

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ И ШЕЙНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ

Д. Фернандо, Ю. Назарочкин, доктор медицинских наук,
А. Проскурин, кандидат медицинских наук
АГМА, Астрахань
E-mail: dinafernando@mail.ru

Применение у 27 больных рецидивирующим паратонзиллярным абсцессом и шейным лимфаденитом эндолимфонодулярного способа введения антибиотиков под ультразвуковым контролем повышает эффективность их комплексного лечения.

Ключевые слова: паратонзиллярный абсцесс, лимфаденит, ультразвуковое исследование, эндолимфонодулярное введение.

Паратонзиллярный абсцесс — одно из наиболее часто встречающихся гнойно-воспалительных заболеваний глотки в практике врача-оториноларинголога (до 20,6% в составе неотложной ЛОР-патологии). Почти у каждого 4-го больного паратонзиллярный абсцесс возникает повторно, т.е. носит рецидивирующий характер, а в 45–86,1% случаев сопровождается неспецифическим регионарным лимфаденитом [1–3].

Среди осложнений хронического тонзиллита абсцедирующий паратонзиллит составляет 12,1% [4].

С целью оптимизации лечения больных рецидивирующим паратонзиллярным абсцессом, осложненным шейным лимфаденитом, нами изучены особенности клинико-anamnestических данных пациентов и проведен сравнительный анализ эффективности различных способов введения антибактериальных препаратов (внутримышечного и эндолимфонодулярного) в комплексном лечении больных указанной группы.

На 1-м этапе были обследованы 89 больных паратонзиллярным абсцессом, осложненным шейным лимфаденитом (47 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст — 28,5±0,77 года).

Клиническое обследование (сбор жалоб, анамнеза, объективное исследование — фарингоскопия, пальпаторное исследование лимфатических узлов (ЛУ) шеи, обнаружение признаков синдрома системной воспалительной реакции) позволило выявить 27 больных с рецидивирующим течением заболевания (перенесших в течение жизни от 2 до 5 эпизодов паратонзиллярного абсцесса), страдающих хроническим тонзиллитом (13 женщин и 14 мужчин; средний возраст — 27,7±1,5 года).

На 2-м этапе исследования указанные 27 больных были объединены в 2 группы: в 1-й (n=17) проводилась эндолимфонодулярная антибактериальная терапия под контролем УЗИ [4], во 2-й (n=10) больные получали антибактериальные препараты путем внутримышечной инъекции.

Кроме общеклинических методов исследования выполнения УЗИ лимфатических узлов шеи (аппараты Siemens Sonoline G—60 — линейный трансдюсер 7,5 МГц и Mindray DP 6600). Материал обработан с использованием набора параметров описательной статистики, реализованного в пакете анализа Microsoft Excel для Windows Vista. Различия относительных и абсолютных величин определялись с помощью критических значений t-критерия Стьюдента. Достоверными считали различия при p<0,05.

Комплексное лечение больных обеих групп включало десенсибилизирующую, анальгетическую, дезинтоксикационную инфузионную терапию. Пациентам с абсцедирующим паратонзиллитом выполняли оперативное пособие в день госпитализации (вскрытие абсцесса паратонзиллярной области) с дальнейшим ежедневным «открытым» дренированием послеоперационной раны и ее санацией растворами антисептиков.

В 1-й группе для эндолимфонодулярной антибиотикотерапии под контролем УЗИ [5] были использованы антибактериальные препараты широкого спектра действия: цефазолин, цефтриаксон, цефотаксим. Разовая доза антибиотика составляла 0,5 г — 1/2 разовой дозы для внутримышечного введения (1,0 г). В качестве растворителя (объем не более 2,0 мл) использовали 0,5–1% раствор новокаина или 1% раствор лидокаина. Кратность введения — 1 раз в сутки; длительность 3–5 дней.

