



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при ретрофарингеальном абсцессе и парафарингеальном абсцессе

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

ID: **СМП35**

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

РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

Определение. Ретрофарингеальный (заглочный) абсцесс представляет собой гнойное расплавление лимфатических узлов и рыхлой клетчатки заглочного пространства. Заглочный абсцесс встречается, главным образом, у ослабленных детей грудного возраста, на 2-м, реже 3-м году жизни, реже к 6 годам.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J39.0	Ретрофарингеальный и парафарингеальный абсцесс

Этиология и патогенез. Инфицирование лимфатических узлов с последующим развитием абсцесса происходит по лимфатическим путям при патологии полости носа, носоглотки, слуховой трубы и среднего уха или при детских инфекциях, гриппе. В более старшем возрасте причиной может быть кариес зубов, травма задней стенки глотки. У взрослых наблюдаются заглочные абсцессы специфического характера - «холодные» (при туберкулезном или сифилитическом спондилите верхних шейных позвонков).

Клиническая картина. Различают острое, подострое и хроническое течение заглочного абсцесса. Наиболее часто наблюдается острое течение. По клинко-морфологическим изменениям выделяют инфильтративную и абсцедирующую формы ретрофарингеального абсцесса. При этом **ведущим симптомом**, особенно в случае локализации абсцесса в нижнем отделе глотки, является затрудненное дыхание с характерным хрипом в горизонтальном положении больного (вследствие выраженного отека слизистой оболочки, прикрывающей вход в гортань). Постоянный симптом - припухание, болезненность лимфатических узлов зачелюстной области и верхних боковых шейных лимфатических узлов, вследствие чего наблюдается вынужденное положение головы (наклон в сторону абсцесса). Пациент отказывается от пищи, поскольку глотание вызывает боль. Характерна высокая температура тела (до 38-39°C).

Фарингоскопически - асимметрично расположенное, гиперемированное выпячивание слизистой оболочки задней стенки глотки, нередко одностороннее

При подостром и хроническом течении следует заподозрить специфический натечный абсцесс.

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 (поскольку, заболевание чаще встречается в детском возрасте, вопросы могут быть адресованы родителям пациента)

✓ Как себя чувствуете?

✓ Какая температура тела?

✓ Как давно болит горло?

✓ На фоне чего возникли боли в горле?

✓ 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?

✓ Есть затруднение дыхания в горизонтальном положении тела?

✓ Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?

✓ Нет ли отека мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?

✓ Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?

✓ Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?

2. Обследование пациента с ретрофарингеальным абсцессом включает несколько этапов.

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

2.2. Осмотр полости рта.

✓ Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы.

✓ Состояние слизистой оболочки небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация).

✓ Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и

наличие налета, изъязвлений).

✓ Состояние слизистой оболочки задней стенки глотки (гиперемированное выпячивание, флюктуирующее при пальпации.)

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

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе

-стоматофарингоскопия

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

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

1. 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++).

2. При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38 °С и выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию 5% раствор декстрозы 250 мл, натрия хлорид 0,9% - 250- 500 мл), Реамберин в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл. (В, 2++).

3. При угрозе отека нижележащих дыхательных путей – оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при остром стенозе гортани.

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 °С и выше, ознобом, слабостью, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная доставка в стационар,

имеющий ЛОР-отделение.

Особенности транспортировки больных.

- Во время медицинской эвакуации (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. Рентгенография шейного отдела позвоночника (А, 1++), по показаниям МРТ.
4. Пункции инфильтрата с последующим бактериологическим исследованием содержимого. В случае подозрения на опухоль производят биопсию.(В, 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.

1. Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания.
2. Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38°C и выше, ознобом, слабостью, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная госпитализация в ЛОР-отделение стационара.

Прогноз при своевременном лечении благоприятный. В случаях поздней диагностики и запоздалого вскрытия заглочного абсцесса могут развиваться опасные для жизни осложнения: задний медиастинит, тромбоз внутренней яремной вены, кровотечение, пневмония. Прогноз при «холодных» заглочных абсцессах специфической этиологии зависит от основного заболевания.

ПАРАФАРИНГЕАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

Определение. Парафарингеальный абсцесс или окологлоточный абсцесс это гнойник в боковом окологлоточном пространстве. Окологлоточное пространство это соединительнотканное пространство, ограниченное с середины боковой стенкой глотки, спереди - восходящей ветвью нижней челюсти с внутренней крыловидной мышцей, позади – предпозвоночной фасцией и снаружи – глубоким листком фасции околоушной железы. Сверху в это пространство входит шиловидный отросток вместе с мышцами, отходящими от него.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J39.0	Ретрофарингеальный и парафарингеальный абсцесс

Этиология и патогенез. Инфекция может попасть в окологлоточную клетчатку контактным путем из небной миндалины, в результате поражения 7-го или 8-го зубов, остеомиелите нижней челюсти, заболеваниях среднего уха, осложненных мастоидитом, и околоушной железы. Иногда встречается гематогенное и лимфогенное распространение инфекции из указанных выше органов. Заболевание может возникнуть в результате травмы глотки.

Клиническая картина. Поскольку окологлоточное пространство расположено глубоко, начальные симптомы заболевания нечеткие, особенно если появляются на фоне патологии вызывающей абсцесс (паратонзиллит, мастоидит, пародонтит, паротит).

Характерными симптомами являются тризм жевательных мышц, лихорадка, боль в горле, лейкоцитоз в клиническом анализе крови.

Объективно отмечают пастозность и инфильтрацию тканей за углом нижней челюсти, резкую боль по ходу внутренней яремной вены.

При **фарингоскопии** определяется выпячивание боковой стенки глотки, миндалины, мягкого неба на стороне поражения, но в отличие от паратонзиллярного абсцесса сохраняется

подвижность передней небной дужки. Следует осмотреть расположенные рядом органы, чтобы определить источник проникновения инфекции в окологлоточную клетчатку.

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?
- ✓ 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 отека мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?
- ✓ Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- ✓ Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?

2. Обследование пациента с парафарингеальным абсцессом включает несколько этапов.

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

2.2. Осмотр полости рта.

- ✓ 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).

- ✓ Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
- ✓ Состояние слизистой оболочки боковой стенки глотки (выпячивание боковой стенки глотки, миндалины, мягкого неба на стороне поражения).
- ✓ Определение тризма мышечной мускулатуры.

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

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

Лечение на догоспитальном этапе.

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с парафарингеальным абсцессом на догоспитальном этапе является выявление подобных больных и их срочная госпитализация.

4. 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 (B, 2++).

1. При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38 °С и выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию 5% раствор глюкозы 250 мл, натрия хлорид 0,9% - 250- 500 мл, реамберин в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл. (B, 2++).

2. Для снижения тризма жевательных мышц целесообразно вводить 0,5% раствор новокаина в толщу жевательных мышц с обеих сторон. (D, 2+)

3. При угрозе отека нижележащих дыхательных путей – оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при остром стенозе гортани.

Показания к медицинской эвакуации в стационар

Больным с подозрением на парафарингеальный абсцесс показана срочная доставка в стационар.

Особенности транспортировки больных.

- 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 при подозрении на распространение воспалительного процесса в гортаноглотку (А, 1++).
4. Рентгенография шейного отдела позвоночника (при возможности компьютерная томография шейного отдела позвоночника) (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 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 может быть приглашен врач-оториноларинголог и врач-челюстно-лицевой хирург.

Показания к госпитализации.

Больным с подозрением на парафарингеальный абсцесс показана срочная госпитализация на ЛОР-отделение с целью дальнейшего 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
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++
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+