

Паратонзиллярный абсцесс



Содержание

Введение

1. Эпидемиология
2. Этиопатогенез
3. Классификация
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Дифференциальная диагностика
7. Лечение

Заключение

Введение

- *Паратонзиллит* - воспалительный процесс в тканях, окружающих небную миндалину.
- Код по МКБ-10: J36 - Паратонзиллярный абсцесс.

1. Эпидемиология

- В большинстве случаев паратонзиллитом болеют в возрасте от 15 до 30 лет, заболевание одинаково часто поражает мужчин и женщин.

2. Этиопатогенез

Основные факторы развития паратонзиллита

- Тонзилогенные
- Одонтогенные
- Гематогенные

Наиболее часто при паратонзиллитах встречается смешанная микрофлора: стафилококк, гемолитический стрептококк, пневмококк, негемолитический стрептококк, дифтерийная палочка, грибы, энтерококк в сочетании с кишечной палочкой и др

Патогенез развития абсцессов ГЛОТКИ

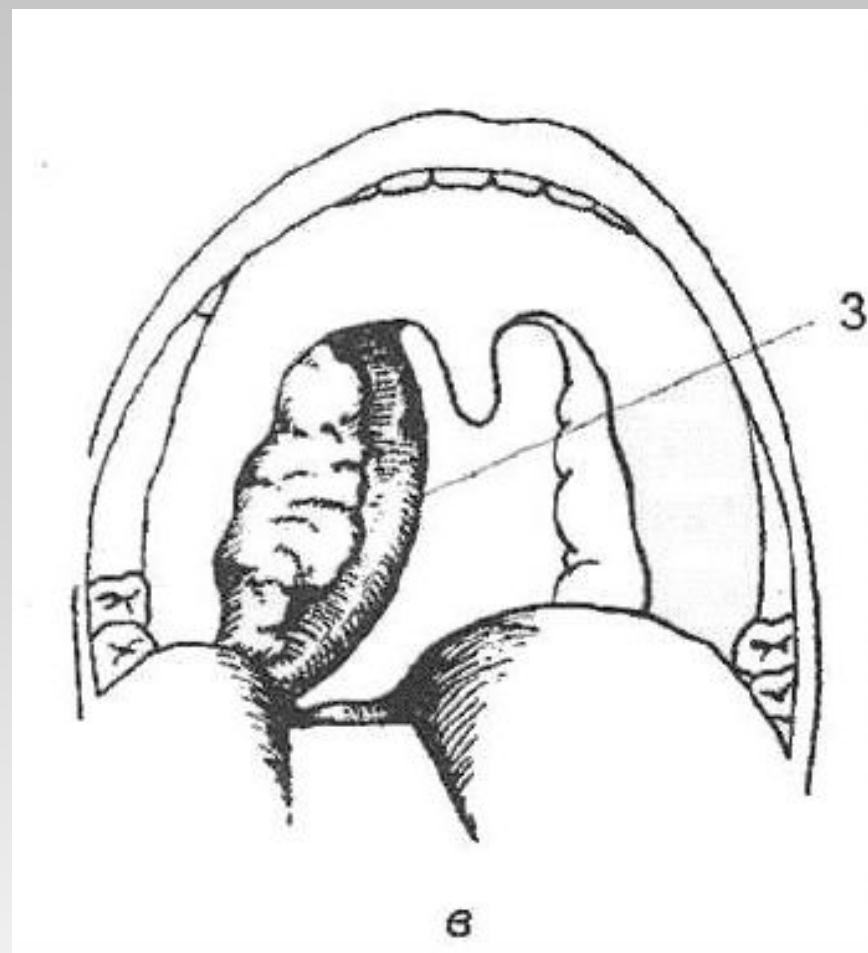
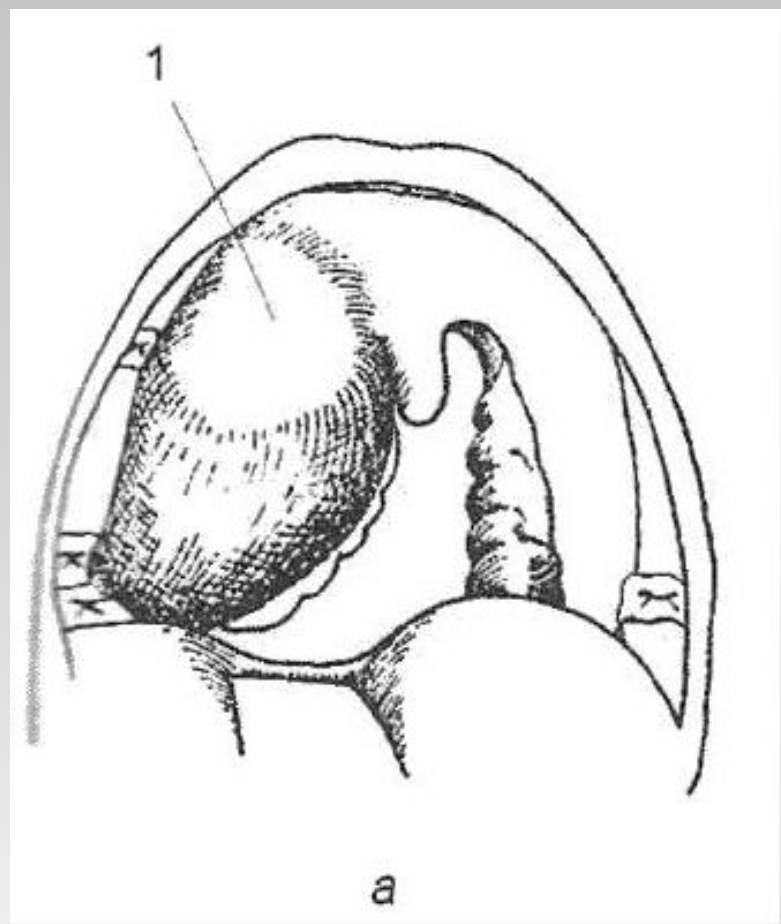


