



До 170-річчя заснування Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Ф.О. Тишко, д.м.н., професор кафедри оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;  
О.В. Павлова, поліклініка № 2 ДУС, м. Київ

# Заглотковий абсцес

**Заглотковий абсцес – це гостре гнійне запалення лімфаденоїдних утворень і пухкої клітковини заглоткового простору. Зустрічається переважно у грудних дітей і ранньої вікової групи, значно рідше у старшому віці. За даними літератури, починаючи з 4-5-го року життя лімфатичні вузли регресують і заглотковий простір облітерується.**

Спостереження окремих авторів вказують на те, що заглотковий абсцес трапляється і в дорослих. А.С. Кісельов, А.В. Раковський, В.П. Тіпкін (1951) описали випадок гігантського заглоткового абсцесу у хворого віком 19 років. Наявність заглоткового абсцесу в дорослих, зокрема в осіб похилого віку, пояснюють послабленням імунітету і деякими системними захворюваннями, особливо це стосується діабету (М.Р. Богомільський, В.Р. Чистякова, 2001).

Щоб зрозуміти, чому на заглотковий абсцес частіше хворіють діти віком до 4-5 років, доцільно звернутися до розгляду анатомо-фізіологічних особливостей дитячого віку.

Глотка – складний анатомічний орган, у якому перехрещуються травний і дихальний шляхи, тобто глотка належить як до системи дихання, так і до системи травлення, виконуючи функцію ковтання. Анатомічно глотка – це порожнина, що починається від основи черепа і закінчується на рівні VI-VII шийних хребців (у дітей на рівні V, а в осіб похилого віку VII хребця), переходячи у стравохід. Стінки глотки побудовані з шарів різних тканин: внутрішній шар – слизова оболонка, за нею фіброзна оболонка, м'язи і глоткова (горлова) фасція.

Спереду назад і від основи черепа до нижнього краю глотки розташований заглотковий простір. Він обмежений спереду задньою стінкою глотки, а ззаду – передхребтовою фасцією. З боків (зліва і справа) він межує із парафарингеальними просторами і з судинно-нервовими пучками ший, до яких відносяться сонні артерії – загальні та їх гілки (зовнішні та внутрішні), блукаючі нерви і внутрішні яремні вени (рис. 1). Заглотковий простір переходить донизу в заднє середостіння, що сприяє розповсюдженню

порожниною, а через слухові труби – з системою порожнин середнього вуха і в першу чергу з барабаними порожнинами. Ротова частина глотки через зів з'єднується з порожниною рота. Нижня або гортанна частина спереду відкривається в гортань, а ззаду переходить у стравохід і має два грушеподібні закутки з боків. У глотці у вигляді кільця розташована лімфаденоїдна тканина, що отримала назву мигдаликів, у глотці їх нараховують шість.

Для розуміння шляхів переходу інфекційного агента з первинного вогнища у заглотковий простір треба приділяти увагу піднебінним мигдаликам (I і II – правий і лівий), що розташовані з боків від зіву між піднебінними дужками у мигдаликових нішах. Зовні від мигдаликів (праворуч і ліворуч) розташовані паратонзиллярні простори, заповнені клітковиною. У разі проникнення інфекції в ці простори виникає паратонзиліт або паратонзиллярний абсцес.

У сплетінні носової частини глотки є третій мигдалик – носоглотковий. На відміну від піднебінних мигдаликів він не має капсули і крипт. Поглиблення між другою і третьою складками іноді помилково називають криптами. Запалення третього мигдалика (ангіна носоглоткового мигдалика) може стати одною із причин заглоткового абсцесу.

Іннервація глотки здійснюється за рахунок гілок блукаючого, симпатичного, другої гілки трійчастого і язикоглоткового нервів. Описуючи випадки раптової смерті як ускладнення заглоткового абсцесу, Л.С. Ходасевич (1986) вважає, що в основі її механізму і розвитку лежить подразнення абсцесом блукаючого нерва і його гілок, які знаходяться поряд з абсцесом.

Кровообіг здійснюється гілками зовнішньої та внутрішньої верхньощелепних артерій. Венозна кров через горлові вени відтікає у внутрішні яремні вени. Лімфа відтікає до задніх і глибоких шийних лімфатичних вузлів. Лімфатичні судини глотки зв'язані з лімфатичною системою голови, ший, грудної порожнини. Ці анатомічні особливості глотки і граничних ділянок ший варто враховувати не тільки в пошуках причинного фактора, шляхів розповсюдження інфекції, а й у диференційній діагностиці патологічних процесів ділянки глотки, у першу чергу це стосується заглоткового абсцесу.

Існує багато класифікацій заглоткового абсцесу за перебігом захворювання, етіологією і локалізацією. Безумовно, все це має суттєве значення у практиці діагностики та лікування. Варто звертати увагу на локалізацію абсцесу. Саме локалізація впливає на перебіг і своєчасну діагностику і вибір методу хірургічного лікування. За даними В.А. Кудрявицького (1946), з 59 випадків абсцес локалізувався у верхній третині глотки у 3, у середній частині – у 49 і в нижній – у 7.

Враховуючи анатомічну будову заглоткового простору, а саме те, що в ділянці носоглотки заглотковий простір поділяється серединною сполучнотканиною перегородкою на дві частини – ліву та праву і що носоглотка спереду прикрита м'яким піднебінням, а також невелику кількість спостережень (3 випадки), можна пояснити труднощі діагностики.

