



Гайдабуров Л.С.¹, Денисюк Н.Б.²✉, Мельниченко О.Г.², Капустьян А.В.², Гриднева Л.С.²

¹ Оренбургская областная клиническая больница имени В.И. Войнова, Оренбург, Россия

² Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Клинический случай рецидивирующего паратонзиллярного абсцесса у пациента с неходжкинской лимфомой и сахарным диабетом

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция статьи – Капустьян А.В., Мельниченко О.Г.; обзор литературы, сбор материала, написание текста – Капустьян А.В., Мельниченко О.Г., Гриднева Л.С.; оперативное вмешательство, ведение пациента – Гайдабуров Л.С.; редактирование статьи, окончательное одобрение статьи для опубликования – Денисюк Н.Б.

Информированное согласие: авторы получили подписанное информированное согласие пациента на опубликование его данных в медицинском издании.

Подана: 07.11.2024

Принята: 17.02.2025

Контакты: denisuknina@mail.ru

Резюме

Паратонзиллярный абсцесс в оториноларингологии является самым распространенным осложнением хронического тонзиллита, в случае прогрессирования может быть опасным для жизни пациента. Знание особенностей развития данного заболевания, диагностики и лечения важно не только для врачей-оториноларингологов, но и для специалистов других медицинских направлений. В статье представлены клинические особенности развития и течения рецидивирующего паратонзиллярного абсцесса у пациента с тяжелой сопутствующей патологией (сочетанием неходжкинской лимфомы и сахарного диабета). Представляет интерес развитие вторичного иммунодефицитного состояния на фоне рецидивирующего характера заболевания у пациента с особенностями соматического статуса. Присоединение бактериальной инфекции характеризовалось развитием полирезистентности к антибактериальным препаратам, что осложняло лечение.

Ключевые слова: паратонзиллярный абсцесс, инфекция, лимфома Ходжкина, сахарный диабет, полирезистентность

Leonid S. Gaidaburov¹, Nina B. Denisuk² ✉, Olga G. Melnichenko², Alexey V. Kapustyan², Lyubov S. Gridneva²

¹ Orenburg Regional Clinical Hospital Named after V.I. Voynov, Orenburg, Russia

² Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

Recurrent Paratonsillar Abscess in a Patient with Non-Hodgkin's Lymphoma and Diabetes Mellitus: A Case Report

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: article concept – Alexey V. Kapustyan, Olga G. Melnichenko; literature review, material collection, text writing – Alexey V. Kapustyan, Olga G. Melnichenko, Lyubov S. Gridneva; surgical intervention, patient management – Leonid S. Gaidaburov; article editing, final approval of the article for publication – Nina B. Denisuk.

Informed consent: the authors obtained the signed informed consent of the patient for the publication of her data in a medical journal.

Submitted: 07.11.2024

Accepted: 17.02.2025

Contacts: denisuknina@mail.ru

Abstract

Paratonsillar abscess in otorhinolaryngology is the most common complication of chronic tonsillitis, in case of progression can be life-threatening for the patient. Knowledge of the peculiarities of the development of this disease, diagnosis and treatment is important not only for otorhinolaryngologists, but also for specialists in other medical fields. The article presents clinical features of development and course of recurrent paratonsillar abscess in a patient with severe concomitant pathology (combination of non-Hodgkin's lymphoma and diabetes mellitus). The development of secondary immunodeficiency state against the background of recurrent disease in a patient with peculiarities of somatic status is of interest. The addition of bacterial infection was characterized by the development of polyresistance to antibacterial drugs, which complicated treatment.

Keywords: paratonsillar abscess, infection, Hodgkin's lymphoma, diabetes mellitus, multidrug resistance

■ ВВЕДЕНИЕ

Паратонзиллярный абсцесс (ПТА) в оториноларингологии является одним из распространенных осложнений хронического тонзиллита, развивающихся в самые короткие сроки ввиду тесной связи клетчаточных пространств головы, шеи и средостения, в случае прогрессирования может быть опасным для жизни пациента. Знание особенностей развития данного заболевания, диагностики и лечения важно не только для врачей-оториноларингологов, но и для специалистов других медицинских направлений. Контроль за здоровьем и жизнью пациента актуален на всех этапах оказания медицинской помощи. ПТА – это гнойное воспаление паратонзиллярной клетчатки, которое возникает в результате распространения воспаления с небных миндалин при ангине; может быть одно- и двусторонним. Основным провокатором является тонзиллит, вызванный бактериальной или вирусной инфекцией,

и немаловажную роль играет переохлаждение организма [1]. ПТА очень часто рецидивирует: по данным различных исследований, общая частота рецидивов ПТА колеблется от 9,9% до 26,6% [2–4].

