

# Наблюдение двустороннего паратонзиллярного абсцесса у двухлетнего ребенка

Н.В.Сиренко<sup>1,2</sup>, С.И.Алексеенко<sup>1,2</sup>,  
С.А.Артюшкин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Северо-западный государственный  
медицинский университет  
им. И.И.Мечникова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Детская городская больница №19  
им. К.А.Раухфуса, Санкт-Петербург

В статье представлен клинический случай двустороннего паратонзиллярного абсцесса у ребенка двух лет. Своевременная диагностика и оперативное лечение привели к выздоровлению в обычные для этой патологии сроки.

**Ключевые слова:** дети раннего возраста, паратонзиллярный абсцесс.

## Observation of the Bilateral Peritonsillar Abscess in a Two-Year-Old Child

N.V.Sirenko<sup>1,2</sup>, S.I.Alekseenko<sup>1,2</sup>,  
S.A.Artyushkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mechnikov North-West State Medical  
University, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup>Children's Municipal Hospital №19 named  
after K.A.Rauhfusa, St. Petersburg, Russia

The article presents a clinical case of bilateral peritonsillar abscess in a two-year-old child. Early diagnosis and surgical treatment led to recovery in the usual for this pathology timeframe.

**Key words:** infants, peritonsillar abscess.

### Актуальность

Паратонзиллярный абсцесс (ПТА) – это серьезное осложнение хронического тонзиллита, представляет собой скопление гнойного содержимого в паратонзиллярной и околоминдаликовой области и опасно в развитии тонзиллогенной инфекции: флегмонозные и абсцедирующие формы ларингита, гнойное воспаление парафарингеальной клетчатки, вторичные флегмоны шеи.

Это обусловлено анатомическими особенностями строения передней поверхности шеи, скоплением рыхлой клетчатки, наличием межфасциальных пространств. Распространение инфекции из ПТА может также происходить лимфогенным и гематогенным путями. Некоторые осложнения, такие как

глубокие флегмоны шеи, медиастенит, тонзиллогенный шок, могут представлять прямую угрозу жизни пациента и требуют незамедлительных лечебных мероприятий. Эффективность лечения таких пациентов зависит от незамедлительной госпитализации в ЛОР-стационар, хирургического лечения (вскрытия паратонзиллярного абсцесса и дальнейшего его дренирования), а также целенаправленной антибактериальной терапии.

Паратонзиллярный абсцесс наиболее часто является осложнением острой ангины или хронического тонзиллита, при этом патогенная микрофлора проникает в паратонзиллярную клетчатку контактным путем из глубины измененных, расширенных, ветвящихся лакун миндалин через расплавленные ткани прилежащего участка капсулы при соответствующем некрозе мышечных волокон.

Причиной паратонзиллярного абсцесса могут быть также инородные тела миндалин, травма дужек и паратонзиллярной области. У детей раннего возраста это заболевание возникает в основном после травматического повреждения миндалин или паратонзиллярной области и встречается редко, что обусловлено низкой заболеваемостью хроническим тонзиллитом и морфологическими особенностями структуры миндалин.

Лакуны в этом возрасте щелеобразные, поверхностные, маловетвящиеся, что предотвращает проникновение инфекции к соединительнотканной капсуле и распространение на паратонзиллярную ткань. Заболевание может быть одонтогенным в результате распространения инфекции на паратонзиллярную клетчатку из кариозных зубов. Возникновению заболевания способствует понижение сопротивляемости организма, задержка гноя в лакунах при их затрудненном положении. Существенную роль в патогенезе паратонзиллита играет охлаждение.

Абсцесс может развиваться за верхним полюсом миндалин в переднем направлении, тогда говорится о переднем абсцессе (наиболее частом), кзади от миндалин в направлении небно-глоточной дуги – задний абсцесс, или книзу от миндалин, в направлении корня языка – нижний абсцесс [1–4].

По статистике США, паратонзиллярные абсцессы являются частой причиной посещений отделения неотложной помощи – 45 000 случаев в год [5]. Гнойные процессы глотки в детском возрасте встречаются у 2,6 % больных. Чаще бывает паратонзиллярный абсцесс, реже – заглоточные абсцессы [4].

В первые годы жизни паратонзиллярные абсцессы встречаются довольно редко. В литературе имеются единичные сообщения о паратонзиллитах, паратонзиллярных абсцессах у детей первого года жизни: Т.М.Державина [6] описывает паратонзиллярный абсцесс у ребенка в возрасте 12 дней, М.Ларина [7] – у ребенка 27-дневного возраста и Н.Я.Лекарева [8] – у одномесячного ребенка.