Найчастіше виявляється середня локалізація, тобто на рівні ротоглотки, коли абсцес однобічної локалізації опустився по передхребтовій фасції вниз і займає центральне положення, відкриваючись у ротоглотку.

Якщо на цьому рівні абсцес не діагностується, він опускається нижче у третю частину глотки – гортаноглотку. Недосвідченому

лікарю виявити його в таких випадках непросторо. Недіагностований абсцес нижньої локалізації розповсюджується в заднє середостіння, викликаючи медіастиніт.

## Частота

На підставі аналізу літератури Г.С. Протасович (2006), з чим варто погодитися, відмічає відсутність даних про частоту заглоткового абсцесу. Існують лише окремі спостереження. У такому разі лікарі-практики спостерігають цю патологію дитячого віку дуже рідко, через що не набувають відповідного досвіду, який так потрібен кожному спеціалісту для своєчасного розпізнання причин захворювання і правильної діагностики й надання термінової лікарської допомоги пацієнту.

## Етіологія, патогенез

До причинних факторів заглоткового абсцесу треба віднести запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, а саме: ангіна, гострі вірусні респіраторні інфекції (ГРВІ), гострий нежить, гострий назофарингіт (часто трапляється у дітей), ангіна носоглоткового мигдалика (гострий аденоїдит), різного виду травми слизової оболонки носа, горла, гострі отити, у більш пізньому віці захворювання зубів (карієс) та ін. У дітей грудного віку однією з причин цього захворювання є інфекційні тріщини грудних сосків матері. Інфекція передається в таких випадках через контакт і далі розповсюджується лімфатичними і венозними шляхами. Причинною заглоткового абсцесу можуть бути дитячі інфекційні захворювання (кір, скарлатина, дифтерія).

Враховуючи, що в літературі наводяться лиш окремі спостереження з практики і відсутні систематизовані дані щодо захворювання на заглотковий абсцес, не існує даних про найпоширеніші мікроорганізми, які призводять до запалення структур заглоткового простору. Керуючись загальною характеристикою збудників гнійного запалення, можна стверджувати, що у більшості випадків причиною заглоткового абсцесу є аеробна й анаеробна мікрофлора: аеробна – *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* та ін.; анаеробна – *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Bacteroides*.

У зв'язку з цим можна стверджувати, що наявність гнійного вогнища будь-якої локалізації чи такого джерела інфекції у рідних й обслуговуючого персоналу у дитячих колективах може бути причинним фактором заглоткового абсцесу.

## Симптоми і перебіг захворювання

Зважаючи на те, що заглотковий абсцес у переважній більшості виникає в ранньому дитячому віці, зупинимось на характеристиках клінічного перебігу хвороби цієї вікової категорії дітей.

Захворювання, як правило, починається гостро. Різно погіршується загальний стан дитини і підвищується температура тіла до 39-40°C. Появляються виражені ознаки загальної інтоксикації. Дитина грудного віку відмовляється від споживання їжі у зв'язку із сильним болем. Відомо, що під час смоктання у порожнині рота і глотки з'являється негативний тиск, що спричиняє різкий біль за наявності запального процесу. Другою причиною відмови від годування є порушення носового дихання через обструкцію абсцесом порожнини носоглотки, а пізніше і всіх відділів глотки.

Порушення носового дихання відбувається переважно на боці локалізації гнійника в носоглотці. Згадаймо, що на рівні носоглотки заглотковий простір сполучнотканиною перегородкою (перетинкою)

поділений на дві половини – праву і ліву. Згодом на 2-3-й день внаслідок перифокального набряку тканин повністю порушується носове дихання. Поряд з цим проявляються симптоми закритої гугнявості. Звертає на себе увагу змушене положення голови, нерідко з нахилом її убік і дещо назад. При цьому можна виявити помірну ригідність потиличних м'язів.

Доречно буде згадати, що у дітей перших шести місяців існує природжений гіпертонус м'язів. У таких випадках для зняття м'язового рефлексу лікар однією рукою легенько натискає на верхню третину груднини, а іншою – пробує нахилити голову вперед і вниз так, щоб підборіддя торкнулося передньої поверхні грудної клітки. Якщо це фізіологічний гіпертонус м'язів потилиці, рефлекс знімається, що свідчить про відсутність ригідності, у тому числі й симптому Керніга, характерного для менінгоенцефаліту. Ригідність потиличних м'язів при заглотковому абсцесі є захисною реакцією, зумовленою контрактурою вказаних м'язів.

Окрім вище названих симптомів, спостерігається гіперсалівація. Такого симптому, як тризм, характерного для паратонзиллярного абсцесу, ми не виявили у жодної дитини, хоча в літературі на цей симптом є посилання. Виявляється збільшення регіонарних лімфатичних вузлів найчастіше у верхній ділянці груднино-ключично-соскового м'яза спереду від нього під кутом нижньої щелепи і рідко – по задньому краю м'яза.

При розповсюдженні абсцесу в середній відділі глотки (на рівні ротоглотки) на тлі загальних симптомів гнійного запалення утруднюється ковтання, дитина відмовляється від вживання їжі, порушується мова, залишається гугнявість, наростає гіперсалівація, з'являється фарингеальний стридор. У дітей віком 3-5 років мова не розбірлива – симптом повного рота.