В литературе описаны ПТА как проявление иммунодефицитного состояния при лимфопролиферативных заболеваниях, в том числе при неходжкинской лимфоме. Согласно клиническим рекомендациям, пациенты указанной группы в схеме лечения получают химиотерапию, что также приводит к возникновению иммунодефицитного состояния [5]. ПТА нередко возникает у пациентов с сахарным диабетом. Частота встречаемости, по данным различных исследований, – от 16% до 27,3% [6–8]. Для такой группы пациентов характерно более агрессивное и более тяжелое течение ПТА. Декомпенсация сахарного диабета, диабетический кетоацидоз, требующий в лечении применения стероидных гормонов, а также длительное сохранение повышенного уровня глюкозы в крови являются нежелательными при лечении паратонзиллярных абсцессов [9, 10]. Как правило, у таких пациентов возникает иммунодефицитное состояние, которое при длительных сроках госпитализации приводит к повышенному росту колоний различных бактерий.

Одним из важных аспектов диагностики и лечения пациентов с ПТА является исключение лимфопролиферативного заболевания посредством биопсии «подозрительной» небной миндалины [11, 12]. Показанием к выполнению биопсии лимфоидных образований глоточного кольца является отсутствие рецидивирующего тонзиллита в анамнезе, а также длительное сохранение односторонней гипертрофии миндалины после вскрытия ПТА и проведения антибиотикотерапии с дренированием раневой полости. После подтверждения лимфопролиферативного заболевания, проявляющегося в том числе гипертрофией миндалины [12], выполняется МСКТ грудной и брюшной полости для верификации увеличенных лимфоидных образований селезенки. Реализуется и обратный клинический подход, когда увеличенные лимфоузлы по данным МСКТ брюшной полости дают подозрение на лимфопролиферативное заболевание на основании увеличенной селезенки и периферических лимфоузлов. На это стоит обращать особое внимание при лечении заболеваний глоточной и заглоточной областей в связи с возможным поражением окружающей их лимфоидной ткани [12].

Представленный клинический случай демонстрирует развитие вторичного иммунодефицитного состояния у пациента с рецидивирующим ПТА на фоне неходжкинской лимфомы и сахарного диабета. Пациент получал циклами курс поддерживающей химиотерапии в гематологическом отделении по поводу неходжкинской лимфомы, что способствовало возникновению вторичного иммунодефицитного состояния, в силу снижения резистентности организма привело к бактериальной инфекции в виде ПТА [13]. Неконтролируемое течение сахарного диабета, угроза диабетического кетоацидоза, длительное сохранение глюкозы крови на высоком уровне способствуют возникновению бактериальных осложнений и определяют первоочередную необходимость в коррекции гликемического профиля у пациентов как в стационаре, так и при домашнем лечении.

Сочетание сахарного диабета, неходжкинской лимфомы и рецидивирующего ПТА у пожилого пациента является редким клиническим случаем. Данный пример иллюстрирует необходимость тщательного подхода к лечению пациента врачами смежных специальностей.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент М., мужчина, 73 года, страдает сахарным диабетом 2-го типа, гипертонической болезнью III ст., 3 ст. ОВР. СН 2А. Состоит на учете у врача-эндокринолога, нерегулярно принимает метформин 1000 мг утром и вечером, гликлазид 30 мг утром, диеты не придерживается. 16.08.2022 пациент был госпитализирован в одно из лечебных учреждений города, где были проведены обследования. УЗИ внутренних органов от 16.08.2022: эхографические признаки спленомегалии, увеличения воротных и брюшных лимфоузлов; метастазы в лимфоузлы? Признаки очаговых образований поджелудочной железы, диффузных изменений печени, поджелудочной железы, гидрокаликоза. По результатам лабораторных исследований от 16.08.2022 выявлено повышение лимфоцитов в клиническом анализе крови – 64%, тромбоцитопения $90 \times 10^9/\text{л}$; в биохимическом анализе крови повышение С-реактивного белка до 24 мг/л.

