

ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС ДВУХЛЕТНЕЙ ДАВНОСТИ

Каф. оториноларингологии (зав. – Засл. деятель науки и техники Украины, проф. С.К. Боечко) УНИПО Донецкого нац. мед. ун-та им. М. Горького (ректор – чл.-кор. НАМН Украины, проф. Ю.В. Думанский) и КМУ «Клиническая Рудничная больница» г. Макеевки (глав. врач – О.М. Таушан)

Перитонзиллярный абсцесс обычно представляет собой грозное осложнение хронического тонзиллита или ангины [1, 2, 5]. Пиогенные бактерии проникают в околоминдаликовую клетчатку из глубоко расположенных в ткани миндаины и нагноившихся фолликулов или из глубоких лакун, достигающих капсулы нёбной миндаины, и вызывают там воспаление с образованием гнойника [6, 8, 9].

Анатомические особенности нёбных миндалин, наличие в надминдаликовой ямке слизистых желез Вебера, а в толще мягкого нёба лимфаденоидной ткани с ветвящейся криптой (sinus Tourtiale) создают реальные условия для формирования гнойно-воспалительных очагов, скопления детрита в лакунах и нарушения их дренажа, замедления репаративных процессов и распространения деструктивных изменений на паратонзиллярную клетчатку [7].

Кроме того, причиной развития перитонзиллярного абсцесса могут быть аллергические заболевания, сопровождающиеся образованием травматических участков в ткани нёбных миндалин [3].

К числу провоцирующих факторов, вызывающих перитонзиллярный абсцесс, причисляются также очаги инфекции слизистой оболочки полости рта (гингивит), стоматологические заболевания (пародонтоз).

Другими факторами риска, провоцирующими нагноение околоминдаликовой клетчатки, являются курение, инфекционные заболевания (мононуклеоз), болезни крови (хронический лимфобластный лейкоз), калькулезные отложения солей каль-

ция в миндалинах, травмирование слизистой оболочки глотки инородными телами, недостаточное лечение при начальной стадии болезни [7, 8, 10].

Обычно больной, только что перенесший ангину и уже выздоравливающий, начинает опять жаловаться на нарастающие боли при глотании, чаще с одной стороны, у него вновь повышается температура тела, и все явления ангины, но в более резкой форме возобновляются [6, 9].

Резко покрасневшая одна половина мягкого нёба начинает инфильтроваться, закрывает постепенно миндалину и смещает отёчный язычок в противоположную сторону. При этом боль выражена сильнее, чем при банальной ангине. Она ощущается пациентом даже в спокойном состоянии, принимает острый, колющий характер и, как правило, иррадирует в ухо. Кроме того, боль усиливается при глотании и кашле. Наблюдается усиленное отделение слюны и вязкой слизи, отхаркивание которой сопровождается резкой болезненностью. В связи с этим больной не может очистить полость рта и глотки, у него появляется неприятный запах изо рта. Пациент с трудом раскрывает рот и вынужденно держит голову неподвижно, наклонённой в больную сторону. Шейные и подчелюстные лимфатические узлы при этом увеличиваются. Из-за почти полной неподвижности отёчного мягкого нёба голос становится гнусавым и невнятным. Больные с трудом принимают пищу, иногда при попытках проглотить жидкость последняя вытекает из носа [3, 4, 11].

Другими симптомами, характерными для перитонзиллярного абсцесса, являются озноб, лихорадка и тоническое сокращение жевательных мышц нижней челюсти (тризм), а изредка и мышечного массива шеи (кривошея) [9, 11].

Абсцессы могут развиваться в самой миндалине, но чаще они локализуются в околоминдаликовой клетчатке сверху или позади миндалины. Абсцессы могут также располагаться в клетчатке и у нижнего полюса миндалины, а иногда кнаружи от миндалин. Абсцессы, развивающиеся в самой миндалине, обычно не достигают больших размеров, так как строение миндалины, пронизанной глубокими лакунами, облегчает их вскрытие в одну из лакун.

Передневерхний (супратонзиллярный) околоминдаликовый абсцесс наблюдается наиболее часто. Он образуется между передневерхней поверхностью нёбной дужки и миндалиной. Здесь заложено наибольшее количество легко инфицируемой со стороны миндалины рыхлой клетчатки. Кроме того, причиной частого развития передневерхнего перитонзиллярного абсцесса является образование у верхнего полюса глубоких лакун и сращений, благоприятствующих задержке инфицированного их содержимого [4, 10].

Диагностика перитонзиллярного абсцесса может быть произведена на основании анамнеза и визуального осмотра. Во время фарингоскопии врач даже при незначительной односторонней отёчности и покраснении слизистой оболочки вокруг нёбной миндалины уже должен предположить наличие перитонзиллярного абсцесса. Абсцесс проявляется гиперемией, припухлостью, напряжением и выпячиванием миндалины в полость зева. Затруднение дыхания отмечается редко. Сглаженные, выпирающие в одном месте контуры сильно покрасневшей миндалины указывают на место образования гнойника.

Кроме визуального осмотра, отоларинголог может произвести пальпаторное исследование – аккуратно ощупать зондом очаг воспаления в перитонзиллярной области, в предполагаемом месте вскрытия абсцесса.

Вскрытие абсцесса, которое не представляет особого труда, производится скальпелем. Иногда гнойник вскрывается само-

произвольно через переднюю дужку либо опорожняется вверх через миндалину или через надминдаликовую ямку. Реже абсцесс вскрывается через одну из лакун [9, 10, 11].

Но иногда заболевание развивается исподволь, принимает латентное течение и не имеет чёткой симптоматики. Такая патология требует вдумчивых действий врача.

Приводим собственное наблюдение.

Больная С., 51 год, история болезни № 16730/1356, обратилась в ЛОР-отделение Клинической рудничной больницы 23.09.2013 г. с жалобами на боли в левой половине глотки, усиливающиеся при глотании, а также открывании рта и отдающие в левое ухо, на постоянную субфебрильную температуру тела.

Из анамнеза выяснено, что она болеет постоянно в течение 2 лет, лечилась самостоятельно, а также неоднократно у отоларингологов амбулаторно и в стационаре без существенного улучшения самочувствия. В детстве и юности пациентка часто болела ангинами. Из сопутствующих заболеваний отмечает гепатит С.

Объективно при поступлении её состояние было удовлетворительным. Температура тела – 37,4° С. Пульс – 90 уд/мин. При пальпации регионарных лимфатических узлов слева определяется незначительная болезненность.

Фарингоскопия: рот открывает широко, но не в полном объёме. Определяется лёгкая ассиметрия зева за счёт едва заметного смещения левой нёбной миндалины к срединной линии. Левая передняя нёбная дужка незначительно застойно гиперемирована, левая супратонзиллярная область несколько инфильтрирована и напряжена, а при пальпации пуговчатым зондом болезненная. Гортанная часть глотки и гортань – без видимых патологических изменений.

Установлен предварительный диагноз: левосторонний перитонзиллярный абсцесс.

Результаты исследования: мазки из носа и глотки на VL от 23.09.2013 г. – *Corynebacterium diphtheriae* не обнаружены.

Анализ крови от 24.09.13 г.: Нв – 148 г/л, эр. – 4,4 Т/л, л. – 12,0 Г/л, СОЭ – 22 мм/ч; Н.: п – 12, с – 68; лимф. – 11, мон. – 9.

Анализ мочи от 25.09.13 г.: уд. вес – 1016, белок – 0,024 г/л, сахара нет, эпителий

– 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 20-24 в поле зрения, эритроциты – 7-8 в поле зрения.

23.09.13 г. пациентке была произведена операция: вскрытие левостороннего передневерхнего перитонзиллярного абсцесса. Разрез выполнен в типичном месте. На глубине около 2 см был обнаружен сливкообразный гной в количестве 1,5 мл.

Сразу после дренирования гнойника больная смогла широко открыть рот. Уже через час после операции уменьшилась боль в горле, и исчез дискомфорт в левом ухе. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка получала лечение: аугментин – 1000 мл внутривенно капельно два раза в сутки; имет – 400 мг внутрь два раза в сутки; рассасывание «стрепсилс-интенсив» четыре раза в сутки; орошение слизистой оболочки глотки спреем «Гантум Верде» трижды в день. На фоне проводимого лечения наблюдалась чёткая положительная динамика: нормализовалась температура тела, улучшилось самочувствие. 01.10.13 г. больная в удовлетворительном состоянии была выписана из отделения домой.

При обследовании через месяц её состояние – удовлетворительное, температура тела – нормальная, жалоб не предъявляет. Глотание безболезненное, фарингоскопические данные – обычные, регионарные лим-

фатические узлы не увеличены.

Данное наблюдение, несомненно, представляет интерес для практических врачей, поскольку демонстрирует явно атипичное течение перитонзиллярного абсцесса. Подобных сообщений в доступной нам литературе мы не встретили.

Так, у пациентки не было предшествующей ангины, высокой температуры тела, тризма и характерной фарингоскопической картины. Единственными жалобами больной были односторонняя болезненность в горле и субфебрильная температура тела в течение двух лет. Возможно, причину этого следует искать в сниженной реактивности организма пациентки на фоне сопутствующего вирусного гепатита С и в глубоком залегании небольшого по объёму гнойника.

Заслуживает внимания длительное и безуспешное лечение больной у разных ЛОР-врачей, не сумевших своевременно установить правильный диагноз. Только вскрытие и дренирование абсцесса в перитонзиллярном пространстве способствовало благоприятному исходу болезни.

Описанное наблюдение обращает внимание отоларингологов на необходимость в сомнительных случаях проводить пункцию или диагностический разрез в околоминдаликовой области.

1. Арефьева Н.А. Тонзиллярная патология. Современное состояние проблемы / Н.А. Арефьева // Вестн. оториноларингологии. – 2012. – № 6. – С. 10-13.
2. Арзамазов С.Г. Паратонзиллярный абсцесс при безангинной форме хронического тонзиллита / С.Г. Арзамазов, И.В. Иванец // Вестн. оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 25-28.
3. Крюков А.И. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А.И. Крюков, Г.Н. Изотова, А.Ф. Захарова и соавт. // Вестн. оториноларингологии. – 2009. – № 5. – С. 4-6.
4. Носуля Е.В. Паратонзиллит / Е.В. Носуля // Вестн. оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 65-70.
5. Овчинников Ю.М. Болезни носа, глотки, гортани и уха: Учебник / Ю.М. Овчинников, В.П. Гамов. – М.: Медицина, 2003. – С. 175-177.
6. Савустьяненко А.В. Тонзиллит и перитонзиллярный абсцесс: что нужно знать практическому врачу / А.В. Савустьяненко // Здоровье ребенка. – 2013. – № 1. – С. 75-78.
7. Спичак Т.В. Диагностика и лечение тонзиллита у детей с позиций доказательной медицины / Т.В. Спичак // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 130-135.
8. Финогеев Ю.П. Острые тонзиллиты у инфекционных больных / Ю.П. Финогеев, Д.А. Павлович, С.М. Захаренко, В.Ф. Крумгольц // Журн. инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 4. – С. 84-91.
9. Galioto N.J. Peritonsillar abscess / N.J. Galioto // Am. Fam. Physician. – 2008. – Vol. 77. – P. 199-202.
10. Raut V.V. Management of peritonsillitis / peritonsillar abscess / V.V. Raut // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord). – 2000. – Vol. 121. – N 2. – P. 107-110.
11. Steyer T.E. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment / T.E. Steyer // Am. Fam. Physician. – 2002. – Vol. 1. – N 65(1). – P. 93-96.

Поступила в редакцию 25.11.13.