Згодом абсцес, збільшуючись за розмірами, опускається донизу і локалізується в нижньому відділі глотки – у гортаноглотці. У таких випадках до вище перерахованих симптомів приєднуються симптоми стенозного дихання (гортанний стридор) з нападами задухи. З'являється ціаноз видимої слизової оболонки, перорального трикутника, згодом – шкіри. Розвивається картина гострого стенозу гортані з симптомами, залежними від його стадії. Втягуються над- і підключичні ямки, міжреберні проміжки, епігастральна ділянка передньої стінки черевної порожнини, внаслідок вираженої задухи з'являється психомоторне збудження. Згодом під впливом наростання респіраторного і метаболічного ацидозу настає адинамія, блідість губ і шкіри, тобто загрожує термінальна стадія (асфіксія).

Чим характеризуються локальні об'єктивні симптоми, які виявляють педіатри й оториноларингологи? Як і загальні симптоми, вони залежать від розміру гнійника і його локалізації у глотці. За допомогою ватки перевіряють ступінь порушення носового дихання, особливо на початку захворювання, коли абсцес локалізується на рівні носоглотки. Дихання порушується на боці локалізації абсцесу. Коли абсцес опускається донизу в ротоглотку і закриває вхід у носоглотку, носове дихання відсутнє.

Під час ендоскопії порожнини носа за допомогою передньої риноскопії, у тому числі методом оптичної риноскопії, виявляють накопичення слизу у її задніх відділах, набряк і гіперемію слизової оболонки, що призводить до обструкції задніх відділів порожнини носа і хоан.

За допомогою орофарингоскопії та задньої риноскопії на рівні носоглотки відмічається однобічне випинання задньої

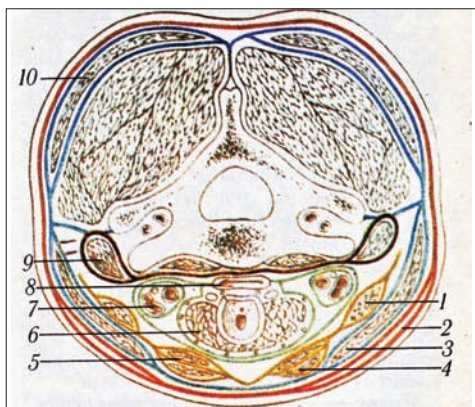


Рис. 1. Схема фасцій ший за В.Н. Шовкуненком (поперечний розтин)

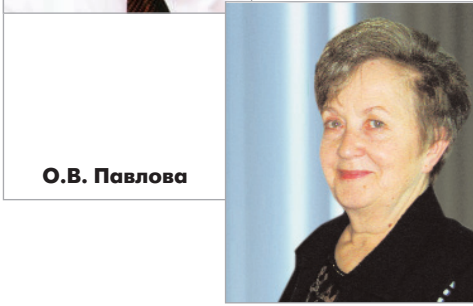
1 – m. omohyoideus; 2 – platysma; 3 – m. sternocleidomastoideus; 4 – m. sternohyoideus; 5 – m. sternothyroideus; 6 – gl. thyroidea; 7 – a. carotis communis, v. jugularis int., n. vagus; 8 – esophagus; 9 – m. scalenus medius; 10 – m. trapezius. Кольоровими лініями позначені: червоною – fascia superficialis; синьою – fascia propria; жовтою – fascia omoclavicularis; зеленою – fascia endocervicalis; коричневою – fascia prevertebralis.

гнійника у середостіння, викликаючи медіастиніт. Верхня частина заглоткового простору (на рівні носоглотки) поділена сполучнотканиною зв'язкою, що йде від передхребтової фасції до фіброзної оболонки глотки, на дві половини – праву і ліву. Ці анатомічні особливості мають велике значення в діагностиці абсцесу і розповсюдженості його за межі свого місця зародження. Для розуміння етіологічних факторів, патогенезу і патологоанатомічних змін згадаємо коротко ще про деякі анатомічні структури глотки.

Слизова оболонка глотки у своїй верхній частині (носоглотці) вкрита циліндричним миготливим епітелієм, а нижче – багат шаровим плоским епітелієм. Носова частина глотки через хоани з'єднується з носовою



Ф.О. Тишко



О.В. Павлова

за наявності гіпертермії й інших симптомів гострого захворювання у дитини часто звертаються до оториноларингологів. Під час установлення діагнозу використовують дані анамнезу, об'єктивного обстеження загального стану і метод системного аналізу отриманих даних. Кінцевий діагноз допомагають установити спеціальні методи дослідження, проведені оториноларингологом, такі як передня і задня риноскопія (за допомогою оптичної ендоскопії або звичайного огляду) і фарингоскопія (огляд носоглотки, ротової її частини і гортано-глотки). Оцінюється локалізація абсцесу, форма, величина, консистенція тканин, наявність чи відсутність флуктуації, яка перевіряється, як правило, за допомогою пальпації.

У разі підозри на абсцес, який локалізується в гортаноглотці, для кращого огляду носоглотки достатньо підняти штапелем край м'якого піднебіння або відтиснути на себе язик (його корінь). У таких випадках ширше відкривається нижній відділ глотки. В усіх випадках за підозри на наявність за-глоткового абсцесу показана звичайна рентгенографія в боковій проекції ший. Розширення ретрофарингеального простору на рівні шийних хребців і зникнення фізіологічного лордозу за нормальної структури шийного відділу хребта з урахуванням віку дитини, даних анамнезу і загального статусу свідчить на користь за-глоткового абсцесу.

