

С.М. ПУХЛІК, В.В. ПУШКАРСЬКИЙ, В.І. ЯРОШЕВИЧ

ЩЕ РАЗ ПРО ПАРАТОНЗИЛЯРНИЙ АБСЦЕС – РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. С.М. Пухлік) Одес. держ. мед. ун-ту;
оториноларингологічне від-ня (зав. – В.В. Пушкарський)
Дорожньої лікарні Одес. залізниці*

Гостре запалення навколомигдаликової клітковини – паратонзиллярний абсцес (ПА) є частим захворюванням, має різко виражену клінічну симптоматику і нерідко супроводжується тяжкими ускладненнями. Тому лікуючий спеціаліст повинен правильно і швидко оцінити стан хворого та терміново застосувати найраціональніше лікування.

Слід підкреслити, що внаслідок нераціонального використання антибіотиків і сульфаніламідних препаратів змінюється перебіг паратонзиліта, виникають нові клінічні форми запалення навколомигдаликової клітковини. Це утруднює діагностику захворювання і не дає можливості призначити цілеспрямоване лікування, раціональну тактику ведення хворого.

Запалення навколомигдаликової клітковини найчастіше виникає при хронічному тонзиліті, рідше – після вперше перенесеної ангіни. ПА (за даними різних авторів) зустрічається у 10-12% хворих серед всіх ЛОР-відділень (стаціонарів). Відомі тяжкі ускладнення ПА - арозивні кровотечі, медіастиніти, сепсис, парафарингеальні флегмони, набряк гортані. Ці ускладнення затягують строки одужання, а при невчасному лікуванні можуть закінчитися летально.

Отоларинголог, госпіталізуючи пацієнтів з ПА, стикається з рядом труднощів, що виникають перед ним у процесі лікування. Якщо врахувати небезпеку розвитку тяжких ускладнень ПА і складність лікування таких хворих (тяжкість загального їх стану, ускладнення, пов'язані з виконанням самої операції), то стає очевидною актуальність питання про призначення лікування при цьому захворюванні. В зв'язку з тим, що були запропоновані різні методики лікування з приводу ПА, але відсутні практичні вказівки з цього питання, ЛОР-фахівцю важко орієнтуватися у виборі методу терапії. Немає чітко сформульованих показань для абсцес-тонзилектомії, виника-

ють труднощі у виборі способу анестезії при виконанні цієї операції. Відсутні відомості про стан згортаючої системи крові при паратонзиллярному абсцесі.

Вимагає вирішення питання про розробку єдиної хірургічної тактики при паратонзиллярному абсцесі з метою скорочення днів непрацездатності хворого і швидкого його повернення до виконання своєї роботи.

Пацієнти з ПА, за нашими спостереженнями, склали 6-8% від усіх хворих, що лікувалися в ЛОР-стаціонарі. Протягом року обстежувані з ПА надходили в стаціонарне відділення нерівномірно – більше всього їх було зареєстровано в літній і зимовий періоди. У ці ж періоди спостерігалось зростання кількості хворих на ангіну, тобто зростала вірогідність розвитку ПА.

У клінічних проявах ПА протягом останніх років істотних змін не відбулося, і, згідно з нашими спостереженнями, вони не відрізняються від описаних в посібнику з оториноларингології. Проте звертає на себе увагу швидке формування абсцесу (на 3-5-й день, а іноді і в 1-2-й день від початку захворювання на ангіну), різко виражена інтоксикація.

ПА супроводжується гипертермією, гіперлейкоцитозом (в середньому – $11,2 \cdot 10^9$ в 1 мл) периферичної крові і різко збільшеною ШОЕ (в середньому – 25 мм/г).

При електрокардіографічному дослідженні виявлено зміни серцевої діяльності, що полягають в тахі- або брадикардії, у зниженні зубця Р, зниженні або двохфазності зубця Т, негативному зубці Т, аритміях. Відмічені зміни показників ЕКГ знаходилися в прямій залежності від ступеня інтоксикації та алергізації організму і мали оборотний характер.

Що стосується тактики лікування при ПА, то в літературі до цього часу є ряд суперечливих думок. Консервативне лікування, розкриття абсцесу, тонзилектомія в "гарячому" періоді, тобто на 2-й день після інцизії,

або в "теплого" періоді, тобто через 2-3 дні після розкриття абсцесу, чи в "холодному" періоді.

