

## Клинические рекомендации.

### Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглочный абсцесс.

Целью подготовки данных клинических рекомендаций является систематизация представлений об этиологии, патогенезе, методах диагностики и лечения осложнений воспалительных заболеваний глотки, а также выработки единого лечебно-диагностического алгоритма действий при оказании медицинской помощи на всех ее этапах.

Воспалительные заболевания глотки, в том числе первичные тонзиллиты по уровню заболеваемости занимают одно из первых мест в оториноларингологии. Практически 75 % населения хотя бы единожды переносят острый тонзиллит. Заболеваемость ангиной среди жителей крупных городов достигает уровня 40 случаев на 1000 жителей. Большая распространенность этой группы заболеваний, относительная легкость клинического течения и обилие рекламы лекарственных средств для лечения заболеваний глотки в средствах массовой информации, подчас провоцируют пациентов лечиться самостоятельно.

Несмотря на то, что в большинство случаев острых и обострений хронических заболеваний глотки незначительно влияют на общее состояние пациента, и они могут лечиться амбулаторно, часть воспалительных заболеваний глотки заканчивается развитием грозных осложнений, требующих экстренной госпитализации пациентов для экстренного хирургического вмешательства а, порой, и интенсивной терапии.

Эффективным средством специфической профилактики грозных осложнений воспалительных заболеваний глотки является своевременное и рациональное лечение с применением современных антибактериальных и противомикробных препаратов с учетом особенностей жизненного цикла патологических микроорганизмов на поверхности слизистой оболочки ВДП. Неспецифической профилактикой осложнений является общее укрепление организма, рациональное питание, рациональное чередование режимов труда и отдыха, соблюдение общепринятых норм гигиены, своевременная санация полости рта.

Наиболее часто осложнения воспалительных заболеваний глотки возникают в группе молодых пациентов в возрасте 15-40 лет, что связано с особенностями иммунного реагирования на внедрение патогена.

Осложнения воспалительных заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца имеют тяжелое течение, требуют комплексного лечения, включая хирургическое, нередко могут быть вызваны микроорганизмами устойчивыми к антибактериальным и антимикробным препаратам. Тяжелые формы гнойно-воспалительных заболеваний глотки, осложненные образованием абсцессов клетчаточных пространств глотки и шеи, сопровождаются выраженными нарушениями функции важных органов и систем организма, присущими

генерализованным гнойно-септическим процессам. Лечение подобных тяжелых форм заболеваний, как правило, требует вовлечения большого объема фармакологических, материально-технических и кадровых ресурсов, и даже в случае рационального и своевременного лечения не всегда приводит к полному выздоровлению пациента, требует проведения длительного восстановительного лечения.

Группа абсцессов глотки включает в себя несколько нозологических форм гнойно-воспалительных заболеваний глотки, отличающихся между собой стадией развития воспалительной реакции тканей и анатомо-топографической локализацией и распространенностью патологического процесса.

По анатомической локализации абсцессы глотки подразделяются на:

- паратонзиллярный абсцесс;
- парафарингеальный абсцесс;
- заглоточный абсцесс.

По фазе развития патологической воспалительной реакции на:

- отечную;
- инфильтративную;
- абсцедирующую.

В целом, эти фазы выступают как стадии единого патологического процесса, завершающегося формированием абсцесса.

На поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей, в частности глотки, микроорганизмы существуют, как правило, в составе биопленок. Особенности взаимодействия организма хозяина и микробов в биопленках играют определяющую роль в развитии патологического процесса. Для бактерий в биопленке установлено, что они устойчивы к факторам иммунной защиты, вырабатывают и освобождают эндотоксины. Еще одной характерной особенностью микроорганизмов в составе биопленок является возможность активно обмениваться генетической информацией и выживать в присутствии антибиотиков. Эти факторы являются определяющими для появления микроорганизмов с новыми патогенными свойствами, в том числе антибиотикорезистентных штаммов.

Соответственно эффективность антибактериальных препаратов применяемых при воспалительных заболеваниях глотки будет определяться не только активностью в отношении отдельных изолированных микроорганизмов, но и способностью проникать в биопленки.

Однако, складывается впечатление, что у части пациентов в силу тех или иных причин антибактериальные препараты, в большей степени, действуют на изолированные клетки бактерий и в меньшей проникают в структуры биопленки. Так можно объяснить неполную эрадикацию патогена, несмотря на проводимое лечение, а лишь создание барьера к

образованию новых биопленок. Соответственно из этих пациентов будет формироваться группа «хронических» и «рецидивирующих» больных.

