

<https://doi.org/10.17116/otorino201782512-14>

## Особенности анамнеза и этиология абсцессов глотки у детей

Д.м.н., проф. Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ<sup>1,2</sup>, к.м.н. О.А. ДЕНИСОВА<sup>2</sup>, врач С.А. БУЛЫНКО<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра оториноларингологии (зав. — член-корр. РАН, проф. М.Р. Богомильский) педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, 117997; <sup>2</sup>Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы (глав. врач — проф. И.Е. Колтунов), Москва, Россия, 119049

С целью изучения современных особенностей анамнеза и этиологических факторов, повлекших развитие тонзиллогенных абсцессов глотки у детей, проведен ретроспективный анализ историй болезни 291 ребенка с абсцессами глотки, госпитализированных в ЛОР-отделение Морозовской ДГКБ Департамента здравоохранения Москвы в период с января 2014 г. по декабрь 2015 г. По нашим данным, наиболее частыми недостатками амбулаторного лечения пациентов с хроническим тонзиллитом на этапе, предшествующем формированию паратонзиллярного абсцесса, являются недостатки диспансерного наблюдения, дефекты антибактериальной терапии острого/обострения хронического тонзиллита, ограничение показаний к тонзилэктомии врачами амбулаторного звена. В этиологии абсцессов глотки ведущая роль принадлежит β-гемолитическому стрептококку группы А. Считаем, что наличие в анамнезе паратонзиллярного абсцесса является абсолютным показанием к последующей тонзилэктомии у ребенка любого возраста.

*Ключевые слова:* паратонзиллярный абсцесс, хронический тонзиллит, детский возраст.

## The specific features of the past medical history and etiology of pharyngeal abscess in the children

YU.L. SOLDATSKY, O.A. DENISOVA, S.A. BULYNKO

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

The present study was undertaken for the purpose of elucidating the specific features of the past medical history and the etiological factors responsible for the development of tonsillogenic pharyngeal abscesses in the children. We performed the retrospective analysis of the medical histories of 291 children presenting with this condition who had been admitted for the treatment to the ENT Department of the Morozovskaya City Children's Clinical Hospital during the period from January till December 2015. The study has demonstrated the following most common shortcomings of the outpatient treatment of the patients suffering from chronic tonsillitis at the stage preceding formation of paratonsillar abscess: inadequate antibacterial therapy of acute chronic tonsillitis or its exacerbation and limited indications for tonsillectomy at the level of the outpatient treatment. The leading role in the etiology of tonsillogenic pharyngeal abscesses in the children is played by beta-hemolytic Streptococcus of group A. It is concluded that the medical history suggesting past paratonsillar abscess is the absolute indication for the subsequent tonsillectomy in the children of any age.

*Keywords:* paratonsillar abscess, chronic tonsillitis, childhood.

Проблема лечения пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом, сохраняет свою актуальность. Это связано как с наличием хронического очага инфекции, так и с достаточно высокой вероятностью местных и системных осложнений. Существует множество работ, посвященных этиологии, клинике, диагностике и лечению заболевания, однако тема абсцессов глотки у детей в современной печати освещена недостаточно широко.

В отечественной практике принято руководствоваться теорией очаговой инфекции небных миндалин [1]. В процессе жизни лимфоидная ткань глотки подвергается постоянной инфекционной агрессии, на фоне которой в самой структуре ткани могут формироваться очаги хронического воспаления. В этиологическом плане большинство авторов отводят основную роль бактериальной флоре, в первую очередь — β-гемолитическому стрептококку группы А (БГСА — 30–40%), стрептококкам группы С и

G (28–40%) [2]. Однако, по современным данным, формирование хронического воспаления нередко связано с сопутствующей вирусной инфекцией (до 90% всех тонзиллитов и фарингитов) [3]. Вирусная инфекция, в частности вирус Эпштейна—Барр, вирус герпеса 6-го типа, цитомегаловирус также играют особую роль в хронизации воспалительных процессов глотки [4, 5]. Ввиду отсутствия адекватного наблюдения и лечения таких состояний процесс нередко выходит за пределы тонзиллярных структур. В этих условиях паратонзиллярное пространство также пребывает в состоянии хронического воспаления, наивысшей степенью развития которого является формирование тонзиллогенных абсцессов глотки.

