



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при паратонзиллите язычной миндалины

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП29**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич
- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна
- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

Определение. Паратонзиллит язычной миндалины (язычный паратонзиллит) – это острое воспаление ткани язычной миндалины

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J39.1	Другой абсцесс глотки

Этиология и патогенез. Язычный паратонзиллит обычно возникает после травмы или как осложнение ангины язычной миндалины. При этой ангине общие нарушения соответствуют таковым при обычных ангинах. Язычная миндалина воспаляется, отекает, на ее поверхности может появиться налет.

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

Классификация. По клинико-морфологическим изменениям выделяют две формы паратонзиллита: инфильтративную и абсцедирующую.

Клиническая картина. При язычном паратонзиллите общее состояние больного значительно нарушается: повышается температура тела, увеличиваются лимфатические узлы под углом нижней челюсти, появляются слюнотечение, запах изо рта, сильные боли при глотании. Язык становится болезненным, особенно в области корня, боли ощущаются и при его высовывании, однако тризма нет. Обычно воспаляется и отекает передняя поверхность надгортанника, он становится ригидным, валлекулы часто не просматриваются. При ощупывании изнутри пальцем выявляют крайне болезненный инфильтрированный корень языка, обычно с одной стороны. Наружная пальпация позволяет определить резкую болезненность над подъязычной костью, чаще всего на одной стороне.

При язычном паратонзиллите обычно происходит выздоровление под влиянием консервативного лечения, реже развивается нагноение (абсцедирование).

Распространение процесса в глубину приводит к формированию абсцесса или флегмоны корня языка. Больные жалуются на сильные боли в области корня языка при глотании и разговоре, рот приоткрыт, отмечают слюнотечение, зловонный запах. Язык увеличен,

приподнят, с трудом помещается в полости рта, речь невнятная, может быть затруднено дыхание. Под подбородком и над подъязычной костью, под неизменной и подвижной кожей определяется болезненная инфильтрация. Общее состояние больного значительно нарушено.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика на догоспитальном этапе.

1. 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?
- ✓ Затруднено ли глотание?
- ✓ 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 затруднен ли приём пищи?
- ✓ Не затруднено ли дыхание?
- ✓ Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
- ✓ Нет ли припухлости мягких тканей, инфильтратов в области подчелюстной системы?
- ✓ Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- ✓ Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?

1. Обследование пациента с язычным паратонзиллитом включает несколько этапов.

1.1. Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов).

1.2. Осмотр полости рта.

- ✓ Состояние языка, его подвижность, окраска
- ✓ Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы
- ✓ Состояние слизистой небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация)
- ✓ Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер

отделяемого и наличие налета, изъязвлений)

✓ Состояние корня языка и язычной миндалины

1. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
2. Определение тризма мышечной мускулатуры

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

Лечение на догоспитальном этапе

1. Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с язычным паратонзиллитом на догоспитальном этапе является выявление больных с абсцедирующей формой заболевания, распространением процесса на корень языка и их срочная медицинская эвакуация в стационар.
2. Для снятия острой боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). При выраженном болевом синдроме и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: Кеторолак: 10 - 30 мг вводят в/м, в/в. Метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора. (B, 2++).
3. При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38 °С и выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию 5% раствор Декстрозы 250 мл, Натрия хлорида 0,9% - 250- 500 мл, Реамберина в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл. (B, 2++).
4. При угрозе отека нижележащих дыхательных путей – оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) при остром стенозе гортани.

Показания к доставке в стационар

1. Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания.
2. Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38°С и выше, ознобом, затруднением глотания и дыхания, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная госпитализация в профильный хирургический стационар.

Особенности транспортировки

Во время транспортировки (в положении сидя, полулежа, с поднятым головным концом) больного в стационар обеспечить непрерывный мониторинг витальных функций, во

избежание развития стеноза гортаноглотки, вызванного отеком окружающих тканей.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Диагностика на госпитальном этапе.

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания
2. Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
3. Фиброларингоскопия (А, 1++)
4. Рентгенография шейного отдела позвоночника в боковой проекции (А, 1++)
5. Магнитно-резонансная томография лицевой области черепа и шейного отдела позвоночника (при возможности, лучше визуализация клетчаточных пространств шеи, дна полости рта, дает более детальное представление о распространении патологического очага). (А, 2++)
6. Клинический анализ крови (лейкоцитоз до $10-15 \times 10^3$ в 1 мкл, формула крови сдвигается влево, повышается СОЭ.)(А, 1+)

Лечение на госпитальном этапе

Объем скорой медицинской помощи на стационарном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП. На консультацию должен быть приглашен врач-оториноларинголог и врач-челюстно-лицевой хирург.

Показания к госпитализации на профильное отделение.

При воспалительных процессах в области корня языка существует опасность не только возникновения асфиксии, но и распространения их на окологлоточное пространство, средостение, подчелюстную область, дно полости рта. В связи с этим для обследования и лечения таких больных следует привлекать врача-оториноларинголога и врача-челюстно-лицевого хирурга и перевод на профильное отделение с целью дальнейшего консервативного и/или хирургического лечения.

Рекомендуемый список литературы:

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с. : ил.
4. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф. Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
5. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
6. М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, М.Я. Левин, П.Г. Назаров, К.А. Никитин Хронический тонзиллит клиника и иммунологические аспекты, СПб, «Диалог», 2005, 222 стр.
7. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПб: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
8. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
9. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
10. Пискунов Г.З, Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003.– 208 с
11. Сумин С.А. Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с

	очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+