

## ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭПИГЛОТТИТОВ И СОПРЯЖЕННОЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ

Проф. Г. И. ГАРИЮК, проф. Н. Н. ПОПОВ, А. В. САВЧЕНКО

### THE CHARACTER OF CLINICAL COURSE OF ACUTE EPIGLOTTITIS AND ACCOMPANYING ENT PATHOLOGY

G. I. GARIUK, N. N. POPOV, A. V. SAVCHENKO

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Украина*

**Проведен анализ случаев острого эпиглоттита и сопряженной ЛОР-патологии. Определен характер клинического течения данной патологии у взрослых.**

*Ключевые слова: острый эпиглоттит, клиника, гортано-глотка.*

**The analysis of acute epiglottitis and accompanying ENT pathology was done. The character of the clinical course of this disease in adults was determined.**

*Key words: acute epiglottitis, clinical course, laryngopharynx.*

В последнее время одним из наиболее распространенных острых инфекционно-воспалительных заболеваний гортани стал эпиглоттит — острое воспаление надгортанника, которое может протекать по типу катарального процесса или в виде абсцесса надгортанника с поражением воспалительным процессом хряща. Ранее данная патология считалась характерной только для детского возраста. В последнее время эпиглоттит все чаще встречается у взрослых людей. Частота заболеваемости эпиглоттитом у взрослых в США в среднем составляет 0,97–1,8 на 100 000 в год, что в 2,5 раза чаще, чем у детей. В Швеции в 1987–1989 гг. частота заболеваемости составляла 14,7% на 100 000 детского населения (до 4 лет) и 3,2% на 100 000 в возрасте старше 4 лет [1].

Несмотря на появление на фармацевтическом рынке высокоэффективных антимикробных препаратов, значительный прогресс в лечении данной патологии не достигнут. Нередко развитие эпиглоттита сопровождается такими опасными для жизни осложнениями, как стеноз гортани, флегмона шеи, медиастинит, парафарингит и др. При явлениях обструкции верхних дыхательных путей летальность при данной патологии достигает 16,9–17,6% [2].

В отечественной литературе проблема эпиглоттита отражена в виде описания отдельных клинических случаев. В зарубежной литературе встречаются работы, посвященные эпидемиологии [1, 2], этиологии [3–6], метаанализу заболевания [7].

Опасность возникновения и быстрого прогрессирования осложнений, а также дестабилизации соматического статуса больного острым эпиглоттитом обуславливает необходимость глубокого знания семиотики и общей клинической картины данного заболевания. Это также важно для проведения дифференциальной диагностики, правильной постановки диагноза, прогноза возможных

осложнений в конкретном клиническом случае, выбора тактики ведения больного и в итоге достижения благополучного выздоровления пациента.

Цель настоящей работы — повышение эффективности диагностики и лечения острого эпиглоттита у взрослых пациентов в связи с тенденцией к увеличению частоты данной патологии.

Под наблюдением в городской клинической больнице № 30 г. Харькова за последние 5 лет (2001–2005 гг.) находились 175 пациентов с острым эпиглоттитом. Диагноз был клинически верифицирован по МКБ — 10.

Полученные данные были статистически обработаны с использованием пакета прикладных программ STATGRAPHICS. Для выявления значимых различий сравниваемых показателей использовали *t*-критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Данные приведены в виде среднего арифметического значения *M* и среднего квадратического отклонения *m*.

Среди больных было 100 мужчин и 75 женщин. Эпиглоттит в стадии инфильтрации определялся у 140 (80%) пациентов — 76 мужчин и 64 женщины; абсцесс надгортанника — у 35 (20%) человек — 26 мужчин и 9 женщин.

Наибольшая заболеваемость острым эпиглоттитом наблюдается у пациентов трудоспособного возраста (21–60 лет) с доминированием лиц мужского пола (табл. 1). Случаев заболеваемости острым эпиглоттитом в детском возрасте зафиксировано не было.

Заболевание начиналось остро, сопровождалось повышением температуры тела до 37,6–38,7 °С, болью в горле, затрудненным глотанием, признаками интоксикации, диспноэ. На указанную симптоматику следует ориентироваться при осмотре больного, постановке диагноза и проведении дифференциальной диагностики у больных с подобными жалобами (табл. 2).

Таблица 1

## Распределение больных по возрасту и полу

Количество и пол больных	Возраст, лет							
	До 20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–80	> 80
Абсолютное количество	7	33	41	46	32	12	3	1
Мужчины	5	19	23	30	14	5	1	0
Женщины	2	14	18	16	18	7	2	1
Относительное количество, %	4	18,9	23,4	6,3	18,3	6,9	1,7	0,6
Мужчины	2,9	10,9	13,1	17,1	8	2,9	0,6	0
Женщины	1,1	8	10,3	9,2	10,3	4	1,1	0,6

