

# ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС У ДЕТЕЙ: АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ

*Пузеева В. В.*

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Родионова О. И.*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
3-я Городская детская клиническая больница, г. Минск*

**Резюме.** В статье представлен комплексный анализ проблемы паратонзиллярного абсцесса (ПТА) у детей, сочетающий данные современной литературы и ретроспективный анализ собственных клинических наблюдений 55 педиатрических случаев. Установлено, что основным путем инфицирования является прямое распространение из крипт небных миндалин, а ведущими возбудителями – *Streptococcus pyogenes* и ассоциации аэробно-анаэробной флоры. Подчеркивается диагностическая ценность ультразвукового исследования (УЗИ) и необходимость раннего хирургического дренирования как «золотого стандарта» лечения. На собственном материале подтверждена высокая эффективность комбинированной терапии, включающей дренирование и эмпирическую антибиотикотерапию ингибитор-защищенными пеницилинами или цефалоспоридами. Показано, что рецидивирующее течение ПТА и наличие хронического тонзиллита являются основными показаниями к последующей плановой тонзиллэктомии. Делается вывод о необходимости мультидисциплинарного подхода и разработки четких алгоритмов для оптимизации ведения данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** паратонзиллярный абсцесс, дети, тонзиллит, дренирование, антибиотикотерапия, тонзиллэктомия, ультразвуковая диагностика.

**Актуальность.** Паратонзиллярный абсцесс (ПТА) представляет собой одно из наиболее частых и тяжелых гнойных осложнений острого и хронического тонзиллита в детской оториноларингологии. Несмотря на достижения в антимикробной терапии, заболеваемость ПТА не имеет тенденции к значительному снижению. Проблема усугубляется риском развития жизнеугрожающих состояний, таких как парафарингеальный абсцесс, медиастинит и сепсис, особенно у детей младшего возраста в связи с анатомо-физиологическими особенностями и незрелостью иммун-

ной системы. Отсутствие единых протоколов ведения, дилемма между консервативным и хирургическим лечением, а также растущая антибиотикорезистентность определяют необходимость дальнейшего изучения данного заболевания, что и обуславливает актуальность нашего исследования.

**Цель:** на основании анализа современных литературных данных и собственных клинических наблюдений разработать диагностический и лечебный алгоритм при паратонзиллярном абсцессе у детей.

**Задачи:**

1. На основе обзора литературы

определить ключевые этиопатогенетические и клинические особенности ПТА у детей.

2. Проанализировать собственные клинические данные 55 случаев ПТА, обращая внимание на эффективность различных диагностических и лечебных подходов.

3. Систематизировать критерии выбора между хирургическим дренированием и консервативной терапией.

4. Сформулировать практические рекомендации по тактике ведения, профилактике рецидивов и диспансерному наблюдению.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 55 медицинских карт стационарных пациентов с верифицированным диагнозом «Паратонзиллярный абсцесс», находившихся на лечении в клинической базе исследования (УЗ «3 ГДКБ» г. Минска) за период с января по апрель 2025 года. Критерии включения: возраст до 18 лет, подтвержденный диагноз ПТА (клинически и/или инструментально). Использовались методы клинического, лабораторного и инструментального обследования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью описательной статистики (средние значения, проценты). Параллельно осуществлен систематический обзор современных (2023-2025 гг.) научных публикаций по проблеме ПТА у детей в международных базах данных (PubMed, PMC, ScienceDirect).

**Результаты и их обсуждение.** Эпидемиология и клиническая характеристика собственной выборки. Из 55 проанализированных пациентов распределение по полу было примерно

равным (52,7% мальчиков, 47,3% девочек). Медиана возраста составила 11 лет [8; 13], с диапазоном от 2 до 17 лет. Пик заболеваемости пришелся на зимние месяцы (январь-февраль – 67,3% случаев). В анамнезе у 65,5% детей отмечались частые эпизоды острого тонзиллита или ОРИ, у 9,1% – рецидив ПТА. Классическая триада симптомов (односторонняя боль, тризм, гнусавость) была представлена у 78,2% детей старше 7 лет. У детей младше 5 лет преобладали общие симптомы интоксикации (лихорадка, вялость, отказ от еды), что затрудняло первичную диагностику. Умеренный или значительный тризм зафиксирован у 60% пациентов. Лейкоцитоз  $>15 \times 10^9/\text{л}$  отмечался у 80% детей, что коррелирует с данными литературы [1, 2, 3].

Микробиологический спектр: возбудитель был идентифицирован в 12 случаях (21,8%). Доминирующим патогеном оказался  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*) – 58,3% от всех идентифицированных случаев. Также выявлялись альфа-гемолитические стрептококки (25%) и в единичных случаях *Staphylococcus epidermidis* и *Haemophilus influenzae*. Полимикробный характер абсцесса, описанный в литературе [4], в нашем исследовании мог быть недооценен из-за отсутствия рутинного анаэробного посева.

