



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

## Паратонзиллярный абсцесс

Кодирование по Международной статистической  
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **J36**

Год утверждения (частота пересмотра): **2021**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Пересмотр не позднее: **2023**

ID: **664**

Разработчик клинической рекомендации

- **Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**
- **Межрегиональная общественная организация «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов»**
- **Межрегиональная общественная организация «Объединение ЛОР-педиатров»**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

---

# Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

# Список сокращений

КТ- компьютерная томография

МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

ПА – паратонзиллярный абсцесс

СРБ – С-реактивный белок

ТЭ – двусторонняя тонзиллэктомия

# Термины и определения

Паратонзиллярный абсцесс (ПА) – заболевание, характеризующееся гнойным расплавлением околоминдаликовой клетчатки, располагающейся между псевдокапсулой небной миндалины и глоточной фасцией, покрывающей мышечные констрикторы глотки. [1; 2; 3].

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

# **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Паратонзиллярный абсцесс (ПА) – заболевание, характеризующееся гнойным расплавлением околоминдаликовой клетчатки, располагающейся между псевдокапсулой небной миндалины и глоточной фасцией, покрывающей мышечные констрикторы глотки [1;2].

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Заболевание возникает в результате проникновения в паратонзиллярное пространство микроорганизмов, преимущественно, анаэробного типа дыхания, обладающих генетически детерминированными факторами патогенности, при наличии благоприятных условий для их колонизации. В качестве возбудителя чаще всего выступают  $\beta$ -гемолитический стрептококк серогруппы А, а также неспорообразующие облигатно-анаэробные микроорганизмы. При этом в развитии активных форм инфекционного процесса могут принимать участие и представители ко-патогенных микроорганизмов, относящихся к представителям транзитной микробиоты ротоглотки. Паратонзиллит как правило, [3] развивается на фоне изменения иммунного статуса небных миндалин, что проявляется недостаточной региональной иммунореактивностью в виде снижения показателей Т- и В-клеточного звеньев иммунитета [4-8].

В большинстве случаев паратонзиллярный абсцесс развивается вследствие гнойного расплавления паратонзиллярной клетчатки на фоне ее первичного воспаления, чаще, как осложнение ангины, несколько реже – как очередное обострение хронического тонзиллита. При этом имеет место тонзиллогенный путь проникновения инфекции в паратонзиллярное пространство. Возможен также одонтогенный путь поражения паратонзиллярной клетчатки, связанный с наличием кариозного процесса в преимущественно в задних зубах нижней челюсти (вторые моляры, зубы мудрости), а также периостита альвеолярного отростка. В ряде случаев возможно инфицирование в результате попадания инородных тел (рыбные кости и т.д.) в паратонзиллярную клетчатку. Возникновению паратонзиллита способствует наличие в небных миндалинах глубоких крипт, пронизывающих миндалину через всю её толщу и благоприятствующих развитию при ангинах воспалительных процессов в паратонзиллярной ткани. Частые обострения хронического тонзиллита и рецидивы ангин сопровождаются процессами рубцевания, в частности, в области устьев крипт, небных дужек, где образуются сращения с миндалиной. Этот процесс затрудняет дренирование крипт, что приводит к активизации инфекционных агентов, преимущественно с анаэробным типом метаболизма, и распространению их через капсулу миндалины в паратонзиллярное пространство [9-11].

Наиболее частым местом проникновения инфекции из миндалины в паратонзиллярное пространство является верхний полюс миндалины. Это связано с тем, что в области верхнего полюса вне структуры псевдокапсулы миндалины расположены слизистые железы Вебера, которые вовлекаются в воспаление при хроническом тонзиллите. Отсюда инфекция может распространяться непосредственно в паратонзиллярное пространство, которое в области верхнего полюса миндалины содержит большее количество рыхлой клетчатки, чем в других отделах. Иногда в надминдаликовом пространстве в толще мягкого неба имеется добавочная долька; если она оставлена при тонзилэктомии, то оказывается замурованной рубцами, что создает условия для последующего абсцедирования [12-14].

Перенесенный ранее паратонзиллит или паратонзиллярные абсцессы в анамнезе создают условия для рецидивирования патологического процесса. Это связано с тем, что развивающаяся в результате предшествующих паратонзиллитов рубцовая ткань изолирует те или иные участки

паратонзиллярного пространства и способствует формированию латентных очагов активной инфекции в этих участках [13;15;16].

