

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НАДГОРТАННИКА

Проф. Г. И. ГАРЮК, проф. Т. В. ПОЧУЕВА, доц. Е. А. КУЛИКОВА,
В. Л. ДАВИДЕНКО, Ю. Я. ФЕДУЛЕНКОВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Представлены результаты анализа ранней диагностики 97 пациентов с острым эпиглоттитом. Применение ультразвукового исследования гортани позволяет на ранней стадии выявить переход инфильтративной формы острого эпиглоттита в стадию абсцедирования и своевременно провести оперативное вмешательство, помогающее избежать осложнений.

Ключевые слова: острый эпиглоттит, ультразвуковая диагностика, абсцесс надгортанника.

На современном этапе можно констатировать возрастание частоты возникновения острых эпиглоттитов у взрослых и тяжесть их осложнений [1]. Увеличение частоты такой тяжелой патологии, как острый эпиглоттит, возможно, связано с общей иммуносупрессией, которая наблюдается среди населения Украины в последние годы [2–4]. Отмечается также отсутствие объективных, кроме скопических, методов диагностики стадий воспалительного процесса надгортанника. Все это говорит об актуальности поисков путей улучшения эффективности диагностики и лечения данной патологии.

Цель нашей работы — повысить эффективность диагностики раннего абсцедирования острого эпиглоттита у взрослых больных на основе определения особенностей клинического течения с помощью современных инструментально-лабораторных и ультразвуковых методов.

Острый эпиглоттит — тяжелое бактериальное воспаление надгортанника, черпаловидно-надгортанных складок и окружающих тканей, для которого характерны повышение температуры тела, иногда выше 39 °С, быстро нарастающая дыхательная недостаточность и интоксикация. В случаях несвоевременной диагностики или назначения неадекватной терапии эпиглоттит может стать непосредственной причиной смерти пациента [5, 6].

Клиника эпиглоттита достаточно яркая, так как больного беспокоят резкие боли в горле и невозможность глотания пищи, а в запущенных случаях даже воды. При этом врач, не владеющий методом непрямой ларингоскопии гортани, не установит диагноз, поскольку результаты орофарингоскопии могут быть практически нормальными. В литературе неоднократно обращалось внимание на несоответствие остроты клиники и данных орофарингоскопии, поэтому больных с подозрением на острый эпиглоттит необходимо обязательно направлять на консультацию к лор-врачу. Наиболее доступными в диагностике эпиглоттита остаются скопические методы исследования, а именно — непрямая ларингоскопия, с помощью гортанного

зеркала или фиброларингоскопия (обзор гортани с помощью гибкого оптического эндоскопа). На начальных стадиях устанавливаются покраснение гортани, утолщение и отечность надгортанника. В более позднем периоде развития абсцесса отек увеличивается, формируется образование в виде шара, воспаленная область уплотнена, а в его центре может наблюдаться желтое пятно — скопление гноя. При осмотре гортани больного обнаруживают ярко-красный, утолщенный, малоподвижный, смещенный назад и вниз надгортанник, на котором могут определяться пузыри, заполненные геморрагической жидкостью. Отек и гиперемия надгортанника, как правило, полностью перекрывают обзор просвета гортани, из-за чего нельзя спрогнозировать возможный или уже развившийся ее стеноз. В ряде случаев отмечается плотная инфильтрация черпало-надгортанных складок, которая вызывает ограничение подвижности черпало-надгортанных хрящей, что также способствует развитию стеноза гортани.

В зарубежной литературе описывается метод эхосонографии надгортанника [7, 8]. Чаще всего авторы используют ультрасонографию при диагностике внеорганных новообразований шеи, где этот метод демонстративный и достаточный. Клиническая диагностика острого эпиглоттита несложная, однако значительные трудности возникают при определении его формы — инфильтративной или абсцедирующей, а следовательно, показаний для вскрытия абсцесса надгортанника. В настоящее время в диагностике острого эпиглоттита используют широкий спектр диагностических методов: рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, спиральную компьютерную томографию гортани, фиброларингоскопию. Их эффективность неодинакова, наиболее доступным, но не самым информативным методом является рентгенография. На рентгенограмме шеи в боковой проекции обычно хорошо виден увеличенный и уплотненный надгортанник, который внешне напоминает большой палец руки. Однако отрицательные данные рентгенографии

не исключают эпиглоттит (особенно на ранних стадиях). При проведении рентгенологического исследования пациент (особенно ребенок) должен находиться под постоянным присмотром медицинского персонала, обладающего навыками оказания неотложной помощи, в том числе интубации и трахеотомии (реанимационные мероприятия) [9]. Наиболее информативной является томография, но этот метод дорогостоящий, не каждое лечебное учреждение оснащено необходимой аппаратурой. Самое главное, что при проведении данного исследования больной некоторое время должен находиться в положении лежа, что для большинства пациентов с острым эпиглоттитом невозможно, учитывая их вынужденное положение тела (сидя, наклонившись вперед) в связи с дыхательной недостаточностью. При стенозе гортани больной может оказаться нетранспортабельным.