#### Диференційна діагностика

Проводити диференційну діагностику за-глоткового абсцесу, враховуючи загальні симптоми, необхідно з низкою захворювань, а саме:

- гостра респіраторна вірусна інфекція;
- гострий нежить;
- ангіна, у тому числі ангіна носоглоткового і язикового мигдаликів;
- стоматит;
- паратонзиліт і паратонзиллярний абсцес;
- флегмона дна порожнини рота;
- парафарингеальний абсцес;
- флегмона ший;
- паравертебральні абсцеси різної локалізації;
- мононуклеоз (мононуклеарна ангіна);
- менінгоенцефаліт;
- гострий ларинготрахеобронхіт;
- гострий стеноз гортані (гострий підскладковий ларингіт – несправжній круп);
- гостре запалення легень (пневмонія).

Перераховані захворювання мають подібну загальну клінічну картину (симптоми), а саме: гострий початок, гіпертермію, порушення носового і гортанного дихання на тій чи іншій стадії, погіршення загального стану, відмова від вживання їжі (через наростання болювого синдрому), порушення дихання, наявність легкої ригідності потиличних м'язів.

Враховуються місця можливої локалізації абсцесів (рис. 2, 3), розміри і характер місця захворювання.

Стосовно процесів місцевого характеру, які виявляються на тлі більш-менш задовільного стану на початку хвороби без гіпертермії, варто враховувати такі захворювання:

- туберкульозний спондиліт шийного відділу хребта і туберкульозний натічник;
- сифіліс III періоду;

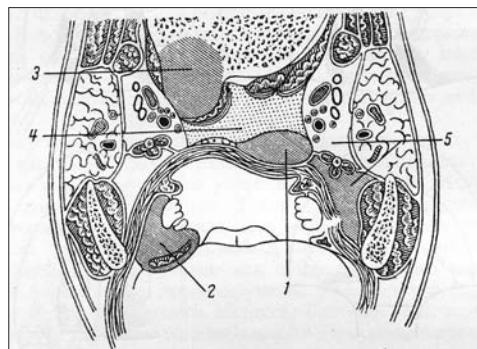


Рис. 2. Схема розташування абсцесів навколо глотки

- 1 – за-глотково-боковий (на рівні носоглотки);
  - 2 – паратонзиллярний;
  - 3 – туберкульозний «холодний» абсцес;
  - 4 – за-глотковий абсцес (на рівні рото- і гортаноглотки);
  - 5 – парафарингеальний (нерозповсюджений на задній відділ парафарингеального простору – незаштрихований).
- (В.Ф. Ундіріч, 1960)

стінки носоглотки (зліва чи справа), яке торкається м'якого піднебіння і бокової стінки глотки на відповідному рівні. За допомогою пальпації виявляють м'яку консистенцію пухлини, можливо флуктуацію.

У разі локалізації абсцесу в ротовій частині глотки слизова оболонка різко гіперемована і випнута з гладенькою поверхнею. Це випинання займає всю ділянку ротоглотки: зверху покривається краєм м'якого піднебіння і маленьким язичком, з боків граничить з боковими поверхніми ротоглотки, а при гіпертрофії піднебінних мигдаликів стискається ними, знизу нависає над коренем язика. Якщо не надано відповідної допомоги, абсцес по передхребтовій фасції легко опускається нижче і локалізується в гортанній частині глотки. Під час огляду порожнини глотки відмічається гіперемія і пастозність слизової оболонки. Над коренем язика виявляється подушкоподібне випинання (у дітей, особливо перших трьох років, гортань розташована високо), яке прикриває корінь язика, грушоподібні ямки, надгортанник. Під час видиху (стридорозного) коливається піниста слина. Це чітко видно при оптичній або при прямій гіпофарингоскопії, а в дітей старшої вікової групи і в дорослих при непрямій гіпофарингоскопії.

У разі локалізації абсцесу на рівні рото- і гортаноглотки з'являється двобічний лімфаденіт на відміну від одностороннього при локалізації абсцесу на рівні носоглотки. Не надана своєчасно медична допомога може стати причиною розповсюдження процесу з ділянки передхребтової фасції у напрямку внутрішньої грудної фасції, що призводить до медіастиніту.

Заглотковий абсцес у дорослих й осіб старшого віку буває рідко, хоча деякі автори описують такі випадки (Н.С. Дмитрієв, З.А. Альшутлер, 1974; В.А. Романов, 1975; В.С. Зайцев, А.С. Стебельський, 1978; А.А. Лайко, 1998; А.С. Кісельов, А.В. Раківський, В.П. Тіпкіч, 2005; Cullagh, 1913; Todman, 1960; Fallas, 1909 та ін.). Правильніше буде говорити про паравертебральні абсцеси, тому що в осіб цих вікових категорій не існує за-глоткового простору. Ми спостерігали тільки один випадок гнійного медіастиніту нібито з причин за-глоткового абсцесу в пацієнта віком 67 років, який хворів на цукровий діабет.

Туберкульозні натічники, які розвиваються внаслідок туберкульозу шийних хребців, не потрібно відносити до категорій гострого гнійного запалення структур за-глоткового простору. Їх треба розглядати з метою диференційної діагностики.

Перебіг захворювання на за-глотковий абсцес необхідно розглядати в аспекті гострого гнійного захворювання з усіма його клінічними проявами. Посилання деяких авторів, як вказує Г.С. Протасевич (2004), на перебіг захворювання без різкого порушення загального стану хворого мають право на існування, але це потребує детального аналізу стосовно віку, причинного фактора і диференційної діагностики.