Таблица 2

## Преобладающие признаки и симптомы эпиглоттита

Симптом	М (n = 100)	М (%)	Ж (n = 75)	Ж (%)	Сумма (n = 175)	Сумма, (%)
Затрудненное глотание	100	100	75	100	175	100
Боль в горле	100	100	75	100	175	100
Лихорадка	93	93	72	96	165	94,3
Интоксикация	91	91	67	89	158	90,3
Диспноэ	56	56	43	57	99	56,6
Шейная аденопатия	48	48	34	45	82	46,9
Осиплость голоса	39	39	24	32	63	36
Гиперсаливация	23	23	12	16	35	20
Поперхивание	7	7	2	1,1	9	5,1
Кашель	5	5	1	0,6	6	3,4
Вынужденное положение тела	1	1	0	0	1	0,6

При развитии абсцесса надгортанника наблюдались тяжелое общее состояние больного, резко выраженная симптоматика эпиглоттита, повышение температуры тела до 38,2–39,7 °С, нестерпимая боль в горле, ощущение нехватки воздуха, вынужденное положение тела, болезненные гримасы. При осмотре гортано-глотки (непрямая ларингоскопия) у больных с катаральной формой эпиглоттита выявлялись диффузная гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки надгортанника. В нижележащих отделах гортани изменений не наблюдалось.

У больных с абсцессом надгортанника язык был обложен грязно-серым налетом, надгортанник утолщен и гиперемирован, наблюдался стекловидный отек, распространяющийся на грушевидные синусы и черпало-надгортанные складки. При абсцедирующем остром эпиглоттите был виден гной, просвечивающий через отечную слизистую оболочку, затруднен осмотр голосовой щели, была выражена инспираторная одышка.

Сопоставление характера распространения воспалительных изменений с жалобами больных показало, что вовлечение в процесс только надгортанника, особенно его язычной поверхности, сопровождается сильными болями в горле, а переход воспаления на черпало-надгортанные складки, их отек приводит к явлениям стеноза гортани.

При остром эпиглоттите жировая клетчатка, окружающая надгортанник, в воспалительный процесс не вовлекается. Плотное сращение плоского

эпителия слизистой надгортанника с эластичным хрящом приводит к тому, что наряду с экссудативным воспалительным отеком слизистой оболочки при остром эпиглоттите, по-видимому, возникает внутренний хондроперихондрит, который объясняет появление ведущих симптомов заболевания: сильных болей при глотании, интоксикации, болезненности при пальпации шеи.

В наших наблюдениях переход катаральной формы острого эпиглоттита в некротическую (абсцесс надгортанника) имел место в 11 % случаев. Осложнения при остром эпиглоттите (паратонзиллит, парафарингит, медиастинит) возникли у 12 % пациентов, у 16 % развился стеноз гортани.

Анализ периферической крови больных показал, что при катаральной форме острого эпиглоттита изменения в клинических показателях крови главным образом сводятся к увеличению количества лейкоцитов ( $14,4+2,8 \times 10^9/\text{л}$ ), повышению доли палочкоядерных (16,2+5,1 %) и сегментоядерных (71,1+7,2 %) лейкоцитов, уменьшению числа лимфоцитов (12,3+4,1 %). У больных с абсцессом надгортанника изменения в крови были более выражены: количество лейкоцитов увеличивалось до  $26,4+4,3 \times 10^9/\text{л}$ , число палочкоядерных (27,2+5,1 %) и сегментоядерных (81,1+5,1 %) нейтрофилов также возросло, количество лимфоцитов уменьшилось до 8,2+1,5 %.

Эритропения наблюдалась у 23 человек (13,1 %), снижение уровня гемоглобина (менее 120 г/л) — у 22 (12,6 %), цветной показатель был

Структура сопутствующей ЛОР-патологии у больных острым эпиглоттитом

Заболевание	Количество больных					
	Абсолютное			Относительное, %		
	сумма	мужчины	женщины	сумма	мужчины	женщины
Хронический тонзиллит	75	41	34	42,9	23,4	19,5
Лакунарная ангина	3	2	1	1,7	1,1	0,6
Ангина язычной миндалины	2	1	1	1,2	0,6	0,6
Острый ларингит	4	2	2	2,2	1,1	1,1
Хронический полипозный риносинусит	1	1	0	0,6	0,6	0
Острый увулит	1	1	0	0,6	0,6	0
Киста надгортанника	2	2	0	1,1	1,1	0
Киста язычной миндалины	1	0	1	0,6	0	0,6

менее 0,85 у 13 человек (7,42%). Повышение СОЭ наблюдалось у 93,6% пациентов, повышение общего фибриногена (9,4+ 3,2 г/л) — у 91,4%.

Причиной заболевания 84% пациентов называли местное переохлаждение вследствие употребления холодных напитков, остальные 16% больных не связывали свое заболевание с каким-либо предрасполагающим фактором. Характерным было также увеличение заболеваемости в теплое время года (87%), когда употребление холодных напитков возрастает.

У 126 (72%) пациентов наблюдалась острая или хроническая бронхо-легочная патология (бронхит, пневмония, пневмосклероз, бронхоэктазы). У 89 (51%) больных имелась сопутствующая ЛОР-патология (табл. 3). У 41 человека (23,4%) клинический статус был отягощен аллергическими реакциями в виде крапивницы, аллергического риносинусита, лекарственной и пищевой аллергии.

