

А. Р. САКОВИЧ, И. В. ДОЛИНА

**АБСЦЕДИРУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ
РОТОГЛОТКИ**

Минск БГМУ 2019

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА БОЛЕЗНЕЙ УХА, ГОРЛА, НОСА

А. Р. САКОВИЧ, И. В. ДОЛИНА

АБСЦЕДИРУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ РОТОГЛОТКИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2019

УДК 616.21(075.8)
ББК 56.8я73
С15

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 15.05.2019 г., протокол № 9

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. каф. общей хирургии Белорусского государственного медицинского университета В. А. Гинюк; д-р мед. наук, доц., нач. научно-исследовательского отдела Республиканского научно-практического центра оториноларингологии Ю. Е. Еременко

Сакович, А. Р.

С15 Абсцедирующие процессы ротоглотки : учебно-методическое пособие / А. Р. Сакович, И. В. Долина. – Минск : БГМУ, 2019. – 20 с.

ISBN 978-985-21-0357-2.

Изложены с современных позиций этиопатогенез, клиническая картина, методы диагностики и лечения абсцессов ротоглотки.

Предназначено для студентов 4-го курса лечебного и стоматологического факультетов, 5-го курса педиатрического факультета, субординаторов-оториноларингологов, субординаторов врачей общей практики.

УДК 616.21(075.8)
ББК 56.8я73

ISBN 978-985- 21-0357-2

© Сакович А. Р., Долина И. В., 2019
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий для специальности:

- 1-79 01 01 «Лечебное дело» — 6 ч;
- 1-79 01 02 «Педиатрия» — 6 ч;
- 1-79 01 07 «Стоматология» — 5 ч.

Актуальность вопросов, связанных с изучением патологических состояний глотки, обусловлена, с одной стороны, высоким уровнем их распространенности, с другой — возможностью развития угрожающих жизни неотложных состояний.

Цель занятия: научиться диагностировать и назначать лечение при паратонзиллитах, паратонзиллярных абсцессах, заглоточном абсцессе.

Задачи занятия:

- приобрести знания о специальных методах исследования глотки, необходимые в общей системе клинического обследования пациентов;
- приобрести знания об анатомо-физиологических особенностях глотки, необходимые для целостного восприятия вопросов этиологии, патогенеза, клинических признаков и диагностики заболеваний, профилактики и лечения;
- знать определения понятий «паратонзиллит», «паратонзиллярный абсцесс», «заглоточный абсцесс»;
- знать классификацию паратонзиллярных абсцессов;
- изучить этиопатогенез, клинику абсцедирующих процессов ротоглотки;
- изучить дифференциальную диагностику различных форм абсцедирующих процессов ротоглотки;
- знать принципы лечения различных форм абсцедирующих процессов ротоглотки.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо повторить:

- из анатомии человека: строение и возрастные особенности всех отделов глотки, иннервацию и кровоснабжение;
- нормальной физиологии: функции и физиологию глотки, лимфоидного аппарата глотки;
- топографической анатомии и оперативной хирургии: топографию лимфоидного аппарата глотки и паратонзиллярных клетчаточных пространств;
- патологической анатомии: морфологические изменения слизистой оболочки глотки, лимфоидного аппарата глотки при воспалительных и опухолевых заболеваниях;
- лучевой диагностики и лучевой терапии: основные методы рентгенологической диагностики заболеваний глотки; основные виды рентгено-

грамм, применяемых в оториноларингологической практике, и их интерпретацию;

– микробиологии, вирусологии, иммунологии: микробиологию глотки, технику забора микробиологического материала, микробиологическую и серологическую диагностику инфекционных заболеваний;

– фармакологии: характеристику и механизмы действия антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Какие функции глотки вы знаете?
2. Какие анатомические образования входят в понятие «кольцо Пирогова–Вальдейера»?
3. Какова возрастная динамика развития лимфоидного аппарата глотки?
4. Какие методы рентгенологической диагностики применяют для диагностики заболеваний глотки?
5. Что представляет собой паратонзиллярный абсцесс?
6. В каком возрасте, в основном, встречается заглоточный абсцесс?
7. После каких заболеваний наиболее часто развивается заглоточный абсцесс?
8. Какой наиболее частый путь проникновения инфекции в заглоточные лимфатические узлы и клетчатку?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Каков этиопатогенез паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса, заглоточного абсцесса?
2. Каковы клинические симптомы паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса?
3. Каковы ведущие субъективные и объективные симптомы заглоточного абсцесса?
4. Какие методы диагностики применяют для подтверждения диагноза паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса, заглоточного абсцесса?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать заглоточный абсцесс?
6. Чем отличается специфический натечник в области шейного отдела позвоночника от заглоточного абсцесса?
7. Какие осложнения может вызвать заглоточный абсцесс?
8. Назовите принципы лечения паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса, заглоточного абсцесса.
9. Какие могут возникнуть осложнения при вскрытии заглоточного абсцесса?