#### Діагностика

Установлення правильного діагнозу, особливо у дітей першого року життя, пов'язане з деякими труднощами (А.А. Маєрчик, 1974), тому лікарі-педіатри

- пухлини глотки (доброякісні та злоякісні);
- ектопія щитоподібної залози;
- аневризма висхідної глоткової артерії;
- стороннє тіло у місцях локалізації (мигдалики, корінь язика, грушоподібні синуси і шийний відділ стравоходу).

Клініка ГРВІ з урахуванням епідеміологічного оточення відома широкому колу лікарів і не викликає труднощів у встановленні правильного діагнозу, але ГРВІ і банальний гострий риніт можуть стати причинним фактором у розвитку за-глоткового абсцесу. При зміні симптомів клінічного перебігу, які нагадують можливі ускладнення ГРВІ, треба враховувати можливий розвиток за-глоткового абсцесу.

Ангіна є гострим інфекційним захворюванням переважно бактеріального походження з місцевими проявами запального процесу в ділянці лімфаденоїдного глоткового кільця, найчастіше це запалення піднебінних мигдаликів. Як правило, установити діагноз ангіни з локалізацією запалення у піднебінних мигдаликах неважко (рис. 4).

Між ангіною носоглоткового мигдалика і за-глотковим абсцесом є низка тотожних симптомів: підвищення температури тіла, загальне занедужання, порушення носового дихання, накопичення слизу і гнійного ексудату в задніх відділах порожнини носа, гіперемія слизової оболонки задньої стінки глотки (рис. 5). Використовуючи вище названі методи діагностики, можна переконатися у правильності діагнозу.

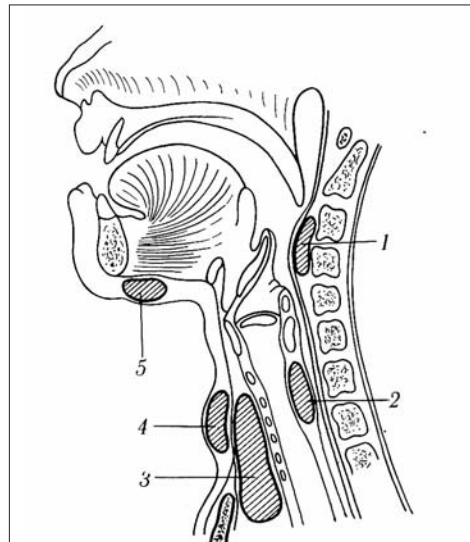


Рис. 3. Схема локалізації абсцесів ший:

- 1 – за-глотковий; 2 – позатрахеальний;
  - 3 – за-грудинний; 4 – надгрудинний; 5 – підборідний.
- (К.І. Кульчицький, І.І. Бобрик)

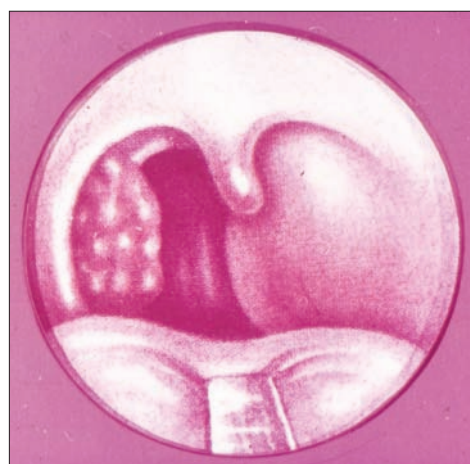


Рис. 4. Фолікулярна ангіна (ліворуч), паратонзиллярний абсцес (праворуч)



Рис. 5. Ангіна носоглоткового мигдалика (вигляд при задній риноскопії)

Паратонзиліт і паратонзиллярний абсцес у дітей першого року життя трапляється рідко. У разі загальних симптомів, властивих гострому запаленню, наявність ознак, характерних для паратонзиліту й паратонзиллярного абсцесу, вирішують проблему. При цьому враховують те, що ці ознаки (симптоми) проявляються або на тлі ангіни, або частіше на 3-4-й день після стихання запалення в ділянці піднебінних мигдаликів. На першому етапі в таких випадках знову спостерігається гіпертермія, болі в горлі одностороннього характеру, в основному наявність асиметрії з'ява за рахунок збільшення і випинання до середньої лінії глотки піднебінного мигдалика, набряк тканин, розташованих поряд з мигдаликом, особливо передньої чи рідше задньої піднебінної дужки, м'якого піднебіння над мигдаликом і набряк малого язичка (рис. 4). Як правило, через 2-3 дні температура тіла знижується до субфебрильних цифр і з'являється тризм за рахунок контрактури м. pterygoideus. Нам доводилося мати справу з дітьми (5) віком 6-8 місяців, хворими на паратонзиллярний абсцес (в одного з них він був двобічним) без такого симптому, як тризм.

Флегмона дна порожнини рота має травматичне або одонтогенне походження. На 1-3-му році життя вона майже не трапляється. Клінічно захворювання характеризується симптомами, характерними для гострого гнійного запалення. Місцеві ознаки проявляються набряком тканин у ділянці підборіддя, збільшенням язика, випинанням уверх дна порожнини рота, гіперсалівацією. Деякою мірою симптоми можуть вказувати на ангіну язикового мигдалика, але без набряку тканин підборіддя і дна порожнини рота.

Флегмона ший – гостре розлите запалення клітковини: підшкірної жирової, міжфасціальних просторів, з яскравою клінічною картиною, швидко прогресуючою симптоматикою і тяжким запальним процесом на тлі лихоманки з вираженими місцевими симптомами у ділянці ший.