Следуя вышесказанному, можно рассматривать несколько основных версий патогенеза развития абсцессов глотки. Нарушение естественных тканевых барьеров ведет к вовлечению в воспалительную реакцию подлежащих тканей глотки. Попадание продуктов жизнедеятельности микробов и отдельных микробных тел в лимфатические коллекторы приводит к возникновению не только иммуногенной, но воспалительной реакции в регионарных лимфатических узлах с дальнейшим их гнойным расплавлением. Показано, что существует возможность расселения биопленок за счет отделения отдельных клеток или частей биопленки. Отделение части биопленки может привести к распространению инфекции в кровяном русле.

Значение этиологического микробного фактора при формировании абсцессов глотки безусловно будет иметь значение при выборе антибактериальных препаратов. В посевах из полостей абсцессов могут быть идентифицированы различные виды грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria* spp., *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp.).

Рассмотрим варианты глоточных абсцессов, лечением которых занимаются врачи-оториноларингологи.

Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс занимают первое место среди гнойных процессов глотки и являются следствием распространения острого воспалительного процесса с небных миндалин на паратонзиллярную клетчатку и окружающие ткани, характеризуется их воспалительной инфильтрацией (одно- или двухсторонней). Данные состояния являются наиболее частым осложнением острого или обострения хронического тонзиллита. Воспаление развивается в рыхлой соединительной ткани с вовлечением щечно-глоточной фасции, верхнего констриктора глотки и его фасции. Паратонзиллит может возникать первично или вторично, как осложнение катаральной, фолликулярной или лакунарной ангины, вследствие травмы глотки инородным телом, одонтогенного процесса.

Клиническая картина при паратонзиллярном абсцессе зависит от локализации и стадии воспаления. В подавляющем большинстве случаев развивается передневерхний паратонзиллярный абсцесс (90% случаев), процесс чаще односторонний.

Появляются симптомы выраженной интоксикации, обусловленные общей реакцией организма. Температура тела повышается до 38-39°C, озноб, общая слабость, головная боль, увеличиваются и становятся болезненными при пальпации региональные лимфатические узлы, выявляются воспалительные изменения в анализах крови. Больные жалуются на боли в горле,

иррадиирующие в ухо, обильная саливация, тризм жевательных мышц, который связан с вовлечением в процесс глоточных мышц и связок. Может нарушаться функция мягкого неба, вследствие чего может появиться открытая гнусавость. При высокой интенсивности болевого синдрома пациенты могут принимать вынужденное положение с наклоном головы вперед и в большую сторону. При мезофарингоскопии выявляется асимметрия зева, воспалительная инфильтрация, гиперемия, отек небных дужек, мягкого неба и язычка, медиальное смещение одной из миндалин, ограничение открывания рта.

Гораздо реже (примерно 10% случаев) наблюдается задний паратонзиллярный абсцесс. Клиническая картина его имеет много сходного с абсцессом передневерхней локализации в части общих симптомов. Однако местные проявления будут иметь свои особенности. Тризм отсутствует, локализация гноя ограничивается задней небной дужкой, что определяет потенциальную опасность возникновения отека гортани с последующим стенозом.

Нижний паратонзиллярный абсцесс встречается достаточно редко (не более 0,5% случаев) и его развитие, как правило, связано с одонтогенной причиной. Абсцесс располагается за нижней третью небной дужки между небной и язычной миндалиной. При фарингоскопии отмечается асимметрия зева за счет инфильтрации небно-язычной дужки и нижнего полюса миндалины, при этом верхние отделы остаются практически интактными. Отмечается резкая болезненность при надавливании на корень языка. Может отмечаться реактивный отек гортани с вовлечением язычной поверхности надгортанника.

Диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины и данных мезофарингоскопии. Дополнительного инструментального или лабораторного подтверждения диагноза обычно не требуется.

В плане обследования пациента обязательно назначаются клинические исследования крови в динамике, общий анализ мочи, с целью определения степени выраженности общей реакции организма на инфекционно-воспалительный процесс, электрокардиография. Проводятся бактериологические исследования посевов из зева и исследование чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Иные лабораторные исследования проводятся по показаниям, с учетом выраженности системных реакций организма на течение гнойно-воспалительного заболевания и своевременного выявления возможных осложнений.