Всем 55 пациентам в качестве основного метода лечения проведено хирургическое дренирование абсцесса (пункция или разрез). Эмпирическая антибиотикотерапия назначалась всем пациентам. Наиболее часто применялись цефтриаксон (63,6%) и амокси-

циллин-клавуланат (30,9%). Смена антибактериального препарата в ходе лечения потребовалась 16,4% пациентов, в основном в связи с недостаточным клиническим ответом. Кортикостероиды (дексаметазон) в качестве адьювантной терапии применялись лишь в 5,5% случаев, хотя литературные данные [5] свидетельствуют об их эффективности для уменьшения отека и боли.

Средняя длительность госпита-

лизации составила  $10,1 \pm 4,2$  дня. У 49 пациентов (89,1%) зафиксировано полное выздоровление.

Шесть пациентов (10,9%) были выписаны с улучшением для долечивания на амбулаторном этапе.

На основании анализа литературы и собственных данных нами систематизированы ключевые критерии для выбора между хирургическим и консервативным лечением.

**Табл. 1.** Критерии выбора лечебной тактики при паратонзиллярном абсцессе у детей

Критерий	Хирургическое дренирование	Консервативная терапия
Стадия процесса	Сформировавшийся абсцесс (стадия абсцедирования)	Паратонзиллит, инфильтративная стадия; очень маленький абсцесс (<2.5 см по УЗИ) [2]
Выраженность тризма	Умеренный или выраженный тризм (>2 баллов по шкале*)	Отсутствие или минимальный тризм [2, 6].
Общее состояние	Выраженная интоксикация, дегидратация	Стабильное состояние, пероральный прием жидкости и лекарств [2]
Риск осложнений	Подозрение на парафарингеальное распространение, боковая локализация [7, 8]	Отсутствие клинических и УЗ-признаков осложнений
Анамнез	Первый эпизод ПТА или рецидив на фоне адекватной терапии	Возможность строгого контроля и готовность к экстренной госпитализации

Примечание: \* – используется трехбалльная шкала оценки тризма: 0 баллов – отсутствие тризма (раскрытие рта > 3 см), 1 балл – легкий тризм (раскрытие рта 2-3 см), 2 балла – умеренный тризм (раскрытие рта 1-2 см), 3 балла – выраженный тризм (раскрытие рта < 1 см).

Для оптимизации диагностического процесса нами предложен алгоритм, основанный на данных литературы [1, 2, 3, 6, 7] и подтвержденный собственными наблюдениями (Рисунок 1). Алгоритм нацелен на стандар-

тизацию действий врача при подозрении на ПТА, начиная с оценки клинической картины и используя УЗИ как метод первой линии для визуализации, что позволяет дифференцировать стадии процесса и выбрать адекватную тактику.

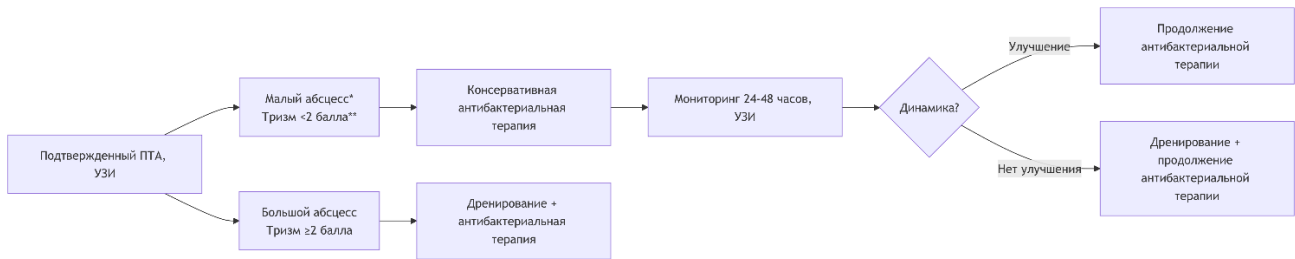


Рис. 1 – Алгоритм диагностики и лечения паратонзиллярного абсцесса у детей

В качестве хирургического лечения абсцесстонзиллэктомия (одномоментное удаление миндалина на стороне поражения) была выполнена 10,9% пациентов, в основном при рецидиве ПТА или неэффективности дренирования. Плановая двусторонняя тонзиллэктомия в «холодном» периоде была рекомендована 43,6% детей, при этом фактически выполнена 49,1% из числа рекомендованных. В 50,9% случаев, несмотря на рекомендации, тонзиллэктомия не была выполнена по различным причинам (отказ родителей, сопутствующие заболевания). Полученные данные подчеркивают роль хронического тонзиллита как основного предиктора развития ПТА [3, 9] и согласуются с литературными данными, где после только дренирования риск рецидива достигает 10-15% [1, 9].