Паравертебральний абсцес – обмежене гнійне запалення. На відміну від флегмони має капсулу, яка з'являється уже з 5-7-го дня від початку запалення. Виникає внаслідок травми ший, шийного відділу хребта, перенесених операцій у ділянці лиця, ший, глотки. Нерідко зустрічається як ускладнення тонзилектомії, проведеної під місцевою анестезією (рис. 6). Це відбувається з причин заносу інфекційного агента з мигдалика у глибину тканин у напрямку хребта ін'єкційною голкою. Паравертебральні абсцеси локалізуються найчастіше біля поперечних відростків: збоку і спереду, зовні та ззаду. При локалізації абсцесу на передньо-боковій поверхні хребта об'єктивна картина нагадує локалізацію абсцесу бокового валика глотки або парафарингеального абсцесу. Зовнішні та зовнішньо-задні локалізації абсцесів захищені під масивними м'язами ший і проявляються їх контрактуєю, що нагадує ригідність потиличних м'язів при менінгоенцефаліті, асиметрія ший незначна або зовсім відсутня при задньохребтовій локалізації абсцесу. У таких випадках у їх діагностиці допомагають рентгенологічні дослідження, КТ, МРТ і діагностична пункція.

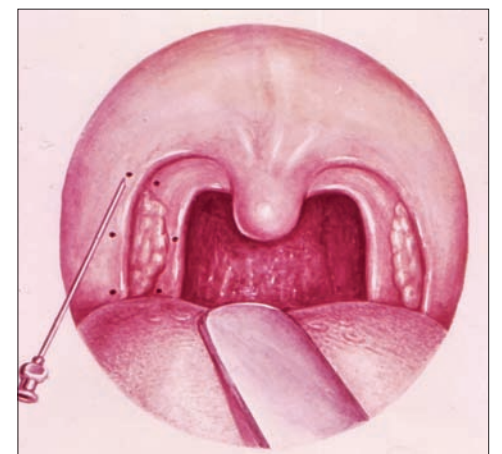


Рис. 6. Місцева інфільтраційна анестезія (перед видаленням мигдаликів). Місця уколів голкою позначені крапками

Продовження на стор. 62.

Ф.О. Тишко, д.м.н., професор кафедри оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця; О.В. Павлова, поліклініка № 2 ДУС, м. Київ

## Заглотковий абсцес

Продовження. Початок на стор. 60.

Заглотковий абсцес, як і паравертебральний, може нагадувати клініку **менінгоенцефаліту**: швидкий початок, висока температурна реакція тіла, головний біль, відхилення голови назад і вбік або тільки назад, напруженість потиличних м'язів. У діагностиці допомагають: огляд глотки, відсутність менінгеальних симптомів і, на кінець, за необхідності — пункція спинномозкового каналу й аналіз спинномозкової рідини (ліквору).

Запам'ятався такий випадок. До неврологічного відділення поступила хвора на третьому тижні після тонзилектомії з діагнозом менінгоенцефаліту. Під час обстеження виявлено передньобочковий паравертебральний абсцес. Проведено розтин абсцесу з боку глотки. На тлі антибактеріальної та протинабрякової терапії настало повне видужання пацієнтки. В іншому випадку дитині віком 10 років також була проведена тонзилектомія під місцевою анестезією. На другому тижні після операції на тлі фебрильної температури спостерігався симптом ригідності потиличних м'язів. Ні з боку шиї, ні з боку глотки об'єктивні симптоми паравертебрального абсцесу не виявлялися, за винятком напруги м'язів шиї в її задньобочковій ділянці. Рентгенологічні дослідження змін у шийному відділі хребта не виявили. Після проведеної діагностичної пункції у місці контрактури потиличних м'язів зроблено розтин абсцесу задньобочковим підходом. Дитина видужала.

**Гострі стенози гортані** на різних стадіях захворювання мають свою виражену клініку і не представляють труднощів у діагностиці. Відсутність об'єктивних симптомів, характерних для заглоткового абсцесу, і наявність симптомів стенозу гортані свідчать на користь останнього.

**Інфекційні дитячі захворювання** у продромальному періоді дечим подібні на початок розвитку заглоткового абсцесу. Відсутність відповідних симптомів, властивих для абсцесу, дає змогу лікарю поставити правильний діагноз.

У разі диференційної діагностики звертає на себе увагу так звана **моноцитарна ангіна**, яка є своєрідним симптомокомплексом інфекційного мононуклеозу. Збудником захворювання є лімфотропний вірус Епштейна-Барр. Захворювання трапляється в дітей та осіб молодого віку і передається повітряно-крапельним шляхом чи при безпосередньому контакті й в останній час отримало назву «хвороба поцілунків». Початок і клініка можуть нагадувати клініку заглоткового абсцесу. Починаючи з субфебрильної температури у продромальному періоді, через 2-3 дні проявляється високою температурною реакцією (39-40 °C), яка утримується до 3-4 тижнів. Уже на 4-5-й день, а в деяких пацієнтів і пізніше розвивається системна лімфаденопатія: збільшуються лімфовузли шиї, а дуже швидко і в інших ділянках тіла. Лімфовузли безболісні, тверді, численні, збільшується печінка і селезінка.