*Лечение* – выбор хирургического разреза определяется локализацией воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке. Операция проводится под местной аппликационной анестезией. При переднееверхнем абсцессе вскрытие проводят либо через небно-язычную дужку в типичном месте, либо в месте наибольшего выбухания. Задний паратонзиллярный абсцесс рекомендуют дренировать через заднюю небную дужку, отступая 0,5 см от ее края.

При вскрытии нижнего паратонзиллярного абсцесса разрез тканей осуществляется в нижней части небно-язычной дужки. Техника вскрытия паратонзиллярных абсцессов должна предусматривать обильное кровоснабжение данной области ветвями крупных артерий, поэтому рекомендуется рассечение тканей проводить вдоль хода сосудов и на небольшую глубину (0,5-1,0 см), а далее корнцангом, раздвигая ткани проводить вскрытие абсцессов, дабы исключить возможность травмирования крупных артериальных стволов. После вскрытия абсцессов проводятся полоскания глотки растворами антисептиков (фурациллин, риванол, хлоргексидин, и др.), рекомендуется проводить повторное раскрытие краев разреза в связи с тем, что в первые сутки после вскрытия в полости абсцесса снова может накопиться гной, а края рассеченной слизистой оболочки быстро начинают регенерировать. После дренирования полости абсцесса воспалительные изменения в глотке претерпевают обратное развитие, нормализуется температура тела, исчезают боли при глотании, улучшается общее самочувствие.

В комплексном лечении паратонзиллярных абсцессов применяются антибактериальные препараты, противовоспалительные средства, десенсибилизирующие препараты. При выраженной общей интоксикации рекомендуется проведение инфузионной и дезинтоксикационной терапии.

Антибактериальные препараты:

МНН	Частота предоставления	Единицы измерения	СДД	СКД
Амоксициллин + Клавулановая кислота	0,400	г	3	21
Цефазолин	0,050	г	4	40
Цефтриаксон	0,100	г	2	14
Цефутоксим	0,050	г	4,5	45
Цефотаксим	0,100	г	2	14
Цефтазидим	0,050	г	2	20
Левифлоксацин	0,100	мг	500	3500
Кларитромицин	0,100	г	1	7
Азитромицин	0,100	мг	250	1500
Имипенем + Циластатин	0,010	мг	2000	10000
Меропенем	0,010	г	3	15
Амикацин	0,010	мг	600	4200
Метронидазол	0,500	мг	1500	7500
Флуконазол	0,300	мг	100	700

НПВС системного действия:

МНН	Частота предоставления	Единицы измерения	СДД	СКД
Диклофенак	0,300	мг	50	50
Ибупрофен	0,300	г	1,6	1,6
Кеторолак	0,200	мг	40	40
Парацетамол	0,200	г	4	20

Антигистаминные средства:

МНН	Частота предоставления	Единицы измерения	СДД	СКД
Цетиризин	0,300	мг	10	30
Лоратадин	0,300	мг	10	140
Дифенгидрамин	0,200	мг	50	500
Хлоропирамин	0,200	мг	40	40
Дезлоратадин	0,200	мг	5	75

Средства, применяемые местно при лечении воспалительных заболеваний глотки:

Кетопрофен	0,300	мг	160	800
Бензидамин	0,100	мг	12	84
Амилметакрезол + Дихлорбензиловый спирт	0,050	мг	3,6	18
Бензоксония хлорид + Лидокаин	0,100	мг	10	50
Бензокаин + Цетилпиридиния хлорид	0,050	мг	6	42
Аллантоин + Повидон-Йод		мг	40	425
Бензокаин + Хлоргексидин	0,100	мг	30	150
Гексэтидин	0,200	мг	2	10
Биклотимол	0,100	г	0,07	0,37
Грамицидин С + Оксibuпрокаина гидрохлорид + Цетилпиридиния хлорид	0,100	мг	12	84
Фузафунгин	0,200	мг	2	20

*Парафарингеальный абсцесс (флегмона).* Обычно, течение паратонзиллярного абсцесса заканчивается выздоровлением, однако при высокой вирулентности патогенной флоры и ослаблении защитных сил организма может развиваться абсцесс парафарингеального пространства. Из паратонзиллярной клетчатки инфекция проникает через верхний сжиматель глотки в парафарингеальное пространство. Чаще всего парафарингеальный абсцесс имеет тонзиллогенную природу, но воспаление парафарингеальной клетчатки может возникать также вследствие одонтогенной причины, при травмах глотки инородным телом, при гнойном паротите или как следствие верхушечного мастоидита.