Помимо теории очаговой инфекции, существует мнение о возможной роли малых слюнных желез (железы Вебера) в патогенезе развития воспаления; в частности, бак-

терии, инфицирующие слизистую оболочку миндалин, могут распространяться в паратонзиллярное пространство по их протокам [6, 7].

Цель работы — изучение современных особенностей анамнеза и этиологических факторов, повлекших развитие тонзиллогенного абсцесса глотки у детей.

## Пациенты и методы

Работа основана на изучении историй болезни 291 пациента (154 (53%) мальчика и 137 (47%) девочек) в возрасте от 1 года 7 мес до 17 лет 10 мес (средний возраст  $11,7 \pm 4,34$  года, медиана 12 лет), госпитализированных в отделение оториноларингологии ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы» в период с января 2014 г. по декабрь 2015 г. по поводу абсцесса глотки. Среди них у 6 детей диагностирован ретрофарингеальный абсцесс, у 20 — парафарингеальный, у 265 (91,1%) — паратонзиллярный абсцесс. От общего числа госпитализированных в отделение детей с острой воспалительной патологией ЛОР-органов доля пациентов с абсцессами глотки составила 8%.

## Результаты и обсуждение

В возрасте младше 7 лет госпитализированы 40 (13,8%) детей, от 7 до 14 лет — 147 (50,5%), в возрасте старше 14 лет — 104 (35,7%) больных. Правостороннее поражение выявлено у 176 (60,5%) детей, левостороннее — у 109 (37,4%), заглочный абсцесс — у 6 (2,1%). Заболевание развилось впервые у 251 (86,2%) ребенка, остальные 40 детей (13,8%), по данным анамнеза, ранее перенесли паратонзиллярный абсцесс глотки, в том числе у 11 (3,8%) эпизоды паратонзиллярного абсцесса отмечались неоднократно (от 2 до 4), причем у 37 (92,5%) из них процесс повторялся с одной и той же стороны. Период ремиссии между госпитализацией в клинику и перенесенным ранее паратонзиллярным абсцессом составлял в среднем  $8,5 \pm 2,57$  мес (диапазон от 3 нед до 13 мес).

Со слов родителей, у большинства больных (74,6%) с паратонзиллярным абсцессом перед его возникновением диагноз острого тонзиллита не был установлен врачами по месту жительства. Зачастую родители отмечали лишь эпизоды острых респираторных заболеваний, периодические жалобы на боль в горле, иногда — длительный субфебрилитет. Более того, несмотря на то, что среди 265 детей, госпитализированных по поводу паратонзиллярного абсцесса, 40 (15,1%) пациентов ранее перенесли как минимум один эпизод заболевания, на диспансерном наблюдении у оториноларинголога в поликлинике по месту жительства по поводу хронического тонзиллита состояли лишь 27 детей (10,2% всех больных с паратонзиллярным абсцессом и 67,5% детей с рецидивом).

Следует также отметить, что данные анамнеза свидетельствуют о значительных дефектах терапии заболевания, предшествовавшего развитию паратонзиллярного абсцесса. Согласно современным рекомендациям по лечению ангины и хронического тонзиллита, лечение острого тонзиллита необходимо начинать с применения ингибиторзащищенных пенициллинов, в частности амоксициллина клавуланата [8]. В детской практике наравне с пенициллинами активно используются цефалоспорины и особенно макролиды. Такой выбор продикто-

ван их высокой активностью при лечении стрептококковой инфекции [9], возрастающей этиологической ролью внутриклеточных возбудителей при этом заболевании [10], а также риском развития токсико-аллергической реакции при использовании аминопенициллинов в случае воспаления миндалин на фоне активной вирусной инфекции Эпштейна—Барр. При изучении 246 результатов бактериологических исследований отделяемого из абсцессов глотки было установлено, что ведущим бактериальным агентом явился БГСА, который высевался в 27,8% (68 случаев), на втором месте с одинаковой частотой встречаемости — *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus viridians* (по 17 (7%) наблюдений), практически с такой частотой определялись БГС групп В, С, D, G — 6,5% (16 случаев), смешанная флора получена у 5,2% детей (13 случаев), у 3,8% (9 случаев) были единичные случаи возбудителей, среди них — представители рода *Pseudomonas*, *Neisseria*, *Actinobacter*, *Enterococcus*, *E. coli* и другие. В 42,9% (106) наблюдений рост микрофлоры отсутствовал. Бактериально-грибковая ассоциация имела место у 16 (6,5%) пациентов. Таким образом, наши данные подтверждают ведущую роль стрептококковой инфекции в развитии паратонзиллярного абсцесса. Однако анализ анамнестических сведений свидетельствует о том, что при лечении «респираторной инфекции», предшествовавшей развитию абсцесса глотки, 104 (35,7%) детям системные антибиотики назначали коротким (до 5 сут) курсом, у 157 (53,9%) системные антибиотики вообще не назначали, ограничившись применением топической и симптоматической терапии. Более того, даже детям, ранее перенесшим абсцесс, в большинстве случаев (77,5%) не назначали системный антибиотик 10-дневным курсом.

Также обращает на себя внимание ограничение показаний к оперативному лечению врачами на амбулаторном уровне (как педиатрами, так и оториноларингологами). В 2013 г. членом-корр. РАН, проф. В.Т. Пальчуном на страницах журнала «Вестник оториноларингологии» была инициирована дискуссия, посвященная очаговой инфекции в области лимфаденоидного кольца [11]. Однако за прошедшие 3 года врачи амбулаторного звена по-прежнему не всегда рекомендуют хирургическое лечение пациентам с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формы II (по классификации Б.С. Преображенского, В.Т. Пальчуна). Это объясняется в основном отсутствием носительства патогенной флоры (по данным посева из глотки на флору) и изменений в биохимических анализах крови (АСЛ-О, СРБ, РФ). В частности, несмотря на то что врачами нашей клиники всем пациентам, госпитализированным по поводу паратонзиллярного абсцесса, рекомендуется после стихания острых явлений проведение плановой тонзиллэктомии, врачи амбулаторного звена направили на хирургическое лечение в клинику лишь 26 (65%) из 40 пациентов с рецидивом заболевания. Интересно отметить, что у 3 (11,5%) из этих 26 детей, поступивших в плановом порядке на тонзиллэктомию после ранее перенесенного паратонзиллярного абсцесса, в процессе выделения небных миндалин было получено гнойное отделяемое, локализовавшееся между рубцовыми спайками в паратонзиллярном пространстве.

Подобная «органосохраняющая» тенденция отмечается не только в отечественной практике. По данным зарубежных авторов, за прошедшие десятилетия показания к тонзиллэктомии несколько изменились, при этом про-

изошел сдвиг в сторону уменьшения в показаниях к операции доли инфекционных заболеваний и увеличения доли дыхательных расстройств во время сна [12]. Российским оториноларингологам при выборе метода лечения рекомендовано руководствоваться отечественной классификацией данного заболевания [13]: небные миндалины необходимо удалять во всех случаях хронического тонзиллита токсико-аллергической формы II. При токсико-аллергической форме I допускается проведение 3 курсов консервативного лечения, при неэффективности которых производят тонзиллэктомию. При простой форме показано консервативное лечение, однако при его неэффективности после 3 курсов также рекомендуется хирургическое лечение [13]. Между детской и взрослой практиками имеются определенные различия. Существующий лечебно-диагностический алгоритм гласит, что наличие в анамнезе у взрослого человека паратонзиллярного абсцесса является абсолютным показанием к тонзиллэктомии. В настоящее время в педиатрии подход более консервативный, в большинстве случаев пациент с однократно перенесен-

ным абсцессом глотки в последующем не направляется на хирургическое лечение. Такая тактика объясняется в основном иммунокомпетентной ролью лимфоидной ткани глотки и якобы серьезными нарушениями иммунной системы в целом и защиты ротоглотки в частности, вследствие удаления небных миндалин. Однако, на наш взгляд, небные миндалины у ребенка, перенесшего эпизод паратонзиллярного абсцесса, являются очагом хронической инфекции, влияющим на состояние всех органов и систем организма, в том числе и иммунной системы, что требует его хирургической элиминации.

Таким образом, наиболее частыми ошибками амбулаторного лечения пациентов на этапе, предшествующем формированию абсцесса глотки, являются недостатки диспансерного наблюдения; дефекты антибактериальной терапии при остром либо обострении хронического тонзиллита; ограничение показаний к тонзиллэктомии врачами амбулаторного звена.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Пальчун В.Т. *Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии*. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2015. [Pal'chun VT. *Rukovodstvo po ochagovoy infekcii v otorinolaringologii*. М.: GEOTAR-MED; 2015. (In Russ.)].
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. *Отоларингология. Фармакотерапия без ошибок*. М.: Е-нот; 2013. [Pal'chun VT, Krykov AI. *Otorhinolaryngologiya. Farmakoterapiya bez oshibok*. М.: E-noto; 2013. (In Russ.)].
3. Туровский А.Б., Талалайко Ю.В., Изотова Г.Н., Захарова А.Ф., Киселева О.А., Чумаков П.Л. Острый тонзиллофарингит. *РМЖ Болезни дыхательных путей*. 2009;19:1245. [Turovsky AB, Talalayko YuV, Izotova GN, Zakharova AF, Kiseleva OA, Chumakov PL. Acute tonsillopharyngitis. *RMJ Bolezni dihatel'nih putej*. 2009;19:1245. (In Russ.)].
4. Dogan B, Rota S, Gurbuzler L, Bozdayi G, Ceyhan MN, Inal E. The correlation between EBV viral load in the palatine tonsils of patients with recurrent tonsillitis and concurrent serum titers of VCA-IgG. *Eur Arch Otorhinolar.* 2010;267:1:143-148.
5. Sahin F, Gerceker D, Karasartova D, Ozsan TM. Detection of herpes simplex virus type 1 in addition to Epstein-Bar virus in tonsils using a new multiplex polymerase chain reaction assay. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2007;57:1:47-51.
6. Passy V. Pathogenesis of peritonsillar abscess. *Laryngoscope.* 1994;104:185-190.
7. Powell EL, Powell J, Samuel JR, Wilson JA. A review of the pathogenesis of adult peritonsillar abscess: time for a reevaluation. *J Antimicrob Chemother.* 2013;68:1941-1950.
8. Страчунский Л.С., Богданович Т.М. *Состояние резистентности к антиинфекционным химиопрепаратам в России*. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М.: Боргес; 2002. [Strachunsky LS, Bogdanovich TM. *Sostoyanie rezistentnosti k antiinfekcionnim himeopreparatam v Rossii*. Prakticheskoe rukovodstvo antiinfekcionnoj himeoterapii. М.: Borges; 2002. (In Russ.)].
9. Casey JR, Pichichero ME. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Pediatrics.* 2004;113(4):866-882.
10. Principi N, Esposito S. Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae cause lower respiratory tract disease in paediatric patients. *Curr Opin Infect Dis.* 2002;15(3):295-300.
11. Пальчун В.Т. Классификация и лечебная тактика при хроническом тонзиллите. *Вестник оториноларингологии*. 2013;3:8-12. [Pal'chun VT. Classification and therapeutic strategy for chronic tonsillitis. *Vestnik otorinolaringologii*. 2013;3:8-12. (In Russ.)].
12. Brigger MT, Hultcrantz E, Ericsson E, Lowe D. Indications of pediatric tonsillectomy. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2013;75:193-202. PMID: 23978810.
13. Крюков А.И., Лучшева Ю.В., Баландин А.В., Димова А.Д. Рациональная антибиотикотерапия при ангине и хроническом тонзиллите. *Consilium medicum.* 2005;7:4:297-300. [Krykov AI, Luchsheva YuV, Balandin AV, Dimova AD. Rational antibiotic therapy in angina and chronic tonsillitis. *Consilium medicum.* 2005;7:4:297-300. (In Russ.)].