

<https://doi.org/10.17116/otorino20188306144>

Наблюдение двух изолированных парафарингеальных абсцессов у одного ребенка

Врач С.А. БУЛЫНКО¹, к.м.н. О.А. ДЕНИСОВА¹, д.м.н., проф. Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ^{2*}, врач Т.В. СЕВЕРИН¹, врач А.С. ЧЕРЕДНИЧЕНКО¹

¹Морозовская ДГКБ (глав. врач — д.м.н., проф. И.Е. Колтунов) Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия, 119049;

²кафедра оториноларингологии (зав. — член-корр. РАН, засл. деятель науки, проф. М.Р. Богомилский) педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия, 117997

Приводится редкое наблюдение одновременного возникновения двух изолированных парафарингеальных абсцессов у ребенка 3 лет.

Ключевые слова: парафарингеальный абсцесс, абсцесс глотки.

The observation of two cases of isolated parapharyngeal abscess in a single child

S.A. BULYNKO¹, O.A. DENISOVA¹, YU.L. SOLDATSKY^{2*}, T.V. SEVERIN¹, A.S. CHEREDNICHENKO¹

¹Morozovskaya Children's City Clinical Hospital, Moscow Health Department, Moscow, Russia, 119049; ²Department of Otorhinolaryngology, Pediatric Faculty of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, 117997

This article reports a rare observation of the simultaneous appearance of two isolated parapharyngeal abscesses in a 3 year-old child.

Keywords: parapharyngeal abscess, pharyngeal abscess.

Парафарингеальные абсцессы являются грозным бактериальным осложнением воспалительных процессов глотки. По данным отечественной литературы, в структуре экстренной патологии ЛОР-органов доля пациентов с абсцессами глотки и шеи, в том числе парафарингеальными, составляет от 1,3 до 3,8% [1]. Эти заболевания являются одной из наиболее частых причин госпитализации в стационар по поводу заболеваний глотки в детском возрасте [2]. По нашим данным, доля пациентов с абсцессами глотки от общего числа госпитализированных в клинику детей с острой воспалительной патологией ЛОР-органов составляет 8% [3]. В подавляющем большинстве наблюдений встречаются паратонзиллярные абсцессы, абсцессы шеи выявляют значительно реже — до 9% от общего числа этой группы больных [2, 3].

Раннее выявление абсцессов глотки может играть ключевую роль в снижении частоты развития флегмон шеи [4], а также гнойного медиастинита [5].

Наряду с жалобами, данными анамнеза и клинической картиной в настоящее время, особенно в сложных диагностических случаях, дополнительными методами диагностики абсцессов глотки и шеи являются компьютерная томография (КТ) и УЗИ. Чувствительность КТ составляет 100%, а специфичность — 50% [6]. В качестве инструментальной диагностики абсцессов глотки можно использовать УЗИ [7], однако информативность этого метода, особенно у детей раннего возраста, является недостаточной.

В подавляющем большинстве наблюдений абсцесс глотки локализуется с одной стороны, хотя в единичных

случаях встречаются сочетанные поражения, например двусторонние паратонзиллярные абсцессы [3]. В связи с относительной редкостью парафарингеальных абсцессов считаем важным привести наблюдение одновременного возникновения двух изолированных парафарингеальных абсцессов у ребенка 3 лет.

Девочка Г., 3 лет, 23.01.18 доставлена бригадой СМП в приемное отделение Морозовской ДГКБ с жалобами на повышение температуры тела, боль в области шеи справа, увеличение шейных лимфатических узлов с обеих сторон, больше справа. Из анамнеза известно, что на протяжении недели у ребенка отмечались насморк, кашель, в течение 2 дней появились прогрессирующая боль в области шеи, повторное повышение температуры тела до фебрильных значений.

При осмотре: общее состояние тяжелое, ребенок вялый, увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов до 1,5—2 см слева и до 2—3 см справа, ограничение движений головы при повороте вправо и запрокидывании назад. Орофарингоскопия: умеренный тризм и выбухание заднебоковой стенки глотки справа, небные миндалины I степени, розовые, неотечные, без патологического содержания в лакунах. Риноскопическая и отоскопическая картина без особенностей. По данным общего анализа крови: лейкоцитоз ($18,6 \cdot 10^9/\text{л}$) с преобладанием гранулоцитов ($14,8 \cdot 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ (115 мм/ч). После проведения первичного осмотра в связи с подозрением на наличие парафарингеального абсцесса в условиях приемного отделения ребенку выполнена КТ области

шей с внутривенным контрастным усилением. Учитывая возраст ребенка, исследование проводилось с применением аппаратно-масочного наркоза. По данным КТ: в мягких тканях, паравертебрально, на уровне С2 определяются два изолированных однородных образования неправильной овальной формы, размером 20×12 и 10×7 мм, объемом 1 и 0,2 мл соответственно, окруженные усиливающейся при контрастировании стенкой. Мягкие ткани правой половины носоглотки и ротоглотки неравномерно увеличены в объеме, выступают в их просвет полициклическими контурами, деформируя и сужая его. Было диагностировано наличие двух парафарингеальных абсцессов справа (см. рисунок).