После выписки в амбулаторных условиях было рекомендовано проведение МСКТ брюшной полости. Результат обследования от 14.09.2022: КТ-признаки лимфопролиферативного заболевания, спленомегалии (может соответствовать неходжкинской лимфоме, рекомендуется КТ-ОГК, консультация онколога). КТ-признаки диффузных изменений печени, дегенеративных изменений поджелудочной железы, мезентериального панникулита. 29.09.2022 пациент был проконсультирован посредством телемедицинского общения с гематологом ООКБ им. В.И. Войнова с жалобами на снижение массы тела на 37 кг за последние два года, повышенную потливость. С учетом выявленных жалоб, данных объективного осмотра: при пальпации селезенка на $\frac{1}{2}$ брюшной полости, периферические л/у отчетливо не пальпировались – и данных МСКТ от 14.09.2022 был выставлен диагноз «дебют лимфопролиферативного заболевания с преимущественным поражением селезенки, висцеральных, забрюшинных л/у и л/у средостения, без гистологической верификации. Волосатоклеточный лейкоз». Для исключения лейкемизации костного мозга пациенту была предложена стерильная пункция, пациент на проведение пункции не явился.

04.04.2023, I госпитализация. Пациент М., 73 года, поступил экстренно в оториноларингологическое отделение ООКБ им. В.И. Войнова с жалобами на боли в горле, больше справа, затруднение при открывании рта, невозможность проглатывания пищи из-за болевого синдрома, повышение температуры до $38,5^\circ\text{C}$. Из анамнеза – болен с 01.04.2023, когда ощутил боль в горле; предпринял местное лечение (полоскание раствором хлоргексидина), без эффекта. В последующие дни отмечал подъем температуры до $38,3^\circ\text{C}$. Обратился к участковому терапевту по месту жительства, экстренно госпитализирован в оториноларингологическое отделение в этот же день. При поступлении: состояние пациента тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь, умеренно выраженный цианоз носогубного треугольника, температура $38,4^\circ\text{C}$. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 94 уд/мин, АД – 120/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез не нарушены. По данным лор-статуса, выявлены тризм жевательной мускулатуры, затруднение открывания рта, резко болезненное; по данным фарингоскопии глотание резко болезненное, прохождение пищи невозможно из-за болевого синдрома и стеноза мышц гортани, дыхание затруднено. Мягкое небо, небные дужки: отек паратонзиллярных тканей справа. Правая небная миндалина рыхлая, значительно гиперемирована. Левая небная миндалина рыхлая. Язычок отечен. Новообразований

при фарингоскопии не выявлено. В правой боковой области шеи пальпируются увеличенные шейные лимфоузлы в верхней трети кивательной мышцы, при пальпации болезненные; дополнительных инфильтратов не определяется. Контуры шеи не изменены. При непрямой ларингоскопии гортань и гортаноглотка – голос хриплый, дыхание затруднено. Гортань не обозрима из-за стеноза мышц, предположительно, из-за нагноительного процесса (абсцесс).

Клинический диагноз: «паратонзиллярный абсцесс справа. Парафарингит справа. Отек гортани. Стеноз гортани 3 степени».

Осмотрен терапевтом в приемном отделении. Сопутствующий диагноз: «гипертоническая болезнь III ст., 3 ст. ОВР. СН 2А. Последствия ОНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия. Сахарный диабет 2-го типа. Шейный лимфаденит. Лимфопролиферативное заболевание с поражением селезенки без гистологической верификации».

Были проведены оперативные вмешательства: 04.04.2023 – верхняя трахеостомия; вскрытие ПТА справа.

По результатам лабораторных исследований от 05.04.2023 выявлена в клиническом анализе крови тромбоцитопения $101 \times 10^9/\text{л}$; в биохимическом анализе крови повышение глюкозы до 14,6 ммоль/л, общего билирубина до 42,9 мкмоль/л. Коагулограмма в норме, реакция микропреципитации отрицательная, ИФА на гепатиты В, С, ВИЧ – отрицательно. ОАМ от 11.04.2023 – без патологии.