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, ответить на контрольные вопросы из смежных дисциплин. Затем нужно ознакомиться с информацией, изложенной в учебно-методическом пособии и ответить на вопросы по теме занятия. С целью закрепления знаний, полученных в процессе изучения учебно-методического пособия, предлагается решить ситуационные задачи.

ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС

Паратонзиллярный абсцесс — острое гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки (между капсулой миндалина и глоточной фасцией, покрывающей констрикторы глотки), которое развивается вследствие распространения воспаления из паренхимы небной миндалины. Использование ранее употребляемого термина «флегмонозная ангина» для обозначения воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке по существу неправильно, т. к. им обозначают гнойное расплавление собственно паренхимы миндалина с формированием интратонзиллярного абсцесса.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Паратонзиллярные абсцессы занимают одно из первых мест среди гнойных процессов глотки по тяжести и могут возникнуть у людей любого возраста, однако чаще болеют люди в возрасте от 15 до 40 лет. Заболевание одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Многие авторы отмечают сезонность заболевания: чаще паратонзиллярные абсцессы наблюдаются в холодное время года и межсезонье. Однако они бывают и летом, особенно в жаркое время, в большинстве таких случаев имеет значение местное охлаждение (холодные напитки, мороженое и др.).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиологическим фактором выступают гноеродные микроорганизмы, чаще всего стрептококки, которые проникают в паратонзиллярную клетчатку и другие экстратонзиллярные ткани из глубоких отделов лакун небных миндалин при наличии в них воспалительного процесса, а также при нарушении целостности миндаликовой псевдокапсулы. Возникновению паратонзиллита способствует наличие в миндалинах глубоких крипт. Часто обострения хронического тонзиллита сопровождаются процессами рубце-

вания, что еще больше затрудняет дренирование крипт, приводит к активизации инфекции и распространению ее через капсулу миндаины в паратонзиллярное пространство.

Подавляющее большинство паратонзиллярных абсцессов вызывается одним видом стрептококков, среди которых доминирует *Streptococcus pyogenes*. В некоторых случаях установлена этиологическая роль *Staphylococcus aureus*, *St. epidermidis*, *Neisseria*, а также ассоциации различных видов стрептококка со *St. epidermidis*.

Хотя паратонзиллярные абсцессы могут развиваться как осложнения банальных острых ангин, гораздо чаще они развиваются при обострениях хронического тонзиллита. Наиболее вероятным местом проникновения микрофлоры из миндаины в паратонзиллярную клетчатку является надминдаликовое пространство, в котором у 80 % людей имеется добавочная лимфоидная долька со своими лакунами, сообщающаяся с лакунами верхнего полюса небной миндаины. Реже паратонзиллиты возникают в связи с одонтогенными процессами, например при неправильном (затрудненном) прорезывании последних моляров, при воспалениях десен, краев альвеол, верхушки корня зуба. Влияние на слизистую оболочку глотки раздражающих факторов (курение, алкоголь, производственные факторы) также отрицательно сказывается на функции небных миндалин, вследствие чего понижается местный иммунитет, что способствует развитию воспалительного процесса в глотке. Также причиной может быть травма, например, инородным телом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Симптоматика паратонзиллярного абсцесса складывается из общих и местных проявлений, развитие которых может начаться как во время острого тонзиллита или обострения хронического тонзиллита, так и спустя несколько дней после их стихания. Паратонзиллярные абсцессы чаще бывают односторонними, чем двусторонними. Признаком паратонзиллярного абсцесса служит появление и нарастание боли в горле, иррадиирующей нередко в ухо. Появляется тризм жевательной мускулатуры, при этом открывание рта затрудняется иногда очень значительно. Глотание и отхаркивание становятся при этом очень болезненными. Некоторые пациенты из-за боли не принимают пищу и не проглатывают слюну, создается впечатление гиперсаливации. Самоочищение ротовой полости из-за этого затруднено, язык и губы покрываются беловатым налетом. Из рта появляется неприятный запах. Речь становится невнятной и гнусавой из-за отека мягкого неба. Сопутствующая контрактура жевательных мышц ограничивает раскрытие рта иногда до узкой щели, что сильно мешает осмотру

глотки. При орофарингоскопии небные дужки и прилегающий участок мягкого неба на пораженной стороне представляются гиперемизированными, инфильтрированными, выпяченными иногда до такой степени, что миндалина и дужка переходят за среднюю линию и оттесняют язычок к противоположной стороне. Отек язычка иногда бывает резко выраженным. Появляется припухание и болезненность зачелюстных и подчелюстных лимфатических узлов. В тяжелых случаях припухание распространяется и на другие шейные лимфатические узлы. В результате воспаления в ротоглотке, а также шейного лимфаденита возникает болевая реакция при поворотах головы, пациент держит голову несколько наклоненной набок и при необходимости поворачивает ее вместе с корпусом.

