

А. Р. Сакович¹, О. И. Родионова¹, Н. А. Тумаши²

БОЛЬ В ГОРЛЕ: ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ И РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,¹
УЗ «3-я городская детская клиническая больница» г. Минска²

Несомненно, наиболее частая причина боли в горле (фарингоалгии) — это острые или хронические заболевания глотки, и чаще всего с такой жалобой пациенты обращаются к терапевту, педиатру, врачу общей практики или оториноларингологу. Однако следует помнить, что кроме воспаления, существует множество иных возможных этиологических факторов боли в горле, от заболеваний близлежащих органов до системных заболеваний и психоневрологических расстройств. Проблема полиэтиологичности боли в горле становится актуальнее, когда врач имеет дело с пациентом пожилого или старческого возраста, и следует иметь в виду сопутствующую патологию, как правило, имеющую место у данной группы пациентов, а также эффекты терапии, которую принимает пациент, в том числе, на регулярной основе.

В статье описан случай первичного обращения пациентки к врачу-оториноларингологу по поводу острой (в течении 3 дней) боли в горле, причиной которой явился тромбоз внутренней яремной вены, вероятно, как осложнение после лечения онкологического заболевания. Своевременное обследование позволило выявить данное осложнение у пациентки, назначить необходимое лечение и тем самым избежать его тяжелых последствий.

Ключевые слова: боль в горле, яремная вена, тромбоз, система (классификация) VINDICATE.

A. Sakovich, V. Radzionava, N. Tumash

PAIN IN THE THROAT: COMMON CAUSES AND A RARE CLINICAL OBSERVATION

Undoubtedly, the most common cause of pain in the throat (pharyngoalgia) is acute or chronic diseases of the pharynx and most often with such a complaint patient turn to a general practitioner, pediatrician or otorhinolaryngologist. However, it should be remembered that, in addition to inflammation there are many other possible etiologic factors of pain in the throat, from diseases of nearby organs to systemic diseases and psychoneurological disorders. The problem of polyetiology of pain in the throat becomes more relevant when a doctor deals with an elderly patient and it is necessary to keep in mind the concomitant pathology usually occurring in this group of patients as well as the effects of therapy which the patient takes including on a regular basis.

The article describes a case of a patient's initial visit to an otorhinolaryngologist for acute (within 3 days) throat pain the cause of which was thrombosis of the internal jugular vein probably as a complication after treatment of oncologic disease. Timely examination made it possible to detect this complication in the patient, to prescribe the necessary treatment and thus to avoid its severe consequences.

Key words: pain in the throat, jugular vein, thrombosis, VINDICATE system (classification).

❑ Случай из практики

Несмотря на разнообразие причин, чаще всего пациенты с болью в горле (фарингоалгией) обращаются к оториноларингологу, терапевту, педиатру, врачу общей практики. На сегодняшний день известно более 500 возможных этиологических факторов боли в горле. Имеются и попытки систематизировать эти причины, например, по системе (классификации) VINDICATE:

V – Vascular – заболевания системы крови (лейкемия, агранулоцитоз любой этиологии, лимфома);

I – Inflammatory diseases – воспалительные заболевания глотки (вирусный или бактериальный фарингит, тонзиллит, в том числе вызванные вирусом Коксаки, фарингоконъюнктивальная лихорадка, инфекционный мононуклеоз, грипп, парагрипп, фарингит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*, тонзиллит, вызванный β -гемолитическим стрептококком группы A (с/без скарлатины), дифтерия, гонорейный фарингит, туберкулез, интратонзиллярный абсцесс, паратонзиллярный абсцесс, ретрофарингеальный абсцесс, воспалительные заболевания глотки стафилококковой этиологии, ангина Венсана, сифилис глотки, грибковое поражение глотки);

N – Neoplasm and carcinomas – опухоли, включающие ходжкинскую опухоль, лейкемию, опухоль Шмидке;

D – Degenerative diseases – дегенеративные заболевания, сопровождающиеся невропатиями;

I – Intoxication – интоксикация (алкоголь, табачный дым), включен агранулоцитоз, т. к. чаще всего бывает вызван токсическим действием лекарственных препаратов;

C – Congenital diseases – врожденные заболевания (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом);

A – Allergic diseases – аллергические заболевания;

T – Trauma – травма инородным телом;

E – Endocrine causes – эндокринная патология (подострый тиреоидит) [1].

Среди перечня указанных причин ключевое место занимают, безусловно, воспалительные заболевания. Кроме перечисленных факторов, боль в горле может быть проявлением синдрома хронической усталости. У таких пациентов также может наблюдаться астениза-

ция, эмоциональная неустойчивость, депрессивные явления, головная и мышечные боли, боли в суставах, снижение памяти и интеллекта, плохой сон, светобоязнь, лимфаденит и ряд других симптомов [1–3].

Восприятие и описание пациентами болевых ощущений в горле разнообразны: острые, кинжальные, давящие, чувство саднения, першения и т. д. Частым субъективным ощущением является жалоба на «ком в горле», описанная еще Гиппократом как «Globus pharynges» или «Globus hystericus». В наши дни трактуемая как ощущение инородного тела по средней линии между яремной вырезкой грудины и щитовидным хрящом в сочетании с субъективным ощущением затруднения глотания. Женщины чаще подвержены данной патологии. Болезненные ощущения развиваются на фоне эмоциональных стрессов, психопатических состояний (истерия, неврастения), остеохондроза шейного отдела позвоночника (на уровне C_{IV}–C_V), органических поражений головного мозга, когда раздражение вегетативных нервных окончаний провоцирует спазм мускулатуры. Железодефицитные состояния приводят к изменению слизистой оболочки с последующим вовлечением в процесс нервных окончаний. Невралгия языкоглоточного нерва и верхнегортанного нерва клинически проявляются интенсивными болями в горле, особенно усиливающимися на фоне хронического стрессового состояния у тревожно-мнительных пациентов [4].

Дегенеративные изменения в шейном отделе позвоночника, щило-подъязычный синдром могут вызывать компрессию и раздражение близлежащих черепных нервов (VII, IX, X, XII пары) с соответствующей клинической симптоматикой: тупая боль в горле, дисфагия, ощущение инородного тела и боль в области шеи, отдающая в ухо, особенно при глотании и разговоре, гиперсаливация, дисфония, дисфагия (иногда преходящая), нарушение чувствительности и вкуса на задней трети языка [5].

Как следует из вышесказанного, боль в горле может быть проявлением патологических состояний, не связанных непосредственно с верхними дыхательными путями. Так, в нашей практике имел место редкий случай фарингоалгии, вызванной тромбозом внутренней яремной вены.

На амбулаторный прием к оториноларингологу 16.12.2023 обратилась пациентка К., 72 лет, с жалобами на боль в горле, припухлость шеи справа. Боль в горле беспокоила пациентку на протяжении 3-х дней, тогда же она обнаружила у себя «небольшой шарик» в области шеи, который увеличивался по мере того, как боль в горле и в области шеи стала нарастать. Из анамнеза стало известно, что в 2023 году пациентке выполнено хирургическое лечение по поводу рака вульвы (T1bN2cM0), после чего был проведен курс дистанционной лучевой терапии и химиотерапии (закончен 04.12.2023 г.).

При осмотре ЛОР-органов воспалительных и других патологических изменений выявлено не было. Определялась припухлость шеи вдоль верхней трети переднего края правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, мягко-эластической консистенции, без флюктуации, при пальпации данной области пациентка отмечала умеренную болезненность, ограничения поворота головы не отмечалось.

Учитывая имеющийся анамнез и клиническую картину, для уточнения диагноза пациентке выполнено УЗИ мягких тканей шеи. По данным УЗИ – внутренняя яремная вена справа расширена до 27 мм, тромбирована окклюзивно (тромб прослеживался от уровня бифуркации общей сонной артерии до плече-головной вены, – в ней головка тромба, флотация четко не определяется) на протяжении 64 мм, переднезадний размер тромба – 22 мм, при компрессии датчиком сжатие не более 30 %). В непосредственной близости от тромба в проекции внутренней яремной вены определялась группа кистозно-измененных неоднородных надключичных лимфатических узлов округлой формы 20×15 мм, 24×16 мм, 19×16 мм.

С диагнозом: «Тромбоз внутренней яремной вены. МТС? в надключичные лимфатические узлы», пациентка в тот же день санитарным транспортом была переведена в приемное отделение 4-й ГКБ г. Минска, где диагноз был подтвержден. При дальнейшем обследовании (КТ органов грудной полости с в/венным контрастированием) обнаружены признаки секундарного поражения других лимфоузлов (надключичных слева и лимфоузлов средостения). В общем анализе крови при поступлении лейкопения ($2,8 \times 10^9/\text{л}$), палочкоядерные 8 %, ане-

мия (Hb101 г/л). Гемостазиограмма при поступлении 16.12.23 – тенденция к гиперкоагуляции: АЧТВ 26,1с, АЧТВ Ratio 0,9, PT 15,23 с, PT Ratio 1,28, PT по Квику 68 %, МНО INR 1,27, Фибриноген 9,35 г/л, Д-димеры 2298 нг/мл, Фибриноген по Клаусу 8,1 г/л. Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение, где прошла курс тромболитической терапии с положительной клинико-лабораторной динамикой (нормализация количества лейкоцитов – $5,3 \times 10^9/\text{л}$ и лейкоцитарной формулы, МНО 1,18; снижение Д-димеров до 677 нг/мл). Выписана с рекомендациями продолжить прием флеботоников, антикоагулянтов под наблюдением хирурга, онколога, гинеколога.

Таким образом, данный случай представляет интерес в связи с редкой и неоднозначной в диагностическом плане ситуацией. После того, как была исключена при ЛОР-осмотре наиболее частая причина боли в горле – воспаление, с учетом анамнеза и клинической картины диагностический поиск был продолжен, что позволило вовремя выявить тромбоз внутренней яремной вены и избежать тяжелых осложнений.

Тромбоз внутренней яремной вены может привести к таким осложнениям, как повышение внутричерепного давления, тромбоз внутричерепных вен и синусов, тромбоэмболия легочной артерии. Развитию венозного тромбоза могут способствовать множество факторов: длительная катетеризация центральных вен, воспалительные заболевания носо- и ротоглотки (синдром Лемьера), травмы, постковидный синдром. Онкологические заболевания являются фактором риска венозного тромбоза, повышая риск тромбоэмболических осложнений в 4–7 раз, а в совокупности с химиотерапией – еще больше (в 6,5–10 раз). В то же время венозная тромбоэмболия является второй по значимости причиной смерти у пациентов с раком после прогрессирования. Данные факты подчеркивают важность ранней диагностики и своевременного лечения венозного тромбоза у онкологических пациентов [6–10].

Следует отметить, что не всегда можно исключить и воспалительную природу боли в горле, особенно у людей пожилого и старческого возраста, имеющих, как правило, хронические ЛОР-заболевания (хронический фарингит, тонзиллит, ларингит) и хронические заболевания других органов и систем (дегене-

□ Случай из практики

ративные изменения позвоночника, функциональные расстройства ЦНС, заболевания ЖКТ и другие), каждое из которых, как указывалось ранее, может вызывать ощущение боли в горле в той или иной степени.

Литература

1. Шахова, Е. Г. Боль в горле: современные аспекты этиологии, диагностики и лечения / Е. Г. Шахова, О. Р. Бакумова // Фарматека. – 2011. – № 5. – С. 62–66.
2. Митин, Ю. В. Дифференциальная диагностика боли в горле, лечение / Ю. В. Митин, Л. Р. Криничко // Рецепт. – 2008. – № 4(60). – С. 107–110.
3. Гусева, А. Л. Дифференциальная диагностика и эффективная терапия боли в горле / А. Л. Гусева, М. Л. Дербенева // Медицинский совет. – 2021. – № 18. – С. 166–171. – <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-166-171>.
4. Садовникова, И. И. Боль в горле. Только ли ЛОР-патология? / И. И. Садовникова // РМЖ. – 2011. – Т. 19, № 8. – С. 530–532.
5. Сосудистые осложнения при шилоподъязычном синдроме / И. Н. Щаницын, Ю. И. Титова, С. П. Бажанов, И. В. Ларин // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. – 2020. – № 21 (3). – С. 229–39. – doi: 10.24022/1810-0694-2020-21-3-229-239.
6. Жданова, Л. В. Клинический случай тромбоза у подростка в постковидный период / Л. В. Жданова, М. Л. Лапердина // Acta biomedica scientifica. – 2023. – № 8(2). – С. 179–183. – doi: 10.29413/ABS.2023-8.2.17.
7. 2022 international clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer, including patients with COVID-19 / D. Farge, C. Frere, J. M. Connors [et al.]; International Initiative on Thrombosis and Cancer (ITAC) advisory panel // Lancet Oncol. – 2022. – № 23(7). – P. e334–e347. – doi: 10.1016/S1470-2045(22)00160-7. PMID: 35772465; PMID: PMC9236567.
8. Kreidieh, F. Anticoagulation for COVID-19 Patients: A Bird's-Eye View / F. Kreidieh, S. Temraz // Clin Appl Thromb Hemost. – 2021. – Jan-Dec; 27: 10760296211039288. – doi: 10.1177/10760296211039288. PMID: 34595937; PMID: PMC8495522.
9. Жияев, Е. В. Синдром Лимьерра: болезнь, о которой необходимо помнить / Е. В. Жияев, К. А. Фомина // «Медицинский вестник МВД». – 2009. – № 1(38). – С. 20–26.
10. Синдром Лемьера как редкая причина септической эмбологенной пневмонии (клинический случай) / Н. С. Чипигина, Н. Ю. Карпова, А. С. Винокуров [и др.] // Клинист. – 2024. – № 18(1). – С. 59–69. – doi: <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2024-18-1-K708>.

References

1. Shahova, E. G. Bol v gorle: sovremennyye aspekty etologii, diagnostiki i lecheniya [Sore throat: modern aspects of etiology, diagnosis and treatment] / E. G. Shahova, O. R. Bakumova // Farmateka. – 2011. – № 5. – S. 62–66.
2. Mitin, Yu. V. Differentsialnaya diagnostika boli v gorle, lechenie [Differential diagnosis of sore throat, treatment] / Yu. V. Mitin, L. R. Krinichko // Retsept. – 2008. – № 4(60). – S. 107–110.
3. Guseva, A. L. Differentsialnaya diagnostika i effektivnaya terapiya boli v gorle [Differential diagnosis and effective therapy for sore throat] / A. L. Guseva, M. L. Derbeneva // Meditsinskiy sovet. – 2021. – № 18. – S. 166–171. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-166-171>.
4. Sadovnikova, I. I. Bol v gorle. Tolko li LOR-patologiya? [Sore throat. Is it only ENT pathology?] / I. I. Sadovnikova // RMJ. – 2011. – T. 19, № 8. – S. 530–532.
5. Sosudistyye oslojneniya pri shilopodyyazychnom sindrome [Vascular complications associated with stylohyoid syndrome] / I. N. Schanitsyn, Yu. I. Titova, S. P. Bajanov, I. V. Larin // Serdechno-sosudistyye zabolovaniya. Byulleten NTSSSH im. A. N. Bakuleva RAMN. – 2020. – № 21(3). – S. 229–39. – doi: 10.24022/1810-0694-2020-21-3-229-239.
6. Jdanova, L. V. Klinicheskiy sluchay tromboza u podrostka v postkovidniy period [A clinical case of thrombosis in a teenager in the post COVID-19 period] / L. V. Jdanova, M. L. Laperdina // Acta biomedica scientifica. – 2023. – № 8(2). – S. 179–183. – doi: 10.29413/ABS.2023-8.2.17.
7. 2022 international clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer, including patients with COVID-19 / Farge D., Frere C., Connors J. M. [et al.]; International Initiative on Thrombosis and Cancer (ITAC) advisory panel // Lancet Oncol. – 2022. – Vol. 23(7). – P. e334–e347. – doi: 10.1016/S1470-2045(22)00160-7. PMID: 35772465; PMID: PMC9236567.
8. Kreidieh, F. Anticoagulation for COVID-19 Patients: A Bird's-Eye View / Kreidieh F., Temraz S. // Clin Appl Thromb Hemost. – 2021. – Jan-Dec; 27: 10760296211039288. – doi: 10.1177/10760296211039288. PMID: 34595937; PMID: PMC8495522.
9. Jilyaev, E. V. Sindrom Limerra: bolezn, o kotoroy neobhodimo pomnit [Limierre's syndrome: disease, which must be remembered] / E. V. Jilyaev, K. A. Fomina // Meditsinskiy vestnik MVD. – 2009. – № 1(38). – S. 20–26.
10. Sindrom Lemera kak redkaya prichina septicheskoj embologennoy pnevmonii (klinicheskiy sluchay) [Lemierre's syndrome as a rare cause of septic pulmonary embolism (case report)] / N. S. Chipigina, N. Yu. Karpova, A. S. Vinokurov [et al.] // Klinitsist. – 2024. – № 18(1). – S. 59–69. – doi: <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2024-18-1-K708>.

Поступила 25.04.2025 г.