04.04.2023 – бактериологический посев отделяемого абсцесса на флору с определением чувствительности к антибиотикам: выделена культура *Spp. Staphylococcus aureus*. Результаты резистогаммы: ванкомицин (S), имипинем (S), линезолид (S), оксациллин (S), кларитромицин (S), фосфомицин (S), хлоргексидин (S), H_2O_2 (S), цефатоксим (R), ципрофлоксацин (R).

В ходе лечения пациент был осмотрен гематологом. Выполнена стерильная пункция 05.04.2023, костный мозг отправлен на иммунофенотипирование (г. Екатеринбург). Результат исследования костного мозга от 12.04.2023: миелограмма – бласты 1%, лимфоциты 28,7%; иммунофенотипирование костного мозга 21.04.2023 (ГАУЗ СО «ОДКБ» г. Екатеринбург) – фенотип опухолевых клеток: CD19+ CD20+ CD79b+ LAIR+ Lambda+ CD45+ CD81+ – соответствует В-неходжкинской лимфоме. Исключены волосатоклеточный лейкоз, В-ходжкинская лимфома, лимфома из клеток зоны мантии.

Деканюляция произведена через 5 дней. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная, гипогликемическая терапия (леволет, кларитромицин, кеторол, димедрол, цитофлавин), местная терапия фурацилином, перевязки. Пациент был выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача-оториноларинголога, терапевта, гематолога, эндокринолога по месту жительства. Было рекомендовано амбулаторно продолжить лечение антибактериальными препаратами (леволет 500 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней).

17.08.2023 (через 4 месяца), II госпитализация. Пациент повторно госпитализирован в оториноларингологическое отделение ООКБ им. В.И. Войнова с жалобами на боли в горле. Из анамнеза известно: болен с 12.08.2023, когда впервые появились жалобы на боль в горле. За медицинской помощью не обращался. 14.08.2023 было отмечено ухудшение состояния – усилились боли в горле, появился болевой синдром при глотании, затруднение открывания рта. 15.08.2023 пациент обратился к участковому терапевту по месту жительства, 16.08.2023 осмотрен

врачом-оториноларингологом. Госпитализирован в оториноларингологическое отделение по экстренным показаниям 17.08.2023. На момент данной госпитализации у пациента в анамнезе были ОРВИ (2 раза), по поводу В-клеточной неходжкинской лимфомы пройдены ИХТ 1-й линии R-miniCHOP № 1 (20.06–25.06.2023), R-miniCHOP № 2 (27.07–01.08.2023).

На момент второй госпитализации состояние пациента средней тяжести, стабильное. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности, температура 37,6 °С. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 72 уд/мин, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез не нарушены. По данным лор-статуса, тризма жевательной мускулатуры нет. Носовые раковины слегка отечные, открывание рта умеренно затруднено, болезненное. Мягкое небо, небные дужки: справа послеоперационная рана, отек паратонзиллярных тканей справа. Правая небная миндалина рыхлая, гиперемирована. Левая небная миндалина рыхлая. Язычок отечен. Новообразований при фарингоскопии не выявлено. Носоглотка (задняя риноскопия) не обозрима из-за тризма. В области шеи пальпируются увеличенные шейные лимфоузлы справа в верхней трети спереди от ключичной мышцы, при пальпации умеренно болезненные; дополнительных инфильтратов не определяется. Контуры шеи не изменены. На передней поверхности шеи послеоперационный рубец, без признаков воспаления. Гортань не обозрима из-за беспокойного поведения пациента.

Клинический диагноз: «паратонзиллярный абсцесс справа. Шейный лимфаденит справа».

Сопутствующий диагноз: «клеточная неходжкинская лимфома (ИФТ КМ от 21.04.2023 – CD20-позитивная), IV BS стадия с преимущественным поражением костного мозга, селезенки, небных миндалин (больше правой)». ИХТ 1-й линии: R-miniCHOP № 1 (20.06–25.06.2023), R-miniCHOP № 2 (27.07–01.08.2023). Вторичное иммунодефицитное состояние. ИБС. Стенокардия 2 ФК. Атеросклероз аорты, аортального клапана. Гипертоническая болезнь III стадия, 3 ст., ОВР. Контролируемая артериальная гипертензия, целевой АД 130/80 мм рт. ст. СН с ФВ 72%, СДЛА 36 мм рт. ст., ФК II. Сахарный диабет 2-го типа. Целевой уровень HbA1c до 8,0%. Ожирение 1 степени (ИМТ 32 кг/м²).