Температура в большинстве случаев высокая, может достигать 39–40 °С. Следует учитывать, что значительные колебания температуры по гектическому типу могут свидетельствовать о возникновении тонзиллогенного сепсиса или парафарингеальной флегмоны. Пациент имеет изможденный вид, чему способствует вынужденное голодание и бессонница из-за болей. В общем анализе крови обычно присутствует лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и увеличивается СОЭ. Из биохимических показателей характерно резкое увеличение концентрации С-реактивного белка.

Однако такая типичная клиническая картина не развивается, если реактивность организма понижена, например, вследствие каких-либо предшествующих или сопутствующих системных заболеваний или на фоне приема антибактериальных препаратов. В частности, боли в горле хотя и присутствуют, но не препятствуют глотанию жидкости, воспалительная реакция в ротоглотке выражена нерезко по сравнению со здоровой стороной. Гиперемия и инфильтрация миндалин и дужек часто приобретают застойный (цианотический) оттенок. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются незначительно, что определяется лишь при сопоставлении с непораженной стороной. При таких формах паратонзиллярного воспаления вместо высокой температуры может наблюдаться субфебрилитет. Изменения в общем анализе крови могут быть минимальными, незначительно превышающими верхнюю границу нормы, или даже в пределах нормы.

В соответствии с клиническим протоколом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Диагностика и лечение пациентов с оториноларингологическими заболеваниями (взрослое население)» (2017 г.) пациентам с паратонзиллярным абсцессом необходимо выполнить следующие диагностические мероприятия:

- 1) обязательные:
 - клинические методы исследования (анамнез, осмотр оториноларингологом);
 - общий анализ крови;

- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование содержимого абсцесса с определением чувствительности к антибиотикам клинически значимой флоры;
- 2) дополнительные (по показаниям):
- биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка и его фракций, билирубина, С-реактивного белка;
- ЭКГ;
- консультация терапевта;
- бактериологическое исследование отделяемого из носа и зева на дифтерию.

При подозрении на наличие паратонзиллярного абсцесса у пациента выполняется фарингоскопия (рис. 1, 2).

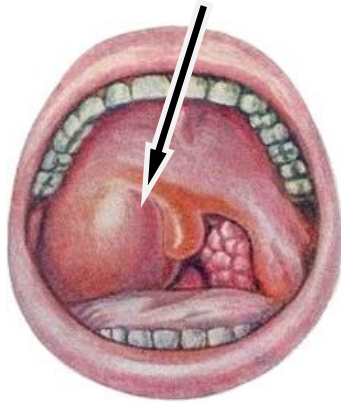


Рис. 1. Правосторонний паратонзиллярный абсцесс (указан стрелкой)

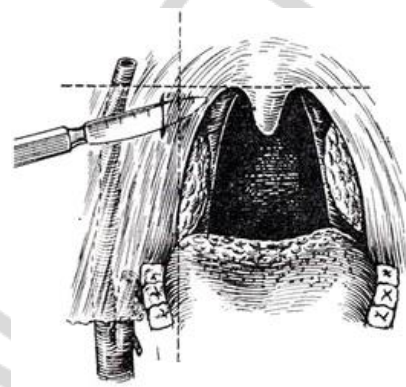


Рис. 2. Схема вскрытия паратонзиллярного абсцесса

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Паратонзиллярный абсцесс следует дифференцировать с дифтерией, скарлатиной, абсцессом язычной миндалины, флегмоной дна полости рта, новообразованиями ротоглотки.

Односторонняя припухлость в глотке с гиперемией и отеком слизистой оболочки, похожая на паратонзиллит, может наблюдаться при дифтерии и скарлатине, с которыми проводят дифференциальную диагностику. Прежде всего имеют значение определенные эпидемиологические данные. При дифтерии, как правило, за счет отека слизистая имеет бледно-цианотичный цвет, бывают налеты (сероватого цвета, распространяются за пределы поверхности небных миндалин), но отсутствует тризм; в мазке определяются *Corynebacterium diphtheriae*. Для скарлатины характерны розеолезная сыпь на коже, четкая граница пораженной и интактной слизистой оболочки, «малиновый» язык. При воспалении и абсцедировании в области язычной миндалины отсутствует тризм и характерные изменения в ротоглотке. При флегмоне дна полости рта боли, отек и инфильтрация локали-

зуются в подчелюстной области, движения языком ограничены, изменения со стороны небных дужек и миндалин отсутствуют.

