

АБДУЛКЕРИМОВ Х. Т., КАРТАШОВА К. И., ДАВЫДОВ Р. С., ШАМАНСКАЯ К. В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Причины диагностических и тактических ошибок при распознавании флегмонозных процессов гортаноглотки

Абдулкеримов Хийир Тагирович

д. м. н., профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный специалист по оториноларингологии Министерства здравоохранения Свердловской области

E-mail: ent_usmu@mail.ru

Резюме. В статье представлены результаты наблюдения 51 пациента с флегмонозными процессами гортаноглотки. Недостаточное знакомство практических врачей с этим заболеванием, его острое начало и выраженный токсико-инфекционный синдром, ступенчатые клинику необычно быстро развивающихся осложнений, затрудняют своевременное его распознавание, а следовательно, и оказание адекватной медицинской помощи.

Ключевые слова: флегмона глотки, абсцесс гортаноглотки

ABDULKERIMOV Kh. T., KARTASHOVA K. I., DAVYDOV R. S., SHAMANSKAYA K. V.

FSBEI HE "Ural State Medical University" Ministry of health of Russian Federation, Yekaterinburg

The causes of diagnostic and tactical errors in the recognition of phlegmonous processes of the larynx

Hiyir T. Abdulkerimov

MD, professor, head of the department of surgical dentistry, otorhinolaryngology and maxillofacial surgery of the FSBEI HE "Ural State Medical University" Ministry of health of Russian Federation, chief specialist in otorhinolaryngology of the Ministry of health of the Sverdlovsk region

E-mail: ent_usmu@mail.ru

Summary. The article presents the results of observation of 51 patients with phlegmonous processes of the laryngopharynx. Insufficient familiarity of practitioners with this disease, its acute onset and pronounced toxic-infectious syndrome, obscuring the clinic of not-usually rapidly developing complications, complicate its timely recognition, and, consequently, the provision of adequate medical care.

Key words: phlegmon of pharynx, abscess of the laryngopharynx

Наиболее частыми, типичными вариантами флегмонозных процессов глотки, требующими оказания неотложной специализированной медицинской помощи, являются паратонзиллярный, парафарингеальный (боковой глоточный) и заглоточный абсцессы. Однако в практике ЛОР-специалиста встречаются редкие, но чрезвычайно опасные состояния, известные под названиями «острая заразная флегмона зева, или болезнь Сенатора», «разлитая флегмона глотки», «острый септический фарингит», «острый флегмонозный фарингит», «флегмона боковой стенки глотки», «флегмона (абсцесс) боковой стенки гортаноглотки» [1–5].

Последний термин представляется наиболее адекватным, отражающим суть этой патологии. Стеноз гортани, сепсис и медиастинит являются нередкими ее осложнениями и могут быть причинами летального исхода [1–5].

Недостаточное знакомство практических врачей с этим заболеванием, его острое начало и выраженный токсико-инфекционный синдром, ступенчатые клинику необычно быстро развивающихся осложнений, затруд-

няют своевременное его распознавание, а следовательно, и оказание адекватной медицинской помощи.

Цель исследования

Проанализировать главные причины, препятствующие своевременной диагностике флегмоны боковой стенки гортаноглотки.

Материалы и методы

В течение 30 лет (1989–2019) в ЛОР-стационарах Екатеринбурга флегмонозные процессы гортаноглотки наблюдались у 51 пациента в возрасте от 10 месяцев до 63 лет, в том числе 27 мужского и 24 женского пола. Всем больным проведено клиническое и оториноларингологическое исследование, по показаниям осуществлялись консультации терапевта, хирурга, стоматолога и других специалистов, боковая рентгенография шеи по Г. М. Земцову, рентгенография средостения, а в течение последних 20 лет – видеоэндоскопия, компьютерная и магнитно-резонансная томография.



Результаты и обсуждение

Как правило, воспалительный процесс начинался остро, с потрясающего озноба, подъема температуры тела до 39–40°, сильных односторонних болей в горле, дисфагии, иногда инспираторной одышки. Боли при глотании нередко иррадировали в ухо; тризм у всех больных отсутствовал. Анамнестически отмечались значительные колебания температуры тела (на 3–4°), сопровождавшиеся повторными ознобами и обильным потоотделением.

При объективном исследовании определялись гиперемия, отек и инфильтрация тканей боковой стенки глотки, иногда от мягкого неба до грушевидного синуса. Наиболее были выражены воспалительные изменения в области боковой стенки гортаноглотки: грушевидный синус заполнен инфильтратом, исходящим из боковой или задне-боковой стенки гипофаринкса, отмечались гиперемия и отек черпало-надгортанной складки, черпаловидного хряща, надгортанника, который был смещен и наклонен в здоровую сторону. В клетчатке между средним и нижним сжимателем глотки содержится густая сеть лимфатических сосудов, собирающих лимфу от слизистой оболочки полости рта, гортаноглотки, гортани и отводящих ее в передние шейные лимфатические узлы [6].

Возникновение флегмоны в этой клетчатке ведет к быстрому распространению септического процесса в боковое глоточное пространство, в средостение и на магистральные сосуды шеи. Регионарные шейные лимфоузлы на стороне поражения были плотны, увеличены и болезненны, нередко наблюдался отек мягких тканей шеи, обычно локализующийся на уровне угла нижней челюсти, но иногда распространяющийся от околоушной области до ключицы.