Характерним для мононуклеозу є запалення мигдаликів глотки: носоглоткового, піднебінних, язикового, лімфоїдних фолікул задньої стінки глотки. Особливо яскраві зміни проявляються в ділянці піднебінних мигдаликів — виникає характерна для мононуклеозу моноцитарна ангіна. Враховуючи те, що при набряку носоглоткового мигдалика є ознаки гострого нежитю і різко порушується дихання, це захворювання нагадує початок заглоткового абсцесу.

Наростання явних ознак мононуклеозу, характерні зміни у крові, а саме: лейкоцитоз досягає високого рівня (у середньому  $12-16 \times 10^9/\text{л}$  і більше, наявність лімфоїдно-ретикулярних клітин, збільшення кількості лімфоцитів і моноцитів до 60-70%, мононуклеарів (віроцити) до 12-15%), збільшення швидкості осідання еритроцитів до 20-30 мм/год і вище (до 60 мм/год), свідчать на користь інфекційного мононуклеозу.

Враховуючи вищезазначений клінічний перебіг, зміни в горлі, які з'являються після системного збільшення лімфовузлів — ангіна від катаральної до плівчастої (плівки блідо-жовтого кольору покривають усю зівну поверхню піднебінних мигдаликів), результати аналізу крові, епідеміологічне оточення в дитячих колективах, відповідний вік дають змогу своєчасно встановити правильний діагноз.

В окремих випадках зміни у глотці при інфекційному мононуклеозі можуть виникати до появи системної лімфаденопатії й локалізуватися тільки в носоглотці, тобто нагадувати ангіну носоглоткового мигдалика чи гострий назофарингіт. У таких випадках потрібне систематичне спостереження, дослідження крові, застосування інших діагностичних методів.

Серед різноманітних захворювань, які за симптомами та клінічним перебігом нагадують заглотковий абсцес, для диференційної діагностики треба звертати увагу на можливе **запалення легень**. Незважаючи на те що існує багато діагностичних методів, які допомагають своєчасно встановити діагноз заглоткового абсцесу, трапляються помилки під час діагностики.

Наведемо приклад. Консультуючи дітей в одній із дитячих лікарень, звернули увагу на дитину зі стридорозним диханням (не була у нас на огляді). При більш детальному знайомстві виявилось, що пацієнт віком 1 рік 2 місяці лікується з приводу запалення легень. Незважаючи на масивну антибактеріальну терапію, протягом тижня у дитини трималася висока температура тіла, в останні два дні виникло стридорозне дихання. При пневмонії не буває такого характеру дихання. Після огляду дитини виявлено заглотковий абсцес, який нависав над вестибулярним відділом гортані, що зумовлювало стридорозний характер дихання, тобто були симптоми гострого стенозу гортані. Після проведення розтину абсцесу, аспірації гною і санації порожнини абсцесу настало видужання маленького пацієнта.

Розглядаючи питання захворювання органів дихання, важливо враховувати причинний фактор, епідеміологічне оточення, подібність симптомів. Характерні риси клінічного перебігу захворювання з урахуванням подібних і відмінних симптомів дає змогу своєчасно розпізнати причину і характер захворювання й встановити правильний діагноз.

На можливість виникнення заглоткового абсцесу при туберкульозному і сифілітичному спондиліті верхніх шийних хребців указують автори А.П. Косачева (1981), І.Б. Солдатов (1977). Туберкульозні натічники, що виникають унаслідок туберкульозного спондиліту шийного відділу хребта, трапляються переважно в юнацькому і дорослому віці. Вони не відносяться до заглоткового абсцесу як за етіологією, патогенезом, патологічними змінами, так і за клінікою. Це має суттєве значення щодо правильності встановлення діагнозу і методів лікування. Якщо лікар має справу з подібною (місцевого характеру) симптома-тикою у дорослих, варто згадати можливий варіант подібності.

Для консультації до нас звернулася хвора віком 22 роки, якій за місцем проживання установили діагноз заглоткового абсцесу. Клініка захворювання не була подібною до заглоткового абсцесу: температура тіла була у межах субфебрильної, не виявлявся регіональний лімфаденіт, але відмічалася напруженість шийних і спинних м'язів, вимушене положення голови, порушення дихання за обструктивним типом. При орофарингоскопії була виявлена пухлина глотки на рівні рото- і гортаноглотки, яка прикривала доступ до гортані, різко виступала у бік порожнини рота, була м'якої консистенції з флукуацією. На рентгенограмах у бічній проекції було виявлено, що порожнина заповнена рідиною, і наявна деструкція тіл II-IV шийних хребців.

Була проведена пункція, аспірація туберкульозного натічника. Після відновлення

адекватного дихання хвору направили до відповідної клініки.

В іншому випадку хворій віком 27 років терміново була проведена трахеостомія. З діагнозом хронічного рубцевого стенозу гортані через 3 міс після трахеостомії хвору направили до ЛОР-клініки на кафедру оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Під час обстеження встановлено діагноз туберкульозного спондиліту шийного відділу хребта з деструкцією II-VII хребців, туберкульозним натічником, хронічний канюленосій. Хвору направили до відповідного стаціонару. Через тривалий час вона повернулася з висновком про позитивний результат лікування. Зважаючи на задовільний стан і позитивні зміни в ділянці шийного відділу хребта, ми деканюлювали хвору без хірургічного втручання на гортані і трахеї. Таким чином, гостре порушення дихання, що призвело до термінової трахеостомії, виникло внаслідок обструкції входу в гортань туберкульозним процесом.

Травми шийного відділу хребта і їх ускладнення (гематома, нагноєння гематоми, паравертебральні абсцеси та ін.) діагностують за допомогою анамнестичних даних і стандартних методів дослідження.

