Паратонзиллярный абсцесс

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J36, J39.0, J39.1 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Паратонзиллярный абсцесс — гнойное расплавление околоминдаликовой клетчатки между псевдокапсулой небной миндалины и глоточной фасцией. Рекомендация описывает диагностику у детей и взрослых, хирургическую санацию абсцесса и системную антибактериальную терапию.

Главное

- Чаще ПА развивается как осложнение ангины или на фоне хронического тонзиллита; важны β-гемолитический стрептококк группы А и облигатные анаэробы.
- Абсцедирующая форма выявляется у большинства пациентов — до 80–85%; обычно абсцесс формируется за 4–6 дней от начала болезни, иногда за несколько часов.
- Типичная клиника: резкая односторонняя боль в горле с усилением при глотании и иррадиацией в ухо/зубы, фебрильная температура, отказ от еды и питья, тризм, гнусавость, болезненность при повороте головы.
- Передневерхняя локализация самая частая — более 70%; задняя около 15%, нижняя чуть более 5%, боковая менее 5%.
- Диагноз ставят по анамнезу, осмотру ЛОР-врача, фарингоскопии и лабораторным данным.
- Основное лечение — вскрытие и дренирование абсцесса. УУР С, УДД 5.
- Без лечения или при неадекватной терапии возможны флегмона мягких тканей шеи, гнойный медиастинит, тонзиллогенный сепсис и инфекционно-токсический шок.

Диагностика

1. Соберите анамнез: недавняя ангина, хронический тонзиллит, прежний паратонзиллит/ПА, лечение хронического тонзиллита, кариес, возможное попадание инородного тела.
2. Оцените жалобы: односторонняя боль в горле с иррадиацией в ухо или зубы, ощущение инородного тела, гнусавость, запах изо рта, боль в шее при поворотах, тризм, слюнотечение; также ищите лихорадку, слабость, головную боль. УУР С, УДД 4.
3. Проведите осмотр ЛОР-врачом: общее состояние, подчелюстная область, регионарные лимфоузлы, слизистая и мягкие ткани ротоглотки. УУР С, УДД 5.
4. При фарингоскопии ищите гиперемию и отек дужек, миндалин, мягкого неба и язычка, асимметрию мягкого неба, смещение миндалины, ограничение открывания рта, регионарный лимфаденит. УУР С, УДД 5.
5. Выполните общий развернутый анализ крови, общий анализ мочи и исследование уровня С-реактивного белка; лейкоцитоз, сдвиг влево и высокий СРБ указывают на гиперреактивное течение и высокий риск тонзиллогенных осложнений. УУР С, УДД 5.
6. После вскрытия абсцесса направьте материал на посев аэробов, факультативных анаэробов и неспорообразующих анаэробов с антибиотикочувствительностью; отдельно исследуйте слизь/пленки с миндалин на tox+ Corynebacterium diphtheriae. УУР С, УДД 5.
7. Если подозреваете распространение в гортаноглотку — выполните непрямую ларингоскопию или фиброларингоскопию; при неясной локализации, тяжелом случае или необходимости отличить глубокие инфекции шеи используйте КТ верхних дыхательных путей и шеи и УЗИ шеи. УУР С, УДД 2.

Лечение

- Лечение проводит врач-оториноларинголог в специализированном учреждении; ключевой метод — хирургическая санация полости абсцесса.
- При впервые возникшем ПА выполните вскрытие и дренирование. Принципы: исключить пульсацию в зоне разреза, глубже 0,5 см продвигаться только тупо, вскрытие производить достаточно широко — до 4 см. УУР С, УДД 5.

- Разрез выбирайте по локализации: передневерхний — через небно-язычную дужку в типичном месте или в зоне максимального выбухания; задний — через заднюю дужку на 0,5 см от ее края; нижний — в нижней части небно-язычной дужки.
- Системную антибиотикотерапию начните эмпирически до результатов посева; нужны препараты широкого спектра с активностью против облигатных анаэробов. УУР С, УДД 5.
- Пероральные варианты: амоксициллин/клавулановая кислота 500/125 мг 3 раза в сутки или 875/125 мг 2 раза в сутки у пациентов ≥12 лет или ≥40 кг; детям до 12 лет — 20–40 мг/кг/сут в 2–3 приема. Альтернатива: #амоксициллин/сульбактам 1 г 2–3 раза в сутки пациентам ≥12 лет до 10 дней.
- Парентеральные варианты: цефтриаксон 2 г 1 раз/сут в/м или в/в 4–14 дней, до 10 дней; цефотаксим 1 г 2 раза/сут в/м или в/в до 10 дней; при непереносимости цефалоспоринов 3-го поколения — клиндамицин 300 мг 2 раза/сут, при тяжелом течении 1,2–4,8 г/сут в 2–4 введения, детям 20–40 мг/кг/сут в 3–4 введения.
- Средняя длительность антибиотикотерапии — 10–14 суток; при выраженном тризме, невозможности глотать таблетки, выраженных реактивных изменениях мягких тканей глотки/шеи или высоком риске генерализованных осложнений используйте парентеральные цефалоспорины 3-го поколения, при непереносимости — клиндамицин.
- Для контроля боли, лихорадки и воспаления используйте НПВП в стандартных рекомендованных дозах при выраженных реактивных проявлениях. Всем пациентам назначают системные антигистаминные средства; при выраженной интоксикации — инфузионную и дезинтоксикационную терапию. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана, если нужно вскрыть паратонзиллярный абсцесс или удалить небные миндалины со вскрытием абсцесса.
- Большинство пациентов лечатся ЛОР-врачом в хирургическом стационаре соответствующего профиля.
- После вскрытия абсцесса или вскрытия абсцесса во время тонзиллэктомии улучшение обычно появляется через 12–24 часа.
- После удаления миндалин со вскрытием абсцесса при неосложненном течении выписка возможна на 5–7-е сутки; условие — стойкое купирование проявлений болезни и отсутствие угрозы жизни и здоровью.
- Физиотерапевта подключают после хирургического лечения не ранее чем через 3 недели после купирования острого воспаления. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее специфичны для паратонзиллярного абсцесса?

Резкая односторонняя боль в горле с усилением при глотании и иррадиацией в ухо или зубы, тризм, слюнотечение, гнусавость, запах изо рта и боль при поворотах головы. Системные симптомы — лихорадка, слабость, головная боль — неспецифичны и требуют дифференциальной диагностики.

Достаточно ли фарингоскопии для диагноза?

Обычно фарингоскопии ЛОР-врача достаточно для выявления или исключения ПА; фарингоскопические признаки указаны как решающие. КТ/УЗИ нужны при тяжелых или неясных случаях, сомнительной локализации или подозрении на глубокое распространение инфекции.

Нужно ли вскрывать паратонзиллярный абсцесс?

Да, при впервые возникшем ПА показано вскрытие и дренирование; это основной метод лечения.

Какие антибиотики указаны как эмпирические при ПА?

В тексте указаны амоксициллин/клавулановая кислота, #амоксициллин/сульбактам, цефтриаксон, цефотаксим; при непереносимости цефалоспоринов 3-го поколения — клиндамицин. Терапию начинают до результатов посева, с учетом анаэробной флоры.

Когда при ПА делают тонзиллэктомию?

Удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса показано при частых ангинах, повторном паратонзиллите или ПА, затяжном течении, плохом дренировании, кровотечении после вскрытия или других тонзиллогенных осложнениях.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/664-paratonzillyarnyj-abscess. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/664_2