В некоторой степени сходны с паратонзиллитом опухолевые заболевания — рак, саркома, лимфоэпителиома миндалины. Медленное развитие заболевания, отсутствие температурной реакции, сильных болей в горле и тризма жевательной мускулатуры, а также болезненности при пальпации регионарных лимфатических узлов (последние обычно плотные и малоподвижные) позволяют дифференцировать опухоли глотки и паратонзиллит. В редких случаях припухлость в глотке может быть связана с близким от поверхности положением сонной артерии или ее аневризмы. Наличие пульсации, определяемой визуально, позволяет поставить верный диагноз.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По клинико-морфологическим изменениям выделяют три формы паратонзиллита: отечную (5 % случаев), инфильтративную (20 % случаев) и абсцедирующую (75 % случаев). По сути, эти три формы являются стадиями развития воспаления в паратонзиллярной клетчатке. При этом первые две объединяют понятием «паратонзиллит». При своевременно начатом лечении паратонзиллита переход в стадию абсцедирования может не возникнуть. Паратонзиллярный абсцесс обычно формируется к 3–4-му дню заболевания.

В зависимости от расположения гнойника по отношению к миндалине различают основные локализации паратонзиллярных абсцессов: переднюю (передне-верхнюю), заднюю, боковую, нижнюю.

Передняя (передне-верхняя) локализация самая частая, абсцесс формируется около верхнего полюса миндалины, между капсулой миндалины и верхней частью небно-язычной дужки и прилегающим участком мягкого неба. В этом месте под давлением гноя и вследствие истончения стенки абсцесса в дальнейшем возможен спонтанный прорыв в супратонзиллярную ямку (спонтанное вскрытие абсцесса).

Задний (ретротонзиллярный) абсцесс локализуется между задней поверхностью небной миндалины и небно-глоточной дужкой. При фарингоскопии в этой области отмечается инфильтрация и гиперемия. Небная миндалина и передняя дужка могут быть мало изменены, в то же время язычок и мягкое небо обычно отечны и инфильтрированы. Возможно распространение отека на верхний отдел гортани, что может сопровождаться ее стенозом. При этой локализации абсцесса тризм меньше выражен, течение заболевания более длительное. Задняя форма паратонзиллярного абсцесса встречается реже передней.

Боковая форма паратонзиллярного абсцесса возникает значительно реже передней и задней. Боковой паратонзиллярный абсцесс характеризу-

ется инфильтрацией ткани в области верхней трети боковой поверхности шеи с наличием шейного лимфаденита, болезненностью при пальпации в подчелюстной области, при мезофарингоскопии определяется умеренная инфильтрация всей паратонзиллярной клетчатки с нерезко выраженным выбуханием миндалина к средней линии ротоглотки и часто с незначительным тризмом жевательной мускулатуры. Определяемые при фарингоскопии признаки воспаления миндалин и дужек, как и затрудненное открывание рта, выражены при этом слабее, чем при передней и задних локализациях абсцесса. Без вскрытия абсцесса гной постепенно продвигается книзу, в сторону грушевидной ямки, или кнаружи. При этом воспалительный процесс может распространиться через боковую стенку глотки в парафарингеальное пространство. В таких случаях возможно развитие флегмоны клетчаточных пространств шеи.

Нижний паратонзиллярный абсцесс встречается достаточно редко и его развитие, как правило, связано с одонтогенной причиной. При фарингоскопии отмечается инфильтрация нижнего отдела небно-язычной дужки и нижнего полюса миндалина, при этом верхние отделы остаются практически интактными. Отмечается резкая болезненность при надавливании на корень языка. Больные жалуются на сильную боль при глотании, усиливающуюся при открывании рта, с иррадиацией в ухо на стороне поражения. В ряде случаев воспаление и отек распространяются на язычную миндалину, грушевидный синус и надгортанник.

Осложнения паратонзиллярного абсцесса: лимфаденит, парафарингит, флегмона шеи, медиастинит, сепсис, паротит, флегмона дна полости рта, гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка и др.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

В лечении можно выделить три метода: консервативный, хирургический и комплексный (консервативный и хирургический).

Консервативное лечение целесообразно применять в отечной и инфильтративной стадиях острого воспаления околоминдаликовой клетчатки. Консервативное лечение подразделяется на общее и местное.

Основу общего лечения составляет системная антибактериальная терапия.