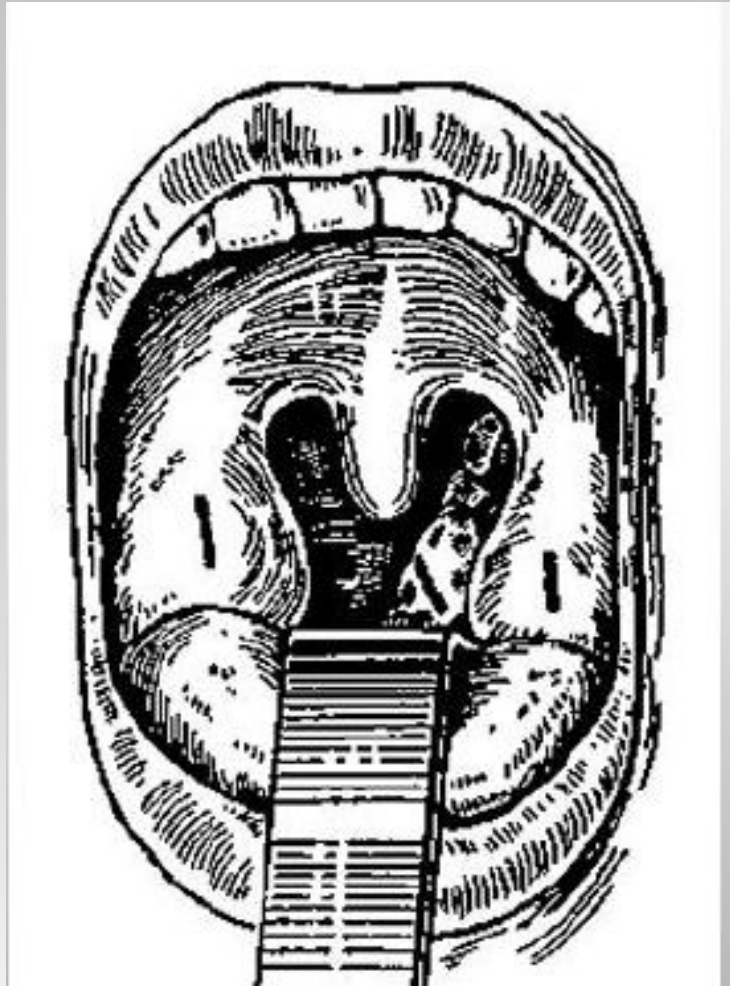
3. Классификация

- По клинико-морфологическим изменениям выделяют три формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную и абсцедирующую. Отечная форма воспаления бывает очень редко, инфильтративная — у 15—20% и в большинстве случаев наблюдается абсцедирующая форма — у 75—90% больных.