Помимо тонзиллогенного механизма развития данной патологии, возможен также одонтогенный путь развития паратонзиллита, а затем и паратонзиллярного абсцесса, связанный с кариозным процессом, затрагивающим преимущественно задние зубы нижней челюсти (вторые моляры, зубы мудрости), а также возможным периоститом альвеолярного отростка. При этом инфекция распространяется по лимфатическим сосудам непосредственно на околоминдаликовую клетчатку, минуя небные миндалины [9;10].

Воспалительные изменения в паратонзиллярной клетчатке бывают различной интенсивности – от воспалительных инфильтратов до некроза тканей. При сформировавшемся абсцессе участки паратонзиллярной ткани густо инфильтрированы лейкоцитами. Иногда абсцедирование и некроз настолько распространяются кнаружи, что образуется сообщение между паратонзиллярным и парафарингеальным пространствами. Чаще это бывает при наружном или боковом паратонзиллите [11-13].

В процесс вовлекается также и ткань самой миндалины, в паренхиме которой, как правило, обнаруживаются выраженные в той или иной степени явления обострения хронического тонзиллита: инфильтрация лейкоцитами лимфоидной ткани и соединительнотканых трабекул, эпителиального покрова крипт и поверхности миндалины [13-15].

Различают клинко-морфологические формы паратонзиллита: *отечную, инфильтративную и абсцедирующую*. Каждая из этих форм может существовать отдельно, либо является лишь стадией, фазой, которая затем переходит в другую. Если преобладают лимфостаз и отек тканей, можно говорить об отечной форме паратонзиллита; при инфильтративной форме вокруг сосудов, мышечных волокон и слизистых желез скапливаются лимфогистиоциты и нейтрофильные лейкоциты; при переходе к абсцедированию клеточная инфильтрация ещё более нарастает [4;8].

При обращении к врачу отечная форма воспаления диагностируется редко, инфильтративная – у 15 – 20%, у большинства больных определяется абсцедирующая форма паратонзиллита – до 80 – 85%. Чаще от начала заболевания до формирования абсцесса проходит 4-6 дней, однако в ряде случаев этот срок резко сокращается и составляет несколько часов. Иногда начавшийся воспалительный процесс в паратонзиллярном пространстве подвергается обратному развитию под воздействием своевременного адекватного консервативного лечения, возможна также инкапсуляция небольшого абсцесса [13;17-19].



## **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Паратонзиллярный абсцесс занимает одно из первых мест среди гнойных процессов глотки по тяжести и наблюдается у людей любого возраста, однако чаще паратонзиллитом болеют в возрасте от 15 до 30 лет; в более молодом, а также в более пожилом возрасте он встречается реже. Заболевание одинаково часто поражает мужчин и женщин [4;20;21].

# **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

J36 - Перитонзиллярный абсцесс

# 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Выделяют несколько локализаций паратонзиллярного абсцесса:

1. Супратонзиллярная локализация (передневерхняя), встречается более чем в 70% случаев (абсцесс локализуется между капсулой миндалина и верхней частью передней небной дужкой);
2. Задняя локализация, встречается реже и составляет около 15% случаев (абсцесс локализуется между небной миндалиной и задней дужкой);
3. Нижняя локализация, встречается чуть более чем в 5% случаев (абсцесс локализуется между нижним полюсом миндалина и боковой стенкой глотки);
4. Боковая локализация (латеральная), встречается менее чем в 5% случаев (абсцесс локализуется между средней частью миндалина и боковой стенкой глотки) [4;8;17].

## 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Паратонзиллярный абсцесс чаще возникает на фоне ангины или через несколько дней после ее завершения. Сначала в околоминдаликовой клетчатке появляются гиперемия сосудов, нарушение их проницаемости, развивается отек и наступает мелкоклеточная инфильтрация. Всасывание бактериальных токсинов и продуктов воспалительной реакции вызывает лихорадку, явления интоксикации, изменение состава крови. Сдавливание нервных стволов вызывает резкую боль, нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Абсцесс образуется вследствие гнойного расплавления инфильтрата, возникающего в паратонзиллярном пространстве. Заболевание начинается с появления боли при глотании, которая постепенно становится постоянной и резко усиливается при попытке проглотить слюну, иррадирует в ухо, зубы. Характерными симптомами являются головная боль, общая разбитость, повышение температуры тела до фебрильных цифр, при этом больные отказываются от пищи и питья. Постепенно возникает и нарастает тризм жевательной мускулатуры. Речь становится невнятной и гнусавой. В результате воспаления мышц глотки и шейного лимфаденита возникает болевая реакция при поворотах головы, больной держит голову набок и поворачивает ее при необходимости вместе со всем корпусом [4;8;21].

Общее состояние больного становится тяжелым не только потому, что имеется гнойное воспаление в глотке и явления системной интоксикации, но и в связи с мучительной болью в горле, нарушением сна, невозможностью проглотить жидкость и голоданием [4;8;17].

Помимо этого, для различной локализации паратонзиллярного абсцесса характерна определенная специфичность клинической симптоматики [4;8;13].

**При передневерхнем или переднем паратонзиллярном абсцессе** отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалина вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии, поверхность которого напряжена и гиперемирована, язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена также книзу и кзади.

**Задний паратонзиллярный абсцесс**, локализуясь в клетчатке между задней дужкой и миндалиной, может распространиться на дужку и боковую стенку глотки. При фарингоскопии в этой же области отмечается припухлость. Небная миндалина и передняя дужка могут быть мало изменены, язычок и мягкое небо обычно отечны и инфильтрированы.

**Нижний паратонзиллярный абсцесс** имеет менее выраженные фарингоскопические признаки. Отмечаются лишь отек и инфильтрация нижней части передней дужки, однако субъективные проявления болезни при этой локализации значительны. В процесс обычно вовлекается и прилежащая часть корня языка, иногда бывает отек язычной поверхности надгортанника. Возможно распространение коллатерального отека на верхний отдел гортани, что может привести к ее стенозированию.

**Наружный, или боковой паратонзиллярный абсцесс** встречается реже остальных форм, однако является наиболее тяжелым. Процесс развивается в клетчатке, заполняющей

тонзиллярную нишу кнаружи от миндаины, поэтому условия для самопроизвольного вскрытия с прорывом гноя в полость глотки здесь наименее благоприятные. При данной локализации выражены отечность и инфильтрация мягких тканей шеи на стороне поражения, кривошея, тризм. Со стороны глотки воспалительные изменения бывают меньше. Отмечаются умеренное выбухание всей миндалины и отечность окружающих ее тканей [4;8;13].

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

*Критерии установления диагноза.*

Диагноз «паратонзиллярный абсцесс» ставится на основании:

- 1. анамнестических данных;*
- 2. физикального обследования, включающего оценку врачом общего состояния пациента с тщательным осмотром подчелюстной области и регионарных лимфатических узлов, а также по данным результатов обследований другими специалистами;*
- 3. инструментального обследования глотки – фарингоскопии*
- 4. данных лабораторных исследований [4;12;13].*

## 2.1 Жалобы и анамнез

Из анамнеза важны указания на наличие перенесенных ангин, хронического тонзиллита, предыдущие эпизоды паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса, проводимое ранее лечение хронического тонзиллита и его эффективность, наличие данных о кариозном процессе в полости рта, возможном попадании инородных тел, включая рыбные кости и т.д. [4;13].

**У больного паратонзиллярным абсцессом вне зависимости от формы заболевания имеются фарингеальные жалобы:**

боль в горле различной интенсивности, чаще резкой, односторонней, усиливающейся при глотании с возможной иррадиацией в ухо, зубы на соответствующей стороне

тризм жевательной мускулатуры,

ощущение инородного в области горла,

гнусавость,

неприятный запах изо рта,

боль в шее при поворотах головы

**Эти жалобы крайне специфичны для данной патологии. Также возможно появление неприятного запаха изо рта.**

**Помимо этого, могут наблюдаться жалобы системного характера:**

**длительное недомогание, общая слабость, разбитость.**

**снижение работоспособности,**

**фебрильная лихорадка,**

**головная боль**

**Системные жалобы неспецифичны и всегда требуют проведения тщательного обследования больного и дифференциального диагноза.**

Рекомендуется с целью постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики выявлять фарингеальные и системные жалобы у детей и взрослых, особенно часто болеющих острым тонзиллитом (ангиной) и у пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом [4;8;10;13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

## 2.2 Физикальное обследование

Оценка общего состояния, общий осмотр и фарингоскопия позволяют исключить острые заболевания с поражением глотки и полости рта и перейти к диагностике паратонзиллярного абсцесса.

- **Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на паратонзиллярный абсцесс осмотр врачом оториноларингологом с целью оценки общего состояния, выявления системных проявлений и наличия реактивных изменений со стороны слизистой оболочки и мягкотканых структур ротоглотки [4;13;17;19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии.** К системным проявлениям паратонзиллярного абсцесса относятся:

- *повышение температуры тела (чаще фебрильная лихорадка), связанная с острым заболеванием, имеющим инфекционную природу.*
- *слабость, недомогание, явления общей интоксикации, связанное с системными проявлениями заболеванием инфекционной природы [4;8;17].*
- **Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на паратонзиллярный абсцесс выполнение фарингоскопии для проведения дифференциального диагноза с различными острыми состояниями, характеризующимися поражением слизистой оболочки глотки и полости рта [4;8;17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** к местным признакам паратонзиллярного абсцесса (которые наиболее выражены при передней локализации абсцесса) относят:

- *яркую гиперемию, отек и воспалительную инфильтрацию слизистой оболочки нёбных дужек, небных миндалин, мягкого неба и язычка, задней стенки глотки;*
- *асимметрию мягкого неба, медиальное смещение одной из миндалин;*
- *ограничение открывания рта;*
- *регионарный лимфаденит (в зависимости от локализации возможно увеличение, уплотнение, болезненность при пальпации поднижнечелюстных, задненижнечелюстных, передних и задних шейных лимфатических узлов [4;8;17].*



## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

*Лабораторные методы диагностики: анализы крови, мочи, бактериологическое и микологическое исследование посевов со слизистой оболочки миндалин, цитологическое исследование содержимого лакун, не имеют существенного значения в выявлении паратонзиллярного абсцесса, однако общий (клинический) анализ крови и исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови позволяют подтвердить реактивный характер течения бактериального воспаления. Представляется целесообразным выполнение микробиологического исследования патологического экссудата, полученного после хирургического вскрытия абсцесса с выделением чистой культуры возбудителя и проведением теста на антибиотикочувствительность, с целью, в случае необходимости, дальнейшей коррекции эмпирической антибактериальной терапии [1;7;8;10].*

- **Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на паратонзиллярный абсцесс клинико-лабораторное исследование (исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, Общий (клинический) анализ крови, Общий (клинический) анализ мочи) для выявления реактивного характера течения бактериального воспаления) [10;12;13].

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии.** *Высокие показатели уровня лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокие показатели СРБ свидетельствуют о гиперреактивном характере течения процесса с высоким риском развития тонзиллогенных осложнений и требуют коррекции терапии, включая антибактериальную терапию [4].*

- **Рекомендуется** микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого, полученного после хирургического вскрытия абсцесса, на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, неспорообразующие анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам с целью коррекции эмпирической антибактериальной терапии, а также микробиологическое (культуральное) исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*), с целью исключения дифтеритической инфекции (выявление tox+ штаммов *C.diphtheriae*) [34].

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *материал из полости абсцесса забирают непосредственно после вскрытия гнойной полости с последующим введением в нее стерильного ватного тампона или стерильного 0,9% раствора натрия хлорида непосредственно в полость абсцесса и затем аспирируя содержимое в стерильный шприц. При этом необходимо помнить о том, что гной содержит большое количество протеолитических ферментов, разрушающих структуры микроорганизмов, и по возможности забирать для исследования не само гнойное отделяемое, а смыв или мазок со стенок полости абсцесса. После этого патологический материал, с соблюдением правил асептики, вносится в пробирку с транспортной питательной средой и доставляется в бактериологическую лабораторию. Транспортные питательные среды по*

своему составу должны соответствовать биологическим свойствам этиологически значимым микроорганизмам. Для транспортировки патологического материала с целью исключения наличия tox<sup>+</sup> штаммов *C.diphtheriae* необходимо использовать специальные среды. Оптимальное время доставки патологического материала в бактериологическую лабораторию – 40 минут. Материал для проведения молекулярно-генетических исследований доставляется в лабораторию в пробирках типа «эппендорф». При этом, по возможности, особое внимание необходимо уделять минимальному наличию активного гноя в исследуемом материале из-за большого содержания протеолитических ферментов, способных лизировать генетический материал микроорганизмов. [13].

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Обычной фарингоскопии, выполняемой врачом оториноларингологом, как правило, достаточно для всесторонней оценки состояния слизистой оболочки и citoархитектоники ротоглотки для выявления/исключения паратонзиллярного абсцесса.

Осмотр выполняется при ярком направленном освещении, достигаемом с помощью специального осветителя, отраженного света от лобного рефлектора, эндоскопа. Держа шпатель в левой руке, отдавливают им передние 2/3 языка книзу, не касаясь его корня. Шпатель вводят через правый угол рта [4;13].

- **Рекомендуется** инструментальное обследование - фарингоскопия всем детям и взрослым с целью выявления паратонзиллярного абсцесса [4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

*Комментарии: Выявление фарингоскопических признаков является решающим в диагностике паратонзиллярного абсцесса.*

- **Рекомендуется** при подозрении на распространение воспалительного процесса в гортаноглотку, проведение непрямой ларингоскопии или фиброларингоскопии [8;13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуется** с целью уточнения диагноза, объективизации локализации абсцесса и состояния регионарных лимфатических узлов проведение компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования шеи [23;25;26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

*Комментарии: В тяжелых случаях, когда не удастся установить точный диагноз, локализацию абсцесса или требуется дифференцировать воспаление паратонзиллярной клетчатки и более глубоких отделов шеи, используется КТ и УЗИ шеи.*

## 2.5 Другие диагностические исследования

Паратонзиллярный абсцесс следует дифференцировать с дифтерией, скарлатиной, абсцессом язычной миндалины, флегмоной дна полости рта, новообразованиями ротоглотки [4;10;13].

Односторонняя припухлость ротоглотки с гиперемией и отеком слизистой оболочки, похожая на паратонзиллит, может наблюдаться при дифтерии и скарлатине, с которыми проводят дифференциальную диагностику. При этом, прежде всего, необходимо учитывать определенные эпидемиологические данные.

При дифтерии, как правило, за счет отека слизистая оболочка имеет бледно-цианотичный цвет, бывают налеты (сероватого цвета, распространяются за пределы поверхности небных миндалин), однако при этом отсутствует тризм; по результатам микробиологического исследования выделяют штаммы *Corynebacterium diphtheriae* (tox+) [4;8].

Для скарлатины характерны розеолезная сыпь на коже, четкая граница пораженной и интактной слизистой оболочки, «малиновый» язык. При воспалении и абсцедировании в области язычной миндалины отсутствует тризм и характерные изменения в ротоглотке. При флегмоне дна полости рта боли, отек и инфильтрация локализуются в подчелюстной области, движения языком ограничены, изменения со стороны небных дужек и миндалин отсутствуют [4;13].

В некоторой степени сходны с паратонзиллитом опухолевые заболевания — рак, саркома, лимфоэпителиома миндалины. Для них характерно медленное развитие, отсутствие температурной реакции, сильных болей в горле и тризма жевательной мускулатуры, а также болезненности при пальпации регионарных лимфатических узлов (последние обычно плотные и малоподвижные) позволяют дифференцировать опухоли глотки и паратонзиллит [4;13].

В редких случаях припухлость в глотке может быть связана с близким от поверхности положением сонной артерии или ее аневризмы. Наличие пульсации, определяемой визуально, позволяет поставить верный диагноз [4].

### 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Лечение пациентов с паратонзиллярным абсцессом осуществляет врач-оториноларинголог в условиях специализированного учреждения. Основным видом лечения является хирургическая санация полости абсцесса [4;13].

#### 3.1 Консервативное лечение

*Консервативная терапия служит дополнением хирургическим методам лечения и направлена на санацию сформировавшегося очага инфекции и недопущение генерализации инфекции и снижению реактивно-воспалительных изменений, возникших в тканях ротоглотки [4;8;20-22].*

##### 3.1.1 Общее лечение

*Основная роль в консервативной терапии отводится назначению антибактериальных препаратов системного действия.*

- **Рекомендуется** назначение системной антибактериальной терапии при паратонзиллярном абсцессе [4;8;27-30].

#### Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** Антибактериальная терапия должна быть начата до получения результатов бактериологического исследования, должна носить эмпирический характер с учетом индивидуальных клинических проявлений.

*Поскольку в этиологии паратонзиллярного абсцесса велико значение микробных ассоциаций с присутствием облигатно-анаэробных микроорганизмов, в качестве препаратов эмпирической терапии необходимо применять антибиотики широкого спектра, способные воздействовать и на облигатно-анаэробные микроорганизмы [4;12;20;29]. См. таблицу 1*

**Таблица 1.** Рекомендуемые антибактериальные препараты (АБП) и режимы лечения паратонзиллярного абсцесса

Показание	Препараты выбора
<b>Пероральные антибактериальные препараты</b>	Амоксициллин+ клавулановая кислота** внутрь 500/125 мг 3 раза в сутки или 875/125 мг 2 раза в сутки* (дозы указаны для пациентов 12 лет и старше или с массой тела 40 кг и более, см. также инструкцию) или Амоксициллин+ сульбактам** 1 г 2-3 раза в сутки для пациентов 12 лет и старше
<b>Парентеральные антибактериальные препараты</b>	Цефтриаксон** внутримышечно или внутривенно 2 г 1 раз в сутки в течение 4-14 дней Цефотаксим** внутримышечно или внутривенно 1 г 2 раза в сутки Клиндамицин** - 300 мг 2 раза в сутки, при тяжелом течении – до 1,2-4,8 г/сут (разделенные на 2-4 равные дозы), детям 10-40 мг/кг/сут (разделенные на 3-4 равные дозы) при непереносимости цефалоспоринов 3-его поколения

*\* в детской практике дозировка зависит от возраста и массы тела ребенка*

*Курс антибактериальной терапии в среднем составляет от 10 до 14 суток. Препаратами выбора являются комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, имеющие широкий спектр действия, включая активность в отношении облигатно-анаэробных патогенов. При наличии проблем с проглатыванием таблетированных форм антибактериальных препаратов, возможно использование диспергируемых лекарственных форм, суспензий или парентеральных лекарственных форм.*

*При наличии выраженных реактивных проявлений со стороны мягкотканых образований глотки и шеи, выраженного тризма жевательной мускулатуры, обуславливающего невозможность приема таблетированных форм, а также высоком риске развития генерализованных осложнений, показано назначение парентеральных цефалоспоринов 3-го поколения, а при их непереносимости – линкозамидов (клиндамицин\*\* – код АТХ: J01FF).*

*В детской практике предпочтительнее применение комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (ампициллин-+сульбактам\*\* – код АТХ: J01CR01 и амоксициллин+ клавулановая кислота\*\* – код АТХ: J01CR02); дозировка зависит от возраста и массы тела ребенка.*

Помимо системной антибактериальной терапии необходимо назначение системной противовоспалительной терапии, направленной на купирование реактивной симптоматики, лихорадки и/или болевого синдрома. С этой целью возможно использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) [4;8;24;27;31].

- **Рекомендуется пациентам с выраженными реактивными проявлениями ПА с целью уменьшения воспалительной симптоматики применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) в стандартных рекомендованных дозах [4;21;30]**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *Принцип обезболивающего действия НПВС основан на подавлении активности циклооксигеназы 1-го и 2-го типов (ЦОГ-1, ЦОГ-2) – основных ферментов, являющихся предшественниками появления простагландинов.*

Назначение антигистаминных средств системного действия при лечении паратонзиллярного абсцесса обуславливают системные эффекты десенсибилизации и уменьшают выраженность токсико-аллергических реакций и системной интоксикации.

- **Рекомендуется всем пациентам с ПА с целью десенсибилизации и дезинтоксикации, назначение антигистаминных средств системного действия [13].**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- **Рекомендуется всем пациентам с ПА применение препаратов системного действия для повышения естественной резистентности организма [8;13;24;27].**

## **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** к этой группе относят препараты кальция, аскорбиновой кислоты (витамин С), витамины А, антигистаминные средства системного действия. При проведении данной терапии необходимо проводить динамический контроль на основе анализа клинических симптомов, лабораторных и дополнительных инструментальных методов и избегать полипрагмазии.

При выраженной общей интоксикации рекомендуется проведение системной инфузионной и дезинтоксикационной терапии [13].