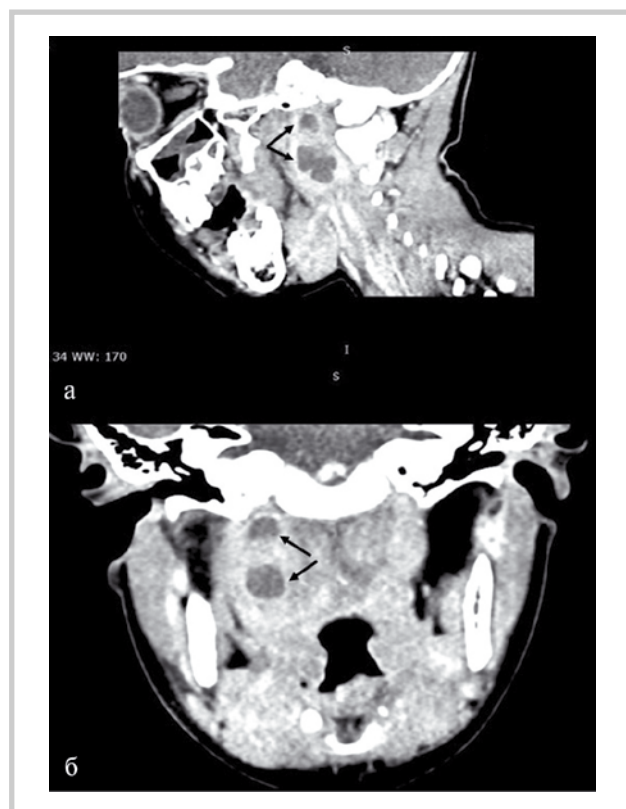
Ребенок был госпитализирован в отделение оториноларингологии, где после предоперационной подготовки, через 6 ч с момента обращения в стационар, было выполнено хирургическое вмешательство под интубационным наркозом. Первым этапом для доступа к парафарингеальному пространству была выполнена правосторонняя тонзиллэктомия. Затем через правую тонзиллярную нишу тупым путем щипцами Гартмана произведена ревизия парафарингеального пространства, последовательно вскрыты оба абсцесса, получено гнойное отделяемое, полости абсцессов промыты раствором антисептиков.

Назначена системная антибактериальная терапия: цефтриаксон 900 мг 2 раза в день и метронидазол 135 мг 3 раза в день внутривенно в течение 7 сут, противовоспалительные и обезболивающие препараты (ибупрофен 100 мг, парацетамол 100 мг в 1—2-е сутки после вмешательства). Послеоперационный период протекал благополучно. Начиная с первых суток после операции температура нормализовалась, отмечались купирование локальных изменений в области глотки, облегчение движений в области шеи и улучшение общего состояния; боль исчезла на 3-и сутки. По данным бактериологического исследования отделяемого из абсцессов обнаружен *Streptococcus oralis* (II степень обсемененности).

31.01.18, через 8 дней после госпитализации, ребенок был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с клиническим диагнозом: парафарингеальные абсцессы справа, подчелюстной и шейный лимфаденит.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Янов Ю.К., Аникин И.А., Грязина Н.В. Оптимизация экстренной оториноларингологической помощи в многопрофильной больнице. XVII Съезд оториноларингологов России. Тезисы. СПб. 2006. [Yanov YuK, Anikin IA, Gryazina NV. Optimization of emergency otorhinolaryngological care in a multidisciplinary hospital. XVII Congress of otolaryngologists of Russia. Theses. SPb. 2006. (In Russ.)].
2. Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Захарова А.Ф., Хамзалиева Р.Б., Рынков Д.А. Структура заболеваемости детей с госпитальной патологией ЛОР-органов по результатам мониторинга детских стационаров Москвы. *Вестник оториноларингологии*. 2015;4:65-68. [Kryukov AI, Ivoilov AYU, Zakharova AF, Khamzalieva RB, Rynkov DA. Structure of morbidity in children with hospital pathology of ENT organs according to the results of monitoring of children's hospitals in Moscow. *Vestnik otorinolaringologii*. 2015;4:65-68. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/otorino201580465-68>
3. Солдатский Ю.Л., Денисова О.А., Булышко С.А. Особенности анамнеза и этиология абсцессов глотки у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2017;5:12-14. [Soldatsky YuL, Denisova OA, Bulynko SA. The specific features of the past medical history and



Ребенок Г., 3 лет. КТ области шеи с контрастным усилением.

Фронтальная(а) и аксиальная(б) проекции. В парафарингеальной области справа определяются два изолированных полостных образования (стрелки).

В заключение следует отметить, что только своевременное выполнение КТ области шеи с контрастным усилением позволило выявить наличие двух изолированных парафарингеальных абсцессов и тем самым выбрать адекватную хирургическую тактику.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

4. Fücsek M, Tompos T, Kelemen A. Successfully treated neck abscess secondary to peritonsillar abscess. *Orv Hetil*. 2005;17:146:29:1549-1551. PMID:16136777.
5. Смирнов Н.М. Два случая тонзиллогенного медиастинита. *Вестник оториноларингологии*. 1979;4:83-84. [Smirnov NM. Two cases of tonsillitis mediastinitis. *Vestnik otorinolaringologii*. 1979;4:83-84. (In Russ.)].
6. Sakaguchi M, Sato S, Asawa S, Taguchi K. Computed tomographic abscesses find cellulitis. *Jurn Laryngol Otol*. 1995;109:5:449-451. PMID:7798007.
7. Ahmed K, Shah K, Jones AS, Smethurst A. The Role of Ultrasound in the Management of Peritonsillar Abscess. *Journ Laryngology Otolology*. 1994;108:7:610-612. <https://doi.org/10.1017/S0022215100127598>

Поступила 06.04.18