Выделяют несколько локализаций паратонзиллярного абсцесса:

- **Супратонзиллярная** локализация (передневерхняя), встречается в 73% случаев (абсцесс локализуется между капсулой миндалина и верхней частью передней небной дужкой);
- **Задняя** локализация, встречается в 16% случаев (абсцесс локализуется между небной миндалиной и задней дужкой);
- **Нижняя** локализация, встречается в 7% случаев (абсцесс локализуется между нижним полисом миндалина и боковой стенкой глотки);
- **Боковая** локализация (латеральная), встречается в 4% случаев (абсцесс локализуется между средней частью миндалина и боковой стенкой глотки).





4. Клиническая картина

- Паратонзиллярный абсцесс чаще возникает на фоне ангины или через несколько дней после ее завершения. Сначала в околоминдаликовой клетчатке появляются гиперемия сосудов, нарушение их проницаемости, развивается отек и наступает мелкоклеточная инфильтрация. Всасывание бактериальных токсинов и продуктов воспалительной реакции вызывает лихорадку, явления интоксикации, изменение состава крови. Сдавливание нервных стволов вызывает резкую боль, нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Абсцесс образуется вследствие гнойного расплавления паратонзиллярного инфильтрата.

Заболевание начинается с появления боли при глотании, которая постепенно становится постоянной и резко усиливается при попытке проглотить слюну, иррадирует в ухо, зубы. Появляются головная боль, общая разбитость, температура тела повышается до фебрильных цифр, больные отказываются от пищи и питья. Возникает выраженный тризм жевательной мускулатуры. Речь становится невнятной и гнусавой. В результате воспаления мышц глотки и шейного лимфаденита возникает болевая реакция при поворотах головы, больной держит голову набок и поворачивает ее при необходимости вместе со всем корпусом.



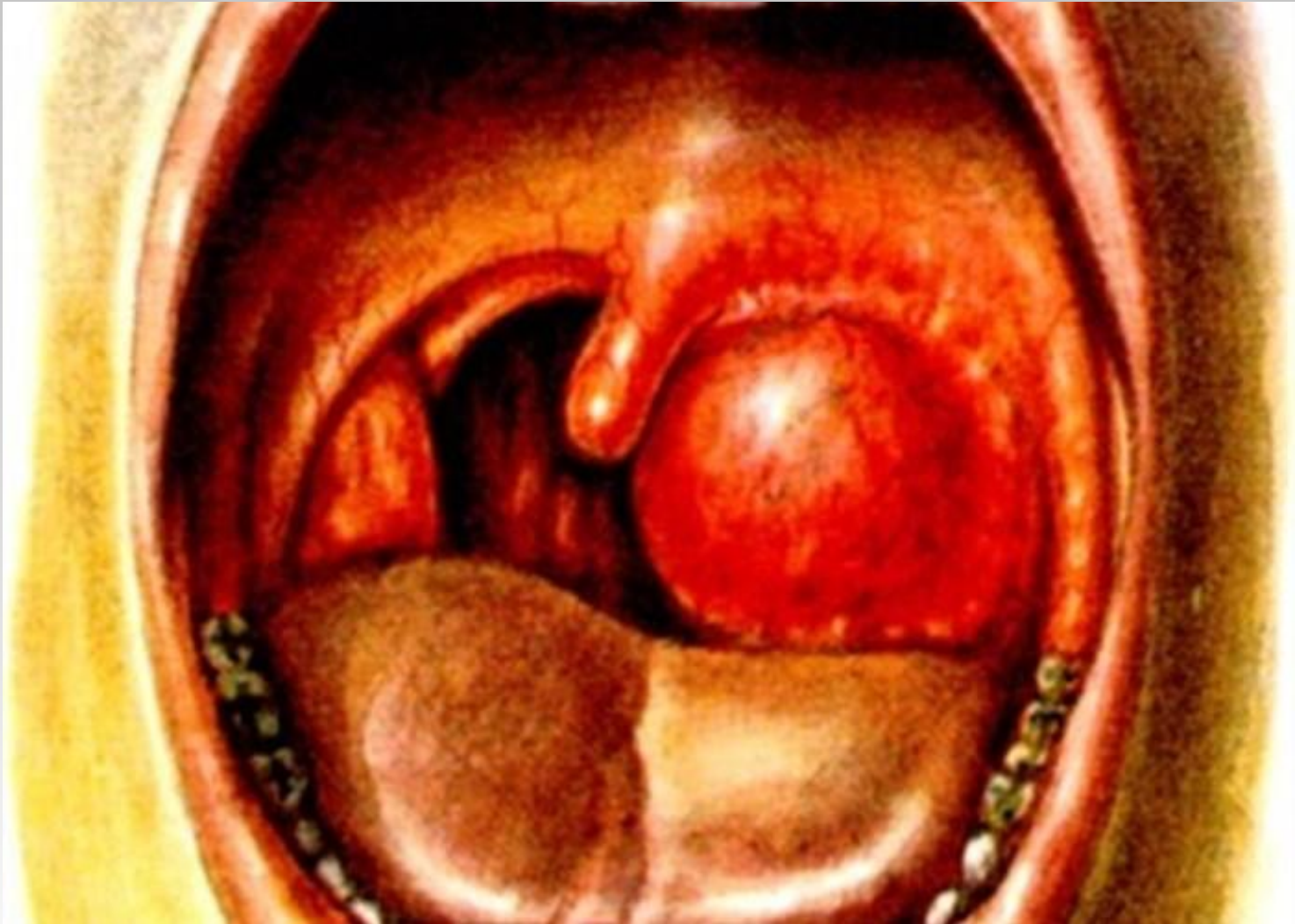
- Общее состояние больного становится тяжелым не только потому, что имеется гнойное воспаление в глотке и интоксикации, но и в связи с мучительной болью в горле, нарушением сна, невозможностью проглотить жидкость и голоданием.