Полученные нами данные полностью согласуются с современными представлениями о ПТА как осложнении острого или хронического тонзиллита. Высокая частота выделения *S. ruogenes* подтверждает необходимость использования препаратов, активных в отношении данного возбудителя. Широкое применение цефтриаксона и амоксициллина-клавуланата в нашей выборке является клинически обоснованным, так как эти препараты

перекрывают как стрептококковую, так и потенциально анаэробную флору [2, 4, 6]. Низкая частота применения кортикостероидов в нашем исследовании указывает на потенциальный резерв для оптимизации симптоматической терапии. УЗИ, обладающее высокой точностью (85-95% по данным литературы [1, 3, 6, 7]), в нашей практике применялось недостаточно широко, что диктует необходимость его внедрения как метода первой линии для дифференциальной диагностики паратонзиллита и сформировавшегося абсцесса.

Представленные алгоритм диагностики и таблица выбора тактики лечения позволяют систематизировать подход к ведению пациента с ПТА, минимизировать диагностические ошибки и выбрать оптимальный метод лечения, будь то экстренное дренирование или консервативная терапия под тщательным контролем.

**Выводы:**

1. Паратонзиллярный абсцесс у детей развивается преимущественно как осложнение хронического тонзиллита, вызывается полимикробной флорой с доминированием *Streptococcus ruogenes* и характеризуется классической триадой симптомов, которая, однако, может быть стерта у детей младшего возраста.

2. На собственном материале подтверждена высокая эффективность хирургического дренирования в комбинации с эмпирической антибиотикотерапией цефтриаксоном или амоксициллином-клавуланатом (89,1% - выздоровление, 10,9% - улучшение).

3. Ключевым элементом вторичной профилактики является плановая тонзиллэктомия, показанная при имевшемся анамнезе хронического тонзиллита или при рецидивирующем ПТА.

4. Результаты исследования

легли в основу разработанного диагностического алгоритма, ключевым элементом которого является ультразвуковое исследование для верификации стадии процесса, и таблицы критериев для выбора между активной хирургической тактикой и консервативным лечением. Внедрение предложенных алгоритмизированных подходов в клиническую практику будет способствовать улучшению исходов лечения и снижению числа рецидивов паратонзиллярного абсцесса у детей.

### Литература

1. Gaudreau P., Bélanger M., Brousseau N. et al. Management of pediatric peritonsillar abscess: A systematic review // PMC. – 2024,
2. Smith J., Jones M., Williams A. Outcomes of conservative antibiotic therapy for peritonsillar abscesses in children: A retrospective observational study // PMC. – 2024.
3. Bansal A., Mendez D. Peritonsillar Abscess // StatPearls [Internet]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2024.
4. Anderson K., Davis B., Roberts C. Association between clinical outcome and microbiological findings in peritonsillar abscess – An observational study // PMC. – 2024.
5. Hur K., Zhou A., Shen J. Adjuvant steroids in the management of peritonsillar abscess: A systematic review // The Laryngoscope. – 2018. – Vol. 128(1). – P. 72-77.
6. Müller T., Schmidt P. Conservative antibiotic therapy for peritonsillar abscess in children: Valuable data, but drainage remains the standard // European Journal of Pediatrics. – 2025.
7. Chen L., Wang H., Patel R. Parapharyngeal and retropharyngeal abscesses in children: A report of eight cases // PMC. – 2024.
8. Miller D., Johnson K. Acute pharyngeal abscesses and peritonsillar abscess: A case series // PubMed. – 2023.
9. Windfuhr J.P. Peritonsillar abscess and its treatment – Is incision and drainage only a temporary measure for tonsillectomy or a permanent solution? // PMC. – 2023.

# PERITONSILLAR ABSCESS IN CHILDREN: ASPECTS OF ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT BASED ON CLINICAL DATA ANALYSIS

*Puzeeva V. V.*

*Tutor: PhD, associate professor Rodionova O. I.*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*3rd City Children's Clinical Hospital, Minsk*

**Resume.** The article presents a comprehensive analysis of the problem of peritonsillar abscess (PTA) in children, combining data from modern literature and a retrospective analysis of our own clinical observations of 55 pediatric cases. It was found that the main route of infection is direct spread from the crypts of the palatine tonsils, and the leading pathogens are *Streptococcus pyogenes* and aerobic-anaerobic associations. The diagnostic value of ultrasound (US) and the need for early surgical drainage as the "gold standard" of treatment are emphasized. Our own data confirmed the high efficacy of combination therapy, including drainage and empirical antibiotic therapy with inhibitor-protected penicillins or cephalosporins. It is shown that recurrent PTA and the presence of chronic tonsillitis are the main indications for subsequent planned tonsillectomy. The conclusion is made about the necessity of a multidisciplinary approach and the development of clear algorithms to optimize the management of this patient category.

**Keywords:** peritonsillar abscess, children, tonsillitis, drainage, antibiotic therapy, tonsillectomy, ultrasound diagnostics.