Распознавание флегмонозного фарингита на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи было трудным. 37 больных из 51 (78,4 %) поступили на стационарное лечение с ошибочными или неточными диагнозами: катаральная ангина, ангины язычной миндаины, нижний паратонзиллярный абсцесс, абсцесс корня языка, парафарингит, перихондрит гортани, эзофагит, подчелюстной сиалоаденит. Разнообразие этих диагнозов может быть объяснено тем, что термин «флегмона (или абсцесс) боковой стенки гортаноглотки» крайне редко встречается в отечественной специальной литературе.

Но по Международной классификации болезней (МКБ-10) предусмотрены следующие шифры для различных флегмонозных процессов в области глотки: J 36 – перитонзиллярный (паратонзиллярный) абсцесс; J 39.0 – ретрофарингеальный (заглоточный) и парафарингеальный (глоточный) абсцесс; J 39.1 – другой абсцесс глотки (фарингеальный). Таким образом, под шифром J 39.1 регистрируются гноиники, возникающие в результате острого флегмонозного фарингита: абсцесс гортаноглотки и абсцесс бокового валика глотки. Другой причиной запоздалой догоспитальной диагностики была недооценка общего тяжелого состояния больного. Наиболее характерным признаком абсцесса или воспалительного инфильтрата боковой стенки гортаноглотки являлись не только отек и чувствительность тканей шеи на больной стороне, но и усиление болей в этой области при давлении на большой рожок подъязычной кости здоровой стороны [7]. Этот феномен обусловлен смещением воспаленных структур боковой стенки гортаноглотки, расположенных на уровне подъязычной кости и ниже ее. Самым убедительным, объективным симптомом заболевания являлись воспалительный отек и инфильтрат задне-боковой стенки гортаноглотки, который закрывал грушевидный синус и, как правило, сопровождался реактивным отеком входа в гортань. Эти изменения обнаруживались при непрямой ларинго- и гипофарингоскопии, а у детей – при прямой гипофарингоскопии.

Дифференциальный диагноз флегмонозного процесса гортаноглотки целесообразно проводить с нижним паратонзиллярным абсцессом, окологлоточным абсцессом

(флегмоной бокового глоточного пространства) и флегмонозным ларингитом. В отличие от нижнего паратонзиллярного абсцесса здесь отсутствуют тризм, боли при движении языка, давлении шпателем на язык, инфильтрация тканей в области нижнего отдела передней небной дужки. От бокового глоточного (окологлоточного) абсцесса эта патология отличается тем, что отсутствуют тризм, смещение небной миндалины кпереди и медиально, не обнаруживается плотной инфильтрации тканей в зачелюстной ямке, в области угла нижней челюсти и по ходу шейного сосудистого пучка. От флегмонозного ларингита флегмона боковой стенки гортаноглотки отличается отеком, а не инфильтрацией верхнего этажа гортани, сохранением подвижности голосовых складок, отсутствием болезненности хрящей гортани при пальпации шеи, грушевидный синус на стороне поражения закрыт воспалительным инфильтратом, исходящим не из черпало-надгортанной складки, а из боковой и задне-боковой стенки гортаноглотки.

Диагноз флегмонозного фарингита должен быть заподозрен опытным специалистом в ЛОР-кабинете поликлиники или в приемном покое многопрофильной городской (областной, межрайонной) больницы. В условиях многопрофильного стационара диагностика флегмоны боковой стенки гортаноглотки и ее осложнений уточняется с помощью современных лабораторных и параклинических методик.

В частности, при подозрении на флегмону бокового глоточного пространства могут быть использованы боковая рентгенография шеи по Г. М. Земцову, УЗИ, КТ, МРТ. При наличии клинических признаков, не исключающих близость флегмонозного процесса к шейному сосудистому пучку (сильные пульсирующие боли на стороне поражения, анизокория – расширение зрачка на этой стороне), могут быть полезны исследование глазного дна, данные РЭГ и доплеросонографии, а при подозрении на медиастинит – данные рентгенографии средостения и магнитно-резонансной томографии.

Осложнения наблюдались у 18 больных из 51, что составляет 35,3 %, из них умерли 7 (15,7 %). Два пациента, которых пытались лечить амбулаторно с ошибочным диагнозом «ангина», умерли от внезапно развившегося стеноза гортани; 5 больных погибли при клинической картине сепсиса и медиастинита, а один – от аррозивного кровотечения из общей сонной артерии; этим летальным исходом способствовала запоздалая госпитализация заболевших.

Выводы

1. Флегмона (абсцесс) боковой стенки гортаноглотки является тяжелым заболеванием, при котором показана срочная госпитализация пациента.
2. Причинами запоздалой диагностики этой патологии являются:
 - недостаточное знакомство врачей с ее клиникой и осложнениями;
 - недооценка тяжести состояния больных;
 - неправильная трактовка данных пальпации шеи, и особенно эндоскопического исследования;
 - недооценка параклинических методов исследования.
3. Информация о флегмонозном фарингите должна найти более широкое освещение в учебниках, учебных пособиях, руководствах для ЛОР-специалистов и получить отражение в отечественной номенклатуре болезней и клинических стандартах.

Литература

1. Григорьев Г. М. Диагностика и лечение флегмоны боковой стенки глотки и ее осложнений: метод. рекомендации. Екатеринбург: Изд-во Уральской государственной медицинской академии, 2004. 18 с.

Полный список литературы доступен по запросу в редакции

