

В.Н. ГИНЬКУТ, В.Н. АНДРЕЕВ

АБСЦЕСС НАДГОРТАННИКА У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

*Каф. оториноларингологии (зав. – Засл. деятель науки и техники Украины,
проф. С. К. Боенко) ФИПО Донец. нац. мед. ун-та им. М. Горького
(ректор – чл.-кор. НАМН Украины, проф. Ю.В. Думанский)
и КЛПУ «Городская больница № 11» г. Донецка
(гл. врач – канд. мед. наук В.Е. Гладчук)*

Абсцесс надгортанника обычно является конечной стадией флегмонозного ларингита, развивается постепенно на фоне общей воспалительной реакции организма, а проявляется дисфагией, нарушением дыхания и голоса за счёт реактивного отёка и инфильтрации [1, 6].

В этиологии заболевания существенную роль играет снижение местной и общей реактивности организма. Флегмонозный ларингит может возникать вторично при болезнях системы крови [2].

Одну из клинических особенностей хронического лимфолейкоза представляет сниженная резистентность больных к бактериальным инфекциям. Это объясняется функциональной незрелостью лимфоцитов, нарушением механизма антителиобразования, что способствует появлению у больных различных инфекционных осложнений. Среди наиболее часто встречающихся инфекционных осложнений регистрируются пневмония, ангина и абсцесс [4].

Хронический лимфолейкоз – наиболее частая форма гемобластозов, т.е. зрелоклеточной опухоли иммунокомпетентной системы, при которой опухолевые лимфоциты накапливаются в периферической крови, костном мозге, лимфатических узлах, печени и селезёнке. Типичной особенностью этого вида лейкоза является преобладание лимфоцитов в периферической крови, доля которых может достигать 98 % (вместо нормальных 40 %). Несмотря на морфологическую зрелость лимфоцитов, функционально они неполноценны, что обуслови-

вает склонность больных к гнойным инфекциям. Заболевание встречается преимущественно в пожилом возрасте, чаще у мужчин, имеет длительное течение [3].

В отличие от острых лейкозов, хронический лимфолейкоз протекает достаточно медленно, вследствие чего нарушения кроветворения и бактериальные осложнения развиваются лишь в поздних стадиях заболевания [5]. Поэтому практикующему врачу порой трудно сразу разобраться в характере и причине патологических изменений в гортани при её воспалении.

Приводим собственное наблюдение.

Больная Т., 66 лет, обратилась в ЛОР-отделение 03.12.2009 г. с жалобами на сильные боли в горле, преимущественно слева, болезненное и затруднённое глотание, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,9⁰С.

Со слов пациентки, заболевание началось 4 дня назад после того, как пациентка выпила холодное молоко. Лечилась больная самостоятельно (полоскания глотки раствором соды, септогал, нимид), но без эффекта.

03.12.09 г. больная была осмотрена врачом-инфекционистом, взяты мазки на *Corynebacterium diphtheriae*. В стационар она была доставлена машиной скорой помощи с диагнозом: левосторонний перитонзиллярный абсцесс. Из сопутствующих заболеваний отмечалась гипертоническая болезнь и сахарный диабет II типа.

Объективно при поступлении: состояние пациентки средней тяжести, температура тела 38,2⁰С, в левой подчелюстной об-

ласти пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел, изо рта отмечается неприятный запах, голос – хриплый. При непрямой ларингоскопии определяется выраженный стекловидный отёк и гиперемия надгортанника, черпаловидных хрящей, вестибулярных и черпалонадгортанных складок. Голосовая щель плохо обозрима.

Установлен диагноз: абсцесс надгортанника.

Сразу после госпитализации у обследуемой была произведено вскрытие абсцесса надгортанника, получено около 3 мл густого зловонного гноя.

Начата интенсивная терапия: внутривенно медленно введено 500 мг (100 мл) локсофа, 100 мл метрогила, 200 мл реосорбилакта с 16 мг дексаметазона, внутримышечно – 2 мл лазикса.

Несмотря на проводимое лечение, состояние больной продолжало ухудшаться, одышка усилилась и наблюдалась даже в покое, нарастал отёк слизистой оболочки гортани.

После внутривенного введения 5 мл 2,4 % эуфиллина на физиологическом растворе с 8 мг дексаметазона и внутримышечной инъекции 2 мл папаверина состояние пациентки улучшилось, дыхание стабилизировалось.

На следующий день температура тела больной нормализовалась, она чувствовала себя гораздо лучше, начала принимать пищу. У неё улучшился голос, дыхание стало свободным. При непрямой ларингоскопии определялось уменьшение отёка и гиперемии надгортанника, а также черпаловидных хрящей. Голосовая щель стала шире.

Пациентка получала внутривенную антибактериальную терапию, орошения полости гортанной части глотки биопароксом, использовала рассасывание стрепсилс-интенсив. По согласованию с эндокринологом, выполнялись подкожные инъекции инсулина по схеме 6 ЕД - 8 ЕД - 6 ЕД - 4 ЕД.

Результаты обследования: рентгенография ОГК от 04.12.09 г. – грудная клетка не изменена, корни фиброзно изменены, слева на верхушке определяется очаговая тень, синусы – свободные. Рекомендована консультация фтизиатра.

Анализ крови на сахар от 03.12.09 г.: 13, 8 ммоль/л, от 04.12.09 г.: 17,6 ммоль/л, от 05.12.09 г.: 11,5 ммоль/л.

Анализ мочи от 04.12.09 г.: белок – 0,05 г/л, сахар – 2,7, эпителий – плоский, большое количество, лейкоциты - 10-15 в поле зрения.

ЭКГ от 03.12.09 г.: синусовая тахикардия 100/мин; отклонение ЭОС влево; гипертрофия левого желудочка с признаками перегрузки; изменения миокарда в передне-перегородочной области; диффузные изменения миокарда.

Только 05.12.09 г. были получены результаты гемограммы. Анализ крови от 05.12.09 г.: эр. – 4,4 Т/л, Нв – 132 г/л; ц.п. – 0,9; тр. – 252 Г/л; л. – 46 Г/л, э – 1; н.: п. – 4, с. – 24; лимф. – 66, мон. – 5. Тени Гумпрехта – 1-2 в п/зр. СОЭ – 60 мм/ч.

Больная немедленно была проконсультирована городским гематологом и в срочном порядке с диагнозом: лейкоз переведена для дальнейшего обследования и лечения в гематологическое отделение.

Из анамнеза: с 05.12. по 17.12.09 г. пациентка находилась на стационарном лечении в городском гематологическом отделении, где после изучения миелограммы от 09.12.09г. был определен диагноз: хронический лимфолейкоз. Больная получала лейкокеран и аллопуринол, выписана из отделения домой в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с необычным проявлением хронического лимфолейкоза в виде гнойного воспаления надгортанника. При этом до получения гемограммы не удалось своевременно установить правильный диагноз.

1. Безшапочный С.Б. Боль в области шеи // Дифференциальный диагноз по клиническим сим-

птомам в оториноларингологии / Под ред. Ю.В. Митина. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 60-74.

2. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С. 357-358.
3. Болезни крови у пожилых: перевод с англ. / Под ред. М.Дж. Денхэма, И. Чапарина. – М.: Медицина, 1989. – С. 126-131.
4. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. – М., 2003. – 367 с.
5. Кассирский И.А., Алексеев Г.А. Клиническая гематология. – М., 2002. – 459 с.
6. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. – М.: Медицина, 2001. – С. 340-342.

Поступила в редакцию 29.06.10.

© В.Н. Гинькут, В.Н. Андреев, 2011