По данным многочисленных исследований среди выделенных из гноя больных паратонзиллярным абсцессом микроорганизмов отмечена высокая чувствительность к антибиотикам аминопенициллинового ряда. Эти сведения имеют большое значение при выборе стартовой (эмпирической) антибактериальной терапии. Препаратом выбора может быть амоксициллин или амоксициллин в комбинации с клавулановой кислотой. Последний обладает

антибактериальным действием на микроорганизмы, включая штаммы, продуцирующие бета-лактамазы (в отличие от амоксициллина). Учитывая большие затруднения при глотании, препаратами выбора могут быть антибиотики для парентерального введения (внутримышечно, внутривенно) — прежде всего цефалоспорины 3-го поколения (цефтриаксон) — преимущественно в условиях стационара. При улучшении состояния и облегчении глотания в дальнейшем возможно лечение с использованием пероральных форм (ступенчатая антибиотикотерапия). Макролидные антибиотики (азитромицин, кларитромицин, спирамицин) являются препаратами выбора при наличии аллергии к пенициллинам и цефалоспорином.

В качестве симптоматических и патогенетических средств назначают анальгетики, антигистаминные препараты.

Местное лечение включает полоскание и орошение (спрей) глотки антисептическими растворами, таблетки для рассасывания.

Относительно вскрытия инфильтрата на начальных стадиях паратонзиллита следует отметить, что даже в тех случаях, когда гноя при вскрытии не получено, в последующем всегда отмечается более благоприятное течение паратонзиллита и практически исключается формирование абсцесса.

Во второй стадии заболевания (в стадии образования абсцесса) наряду с консервативными методами показано хирургическое лечение.

Пункция паратонзиллярного абсцесса рекомендуется только с целью диагностики и подтверждения наличия гноя. Хирургическое лечение — вскрытие и дренирование абсцесса. При различных локализациях процесса и различных техниках вскрытия паратонзиллярных абсцессов (с использованием различных инструментов) существуют единые принципы: убедиться в отсутствии пульсации в месте вскрытия, продвижение на глубину более 0,5 см в паратонзиллярную клетчатку производить только тупым путем, вскрытие производить достаточно широко для адекватного дренирования абсцесса.

После вскрытия и дренирования абсцесса пациента лечат консервативными методами и ежедневно дренируют полость абсцесса (т. к. края инцизионного отверстия склеиваются фибрином и гнойным экссудатом, то в полости абсцесса снова накапливается гной) до момента прекращения выделения гноя. Дренирование полости абсцесса может продолжаться от 2 до 5 дней.

В соответствии с клиническим протоколом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Диагностика и лечение пациентов с оториноларингологическими заболеваниями (взрослое население)» (2017 г.) рекомендованы следующие антибиотики:

1. Стартовая терапия:

– бета-лактамы антибиотики (например, амоксициллин-клавулановая кислота по 1 г 2 раза в сутки внутрь 7–10 дней);

- цефалоспорины 3-го поколения (например, цефтриаксон по 0,5–1 г в/м 2 раза в сутки 5–10 дней);
- макролиды (например, азитромицин по 0,5 г в сутки внутрь 5 дней);
- фторхинолоны 3-го поколения (например, левофлоксацин по 0,5 г однократно в сутки, курс — от 10 до 14 дней).

2. Резерв (при выделении MRSA): оксазалидиноны (например, линезолид по 600 мг 2 раза в сутки внутрь 10 дней).

Радикальным методом лечения является абсцесстонзиллэктомия, позволяющая не только дренировать полость абсцесса, но и удалить очаг инфекции в миндалине, который является причиной формирования абсцесса в околоминдаликовой клетчатке. Данная операция может выполняться в «горячий» (в первые сутки, часы после обращения за медицинской помощью), «теплый» (на 3-и–5-е сутки после вскрытия абсцесса, когда уменьшаются местные воспалительные явления в глотке) и «холодный» (в плановом порядке, обычно через 1 месяц после перенесенного абсцесса) период. Следует отметить, что какой бы тактике не отдавал предпочтение лечащий врач, необходимо учитывать конкретные условия и состояние пациента, т. е. применять дифференцированный подход к решению вопроса о том, в какой период оптимально выполнять тонзиллэктомию.

Существует ряд абсолютных противопоказаний для тонзиллэктомии: болезни крови и сосудов (гемофилия, анемия, лейкемия, болезнь Ослера, гипертония); инфекционные болезни (за исключением тонзиллогенного сепсиса); активный туберкулез легких; тяжелая форма сахарного диабета. К относительным противопоказаниям относится пожилой возраст и наличие кариозных зубов.

Не является показанием для удаления небных миндалин носительство *Streptococcus pyogenes*, которое наблюдается в том числе при повышенных показателях антистрептолизина-О, но без рецидивов острого стрептококкового тонзиллофарингита.