Во 2-й группе для антибактериальной терапии с применением внутримышечного способа введения использовали те же препараты в разовой дозе 1,0 г. Кратность введения: цефазолин — 4 раза в сутки, цефтриаксон и цефотаксим — 2 раза в сутки; длительность курса 5–7 дней.

Анализируя полученные клинико-anamnestические данные, можно отметить, что среди наблюдае-

Таблица 1
Сроки купирования основных патологических признаков у больных с рецидивирующим паратонзиллярным абсцессом и шейным лимфаденитом (M±m)

Признак	Сроки купирования признака, сут	
	1-я группа	2-я группа
Жалобы:		
боль в горле	4,8±0,1*	6,2±0,03
тризм	2,6±0,2	3,0±0,1
боль в ЛУ	4,9±0,04*	6,5±0,1
Фарингоскопические признаки:		
гиперемия слизистой оболочки	5,1±0,2*	7,2±0,1
отек слизистой оболочки	4,8±0,7*	7,1±0,5
гнойное отделяемое из послеоперационной раны паратонзиллярной области	3,9±0,2*	4,8±0,1
рыхлая консистенция небных миндалин	5,0±0,1*	6,9±1,1
гнойные пробки в лакунах	5,0±0,5*	7,1±0,02
Клинические и УЗ-признаки лимфаденита:		
увеличение продольного размера ЛУ	5,3±0,1*	7,9±0,1
паранодулярный отек	2,8±0,02*	3,8±0,04
гиперемия кожи над ЛУ	3,1±0,02*	3,8±0,04
гипертермия кожи над ЛУ	2,6±0,02*	2,7±0,02
гипоэхогенность ЛУ	2,8±0,1*	4,8±0,2
расширение краевого синуса ЛУ	5,1±0,2*	7,2±0,1
расширение ворот ЛУ	3,9±0,1*	5,6±0,03
совокупность всех УЗ-признаков ЛУ	5,2±0,02*	7,8±0,1

* Здесь и в табл. 2: p<0,05 по сравнению с показателем во 2-й группе.

Таблица 2
Динамика показателей общего анализа крови и иммунограммы у больных с рецидивирующим течением заболевания (M±m)

Показатель	1-е сутки		5-е сутки		Референтный интервал
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	
Лейкоциты, $\bullet 10^9/\text{л}$	9,2±0,1↑	9,1±0,1↑	6,1±0,01*	9,0±0,02↑	4,0–9,0
палочко-ядерные, $\bullet 10^9/\text{л}$	0,3±0,05↑	0,3±0,1↑	0,2±0,01	0,2±0,01	0,04–0,3
сегментно-ядерный, $\bullet 10^9/\text{л}$	6,9±0,02↑	6,7±0,02↑	5,0±0,1*	6,2±0,1↑	2,0–5,5
СОЭ, мм/ч	22,2±0,3↑	19,5±0,5↑	13,1±0,1*	16,9±0,9↑	1–15
ЛИИ	3,2±0,01↑	3,2±0,01↑	1,4±0,01*	3,1±0,02↑	0,3–1,5
В-лимфоциты: %	21,5±0,04*↑	25,1±0,1*↑	14,3±0,1	14,7±0,3	7,5–15,5
тыс/мм ³	0,6±0,02*↑	0,7±0,01*↑	0,2±0,03	0,2±0,03	0,1–0,3
Нулевые клетки, %	45,9±1,2↑	47,9±1,1↑	36,0±0,1*	41,6±0,03↑	4–40
Процент фагоцитоза	46,5±1,1↓	46,9±1,1↓	75,5±1,1*	55,3±1,1↓	65–95
КАФ, $\bullet 10^9/\text{л}$	1,6±0,01↓	1,6±0,02↓	2,6±0,02*	1,9±0,02↓	2,5–2,9
IgA, г/л	1,8±0,04↑	1,8±0,03↑	1,6±0,01	1,6±0,01	1,13–1,67
IgM, г/л	0,6±0,01↓	0,6±0,01↓	0,9±0,01	0,9±0,05	0,72–1,26

Примечание. Стрелка – различия с референтным интервалом возрастной нормы; ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации; КАФ – количество активных фагоцитов

мых пациентов обоюбого пола преобладали больные молодого возраста (27,7±1,5 года). Среди всех больных паратонзиллярным абсцессом пациенты с рецидивирующим течением заболевания составили 38%. Паратонзиллярный абсцесс в 40,4% случаев развивался у больных, страдающих хроническим тонзиллитом длительное время (5 лет и более).