Вредные привычки — курение и частое употребление алкоголя выявлены у 59 пациентов, что составило 33,7% от общего числа больных.

Важно отметить, что в структуре сопряженной ЛОР-патологии у больных острым эпиглоттитом определяются не только воспалительные заболевания, но и доброкачественные новообразования (кисты). У подавляющего большинства пациентов сопутствующая патология представлена хроническим тонзиллитом в стадии обострения. Учитывая, что практически у всех пациентов в сопутствующей патологии выявлялись воспалительные заболевания ЛОР-органов, можно с уверенностью заключить, что эпиглоттит является вторичным процессом по отношению к перечисленным заболеваниям. Вероятно, существующая острая или хроническая ЛОР-патология или бронхо-легочные заболевания, особенно те, которые имеют склонность к вялому, хроническому или рецидивирующему течению, создают условия и предпосылки для поражения надгортанника. В таких условиях местное переохлаждение гортано-глотки или другой патогенный фактор — стресс, переутомление

и др., могут выступать триггером, вызывающим инфекционно-воспалительный процесс в надгортаннике.

Острый эпиглоттит следует дифференцировать с флегмонозным ларингитом, гортанной ангиной, ангиной Людвига, паратонзиллитом, аспирацией инородного тела, травмой глотки, гортани.

Обследование и дальнейшее лечение пациента выполняется в операционной или в палате интенсивной терапии. Предпочтительно провести назотрахеальную интубацию тонкой пластиковой трубкой. Экстубация выполняется на 2–3-и сутки заболевания. При абсцессе надгортанника его вскрывают ножом Тобельта под местной аппликационной анестезией, при катаральной форме делают насечки слизистой оболочки надгортанника в месте наибольшей инфильтрации (как правило, язычная поверхность надгортанника). Инцизия при катаральной форме острого эпиглоттита уменьшает натяжение ткани, в результате чего уменьшается боль. В терапии острого эпиглоттита любой формы целесообразно применять высокие дозы глюкокортикоидов в сочетании с антибиотиками (преимущественно β-лактамами, в том числе и защищенными клавулановой кислотой). Парентерально назначают внутривенно преднизолон 2–3 мг/кг или дексаметазон 0,5 мг/кг с 20% раствором глюкозы и 5% раствором кальция хлорида, анальгетики — антипиретики, дезинтоксикационную, противоотечную терапию, а также местную антибактериальную и противовоспалительную терапию в виде ингаляций. Если проводимая терапия не ведет к улучшению состояния больного, производится трахеостомия.

Таким образом, острый эпиглоттит клинически может протекать в виде катарального или некротического воспалительного процесса. Для некротического эпиглоттита (абсцесса надгортанника) характерно более тяжелое клиническое течение. Так как острый эпиглоттит является вторичным процессом по отношению к острой или хронической бронхо-легочной и ЛОР-патологии, возникает необходимость дальнейших углубленных иммуно-

логических и других исследований. Направлением дальнейших исследований острого эпиглоттита должно быть изучение микробиоценоза слизистой надгортанника, закономерностей изменения содер-

жания иммуноглобулинов определенных классов в крови у взрослых пациентов, что позволит корректировать терапию острого эпиглоттита, влияя на выживаемость и прогноз заболевания.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Sack J. L., Brock C. D.* Identifying acute epiglottitis in adults, High degree of awareness, close monitoring are key // *Postgraduate Medicine* – 2002.– Vol. 112, № 1.– P. 65–71.
2. *Khilani U., Khatib R.* Acute epiglottitis in adults // *Arn. J. Med. Sci.*– 1984.– Vol. 287.– P. 65–70.
3. *Schupbach J., Bachmann D., Hotz M. A.* Epiglottitis – a pediatric disease? // *Schweiz Med. Wochenschr.*– 2000.– Suppl. 125.– S. 35–37.
4. *Hirsch P. J., Wodzinski S. F., Schiffman F. J.* Acute epiglottitis in adults. An eight-year experience in the state of Rhode Island // *The New England Journal of Medicine.*– 1986.– Vol. 314, № 18.– P. 1133–113.
5. Adult epiglottitis: the Toronto Hospital experience / P. Solomon, M. Weisbrod, J. C. Irish, P. J. Gullane // *J. Otolaryng.*– 1998.– Vol. 27 (6).– P. 332–336.
6. *Musharrafieh U. M, Araj G. F, Fuleihan N. S.* Viral supraglottitis in an adult: a case presentation and literature update // *J. Infect.*– 1999.–Vol. 39 (2).– P. 157–160.
7. Acute epiglottitis: a review of 80 patients / H. Nakamura, H. Tanaka, A. Matsuda, E. Fukushima, M. Hasegawa // *J. Laryngol. Otol.*– 2001.– Vol. 115 (1).– P. 34–40.

Поступила 18.04.2006