Состояние пациента тяжелое, фебрильная лихорадка, выраженная общая интоксикация, значительные воспалительные изменения со стороны крови. Больные жалуются на резко выраженные боли в горле, затруднения при глотании, слюнотечение, тризм жевательной

мускулатуры, иногда нарушение дыхания из-за возможного реактивного отека гортани, вынужденное положение головы (шею старается держать неподвижно, с наклоном в больную сторону). При фарингоскопии отмечается затруднение открывания рта, обложенный язык, гиперемия и отечность небных дужек, специфический ихорозный запах изо рта, выпячивание боковой стенки глотки на стороне поражения. При осмотре определяется напряженность тканей шеи по переднебоковой поверхности и(или) в области угла нижней челюсти и зачелюстной ямке за счет отека и инфильтрации; при пальпации инфильтрат плотный и болезненный, флюктуации, как правило, определить не удается. Иногда инфильтрат распространяется вниз по переднему краю кивательной мышцы.

Парафарингеальный абсцесс (флегмона) нередко осложняется медиастинитом, сепсисом, тромбозом яремной вены, кавернозного синуса, менингитом, аррозивным кровотечением из магистральных сосудов шеи.

Для установления диагноза в типичном случае достаточно имеющихся клинических симптомов, развития септического состояния с указанием в анамнезе на наличие признаков острого тонзиллита или паратонзиллярного абсцесса. Дополнительные методы лабораторной и инструментальной диагностики применяются по показаниям для уточнения степени выраженности общей воспалительной реакции, стадии воспалительного процесса и его распространенности с учетом возможных осложнений. У пациентов со стертой клинической картиной в дополнение к общелабораторным исследованиям применяют методы визуализации анатомических образований шеи. Одностороннее расширение парафарингеального пространства, установленное с помощью лучевых методов или с помощью ультразвуковой диагностики помогает верифицировать диагноз.

*Лечение.* На фоне интенсивной противовоспалительной, инфузионной терапии, медикаментозной коррекции различных видов обмена производится срочное хирургическое вмешательство - вскрытие абсцесса. При тонзиллогенном парафарингеальном абсцессе выполняют тонзиллэктомию, опорожняют паратонзиллярный абсцесс, затем вводят в миндаликовое ложе корнцанг, и, раздвигая мышечные волокна верхнего сжимателя глотки, вскрывают парафарингеальный абсцесс. Если у больного с тонзиллогенным парафарингеальным абсцессом возникает аррозивное кровотечение, показаны обнажение шейного сосудистого пучка, наложение провизорной лигатуры на общую сонную артерию, перевязка наружной сонной артерии, тонзиллэктомия (односторонняя абсцесстонзиллэктомия, как правило, так как удаление второй небной миндалины увеличило бы травму тканей).

При парафарингеальной флегмоне, осложненной менингитом, сепсисом, медиастинитом, необходимо вскрытие окологлоточного пространства наружным разрезом по переднему краю кивательной мышцы. Этот доступ дает возможность широко ревизовать парафарингеальную

клетчатку до основания черепа, шейный сосудистый пучок и шейный отдел средостения.

*Заглочный абсцесс.* Гнойное воспаление клетчатки и лимфатических узлов заглочного пространства. Данное заболевание встречается преимущественно в раннем детском возрасте в результате нагноения заглочных лимфатических узлов, причиной которого является аденоидит или острый тонзиллит. Заглочные лимфатические узлы, расположенные по обе стороны от средней линии глотки редуцируются к 3-4 летнему возрасту. Крайне редко заглочный абсцесс встречается у взрослых после травмы задней стенки глотки инородным телом или как следствие воспалительного процесса в позвоночнике, ухе, основании черепа, околоушной слюнной железе. Заглочные абсцессы могут распространяться на уровне носовой, ротовой или гортанной части глотки или захватывать сразу несколько ее отделов, вызывая соответствующие функциональные нарушения (нарушение дыхания, нарушение глотания, гнусавость).

Для заглочного абсцесса характерно острое, реже постепенное начало, связанное с инфекцией (ОРВИ, острый аденоидит, детские инфекционные заболевания, острый средний отит). Болеют, как правило, дети до 3-х лет, страдающие рахитом, гипотрофией, расстройствами питания. У больных отмечается вынужденное положение головы (наклон назад и в больную сторону), нарушение глотания, шумное, хрипящее дыхание, гнусавый голос, возможны явления дисфагии, повышение температуры тела, увеличение и болезненность регионарных шейных лимфатических узлов (челюстных и переднешейных). Характерным признаком формирования заглочного абсцесса является отсутствие сильных болей в горле и тризма.

При фарингоскопии определяется багрово-красное выпячивание задней стенки глотки справа или слева от средней линии, иногда с обеих сторон при ощупывании пальцем или шпателем определяется флюктуация, небные дужки и миндалины интактны.

При локализации абсцесса в носоглотке имеется резкое нарушение носового дыхания, закрытая гнусавость, обильное выделение слизи из носа, при фарингоскопии определяется смещение мягкого неба кпереди, флюктуирующий инфильтрат задней стенки глотки не всегда виден, мягкое небо приподнять шпателем или исследовать заднюю стенку носоглотки с помощью пальпации.

При локализации абсцесса в гортаноглотке более выражены признаки стеноза - дыхание резко затруднено, хрипящее, преимущественно затруднен вдох, глотание невозможно, голова запрокинута назад, во рту и ротоглотке большое количество слюны, флюктуирующий инфильтрат задней стенки гортаноглотки определяется при пальпации или ларингоскопии.

Для установления диагноза необходимы фарингоскопия, пальцевое исследование глотки и рентгенография шеи. Дифференциальный диагноз заглочного абсцесса следует проводить



с инородным телом гортаноглотки и туберкулезным спондилитом шейных позвонков, заболеваниями слюнных желез и другими абсцессами глотки и окологлоточными опухолями.

Заглочные абсцессы могут распространяться в заднее средостение, распространяться в стороны, обуславливая развитие глубоких флегмон шеи и аррозивных кровотечений. Наличие заглочного абсцесса опасно также в связи с возможностью развития сепсиса и асфиксии вследствие сдавления дыхательных путей или аспирации гноя при спонтанном прорыве.

*Основным методом лечения является хирургическое вскрытие абсцесса через полость рта* на фоне противовоспалительной и инфузионной терапии. С целью профилактики аспирации гноя перед вскрытием абсцесса проводят его пункцию и аспирацию гнойного отделяемого. Больного фиксируют как перед удалением инородного тела из носа, шпателем удерживают язык, остроконечным скальпелем, лезвие которого следует обернуть лейкопластырем на расстоянии 0,5 см от конца, производят прокол и вертикальный разрез абсцесса сверху вниз в месте наибольшего выпячивания; линия разреза должна отстоять от средней линии глотки не более чем на 1,5 см. Гной из разреза, моментально заполняющий ротоглотку, удаляют электроотсосом, наклонив больного головой вниз. Затем корнцангом под контролем лобного рефлектора или локального «холодного» освещения окончательно опорожняют полость абсцесса и снова аспирируют гной. На следующий день после операции проводят разведение краев разреза, и удаление гноя повторяют. Хирург должен быть готов к наложению трахеостомы в случае распространения реактивного отека в гортаноглотку.

Опасность развития тяжелых метатонзиллярных осложнений у пациентов, перенесших острый тонзиллит, требует настороженности врача. Выписка пациентов должна проводиться не ранее пятого-седьмого дня после нормализации температуры тела. Выздоровление пациента может быть установлено только после нормализации основных показателей в анализе крови, общем анализе мочи и ЭКГ. Если на момент обследования имеются какие-либо отклонения в анализах, выписку пациента задерживают.

Генерализации тонзиллогенной инфекции способствуют различные факторы, ведущие к срыву иммунореактивности и формированию вторичных иммунодефицитных состояний (диабет, хронические вирусные инфекции, лечение кортикостероидами или другими препаратами). В группе данных больных клинические признаки абсцессов глотки может протекать в стертой форме, с минимальными локальными симптомами и незначительными воспалительными изменениями со стороны крови. При лечении таких пациентов нужно быть очень настороженным в плане раннего развития осложнений абсцессов глотки, каких как *тонзиллогенный медиастинит*, который возникает как результат уже рассмотренных состояний вследствие распространения гнойного процесса по клетчатке, расположенной по ходу сосудисто-нервного пучка шеи, на клетчатку средостения. А также *тонзиллогенный*

*сепсис* - самое тяжелое из осложнений острых заболеваний глотки.