Важным мероприятием в профилактике паратонзиллярного абсцесса является рациональная терапия острого и обострений хронического тонзиллита. При лечении пациентов с острым тонзиллитом необходимо определить микробный фактор (в том числе с использованием экспресс-метода «Стрептатест») и назначить антибиотики, исходя из чувствительности установленной микрофлоры. Пациент должен тщательно выполнять рекомендации врача, соблюдать постельный режим и знать о возможных осложнениях при его нарушении. Диспансеризация пациентов хроническим тонзиллитом предполагает проведение профилактического лечения, что служит профилактикой обострений и осложнений, в том числе паратонзиллярного абсцесса. Тонзиллэктомию (при наличии показаний) как радикальный метод лечения также является профилактическим мероприятием.

ем, т. к. при этом удаляются небные миндалины (первичный источник инфекции).

Следует отметить, что не всем пациентам с рецидивирующими стрептококковыми тонзиллитами требуется удаление миндалин. В Европе и США показаниями для тонзиллэктомии являются следующие критерии по J. L. Paradise (2014 г.):

- три эпизода тонзиллофарингита ежегодно в течение трех лет; пять эпизодов ежегодно в течение двух лет; семь эпизодов в год; каждый эпизод тонзиллофарингита должен быть четко задокументирован врачом с учетом критериев шкалы Centor–McIsaac;

- первый эпизод паратонзиллярного абсцесса с предшествующими ему тремя эпизодами острого тонзиллита в предыдущем году, значительная обструкция верхних дыхательных путей при лечении первого эпизода паратонзиллярного абсцесса, повторный паратонзиллярный абсцесс;

- обструкция дыхательных путей в связи с острой инфекцией из-за увеличенных небных миндалин.

С позиций классификации И. Б. Солдатова (используется в Республике Беларусь) показанием для тонзиллэктомии является декомпенсированная форма хронического тонзиллита, проявлениями которой могут быть большая частота острых тонзиллитов (2 и более раз в год), паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс, острая ревматическая лихорадка, патология почек и суставов.

При компенсированной форме хронического тонзиллита применяются консервативные методы лечения и профилактики. Консервативное профилактическое лечение хронического тонзиллита (компенсированной формы) должно быть комплексным и проводиться два раза в год (обычно осенью и весной). Целесообразно промывание лакун миндалин с последующей их обработкой антисептиком, физиотерапевтическое лечение, применение адаптогенов, фитотерапия. Все это направлено на поддержание компенсированного функционального состояния небных миндалин и их способности противостоять инфекции. В случае неэффективности консервативного лечения диагноз хронического тонзиллита может быть пересмотрен в пользу декомпенсированной формы с рекомендацией хирургического лечения.

Индивидуальная профилактика состоит в укреплении общей резистентности организма, повышении его устойчивости к инфекционным воздействиям и неблагоприятным условиям внешней среды. Важное значение приобретает общее и местное закаливание организма, систематические занятия физкультурой и спортом, воздушные и водные процедуры, ультрафиолетовое облучение.

Своевременная санация полости рта, носа, околоносовых пазух, носоглотки способствует ликвидации очагов хронической инфекции. Кариозные зубы, хронические гингивит, синусит, аденоидит и подобные состо-

яния способствуют развитию патогенной флоры, которая при неблагоприятных факторах может активизироваться.

Общественная профилактика — в большей степени проблема социальная, связанная в первую очередь с улучшением экологической обстановки, а также условий труда и быта, соблюдением санитарно-гигиенических требований, направленных на снижение микробной обсемененности окружающей среды.

ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС

Между задней стенкой глотки и предпозвоночной фасцией располагается заглоточное пространство в виде плоской щели, заполненной рыхлой соединительной тканью. С боков заглоточное пространство ограничено фасциальными листками, которые идут к стенке глотки от предпозвоночной фасции. Начинаясь от основания черепа, это пространство проходит вниз позади глотки, пищевода, где его клетчатка переходит в позадипищеводную клетчатку, затем — в клетчатку заднего средостения. Срединной перегородкой заглоточное пространство разделено сагиттально на две симметричные половины. У детей рядом со срединной перегородкой имеются лимфатические узлы, в которые осуществляется отток лимфы от небных миндалин, задних отделов носовой и ротовой полостей. С возрастом (к 4–5 годам) эти узлы атрофируются. У детей эти лимфатические узлы могут нагнаиваться, образуя заглоточный абсцесс.

