

*В.Н. ГИНЬКУТ, Н.Г. МИРОНЕНКО*

## **ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ И ПАРАФАРИНГЕАЛЬНЫЙ АБСЦЕССЫ ЧЕРЕЗ 15 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ**

*Каф. оториноларингологии (зав. – засл. деятель науки и техники Украины,  
проф. С.К. Боенко) ФИПО Донецк. нац. мед. ун-та им. М.Горького  
(ректор – чл.-кор. НАМН Украины, проф. Ю.В. Думанский);  
Ин-т неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН  
Украины (директор – акад. В.К. Гринь)*

Парафарингеальный абсцесс относится к сравнительно редким, но тяжёлым и опасным заболеваниям [2]. Наиболее частой причиной инфицирования окологлоточного пространства является прогрессирующее течение паратонзиллита, вторичные осложнения ангины, обострение хронического тонзиллита, одонтогенные процессы [3, 5].

Успех лечения таких больных зависит от ранней диагностики, раннего хирургического вмешательства в сочетании с адекватным консервативным лечением [1, 4].

В доступной нам литературе описания парафарингеального абсцесса через много лет после удаления небных миндалин мы не нашли.

В связи с этим приводим собственное наблюдение.

Больная П., 33 лет, история болезни № 338, обратилась к ЛОР-врачу 02.02.2012 г. с жалобами на сильные боли в правой половине глотки, отдающие в правое ухо и правую половину шеи, болезненное и затруднённое глотание, повышение температуры тела до 37,80С.

Со слов пациентки, заболела она 2 дня назад после того, как «промочила ноги». Лечилась самостоятельно (полоскала горло раствором соды, рассасывала декатилен), но без эффекта.

Из анамнеза выявлено, что 15 лет назад по поводу хронического декомпенсированного тонзиллита больная перенесла плановую поднархозную тонзиллэктомию. В последующие годы ангинами она не болела.

02.02.12 г. пациентка была осмотрена врачом-инфекционистом, взяты мазки на *Corynebacterium diphtheriae*.

Обследуемая была госпитализирована в стационар с диагнозом: правосторонний паратонзиллит.

Объективно при поступлении состояние больной средней тяжести. Температура тела - 38,00С.

В правой подчелюстной области пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта - свободное, изо рта отмечается неприятный запах.

При фарингоскопии определяется умеренная инфильтрация и гиперемия правой задней небной дужки, в области нижнего полюса справа – остатки лимфоидной ткани, налётов нет.

Начата интенсивная терапия: внутривенно медленно введено 400 мг (100 мл) бигафлона, 200 мл реосорбилакта с 4 мг дексаметазона, 100 мл метрогила, внутримышечно – 25 мг денебола.

Несмотря на проводимое лечение, состояние продолжало ухудшаться, боли в горле усилились, нарастал отёк слизистой оболочки правой половины глотки.

03.02.12 г. возник отёк правой зачелюстной области с переходом на правую подчелюстную область. Появился тризм. Голос стал сдавленным. При осмотре ротовой части глотки определяется увеличение инфильтрации правой задней небной дужки с переходом на правую боковую стенку

глотки. Валикообразная отёчность распространяется на правую боковую стенку гортанной части глотки.

Поставлен диагноз: правосторонний паратонзиллярный (ретротонзиллярный) абсцесс.

Немедленно произведено вскрытие абсцесса в области нижней трети правой задней нёбной дужки, получено около 1 мл жидкого зловонного гноя.

Несмотря на это, пастозность тканей шеи не уменьшалась. Температура тела в течение суток оставалась фебрильной.

Сохранялась резкая боль в горле справа, усилился тризм жевательной мускулатуры. Имела место инфильтрация и резкая болезненность при пальпации правой боковой поверхности шеи. Были увеличенными и болезненными лимфатические узлы.

04.02.12 г. отёк правой половины шеи увеличился. Голос у пациентки стал невнятным. Появилась диффузная болезненная инфильтрация тканей в области угла нижней челюсти. Определялась инфильтрация и резкая болезненность при пальпации боковой поверхности шеи по ходу жевательной мышцы. При осмотре ротовой части глотки обнаружено уплотнение её правой боковой стенки. В гортанную часть глотки спускалось валикообразное уплотнение.

При непрямой ларингоскопии определялся стекловидный отёк и гиперемия правой боковой стенки гортанной части глотки с переходом на черпаловидный хрящ и правую черпало-надгортанную складку.

Диагноз: правосторонний парафарингеальный абсцесс.

Через тонзиллярную нишу в месте наибольшего выпячивания осторожно, расщепляя мышечные волокна и глоточную фасцию, тупым путём с помощью щипцов Гартмана было произведено вскрытие и дренирование абсцесса. Получено около 10 мл жидкого зловонного гноя.

Уже через 2 ч после операции состояние больной улучшилось, боли в горле стихли, отёчность шеи уменьшилась.

На следующий день температура тела нормализовалась, пациентка почувствовала себя гораздо лучше, начала принимать пи-

щу. У неё улучшился голос, глотание стало свободным.

Больная продолжала получать меропенем по 1,0 внутривенно 2 раза в сутки, реосорбилакт – 200 мл внутривенно капельно 2 раза в день с 16 мг дексаметазона, метрогил – 100 мл внутривенно капельно 2 раза в сутки, L-лизина эсцинат – 10 мл на 100 мл физраствора внутривенно капельно 1 раз в день, лазикс внутримышечно, полоскания глотки «Гивалексом».

Результаты обследования: при рентгенографии ОГК от 20.04.11 г. легочные поля ювелирные.

ЭКГ от 03.02.12 г.: без особенностей.

Анализ крови от 03.02.12 г.: эр. – 4,4 Т/л; Нв – 132 г/л; ц.п. – 0,9; тр. – 256 г/л; л. – 7,2 г/л; эоз. – 2; п. – 3, с. – 63; лимф. – 28; мон. – 4; СОЭ – 8 мм/ч.

Анализ крови от 06.02.12 г.: эр. – 4,0 Т/л; Нв – 123 г/л; ц.п. – 0,9; тр. – 68%; л. – 6,9 Г/л; эоз. – 1, п. – 2, с. – 77, лимф. – 17; мон. – 3; СОЭ – 13 мм/ч. Свёртываемость – 13-14 мин, длит. кровотеч. – 1 мин.

Анализ крови на сахар от 03.02.12 г.: 4,2 ммоль/л.

Анализ мочи от 03.02.12 г.: белка, сахар нет, эпителий – небольшое количество, лейкоциты – 1-4 в поле зрения.

Фарингоскопические показатели постепенно нормализовались. Больная выписана из отделения на 13-е сутки с выздоровлением.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с необычайно большим сроком развития паратонзиллярного абсцесса, возникшего после планового удаления нёбных миндалин.

Заслуживает внимания стремительное развитие заболевания и раннее абсцедирование окологлоточной клетчатки.

Несмотря на септическое состояние, анализы крови у пациентки оставались нормальными. Это, возможно, связано с нераспознанным нами иммунодефицитом.

К счастью, удалось своевременно вскрыть парафарингеальный абсцесс внутривенным способом, что способствовало благоприятному исходу болезни.

1. Бобров В.М. Хирургическое лечение острого парафарингита // Вестн. оториноларингологии. – 2004. – № 3. – С. 40-42.
2. Григорьев Г.М., Абдулкеримов Х.Т., Мальцев С.А. Об ошибках при распознавании и лечении боковых флегмон глотки и шеи // Рос. оториноларингология. – 2009. – № 2. – С. 56-60.
3. Харьковский А.В., Харьковский В.К. Паратонзиллярный абсцесс, осложненный флегмоной шеи, медиастинитом и торакоабдоминальным синдромом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2011. – № 5. – С. 63-64.
4. Badran K., Karkos P.D., Acharya M., Daud A. Transsillar drainage of parapharyngeal abscess // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2006. – Vol. 1, N 263 (1). – P. 49-52.
5. Powell J., Wilson J.A. An evidence based review of peritonsillar abscess // Clin. Otolaryngol. – 2012. – Vol. 2, №9. – P. 101-111.

Поступила в редакцию 15.03.12.

© В.Н. Гинькут, Н.Г. Мироненко, 2012