Інші процеси з локалізацією в ділянці глотки, зовнішньої основи черепа (доброякісні та злоякісні пухлини), заглотковий зуб, аневризма висхідної глоткової артерії, лордоз шийного відділу хребта, сторонні тіла глотки, гортані, шийного відділу стравоходу, стенози гортані різної етіології та локалізації мають бути враховані під час диференційної діагностики. Знаючи їх ознаки і клінічний перебіг, проведи диференційну діагностику буде неважко.

### Лікування

Лікування хворих на заглотковий абсцес традиційно класичне — розтин абсцесу (рис. 7).



Рис. 7. Заглотковий абсцес. Схема розтину абсцесу (В.Е. Пальчун і співавт., 1983)

На стадії інфільтрації проводять тільки консервативну терапію із застосуванням антибіотиків, протинабрякових, антигістамінних препаратів. За наявності вираженої інтоксикації застосовують детоксикаційну терапію відомими лікарськими препаратами.

Місцево проводиться санація порожнини рота, зрошення дезінфікуючими розчинами, антибіотиками та ін.

Розтин абсцесу є необхідним лікуванням. У разі локалізації абсцесу в ділянці верхньої третини глотки (носоглотка), завжди збоку від її середньої лінії — (зліва чи справа) розтин виконують зверху вниз, піднявши доверху край м'якого піднебіння на відстані від середньої лінії вбік до 1 см. Уздовж бокової стінки глотки і в безпосередній близькості від неї проводять розтин небезпечно через можливе пошкодження фіброзної оболонки глотки, відкриваючи доступ інфекції в парафарингеальний простір, можливе пошкодження судин і м'язів глотки. При цьому треба притримуватися місця найбільшого випинання абсцесу.

За наявності локалізації абсцесу в ротоглотці чи гортаноглотці, а вони знаходяться в епіцентрі задньої стінки глотки, розтин тканин проводять вертикально, як правило, по серединній лінії, орієнтуючись на місце його найбільшого випинання.

З метою запобігання поранення більш глибоких структур глотки, у тому числі шийних хребців, рекомендується лезо скальпеля обгортати бинтом або лейкопластирем, залишаючи відкритим тільки його кінець. Разом з тим повної гарантії непошкодження глибоких тканин глотки немає. Тому, виконуючи діагностичну пункцію, не треба використовувати її для повної аспірації гною. Тканини після його відсмоктування спадаються, і зробити ошадливий розтин абсцесу стає проблематично.

Для забезпечення розтину важливе значення має поза дитини. Існують різні рекомендації щодо пози — вертикальна, лежачи на спині, на лівому боці й на животі.

Деякі хірурги не надають значення анестезії. Здебільшого проводять операцію під місцевою анестезією з нейролептанелгезією.

У будь-якому разі з анестезією чи без неї під час розкриття абсцесу в порожнині рота (глотки) має бути катетер від електровідсмоктувача для аспірації гною, запобігаючи його аспірації в дихальні шляхи, що може призвести до розвитку аспіраційної пневмонії. Для попередження аспірації гною і виникнення запалення легень після розтину абсцесу рекомендується дитину нахилити обличчям униз.

Все ж таки операцію варто проводити під загальним знеболюванням з інтубацією трахеї. Завжди можна клинком ларингоскопа відтягнути обережно язик на себе і ввести інтубаційну трубку через порожнину гортані у трахею. Це має великі переваги перед місцевою анестезією, адже операція проходить у спокійних умовах. Не відбувається аспірації гною в легені. Під контролем зору проходить санація порожнини рота і глотки, а також промивання розчином антибіотиків порожнини абсцесу, оцінюється стан порожнини абсцесу і достатність розтину для повноцінної санації гнійника. За достатнього дренирування абсцесу на тлі антибіотикотерапії настає швидке видужання і не виникає потреба повторного розведення країв рани.

При туберкульозному спондиліті шийного відділу хребта розтин туберкульозного натічника протипоказаний (це призводить до утворення стійкої норичі; обмежуються пункцією й аспірацією набряку).

### Ускладнення

Спостерігається ціла низка ускладнень. Найбільш небезпечним і неочікуваним є смерть від асфіксії, яка настає при самовільному розкритті абсцесу внаслідок аспірації гною.

Найчастіше ускладнення спостерігаються на другому тижні захворювання у випадку недіагностованого процесу — набряк гортані, розвиток гострого стенозу, розповсюдження запалення у міжфасціальні простори шиї та у середостіння (P. Janeska, R.M. Rankow, 1971), пневмонія, сепсис, менінгоенцефаліт і низка септичних ускладнень.

### Прогноз

Завдяки вчасній діагностиці і наданій допомозі (розтин абсцесу на тлі антибактеріальної, протинабрякової терапії) прогноз сприятливий, видужання настає швидко. Запізнена діагностика і несвоєчасне надання допомоги призводять до ускладнень, указаних вище.

Таким чином, заглотковий абсцес в основному виникає в ранньому дитячому віці у зв'язку з особливостями будови дитячого організму, такими як наявність заглоткового простору, наповненого лімфаденоїдною тканиною і пухкою клітковиною. Ці анатомічні особливості будови глотки в дитячому віці та причинні фактори має враховувати лікар за будь-якого погіршення загального стану дитини, що відбувається на тлі гіпертермії і супроводжується порушенням дихання і ковтання.

Список літератури знаходиться в редакції.