Заглоточный абсцесс (ретрофарингеальный абсцесс) — гнойное воспаление лимфатических узлов в заглоточном пространстве по обеим сторонам позвоночника между предпозвоночной фасцией и глоточной мускулатурой. Возбудители инфекции проникают по лимфатическим путям со стороны полости носа, носоглотки и ротоглотки при наличии воспалительного процесса в этих структурах. Иногда заглоточный абсцесс может развиваться при ранениях слизистой оболочки задней стенки глотки инородным телом, твердой пищей. Наблюдается, как правило, в раннем детском возрасте.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заглоточный абсцесс может располагаться на уровне носовой, ротовой или гортанной части глотки или захватывать несколько отделов глотки, вызывая затруднение дыхания, гнусавость, нарушение глотания. Характерным признаком является отсутствие тризма и выраженных болей. При мезофарингоскопии на фоне гиперемии слизистой оболочки видно вы-

пучивание впереди задней стенки глотки, так что глотка становится «мелкой», у некоторых пациентов припухлость может располагаться асимметрично по отношению к средней линии глотки, может флюктуировать при пальпации. Постоянный симптом — припухание, болезненность лимфатических узлов зачелюстной области и верхних боковых шейных лимфатических узлов, вследствие чего наблюдается вынужденное положение головы (наклон в сторону абсцесса). Процесс сопровождается высокой температурой, лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ.

ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

С целью диагностики выполняют рентгенографию шейного отдела позвоночника (рис. 3), реакцию Пирке, Вассермана, пункции инфильтрата с последующим бактериологическим исследованием содержимого.

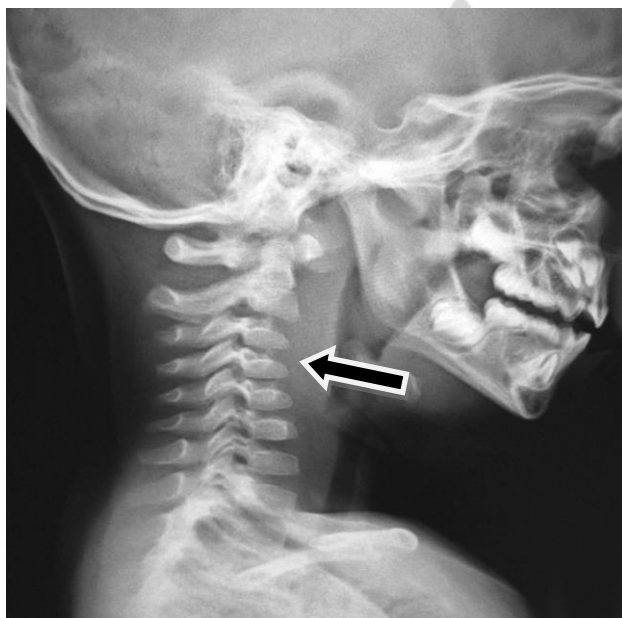


Рис. 3. Рентгенограмма пациента с заглоточным абсцессом (указан стрелкой)

Дифференциальную диагностику проводят с абсцессом туберкулезного или сифилитического происхождения, опухолями глотки, аневризмой близлежащих сосудов, экзостозом позвоночника.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Лечение зависит от клинического течения. В стадии инфильтрации назначают противовоспалительную терапию. В стадии абсцедирования производят вскрытие абсцесса. Хронические специфические «холодные» аб-

сцессы натечного характера во избежание вторичного инфицирования не вскрывают, лечат основное заболевание, производят повторные пункции с отсасыванием гноя.

Прогноз при своевременно начатом лечении благоприятный. В случаях поздней диагностики заглоточные абсцессы могут спускаться в заднее средостение, вызывая медиастинит, распространяться в стороны, обуславливая развитие глубоких флегмон шеи. Другим осложнением является развитие сепсиса. При вскрытии заглоточного абсцесса осложнением является асфиксия.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Задача 1

К оториноларингологу городской поликлиники обратился пациент с жалобами на постоянные выраженные боли в глотке справа, иррадиирующие в правое ухо, повышение температуры до 38 °С, затрудненное глотание, слюнотечение, озноб.

Болен 3-й день, неделю назад перенес острую респираторную инфекцию, лечения не получал.

При осмотре: голова пациента наклонена вправо, слюнотечение, рот открывает с трудом. Фарингоскопия: справа определяется резкое выпячивание передней небной дужки, инфильтрация, отек язычка мягкого неба, правая небная миндалина смещена к центру.

Каков предполагаемый диагноз? Определите тактику лечения.

Задача 2

Пациент 52 лет обратился к оториноларингологу поликлиники с жалобой на ощущение инородного тела в правой половине глотки. Болен около 6 месяцев.

Фарингоскопия: правая небная миндалина увеличена в объеме, покрыта неизменной слизистой оболочкой, лакуны не контурируются. Подчелюстной лимфатический узел справа увеличен, безболезненный при пальпации, не спаян с окружающими тканями, плотноэластической консистенции.

Каков предполагаемый диагноз? Какие обследования необходимо провести?