У детей младшего возраста течение паратонзиллита имеет особенности. Преобладают инфильтративные формы и общие симптомы заболевания, тризм не выражен. В отличие от детей старшего возраста и взрослых открывание рта не вызывает резкой боли. Дети беспокойны, отказываются от еды, наблюдается шумное дыхание, сдавленный голос. Основными методами диагностики паратонзиллярного абсцесса являются: сбор анамнеза, данные клинической картины, фарингоскопия. К дополнительным методам диагностики относятся: компьютерная томография шеи. Преимуществом

данного метода является точность постановки диагноза. Однако у детей раннего возраста данный метод исследования проводится под общим наркозом.

Сложностью в постановке верного диагноза паратонзиллярного абсцесса у детей раннего возраста является: затруднение проведения фарингоскопии (выраженное беспокойство), гипертрофия небных миндалин III степени, инфекционный мононуклеоз. Наличие этого заболевания у детей первых лет жизни еще не нашло клинического объяснения, поэтому накопление клинических наблюдений по данному вопросу имеет определенный интерес.

### Клинический случай

Ребенок С., 2 года, поступил 02.01.2014 г. в ЛОР-отделение детской городской больницы №19 им. К.А.Раухфуса с жалобами на наличие припухлости в подчелюстной области с двух сторон, вялость, отказ от еды, подъем температуры до 39°C. По словам матери, заболел 28.12.2013, когда поднялась температура до 38,5°C, беспокойство, снижение аппетита, лечились самостоятельно (прием жаропонижающих средств, обильное питье), 01.01.2014 появилась вялость, сохранялся подъем температуры тела до 38,5°C, появился отек в подчелюстной области с двух сторон. 02.01.2014 отек несколько увеличился, ребенок отказывался принимать пищу. Мать вызвала скорую помощь, ребенок госпитализирован в ЛОР-отделение ДГБ №19.

**Объективно:** Состояние при поступлении средней степени тяжести. Лихорадит – 39°C. Ребенок в сознании, вялый. Проявляет выраженное беспокойство при осмотре. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание жесткое, проводится равномерно с обеих сторон. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Границы в пределах нормы. Живот не вздут, мягкий. Перистальтика активная. Стул, диурез сохранены.

**ЛОР-статус:** Отоскопия: AD=AS, сухо наружные слуховые проходы свободные, барабанные перепонки серые, блестящие, заушная область не изменена с двух сторон. Носовое дыхание удовлетворительное, небольшое количество слизи в общих носовых ходах. При фарингоскопии: правая и левая небные миндалины резко увеличены, гиперемированы, выбухают. Задняя дужка утолщена, отечная, инфильтрирована. Налетов нет. Отмечается выраженная асимметрия паратонзиллярной области с двух сторон. Отмечается выраженная гиперсаливация. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. В правой подчелюстной и боковой поверхности шеи определяются болезненные лимфоузлы размером около 2,0 см без признаков флюктуации, слева – увеличенные лимфоузлы до 1,5 см, болезненные при пальпации, определяется небольшой тризм жевательной мускулатуры.

**Лабораторные данные:** В клиническом анализе крови: эритроциты –  $4,7 \times 10^{12}$ , лейкоциты –  $17,9 \times 10^9$  (П – 2%, С – 51%, Э – 1%, Л – 38%, М – 7%), Нб – 127 г/л, СОЭ – 14 мм/ч.

Общий анализ мочи, копрограмма: в пределах возрастной нормы.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 29,7 U/l, АСА «О» – 7,8 IU/ммоль, СРБ – 0,4 мг/л, РФ – 7,7 IU/ml.

ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 120 уд/мин, нормальное положение ЭОС.

### Лечение

**Хирургическое:** под местным обезболиванием 10% лидокаина (апликационно) проведено вскрытие скальпелем правой и левой паратонзиллярной области в месте наибольшего выпячивания, получено 2,0 мл гноя. Взят посев (выделен *Streptococcus pyogenes* 10x5, чувствителен к пенициллину, цефалоспорином, амикацину и левофлоксацину). Рана расширена тупым путем, глоточными щипцами Гартмана.

**Консервативное лечение:** антибактериальная терапия (цефотаксим 800 тыс ЕД, 2 раза в сутки внутримышечно, 9 дней, биопарокс по 2 ингаляции через рот, 3 раза в день, 9 дней), детоксикационная терапия, фенистил внутрь по 10 капсул 3 раза в день.