Оперативное вмешательство: 17.08.2023 – вскрытие ПТА справа.

По результатам клинического анализа крови от 17.08.2023 выявлена тромбоцитопения $94 \times 10^9/\text{л}$, понижение сегментоядерных нейтрофилов до 16%, СОЭ 45 мм/ч; от 21.08.2023 – тромбоцитопения $104 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 14 мм/ч. Бактериологический посев с определением чувствительности к антибиотикам от 22.08.2023 показал выделение в раневом отделяемом культуры Spp. Streptococcus pneumoniae. Результаты резистогаммы: имипинем (R), линезолид (S), оксациллин (R), фосфомицин (S), хлоргексидин (S), H₂O₂ (S), цефатоксим (R), ципрофлоксацин (R). При повторной госпитализации в анализе крови была выявлена значимая нейтропения. По мнению ряда исследователей, данный показатель определяет развитие инфекционных осложнений у пациентов с лимфомой (A.S. Carvalho et al., 2020) как результат интенсивной химиотерапии [14]. У представленного пациента антибактериальная терапия проводилась с учетом полученных результатов резистогаммы, местных антисептиков (хлоргексидин 0,5%), использовались антигистаминные препараты, что позволило значительно уменьшить клиническую симптоматику, улучшить лабораторные показатели

(снизить уровень СОЭ с 45 мм/ч до 14 мм/ч). Пациент был выписан 21.08.2023 по выздоровлению, даны рекомендации.

27.09.2023 (через 1 месяц), III госпитализация. Пациент в 3-й раз за 6 месяцев экстренно поступил в оториноларингологическое отделение ООКБ им. В.И. Войнова с жалобами на резкую боль в горле, усиливающуюся при глотании, затруднение открывания рта. К моменту госпитализации пациент прошел три полных курса ИХТ 1-й линии: R-miniCHOP № 1 (20.06–25.06.2023), R-miniCHOP № 2 (27.07–01.08.2023), R-miniCHOP № 3 (15.09–20.09.2023) по поводу В-клеточной неходжкинской лимфомы. Состояние пациента при поступлении средней тяжести, стабильное. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности, температура 37,7 °С. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 75 уд/мин, АД – 135/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез не нарушены. По данным лор-статуса, тризма жевательной мускулатуры нет, открывание рта сильно затруднено, резко болезненное, по данным фарингоскопии глотание резко болезненное, прохождение пищи свободное, но осложнено болевым синдромом, дыхание затруднено. Мягкое небо, небные дужки: отек паратонзиллярных тканей справа. Правая небная миндалина рыхлая, гиперемирована. Левая небная миндалина рыхлая. Язычок отечен. Новообразований при фарингоскопии не выявлено. В области шеи пальпируются увеличенные шейные лимфоузлы, при пальпации болезненные; дополнительных инфильтратов не определяется. Контуры шеи не изменены. Гортань и гортаноглотка (непрямая ларингоскопия) – голос не изменен.

Клинический диагноз: «паратонзиллярный абсцесс справа. Шейный лимфаденит справа».

Оперативное вмешательство: 27.09.2023 – вскрытие паратонзиллярного абсцесса справа. Проводилась антибактериальная терапия, противовоспалительная, обезболивающая терапия (левофлоксацин 0,5 в/в, ванкомицин 1,0 в/в, кетонал 2% в/м, димедрол 1% в/м, дексаметазон 2% в/в); полоскание горла растворами местных антисептиков – р-р хлоргексидина 0,5% с разведением краев абсцесса в глотке. Боли в горле, воспалительные явления успешно были купированы.

По результатам клинического анализа крови от 27.09.2023 выявлена тромбоцитопения $74 \times 10^9/\text{л}$; от 01.10.2023 – лейкопения до $3,67 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения $102 \times 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови от 28.09.2023 повышение глюкозы до 12,6 ммоль/л, общего билирубина – до 22,8 мкмоль/л. Показатели коагулограммы без изменений, реакция микропреципитации отрицательная, ИФА на гепатиты В, С, ВИЧ – отрицательный. ОАМ от 28.09.2023 – лейкоциты 6–8 в поле зрения. Гликемический профиль (01.10.2023): 07:00 – 12,3 ммоль/л, 11:00 – 15,6 ммоль/л.

27.09.2023 – бактериологический посев отделяемого абсцесса на флору с определением чувствительности к антибиотикам: выделена культура Spp. *Staphylococcus aureus*. Результаты резистогаммы: ванкомицин (S), имипинем (R), линезолид (S), оксациллин (R), кларитромицин (S), фосфомицин (S), хлоргексидин (S), H_2O_2 (S), цефатоксим (R), ципрофлоксацин (R).

С учетом тяжести состояния и сопутствующей патологии срок госпитализации (3-я госпитализация) составил 10 дней. Пациент был выписан домой в удовлетворительном состоянии. В связи с рецидивирующим характером заболевания и частыми обострениями была рекомендована местная противовоспалительная терапия.