Задача 3

Пациентка 19 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на постоянную боль в горле, больше выраженную справа и резко усиливающуюся при глотании. Пациентка не может глотать из-за резкой болезненности, боль иррадиирует в правое ухо. Голова наклонена в боль-

ную сторону. Обильное слюнотечение. Неприятный запах изо рта. Рот полностью открыть не может. Температура тела — 40,5 °С. Болеет 5 дней. Начало заболевания связывает с переохлаждением. В анамнезе — повторяющиеся ангины.

Объективно: мягкое небо гиперемировано, резко отечно, больше справа. Участок мягкого неба в области передней дужки над правой миндалиной резко выпячивается. Миндалины гиперемированы, увеличены в размерах и доходят до язычка, смещая его влево. Левая небная миндалина гиперемирована, не увеличена. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Каков предполагаемый диагноз? Какие обследования необходимо провести? Составьте план лечения пациентки.

Задача 4

В приемное отделение детской больницы бригадой скорой помощи доставлен ребенок 7 месяцев с признаками затрудненного дыхания и высокой температурой тела. Со слов матери, болен в течение недели. В начале заболевания появился насморк, кашель, повысилась температура тела до 38 °С. В течение последних 4 дней температура тела — 38–39 °С, не может сосать грудь матери. Дыхание стало затрудненным и шумным.

Объективно: при осмотре ЛОР-органов в глотке на ее задней стенке обнаружена ярко-красного цвета флюктуирующая припухлость, нависающая над входом в гортань. Другие ЛОР-органы без патологических изменений. Анализ крови: лейкоциты — $14 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 3 %, палочкоядерные — 10 %, сегментоядерные — 50 %, лимфоциты — 30 %, моноциты — 7 %, СОЭ — 55 мм/ч.

Поставьте диагноз. Какое лечение необходимо провести?

Задача 5

Пациентка 50 лет обратилась к оториноларингологу с жалобами на ощущение инородного тела в горле, першение при глотании в течение 4 месяцев. При осмотре пациентки на шее справа определяется безболезненное плотное образование.

Фарингоскопия: рот открывает свободно, мягкое небо смещено влево. Правая небная миндалина увеличена в объеме, смещена к средней линии глотки, плотная, лакуны расширены. У верхнего полюса миндалины определяется эрозия. В зачелюстной области справа определяется плотный, безболезненный, подвижный лимфатический узел размером $2,5 \times 2$ см. Температура тела в пределах нормы. При исследовании крови и мочи патологических изменений не выявлено.

Каков предполагаемый диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Определите тактику лечения.

Задача 6

Назовите абсолютное показание к выполнению двусторонней тонзиллэктомии и противопоказания к ней. Какова должна быть тактика врача, если у пациента есть проявления хронического тонзиллита, но имеются серьезные противопоказания к ее выполнению?

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Пальчун, В. Т.* Оториноларингология : учеб. для студ. мед. вузов / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Медицина, 2008. 649 с.
2. *Науменко, А. Н.* Неотложная помощь в оториноларингологии : учеб. пособие для врачей-интернов и врачей-слушателей заведений (фак.) последиплом. образования / А. Н. Науменко, В. М. Васильев, Ю. В. Деева. Киев : Медицина, 2017. 150 с.
3. *Диагностика и лечение пациентов с оториноларингологическими заболеваниями (взрослое население) [Электронный ресурс]* : клинический протокол, утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 49 от 01 июня 2017 г. Режим доступа : <http://www.minzdrav.gov.by>. Дата доступа : 24.04.2019 г.

Дополнительная

4. *Шустер, М. А.* Неотложная помощь в оториноларингологии / М. А. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. Москва : Медицина, 1989. 306 с.
5. *Пальчун, В. Т.* Руководство по практической оториноларингологии / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. Москва : Медицинское информационное агентство, 2011. 344 с.
6. *Пальчун, В. Т.* Воспалительные заболевания глотки / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин, А. И. Крюков. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 288 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Задания для самостоятельной работы	5
Паратонзиллярный абсцесс	5
Эпидемиология	5
Этиология и патогенез	5
Клиническая картина и диагностика	6
Дифференциальная диагностика.....	8
Классификация.....	9
Лечение и профилактика.....	10
Заглочный абсцесс	14
Клиническая картина	14
Диагностика, дифференциальная диагностика	15
Лечение и прогноз	15
Самоконтроль усвоения темы	16
Список использованной литературы	18

Учебное издание

Сакович Андрей Ренардович
Долина Ирина Вячеславовна

АБСЦЕДИРУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ РОТОГЛОТКИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск П. А. Затолока
Редактор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 04.07.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,1. Тираж 35 экз. Заказ 411.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0357-2

