

# Оториноларингология - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Оториноларингология | Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросов: 12

## Оториноларингология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Оториноларингология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Женщина 31 года, на приеме у врача-оториноларинголога в поликлинике по месту жительства.

#### 1.2. Жалобы

На боль в горле, больше справа, иррадиирующую в правое ухо, усиливающуюся при глотании, затруднение проглатывания слюны, затруднение при открывании рта, гнусавость голоса, повышение температуры тела до 39 градусов С, выраженную слабость.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боль в горле появилась 2 дня назад после переохлаждения. Самостоятельно проводилось лечение (полоскание ротоглотки растворами антисептиков, рассасывание местных противовоспалительных препаратов) без выраженного эффекта, при повышении температуры тела выше 38 градусов С принимала жаропонижающие (парацетамол 500 мг 2 раза в день) с кратковременным эффектом. В анамнезе у пациентки частые ангины 2-3 раза в год с повышением температуры тела до фебрильных цифр, появлением налетов на небных миндалинах и явлениями общей интоксикации (проводилось амбулаторное консервативное лечение антибактериальными препаратами с положительным эффектом). В связи с прогрессированием симптоматики: выраженным затруднением глотания и открывания рта и ухудшением самочувствия обратилась к врачу-оториноларингологу в поликлинику по месту жительства.

#### 1.4. Анамнез жизни

- \* хронических заболеваний нет
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* аллергическая реакция на витамины группы В (крапивница)

#### 1.5. Объективный статус

- \* Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное.

Вес 62 кг, рост 169 см. Температура тела 38,30С. Кожные покровы влажные, теплые. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 78 уд/мин. ЧДД 16 в минуту

- \* Ротоглотка: Открывание рта затруднено за счет тризма жевательной мускулатуры 1 степени, слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, умеренно отечна, отмечается выраженная инфильтрация околоминдаликовой области справа, больше в области верхнего полюса небной миндалины. Правая небная миндалина смещена к средней линии. Мягкое небо отечно, язычок мягкого неба резко отечен и смещен влево. Левая небная миндалина гиперемирована, незначительно выступает из-за края передней небной дужки. Налетов нет. Задняя стенка глотки не визуализируется из-за выраженного отека. Поднижнечелюстные и передние группы передних шейных лимфатических узлов с двух сторон и ретромандибулярные лимфатические узлы справа увеличены, плотные, болезненные при пальпации, подвижные, не спаяны с

окружающими тканями.

\* Полость рта санирована, отмечает обильное слюноотделение.

\* Остальные ЛОР органы без особенностей

## 1. Аналитический этап

### 1. Вопрос

В данном случае, наиболее оптимальной тактикой для врача-оториноларинголога поликлиники будет

1. назначение эмпирической антибактериальной терапии и динамическое наблюдение пациентки амбулаторно в течение 72 часов

**2. вызов наряда скорой медицинской помощи и срочная госпитализация пациентки в стационар оториноларингологического профиля**

3. направление пациентки на анализы (клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, гепатиты, сифилис, биохимический анализ крови) и повторный осмотр пациентки для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения

4. назначение ирригационной терапии ротоглотки солевыми и антисептическими растворами, местных противовоспалительных препаратов, постельный режим

**Правильный ответ: вызов наряда скорой медицинской помощи и срочная госпитализация пациентки в стационар оториноларингологического профиля**

Учитывая быстрое нарастание симптоматики и прогрессирование жалоб, появление тризма жевательной мускулатуры, фебрильную температуру тела, не купирующуюся жаропонижающими препаратами и НПВС, а также данные объективного осмотра и выраженный лимфаденит, отсутствие эффекта от самостоятельного лечения, требуется госпитализация пациента в оториноларингологический стационар для проведения дальнейшей диагностики и лечения.

Клинические рекомендации при паратонзиллите (паратонзиллярном абсцессе) (2014) С. 5

## 2. Диагноз

### 2. Вопрос

Данному больному на основании данных анамнеза и данных объективного обследования можно установить диагноз

1. Герпетическая ангина

2. Злокачественное образование правой небной миндалины

3. Аденофлегмона нижней челюсти справа

**4. Паратонзиллярный абсцесс справа**

**Правильный ответ: Паратонзиллярный абсцесс справа**

Критерии диагноза:

\* Клинические данные (острое начало, быстрое прогрессирование симптоматики, фебрильная лихорадка, тризм жевательной мускулатуры и затруднение открывание рта, затруднение проглатывания слюны, гнусавость, лимфаденит более выраженный справа, явления общей интоксикации в виде выраженной слабости)

\* Данные мезофарингоскопии (слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, умеренно отечна, отмечается выраженная инфильтрация околоминдаликовой области справа, больше в области верхнего полюса небной миндалины, правая небная миндалина смещена к средней линии, мягкое небо отечно, язычок мягкого неба резко отечен и смещен влево, левая небная миндалина гиперемирована, незначительно выступает из-за края передней небной дужки, налетов нет)

\* Отсутствие патологии со стороны зубочелюстной системы (полость рта санирована, слюноотделение не затруднено)

## 4. Диагноз

### 4.1. Паратонзиллярный абсцесс справа

#### 3. Вопрос

У данной пациентки локализация паратонзиллярного абсцесса

1. латеральная (наружная)
- 2. передне-верхняя (супратонзиллярная)**
3. интратонзиллярная
4. нижняя

**Правильный ответ: передне-верхняя (супратонзиллярная)**

При передне-верхнем паратонзиллите (паратонзиллярном абсцессе) отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалины вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии, поверхность которого напряжена и гиперемирована, язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена к средней линии.

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов.  
Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглочный абсцесс. С. 3

## 3. Лечение

#### 4. Вопрос

Хирургическое лечение данного пациента подразумевает под собой

- 1. вскрытие паратонзиллярного абсцесса**
2. ревизию парафарингеального пространства справа
3. пункцию паратонзиллярного абсцесса с установкой дренажа
4. двустороннюю тонзиллэктомию

**Правильный ответ: вскрытие паратонзиллярного абсцесса**

Лечение – выбор хирургического разреза определяется локализацией воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке. Операция проводится под местной аппликационной анестезией. При передне-верхнем абсцессе вскрытие проводят либо через небо-язычную дужку в типичном месте, либо в месте наибольшего выбухания.

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов.  
Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглочный абсцесс. С. 4

## 5. Вопрос

После вскрытия абсцесса данному пациенту потребуется дополнительное обследование в объеме

- 1. микробиологическое исследование отделяемого из полости абсцесса**
2. ПЦР-исследование отделяемого из полости абсцесса
3. микробиологическое исследование мазка отделяемого с задней стенки глотки
4. нативная микроскопия мазка отделяемого из полости абсцесса

**Правильный ответ: микробиологическое исследование отделяемого из полости абсцесса**

Необходимо проводить микробиологическое исследование патологического отделяемого на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам.

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 814

## 6. Вопрос

Консервативное лечение у данного пациента заключается в назначении

1. полосканий ротоглотки отварами растительных сборов
- 2. системных антибактериальных препаратов парентерально**
3. системных антибактериальных препаратов перорально
4. иммуномодуляторов внутрь

**Правильный ответ: системных антибактериальных препаратов парентерально**

В комплексном лечении паратонзиллярных абсцессов применяются антибактериальные препараты. Парентеральный путь введения обусловлен затруднением глотания у пациентов с данной патологией.

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглочный абсцесс. С. 5

## 7. Вопрос

Данному пациенту показано назначение антибактериальной терапии в объёме

1. ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день внутрь
2. кларитромицин 0,5 г 2 раза в сутки внутрь
- 3. цефтриаксон по 2 г 2 раза в день в/в**
4. метронидазол 0,5 г 3 раз в сутки в/в

**Правильный ответ: цефтриаксон по 2 г 2 раза в день в/в**

\* Выделенные возбудители проявляют наибольшую чувствительность к таким препаратам, как амоксициллин в сочетании с клавулановой кислотой, ампициллин в сочетании с сульбактамом, цефалоспорины II-III поколений

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 815

## 8. Вопрос

Из местной терапии данному пациенту рекомендовано разведение краёв incisio и

1. смена дренажа в полости абсцесса
2. введение в полость абсцесса противогрибковых препаратов
3. ирригационная терапия 3% раствором перекиси водорода
- 4. ирригационная терапия растворами антисептиков**

**Правильный ответ: ирригационная терапия растворами антисептиков**

Пациентам после вскрытия паратонзиллярного абсцесса ежедневно необходимо производить разведение краёв incisio и полоскание ротоглотки растворами антисептиков с целью улучшения оттока гнойного отделяемого и закрытия полости абсцесса

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглочный абсцесс. С. 5

## 9. Вопрос

Дополнительно, в качестве симптоматической терапии также назначают обезболивающую и терапию

1. ирригационную солевыми и щелочными растворами
2. противогрибковую

### 3. десенсибилизирующую

4. муколитическую

**Правильный ответ: десенсибилизирующую**

Уменьшение отека слизистой оболочки ротоглотки и десенсибилизация организма способствуют более быстрому разрешению острого воспалительного процесса

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглоточный абсцесс. С. 5

## 4. Вариатив

### 10. Вопрос

К физиотерапевтическим методам лечения, применяемым в качестве вспомогательных на этапе реабилитации пациентов с паратонзиллярным абсцессом, относят

1. электрофорез с хлористым кальцием на область шеи
2. токи УВЧ на область увеличенных лимфатических узлов
3. магнито-лазерную терапию слизистой оболочки ротоглотки
4. диадинамические токи на область мышц шеи

**Правильный ответ: токи УВЧ на область увеличенных лимфатических узлов**

Возможно проведение УВЧ терапии после адекватного дренирования гнойного абсцесса

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 815

## 5. Диагноз

### 11. Вопрос

Наиболее тяжелым местным осложнением паратонзиллярного абсцесса является

1. гнойный сиаладенит
2. флегмона шеи
3. ретрофарингеальный абсцесс

### 4. гнойный медиастинит

**Правильный ответ: гнойный медиастинит**

Распространение гнойного процесса из паратонзиллярного пространства в средостение является наиболее опасным и жизнеугрожающим ввиду поражения сердечной сумки и плевры, что способствует развитию сепсиса

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглоточный абсцесс. С. 9

## 6. Лечение

### 12. Вопрос

После разрешения паратонзиллярного абсцесса рекомендуется провести

1. системную антибактериальную терапию двумя препаратами широкого спектра действия длительным курсом в течение 14 дней

2. курсы промывания лакун небных миндалин 2 раза в год
3. динамическое наблюдение пациента до развития второго эпизода паратонзиллярного абсцесса с целью проведения абсцесстонзиллэктомии

**4. двустороннюю тонзиллэктомию через 1 месяц**

**Правильный ответ: двустороннюю тонзиллэктомию через 1 месяц**

Наличие эпизода паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса является абсолютным показанием для проведения двусторонней тонзиллэктомии

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 816