5. Диагностика

Диагностика на догоспитальном этапе.

- Сбор жалоб и анамнеза заболевания.
- Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:
- Как себя чувствуете?
- Какая температура тела?
- Как давно болит горло?
- На фоне чего возникли боли в горле?
- Употреблял ли пациент накануне рыбу?
- Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
- Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная, с какой стороны более выражена)?
- Не затруднён ли приём пищи?
- Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
- Нет ли припухлости мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?
- Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?

- Обследование пациента с паратонзиллярным абсцессом включает несколько этапов.
 - Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов).
 - Осмотр полости рта.
- Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы
- Состояние слизистой небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация, наличие асимметрии зева)
- Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и наличие налета, изъязвлений).
- Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
- Определение тризма мышечной мускулатуры



Лабораторные методы исследования

- ОАК
- ОАМ
- Бак. Посев

Инструментальные методы исследования

- УЗИ
- КТ

Показания к госпитализации на профильное отделение.

- Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания.
- Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38°C и выше, ознобом, затруднением глотания и дыхания, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов.

6. Лечение

Немедикаментозное лечение

- Тепловые процедуры
- УВЧ-терапия
- Полоскание горла растворами ромашки, шалфея, раствором соли

Медикаментозное лечение паратонзиллярных абсцессов

- антибактериальные препараты,
- противовоспалительные средства,
- десенсибилизирующие препараты,
- иммуномодуляторы .

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 |
| Цефуроксим | 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 |

Хирургическое лечение

- выбор хирургического разреза определяется локализацией воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке. Операция проводится под местной аппликационной анестезией. 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 д.р.), 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.