Одним из наиболее эффективных методов установления формы острого эпиглоттита, по нашему мнению, является ультразвуковая диагностика. Это неинвазивный, широко доступный метод исследования, который не требует предварительной подготовки пациента, может проводиться в любое время суток. Ультразвуковое исследование (УЗИ) безболезненное, у него почти нет противопоказаний и побочных действий, в отличие, например, от компьютерной томографии. На сегодня УЗИ представлено В-, М-, 3D- и 4D-режимами сканирования, а также широким спектром доплеровского исследования. При использовании 2D-режима (двухмерные секторальные, В-режим, 2D-режим) можно визуализировать орган в режиме реального времени, его размер, структуру, наличие или отсутствие включений, определить четкость контуров. Метод позволяет получить двухмерное плоскостное изображение на некоторой глубине расположенных рядом структур и их движение во времени. Это наиболее простой для восприятия режим, так как он отражает анатомическую структуру на поперечном разрезе (получается своего рода томограмма).

Мы предлагаем при заболеваниях гортани, а именно — при остром эпиглоттите, помимо не прямой ларингоскопии, применять ультразвуковое сканирование шеи, которое позволяет в реальном времени получать информацию о состоянии тканей гортани и, в частности, надгортанника на уровне тканевой архитектоники.

В Харьковской городской клинической больнице № 30 за последние пять лет (2012–2016 гг.) под наблюдением находились 97 пациентов с острым эпиглоттитом, среди них — 58 (60%) мужчин и 39 (40%) женщин. Диагноз был клинически верифицирован по МКБ-10. У 68 (70%) больных выявлена инфильтративная форма острого эпиглоттита, у 29 (30%) диагностирован абсцесс надгортанника.

Нами был использован метод трехмерного УЗИ с применением цветного доплеровского картирования. Исследования проводили на аппарате



Рис. 1. Надгортанник в поперечном разрезе визуализируется через подъязычно-щитовидную мембрану

экспертного класса Toshiba Xario SSA-660 мультисекторным линейным датчиком с диапазоном частот 7–12 МГц, который позволяет добиться качественной визуализации поверхностно расположенных тканей с максимальным разрешением. Определяющими критериями оценки эхограмм являлись размеры, контуры, форма, эхогенность, соотношение с сосудами. В нашем случае эхогенность определялась как смешанная.

Исследование надгортанника выполняли в положении больного сидя. Датчик устанавливали в подчелюстной области, параллельно нижней челюсти, затем плавными движениями перемещали его по передней поверхности шеи вниз и немного назад. Надгортанник в поперечном разрезе визуализируется через подъязычно-щитовидную мембрану как гипоэхогенное образование с волнистыми четкими контурами, овальное по краям и несколько вогнутое в центре (рис. 1). Спереди от него расположено гиперэхогенное преэпиглоттитное пространство.

При абсцессе в структуре надгортанника нами обнаружено дополнительное изображение в виде полостного образования округлой формы с границей в виде бело-серой линии, с нечеткими контурами и наличием в полости неоднородного гипоэхогенного содержимого, без внутреннего кровотока в режиме цветного доплеровского картирования (рис. 2).

При остром эпиглоттите инфильтративной формы размеры надгортанника увеличены, снижена его плотность, края менее четкие (рис. 3).

Диагнозы по данным УЗИ гортани и клинического осмотра (в том числе не прямой ларингоскопии) полностью совпадают. Вскрытие абсцесса надгортанника и его дренирование проведено 29 пациентам. После своевременно проведенного хирургического вмешательства, а также на фоне этиотропной и патогенетической терапии состояние больных улучшилось, и они были выписаны с выздоровлением.

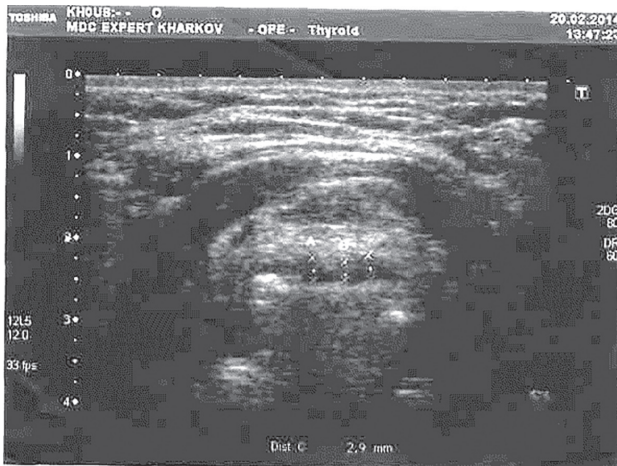


Рис. 2. Абсцес надгортанника

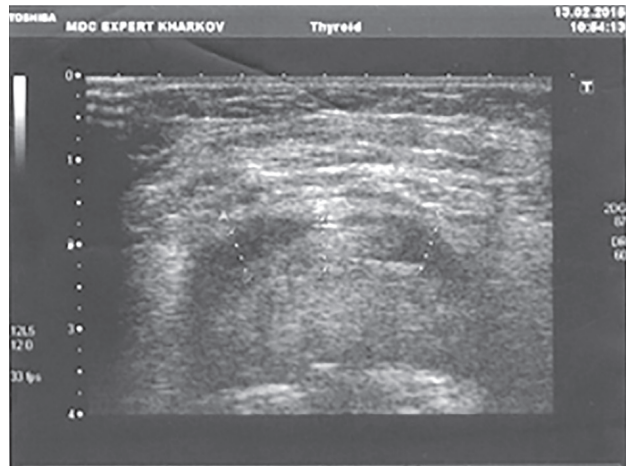


Рис. 3. Ультразвукове зображення гострого епіглотита без абсцедирования на том же уровні

Ефективність лікування хворих з епіглотитом і його ускладненнями залежить від точної і своєчасної топическої діагностики гнійно-воспалительного очага, що обумовлює повноцінне хірургічне втручання. Таким образом, предложенный способ диагностики с помощью

УЗИ гортани позволяет выявить абсцедирование надгортанника на ранней стадии и своевременно удалить гнойное содержимое, предотвратить возникновение тяжелых осложнений эпиглоттита (гнойные парафарингиты, глубокие флегмоны шеи и медиастинит).

Список литературы

1. Аналіз захворюваності на гострий епіглотит в Харківському регіоні / А. Л. Музика, Г. І. Гарюк, В. М. Арнольд, А. О. Дейнека // Ринологія.— К., 2003.— № 1.— С. 100.
2. Романова О. А. Особливості інтерференового статусу та цитокинового профілю хворих з герпесвірусними інфекціями / О. А. Романова, А. Ю. Волянський, Т. А. Сидоренко // Тези доповідей наук.-практ. конф. «Стратегія і тактика боротьби з інфекційними захворюваннями», присвяченої 125-річчю ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ».— Харків, 2012.— С. 78.
3. Серкова В. К. Вміст цитокинів і С-реактивного протеїну у хворих з хронічною серцевою недостатністю / В. К. Серкова // Укр. кардіологічний журн.— 2006.— № 3.— С. 64–67.
4. Характеристика змін імунологічної реактивності у хворих на передракові захворювання верхніх дихальних шляхів / М. Б. Самбур, Д. І. Заболотний, Т. Д. Савченко [та ін.] // Матеріали XI з'їзду оториноларингологів України; 17–19 травня 2010 р., Судак.— К.: Преса України, 2010.— С. 361.
5. Глинская И. Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика различных форм инфекции, вызванной Haemophilus influenzae типа В / И. Н. Глинская // Военная медицина.— 2011.— № 4.— С. 73–78.
6. Савенкова М. С. Острый эпиглоттит у детей (этиопатогенез, диагностика, лечение) / М. С. Савенкова, В. А. Бычков, Г. Л. Балясинская // Вопросы современной педиатрии.— 2008.— № 5.— С. 91–97.
7. Bedside ultrasonography as a safe and effective tool to diagnose acute epiglottitis / T. Y. Hung, S. Li, P. S. Chen [et al.] // Emerg. Med.— 2011.— № 3.— P. 1–3.
8. Use of bedside sonography for diagnosing acute epiglottitis in the emergency department: a preliminary study / D. R. Ko, Y. E. Chung, I. Park [et al.] // S. J. Ultrasound Med.— 2012.— № 1.— P. 19–22.
9. Цокова Н. Б. Опыт ведения больных с острым эпиглоттитом в условиях отделения реанимации / Н. Б. Цокова, Д. А. Круподеров, В. В. Короид // Анестезиология и реаниматология.— М., 2011.— № 1.— С. 41–43

УЛЬТРАСОНОГРАФІЯ ГНІЙНИХ УРАЖЕНЬ НАДГОРТАННИКА

Г. І. ГАРЮК, Т. В. ПОЧУЄВА, О. О. КУЛІКОВА, В. Л. ДАВИДЕНКО, Ю. Я. ФЕДУЛЕНКОВА

Подано результати аналізу ранньої діагностики 97 пацієнтів із гострим епіглотитом. Застосування ультразвукового дослідження гортані дає змогу на ранній стадії виявити перехід інфільтративної форми гострого епіглотиту в стадію абсцедування та своєчасно провести оперативне втручання, що допомагає уникнути ускладнень.

Ключові слова: гострий епіглотит, ультразвукова діагностика, абсцес надгортанника.

ULTRASONOGRAPHY IN ASSESSMENT OF EPIGLOTTIC PURULENT LESIONS

H. I. HARIUK, T. V. POCHUIEVA, O. O. KULIKOVA,
V. L. DAVYDENKO, Yu. Ya. FEDULENKOVA

The results of the analysis of early diagnosis of 97 patients with acute epiglottitis are presented. The use of ultrasonography of the larynx allows to reveal transition of infiltrative form of acute epiglottitis into the stage of abscess formation on the early stage and timely perform operative intervention to avoid complications.

Key words: acute epiglottitis, ultrasound investigation, abscess of epiglottis.

Поступила 06.06.2016