Як показала клінічна практика і численні гістоморфологічні, біохімічні та інші дослідження, доцільніше виконувати при ПА абсцес-тонзилектомію. Ми виходили з того, що при ПА, по-перше, необхідно розкрити і ліквідувати нагноєння паратонзиллярної клітковини будь-якої локалізації; по-друге, хворий повинен вилікуватися швидко і повністю; по-третє, хронічний тонзиліт, що став причиною ПА, треба радикально усунути.

Тому ми виробили абсолютно чіткі показання до абсцес-тонзилектомії при ПА: по-перше – наявність хронічного тонзиліту в анамнезі і метатонзиллярних захворювань, по-друге – ускладнення ПА, по-третє – недостатній дренаж після його розкриття.

Метод анестезії – справа вибору ЛОР-хірурга. Разом із загальним знеболюванням широко практикується і місцева анестезія. Місцевій анестезії присвячено безліч досліджень і публікацій. Були запропоновані різні методики: інфільтраційна, провідникова, шийна вагосимпатична блокада, підслизово-крилоподібна блокада та інші – громіздкі і нерідко небезпечні методи.

Ми виходили з того, що методика анестезії повинна бути доступною для практикуючих ЛОР-фахівців і ефективною. Тому ми запропонували свій варіант місцевої анестезії, який полягає в наступному: премедикація (залежно від психологічного стану хворого) може варіювати в широкому діапазоні (доступність препаратів, аплікаційна анестезія слизової оболонки глотки), застосування розчину дикаїну (кокаїну, лідокаїну, амізілової суміші), послаблення тиску області абсцесу (пункція-дренаж за допомогою товстої голки) і інфільтрація навколомигдаликових тканин анестетиком (новокаїн, лідокаїн). До моменту закінчення анестезії тризм ліквідувався, і тонзилектомія виконувалась за звичайною технікою.

Техніка ошадливої абсцес-тонзилектомії повинна бути простою і доступною для практикуючих ЛОР-лікарів, а також ефективною. За нашою методикою — ми застосовуємо мінімум інструментів: довгі (порожнинні) ножиці з короткими губками, зігнутими по площині, і будь-який утримувач мигдаликів (порожнинні щипці, затискувач Мікуліча).

Техніка тонзилектомії полягає у надсіченні передньої піднебінної дужки ножицями до оголення капсули мигдалика, накладанні на нього утримувача мигдаликів і при подальших різних тракціях тупе його вилущування (екстракапсулярне). Аналогічно видаляється мигдалик на "здоровій" стороні – при цьому у ряді випадків виявлялися і розкривалися "холодні" ПА.

Потрібний обов'язковий контроль за гемостазом. При необхідності виконуємо прошивання судини кетгутівим швом в рані або коагуляцію біполярним коагулятором фірми „Шторц”.

Нами було виконано понад 100 абсцес-тонзилектомій. У післяопераційному періоді спеціальне лікування не проводилось, ускладнень не було.

Висновки

Абсцес-тонзилектомія – надійний і радикальний метод лікування хворих з паратонзиллярним абсцесом і одночасно з хронічним тонзилітом. Про це свідчить швидке відновлення загального стану пацієнта, згасання запальних явищ в глотці, нормалізація показників крові, ЕКГ, а також скорочення строків його перебування в стаціонарі. Показаннями до операції абсцес-тонзилектомії є наявність в анамнезі хронічного тонзиліту і метатонзиллярних захворювань, рецидивуючі паратонзиліти, ускладнення паратонзиллярного абсцесу і недостатній дренаж після його розкриття. Абсцес-тонзилектомію найбільш доцільно проводити відразу з надходженням хворого до стаціонару, не вдаючись до антибактеріальної терапії або до розкриття абсцесу.

1. Гарюк Г.И., Гарюк О.Г., Шевченко А.М., Тимошенко Ю.В., Евдошенко В.И. Ультразвуковая диагностика паратонзиллярного абсцесса на разных стадиях его развития // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №6.
2. Деменков В.Р., Напрасников С.Н., Приставко Т.И. Клинико-иммунологические критерии в выборе ме-

- тода лечения больных хроническим тонзиллитом, осложненным паратонзиллитом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №3.
3. Ярошевич В.И., Иванов Н.И. Лечебная тактика при паратонзиллярном абсцессе // ВМЖ. – 1977. – №9.
4. Martin Burton. Diseases of the ear, nose and throat. – London, 2001. – P. 41-43.

Надійшла до редакції 22.04.09.

© С.М. Пухлік, В.В. Пушкарський, В.І. Ярошевич, 2009