**Местное лечение:** обработка зева sol.fucourcini.

**Клинический диагноз:** Двусторонний паратонзиллярный абсцесс. Хронический тонзиллит, обострение.

Состояние ребенка 04.01.14 значительно улучшилось: стал активнее, улучшился аппетит, пьет охотно. Температура снизилась до невысоких субфебрильных цифр. Отек и припухлость в шейно-подчелюстной области почти исчезли. При фарингоскопии отмечается заметное уменьшение инфильтрации паратонзиллярной области с обеих сторон. В течение трех дней при осмотре края раны расширялись, выделялось 0,5–1 мл густого гноя. На 4-й день рана очистилась от патологического содержимого. На 6-е сутки отмечается стихание воспалительных явлений. В дальнейшем была продолжена медикаментозная и местная терапия. Ребенок выписан на 10-е сутки лечения в удовлетворительном состоянии под наблюдение ЛОР-врача. Анализы крови и мочи при выписке в норме.

### Заключение

Хирургическое вскрытие и дренирование является терапией выбора при лечении паратонзиллярных абсцессов. Однако антимикробная терапия является неотъемлемой частью в комплексном лечении данной патологии и предотвращает развитие местных и системных осложнений данной инфекции. Выбор антибактериальной терапии зависит от возбудителя, но на начальном этапе лечения следует отдавать предпочтение препаратам широкого спектра действия, в том числе антибактериальным препаратам – пенициллинам и цефалоспорином (преимущественно III поколения).

Особенность представленного наблюдения в том, что данная патология является редкостью для раннего детского возраста. Из особенностей клинической картины можно отметить более тяжелое течение заболевания, трудности диагностики, высокий риск развития осложнений. Традиционная тактика лечения больного привела к выздоровлению в обычные для этой патологии сроки.

### Литература

1. Аденонозиллиты и их осложнения у детей. Э.А.Цветков. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. / Adenotonzilliti i ih oslozheneniya u detej. Je.A.Cvetkov. SPb.: JeLBI-SPb, 2003. [in Russian]
2. Хронический тонзиллит у детей. Москва «Медицина», 1973; 191–192. / Hronicheskiy tonzillit u detej. Moskva «Medicina», 1973; 191–192. [in Russian]
3. Хронический тонзиллит: клиника и иммунологические аспекты / М.С.Плужников, Г.В.Лавренова, М.Я.Левин, П.Г.Назаров, К.А.Никитин. СПб.: 2010; 104–106. / Hronicheskiy tonzillit: klinika i immunologicheskie aspekty / M.S.Pluzhnikov, G.V.Lavrenova, M.Ja.Levin, P.G.Nazarov, K.A.Nikitin. SPb.: 2010; 104–106. [in Russian]

4. Детская оториноларингология. М.Р.Богомильский, В.Р.Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 384. / Detskaja otorinolaringologija / M.R.Bogomil'skij, V.R.Chistjakova. M.: GJeOTAR-Media, 2007; 384. [in Russian]
5. The European committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 5.0, 2015.
6. Державина Г.М. Паратонзиллярный абсцесс у ребенка 12 дней. Вестник оториноларингологии. 1963; 4: 86. / Derzhavina G.M. Paratonzilljarnyj abscess u rebenka 12 dnej. Vestnik otorinolaringologii. 1963; 4: 86. [in Russian]
7. Ларина Г.М. Паратонзиллярный абсцесс у 27-дневного ребенка. Вестник оториноларингологии. 1963; 5: 98. / Larina G.M. Paratonzilljarnyj abscess u 27-dnevnogo rebenka. Vestnik otorinolaringologii. 1963; 5: 98. [in Russian]
8. Лекарева Н.Я. Паратонзиллярный абсцесс у 1-месечнева ребенка. ЖУНГБ. 1974; 2: 112. / Lekareva N.Ja. Paratonzilljarnyj abscess u 1-misechneva rebenka. ZhUNGB. 1974; 2: 112. [in Russian]

---

*Сведение об авторах:*

**Сиренко Никита Вячеславович** – врач-оториноларинголог СПб ГБУЗ «ДГБ №19 им. К.А.Раухфуса», заочный аспирант кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Москва

**Алексеев Светлана Иосифовна** – к.м.н., заведующая ЛОР отделением СПб ГБУЗ «ДГБ №19 им. К.А.Раухфуса», доцент кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Москва

**Артюшкин Сергей Анатольевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова