

Дубейко А.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕМЬЕРА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ

Научный руководитель: ст. преп. Кочина Е.В.

Кафедра болезней уха, горла, носа

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Достижения современной оториноларингологии позволяют достаточно эффективно проводить диагностику и лечение инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Как правило, даже при выраженном воспалении, можно предотвратить развитие серьезных осложнений за счет совокупности различных методов лечения. Несмотря на это, в последнее десятилетие отмечается повышение частоты возникновения синдрома Лемьера. Данный синдром проявляется поэтапно, дебютируя как острая орофарингеальная инфекция. Через несколько суток возникает тромбоз внутренней яремной вены, что при отсутствии адекватного лечения приводит к сепсису и формированию метастатических очагов инфекции в других органах. Синдром Лемьера считается редкой патологией с частотой 1-4 случая на 1 млн. человек в год.

Цель: рассмотреть особенности патогенеза, диагностики и лечения синдрома Лемьера на примере клинического случая.

Материалы и методы. Проведен анализ карты пациента, который наблюдался в УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е.Савченко». На момент изучения материалов, пациенту был выставлен диагноз «Острый тонзиллит. Глубокая флегмона переднебоковой поверхности шеи слева. Сепсис, септикопиемия. Двусторонняя пневмония. Флеботромбоз внутренней яремной вены слева». Подробно изучены жалобы, анамнез заболевания, результаты различных лабораторных и инструментальных методов. При проведении исследования соблюдаются правила биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации).

Результаты и их обсуждение. Пациент 20 лет, болен с 06.03.24., когда появилась боль в подчелюстной области и верхней трети шеи слева. Обратился в поликлинику, амбулаторное лечение оказалось неэффективным, состояние ухудшилось (температура 39-40°C). Госпитализирован в инфекционную больницу, получал лечение (моксифлоксацин, линезолид, фраксипарин, лоратадин, диклофенак), состояние улучшилось. По результатам лабораторных методов: С-реактивный белок 262,3 мг/л, Д-димеры 1412 нг/мл, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. При проведении УЗИ и КТ выявлены признаки флегмоны левой половины шеи, тромбоза левой яремной вены; в легких – множественные участки консолидации с полостями. Выставлен диагноз: аденофлегмона шеи слева, тромбоз левой яремной вены, сепсис. Для дальнейшего лечения направлен в ЛОР-отделение 4 ГКБ. 14.03.24. проведена операция – вскрытие, дренирование флегмоны шеи слева, трахеостомия. В послеоперационном периоде проводилось следующее лечение: анальгетики (промедрол, парацетамол), антибиотики (моксифлоксацин, линезолид, метронидазол), антикоагулянтная терапия (эноксапарин), витаминотерапия, гастропротекция (пантопразол), антигистаминная терапия (лоратадин). Состояние улучшилось, стабилизировались лабораторные показатели. Проходил стационарное лечение, трахеотомическая трубка удалена. В связи с отсутствием жалоб, улучшением общего состояния, нормализацией показателей лабораторных исследований 11.04.24 пациент был выписан.

Выводы. Синдром Лемьера остается актуальным осложнением патологий ЛОР-органов. Дебютируя незначительными заболеваниями, при позднем обнаружении данный синдром приводит к серьезным последствиям. Врачам всех специальностей следует помнить об этом осложнении и вовремя его диагностировать. В рассмотренном клиническом случае проведение УЗИ и КТ позволило установить факт осложнений в виде флегмоны шеи, тромбоза яремной вены и очагов септикопиемии в легких. Благодаря этому была изменена тактика лечения и состояние пациента улучшилось.