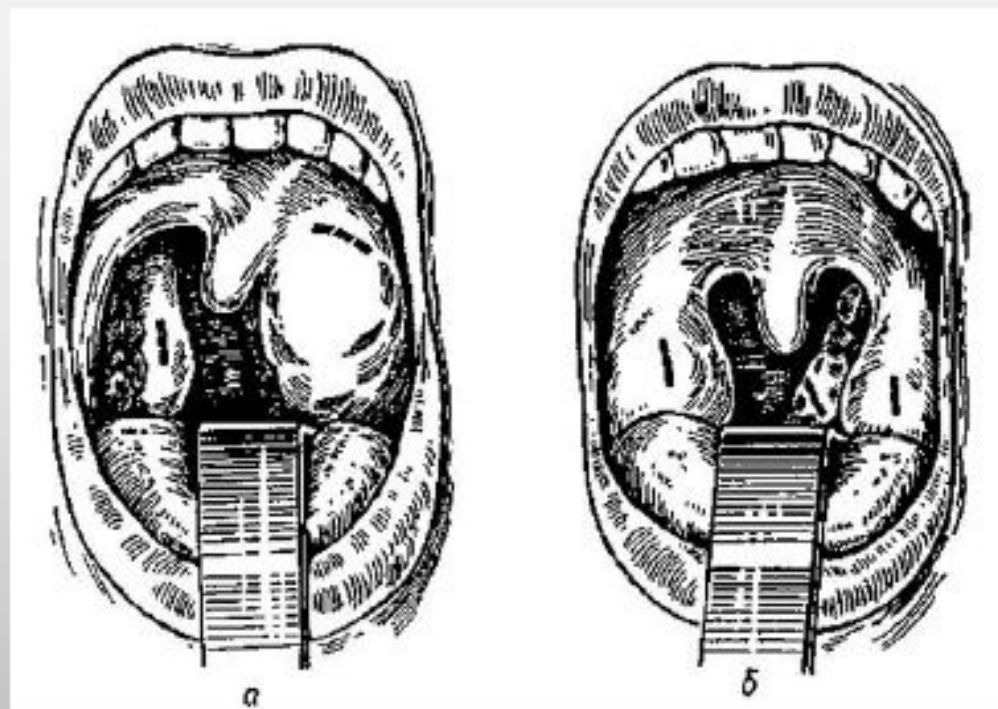
Передневерхний паратонзиллярный абсцесс

- Вскрытие проводят либо через небно-язычную дужку в типичном месте, либо в месте наибольшего выпухания.



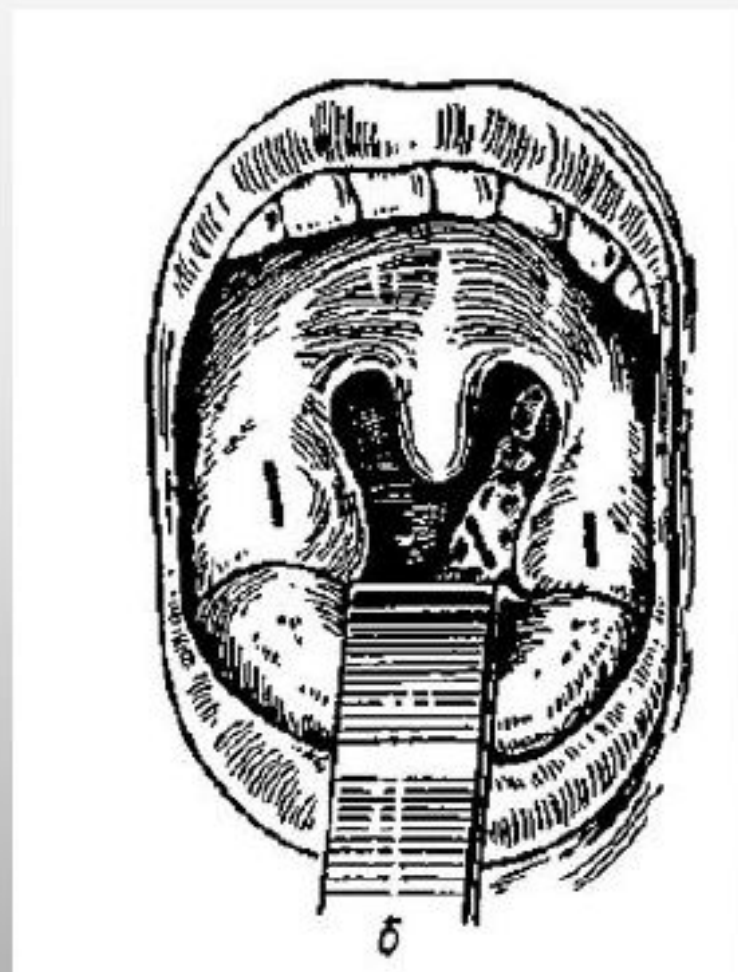
Задний паратонзиллярный абсцесс

- Разрезы для вскрытия паратонзиллярных абсцессов:
- а - заднего (правостороннего) и передневерхнего (левостороннего);
- б - переднего (правостороннего) и нижнего (левостороннего), который может быть вскрыт через переднюю дужку или ткань нижнего полюса небной миндалины.



Нижний паратонзиллярный абсцесс

- При вскрытии разрез тканей осуществляется в нижней части небно-язычной дужки.



Заключение

- 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.



КОНЕЦ
Спасибо за внимание!