Известно, что в дальнейшем у данного пациента выработалась химиорезистентность к ИХТ 1-й линии; онкогематологическим консилиумом было принято решение перейти на ИХТ 2-й линии с ноября 2023 г. как метротномо-сдерживающей: R-GDP № 1 (09.11–13.11.2023). Проведение указанного курса осложнилось развитием флеботромбоза левой плечевой вены с окклюзией (по данным доплерографии левой верхней конечности от 15.22.2023), которая выявила тромбоз латеральной подкожной вены и срединной вены локтя без признаков флотации. Консервативное лечение с использованием низкомолекулярных гепаринов (эноксапарин 0,4 мл п/к – 4000 МЕ) и венопротекторов (флебодиа 600 мг/сутки через рот) привело к успешному рассасыванию тромба левой плечевой вены, в результате чего была выбрана новая линия терапии ИХТ R-DE № 1 (24.01–27.01.2024). На настоящий момент пациент состоит на учете у гематолога, эндокринолога и кардиолога. Продолжает терапию по сопутствующей патологии.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Рецидивирующий характер заболевания обусловлен наличием гематологической патологии и снижением резистентности организма к инфекциям в результате циклов химиотерапии по поводу основного гематологического заболевания. Пациентам указанной группы рекомендовано придерживаться курсов местной противовоспалительной терапии. Для пациентов с лимфопролиферативным заболеванием также имеет значение линия химиотерапии. У представленного пациента за период повторных госпитализаций схема химиотерапии была изменена, применялась схема R-DE – терапия малыми дозами с использованием дексаметазона и этопозиды, в отличие от более агрессивного применения преднизолона для людей с сахарным диабетом, после которого отмечена сниженная способность бета-клеток к восстановлению своих функций [15]. Метаанализ от Yeon Ji Lee и соавт. 2016 г. с включением 153 пациентов показал преимущество назначения антибактериальных препаратов перед стероидными в лечении пациентов с ПТА на фоне сахарного диабета. В первые 48 часов после применения стероидных гормонов выявлено более быстрое улучшение клинического проявления ПТА (боли в горле, невозможность говорить, увеличение лимфатических узлов), но через 48 часов достоверных различий между двумя группами не наблюдалось, назначение стероидных препаратов не имело значительного превосходства над антибиотиками. В исследовании от Weili Kong, 2023, наиболее эффективным препаратом стал сульфаметоксазол (в России – ко-тримоксазол), в сравнении с использованием цефтриаксонов и фторхинолонов [16].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Особенностью данного клинического случая является рецидивирующий характер паратонзиллярного абсцесса на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Риск декомпенсации уже пораженных органов и систем у данного пациента диктовал необходимость не только индивидуального подхода со стороны врачей-оториноларингологов, но и мультидисциплинарного взаимодействия с учетом сопутствующей патологии и нетипичности клинического течения ПТА. Присоединение бактериальной инфекции характеризовалось сменой бактериального агента на разных этапах госпитализации и развитием полирезистентности к антибактериальным препаратам, что осложняло лечение и увеличивало сроки госпитализации в стационаре.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Hori H, Fukuchi T, Sugawara H. The effectiveness of transcutaneous cervical ultrasonography for diagnosing peritonsillar abscess in a patient complaining of sore throat. *J. Gen. Fam. Med.* 2020 Aug 27;22(1):47–48.
2. Portillo-Medina A., Fors M.G., Prat A.P, et al. Recurrent peritonsillar abscess in adults: incidence and risk factors in a prospective longitudinal cohort. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2024 Sep 19;S2173-5735(24)00088-7.
3. Mizuno K., Takeuchi M., Kishimoto Y., et al. Risk Factors for Recurrence of Peritonsillar Abscess. *Laryngoscope*. 2023 Aug;133(8):1846–1852. doi: 10.1002/lary.30367
4. Agerhäll M., Larsson S., Tano K., et al. High rate of early recurrence of peritonsillar abscess among adolescents and young adults. *Acta Otolaryngol*. 2023 Jul–Aug;143(7):602–605. doi: 10.1080/00016489.2023.2225555
5. Allegra A., Tonacci A., Musolino C., et al. Secondary Immunodeficiency in Hematological Malignancies: Focus on Multiple Myeloma and Chronic Lymphocytic Leukemia. *Front Immunol*. 2021 Oct 25;12:738915. doi: 10.3389/fimmu.2021.738915
6. Konishi T., Sakata A., Inokuchi H., et al. Treatments and outcomes of adult parapharyngeal and retropharyngeal abscess: 1882 cases from a Japanese nationwide database. *Am J Otolaryngol*. 2023 Mar–Apr;44(2):103770. doi: 10.1016/j.amjoto.2022.103770
7. Palacios-García J.M., Domínguez-Durán E., Sánchez-Gómez S. (2020) *Peritonsillar and parapharyngeal abscess: a prospective, non-randomized, single center study*.
8. Wong C.H., Chew S.C. Neck Space Infection: A Retrospective Study of 40 Cases at a Tertiary Care Center in Sibü, Malaysia. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024 Jun;76(3):2391–2403. doi: 10.1007/s12070-024-04475-4
9. Mederos Liriano M., Hageboeck K., Colantonio M., et al. Tipped Over the Edge: A Case of Diabetes Ketoacidosis Precipitated by High-Dose Steroids in the Setting of a Large Peritonsillar Abscess. *Cureus*. 2024 Mar 25;16(3):e56917. doi: 10.7759/cureus.56917
10. Wu C.L., Tsai M.S., Lee T.J., et al. Type 2 Diabetes Mellitus Increases Peritonsillar Abscess Susceptibility: Real-World Evidence. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2021 Aug;14(3):347–354. doi: 10.21053/ceo.2020.02257
11. Doi M., Hamada M., Ishizawa K., et al. Diagnostic utility of cytology in a patient with Epstein-Barr virus-positive mucocutaneous ulcer in palatine tonsils: A case report. *Diagn Cytopathol*. 2024 Jul;52(7):E154–E158. doi: 10.1002/dc.25309
12. Bakieva K.K., Nasyrov M.V., Asankulov E.K., et al. Clinical features of the course of paratonsillar abscess in old age as an aspect of oncological diseases (Clinical case). *Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*. 2023;23(5). (In Russian)
13. Drozd-Sokolowska J., Zaucha J.M., Biecek P., et al. Type 2 diabetes mellitus compromises the survival of diffuse large B-cell lymphoma patients treated with (R)-CHOP – the PLRG report. *Sci Rep*. 2020 Feb 26;10(1):3517. doi: 10.1038/s41598-020-60565-7
14. Carvalho A.S., Lagana D., Catford J., et al. Bloodstream infections in neutropenic patients with haematological malignancies. *Infect Dis Health*. 2020 Feb;25(1):22–29. doi: 10.1016/j.idh.2019.08.006
15. Shah M., Adel M.M., Tahsin B., et al. Effect of short-term prednisone on beta-cell function in subjects with type 2 diabetes mellitus and healthy subjects. 2020 May 5;15(5):e0231190. doi: 10.1371/journal.pone.0231190
16. Kong W., Zhang X., Li M., et al. Microbiological analysis and antibiotic selection strategy in neck abscesses among patients with diabetes mellitus. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2024 Mar;281(3):1515–1523. doi: 10.1007/s00405-023-08396-w