Максимальное число обращений приходилось на 3-и сутки от начала заболевания. Рецидивирующий паратонзиллярный абсцесс у больных хроническим тонзиллитом часто сопровождался умеренными симптомами интоксикации (88,9%) и болевым синдромом в глотке (81,5%). У всех пациентов (впервые и повторно заболевших) выявлены локальный болевой синдром в области шеи, тризм, ощущение общей слабости. Боль в области сердца и крупных суставов в основном отмечалась у пациентов с рецидивирующим паратонзиллитом и хроническим тонзиллитом.

О результатах проведенного лечения судили на основании сроков купирования основных жалоб, данных объективного осмотра, динамики лабораторных и эхографических показателей (табл. 1).

У получавших эндолимфонодулярную антибиотикотерапию под контролем УЗИ (1-я группа) купирование основных патологических симптомов происходило достоверно раньше, чем при традиционном лечении. Нормализация температуры тела (36,7±0,1 °С) при эндолимфонодулярном введении антибиотиков наступала на 3-и сутки госпитализации, при внутримышечном введении – на 6-е.

Динамику показателей общего анализа периферической крови и иммунограммы сравнивали со значениями референтного интервала возрастной нормы и между 2 группами на 1-е и 5-е сутки (табл. 2). Выявлено, что при эндолимфонодулярном введении антибиотиков нормализация показателей у всех больных с рецидивирующим паратонзиллярным абсцессом наступала к 5-м суткам лечения.

В 1-й группе на момент госпитализации синдром системной воспалительной реакции (ССВР) выявлен у всех пациентов, во 2-й – у 80%. Динамическое наблюдение

показало, что к 3-м суткам госпитализации ССВР сохранялся лишь у 11,8% больных, получавших эндолимфонодулярную антибиотикотерапию, и у 60% – получавших традиционное лечение.

Проанализировав сроки выздоровления и, соответственно, пребывания в стационаре больных с рецидивирующим паратонзиллярным абсцессом и шейным лимфаденитом, страдающих хроническим тонзиллитом, мы установили, что при проведении эндолимфонодулярной антибиотикотерапии средняя продолжительность госпитализации была короче, чем при традиционном лечении (соответственно 6,1±0,3 и 7,2±0,4 койко-дня; $p < 0,05$).

Таким образом, рецидивирующее течение паратонзиллярного абсцесса встречается у 38% заболевших, в 40,4% случаев развивается на фоне хронического тонзиллита. Заболевание характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации, умеренно выраженным болевым синдромом в глотке, нередко сопровождается кардиалгией и артралгией.

Эндолимфонодулярный способ введения антибиотиков под УЗИ-контролем позволяет повысить эффективность комплексного лечения больных данной группы, сокращая сроки нормализации большинства клинико-лабораторных показателей, фарингоскопической и эхографической картины.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

SPECIFIC FEATURES OF TREATMENT IN PATIENTS WITH RECURRENT PARATONSILLAR ABSCESS AND CERVICAL LYMPHADENITIS

D. Fernando, Yu. Nazarovchkin, MD; A. Proskurin, Candidate of Medical Sciences

Astrakhan State Medical Academy

The endolymphonodular administration of antibiotics under ultrasound guidance in 27 patients with recurrent paratonsillar abscess and cervical lymphadenitis enhances the efficiency of their combination treatment.

Key words: paratonsillar abscess, lymphadenitis, ultrasound study, endolymphonodular administration.