лимф. – 20%, мон. – 4%; СОЭ – 22 мм/ч.

Анализ крови от 27.09.04 г.: л. – 8,0 Г/л, СОЭ – 15 мм/ч.

Сахар крови от 14.09.04 г. – 5,5 ммоль/л. Анализы мочи – без патологии.

Пациент был выписан из отделения 06.10.04 г. с полным выздоровлением. Диагноз при выписке: ушиб правой половины шеи, осложнённый заглоточным абсцессом.

Данное наблюдение представляет особый интерес в связи с тем, что заглоточный абсцесс у взрослых встречается чрезвычайно редко. Сведений о том, что тупая травма шеи привела к развитию ретрофарингеального абсцесса, в доступной нам литературе мы не нашли. Учитывая необычные объективные признаки и отсутствие у больного характерной для данной патологии симптоматики, заболевание было распознано не сразу.

Для раннего обнаружения этого потенциально серьёзного состояния необходимо проведение тщательного дифференциального диагноза с использованием современных методик исследования, в том числе компьютерной томографии.

1. Солдатов И.Б. Заглоточный абсцесс // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатов. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – С. 339-340.

2. Craig F.W., Schunk J.E. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management // Pediatrics. – 2003. – Vol. 111, N6 (Pt 1). – P. 1394-1398.

3. Dawes L.C., Bova R., Carter P. Retropharyngeal abscess in children // ANZ J. Surg. – 2002. – Vol. 72, N6. – P. 417-420.
4. Kirse D.J., Roberson D.W. Surgical management of retropharyngeal space infections in children // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111, N8. – P. 1413-1422.
5. Kotil K., Dalbayrak S., Alan S. Craniovertebral junction Pott's disease // Br. J. Neurosurg. – 2004. – Vol. 18, N 1. – P. 49-55.
6. Kubo S., Takimoto H., Hosoi K., Toyota S., Karasawa J., Yoshimine T. Osteomyelitis of the odontoid process associated with meningitis and retropharyngeal abscess – case report // Neurol. Med. Chir. (Tokyo). – 2002. – Vol. 42, N10. – P. 447-451.
7. Morita T., Fujiki N., Shiomi Y., Kurata K., Oda N. Atlantoaxial subluxation in an adult secondary to retropharyngeal abscess // Auris Nasus Larynx. – 2001. – Vol. 28, N2. – P. 177-179.
8. Parhiscar A., Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – Vol. 110, N11. – P. 1051-1054.
9. Poluri A., Singh B., Sperling N., Har-El G., Lucente F.E. Retropharyngeal abscess secondary to penetrating foreign bodies // J. Craniomaxillofac. Surg. – 2000. – Vol. 28, N4. – P. 243-246.
10. Singh I., Chanda R., Gupta K.B., Yadav S.P. Fatal pyothorax: a rare complication of retropharyngeal abscess // Indian J. Chest. Dis. Allied. Sci. – 2003. – Vol. 45, N4. – P. 265-268.

Поступила в редакцию 22.09.05.

© В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут, 2005