



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при паратонзиллите (паратонзиллярном абсцессе)

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

ID: **СМП34**

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 (паратонзиллярный абсцесс) - обострение хронического тонзиллита проявляющиеся воспалением околоминдаликовой клетчатки. В большинстве случаев паратонзиллитом болеют в возрасте от 15 до 30 лет, заболевание одинаково часто поражает мужчин и женщин.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J36	Перитонзиллярный абсцесс

Этиология и патогенез. Проникновению инфекции из миндалины в паратонзиллярную клетчатку способствуют глубоко пронизывающие миндалину крипты, особенно в верхнем полюсе. Частые обострения хронического тонзиллита сопровождаются рубцеванием, в области устьев крипт, небных дужек способствуют сращению их с миндалиной. Впоследствии это затрудняет дренаж крипт и способствует распространению инфекции через капсулу миндалины. В области верхнего полюса миндалины вне капсулы локализуются слизистые железы Вебера, которые при хроническом тонзиллите вовлекаются в процесс и способствуют распространению инфекции непосредственно в паратонзиллярную область, которая в верхнем полюсе представлена рыхлой клетчаткой. Иногда в надминдаликовом пространстве в толще мягкого неба имеется добавочная долька миндалины, в которой также возможно развитие абсцесса.

В части случаев паратонзиллит может иметь одонтогенную природу. Нельзя исключить гематогенный путь поражения паратонзиллярной клетчатки при острых инфекциях и травматический характер возникновения заболевания.

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

Классификация.

По клинко-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:

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

При передневерхнем или переднем паратонзиллите отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалина вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии, поверхность которого напряжена и гиперемирована, язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена также книзу и кзади.

Задний паратонзиллит, локализуясь в клетчатке между задней дужкой и миндалиной, может распространиться на дужку и боковую стенку глотки. При фарингоскопии в этой же области отмечается припухлость. Небная миндалина и передняя дужка могут быть мало изменены, язычок и мягкое небо обычно отечны и инфильтрированы.

Нижний паратонзиллит имеет менее выраженные фарингоскопические признаки. Отмечаются лишь отек и инфильтрация нижней части передней дужки, однако субъективные проявления болезни при этой локализации значительны. В процесс обычно вовлекается и прилежащая часть корня языка, иногда бывает отек язычной поверхности надгортанника.

Наружный, или боковой паратонзиллит встречается реже остальных форм, однако является наиболее тяжелым, при этой локализации выражены отечность и инфильтрация мягких тканей шеи на стороне поражения, кривошея, тризм. Со стороны глотки воспалительные изменения бывают меньше. Отмечаются умеренное выбухание всей миндалина и отечность окружающих ее тканей.

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.

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?
- ✓ 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 затруднен ли приём пищи?
- ✓ 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 паратонзиллярным абсцессом включает несколько этапов.

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

1.2. 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).

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

3. Определение тризма мышечной мускулатуры

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе

- стоматофарингоскопия

Лечение на догоспитальном этапе.

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с паратонзиллитом на догоспитальном этапе является выявление больных с абсцедирующей формой заболевания и их срочная медицинская эвакуация в стационар.

Для снятия острой боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). 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. Парацетамол - внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г и ректально детям 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет— 120–240мг, от 3 мес. до 1 года— 24–120мг (В, 2++).

При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38°C и

выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию, 5% раствор декстрозы 250 мл, 0,9% физиологический раствор 250-500 мл, Реамберин в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл).(В, 2++)

Показания к медицинской эвакуации в стационар

1. Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания
2. 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 показана срочная доставка в стационар имеющий ЛОР-отделение.

Особенности транспортировки.

- Во время транспортировки больного в стационар проводится мониторинг витальных функций, во избежание удушья, 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 (при подозрении на распространение воспалительного процесса в гортаноглотку). (С, 2+)
4. Рентгенография шейного отдела позвоночника (только при подозрении на распространение на мягкие ткани шеи)(С, 2++)
5. 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 госпитальном 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.

Показания к госпитализации на профильное отделение.

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.

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: ООО «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
------	----------

А	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
В	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+
С	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+