## **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

### **3.1.2 Местное лечение**

- **Рекомендуется всем пациентам с ПА** проведение симптоматической противовоспалительной, обезболивающей, антисептической терапии ОТФ местными средствами в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания [4;8;28-31].

## **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Целью местной терапии является быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома и других воспалительных явлений, а также профилактика вторичного инфицирования поврежденной слизистой оболочки. Местная терапия не может заменить системную антибактериальную терапию при остром стрептококковом тонзиллите, т.к. не влияет на вероятность развития «поздних» аутоиммунных осложнений [28-31].

При назначении местных антисептиков: цетилпиридиния хлорид (показан на начальных стадиях формирования инфильтрационных изменений; код АТХ: R02AA06), гексэтидин (код АТХ: A01AB12), лизоцим + пиридоксин (код АТХ: R02AA20), амилметакрезол + дихлорбензиловый спирт (код АТХ: R02AA03), хлоргексидин (код АТХ: D08AC02), препараты йода, бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат (показан при развитии абсцесса на фоне тонзилло-фарингиальной патологии; код АТХ: D08AJ) и др., следует придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений в связи с определенной токсичностью некоторых из них и учитывать возможность развития аллергических реакций и индивидуальных реакций непереносимости [13;28-31;33].

Местные нестероидные противовоспалительные препараты: бензидамин (показан при развитии абсцесса на фоне тонзилло-фарингиальной патологии; код АТХ: A01AD02), флурбипрофен (код АТХ: R02AX01), могут входить как в состав комплексных средств, так и применяться в виде монопрепаратов [8;13].

### **3.1.3 Физиотерапевтическое лечение**

Физиотерапевтическое лечение может применяться после выполнения хирургического вмешательства (вскрытие паратонзиллярного абсцесса или одномоментного вскрытия

*абсцесса в процессе удаления небных миндалин). Может использоваться как самостоятельный метод общего (на поверхность тела или его частей) и местного (на область миндалин и регионарных лимфатических узлов) воздействия: токами ультравысокой частоты, электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ), магнитофорез, ультрафиолетовое облучение, ультразвуком, лазерным низкоинтенсивным излучением, коротким ультрафиолетовым светом. Проводится врачом-физиотерапевтом, некоторые процедуры могут проводиться оториноларингологом и врачом общей практики, если это предусмотрено методикой и возможностями лечебного устройства [4;13;32].*

**Рекомендуется** общее физиотерапевтическое воздействие для повышения резистентности организма у пациентов с ПА после выполнения хирургического вмешательства [4;32].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** среди физиотерапевтических процедур общего действия используются гипербарическая оксигенация, общее УФО-облучение.

**Рекомендуется** местное физиотерапевтическое воздействие для повышения общей резистентности организма больных ПА после выполнения хирургического вмешательства [13;32].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** на зону вскрытия ПА назначают фокусное ультрафиолетовое облучение (КУФ), на область регионарных лимфатических узлов – УВЧ-, сантиметроволновую (СМВ-), магнито-, лазер- терапию (инфракрасный, гелий-неоновый). Возможно введение лекарственных веществ в область расположения полости абсцесса или на область тонзиллярных ниш, а также регионарных лимфатических узлов с помощью различных физических методов воздействия – низкочастотного ультразвука, гелий-неонового лазера и др.

## 3.2 Хирургическое лечение

Пациентам с впервые возникшим паратонзиллярным абсцессом показано его вскрытие и дренирование.

- **Рекомендуется** хирургическое лечение – вскрытие и дренирование паратонзиллярного абсцесса [4;8;13;22].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** при различных локализациях процесса и различных техниках вскрытия паратонзиллярного абсцесса с использованием различных инструментов существуют единые принципы: убедиться в отсутствии пульсации в месте вскрытия, продвижение на глубину



более 0,5 см в паратонзиллярную клетчатку производить только тупым путем, вскрытие производить достаточно широко (до 4 см) для адекватного дренирования абсцесса.

Выбор хирургического разреза определяется локализацией воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке. Операция проводится под местной аппликационной анестезией. При передневерхнем абсцессе вскрытие проводят либо через небно-язычную дужку в типичном месте, либо в месте наибольшего выбухания. Задний паратонзиллярный абсцесс рекомендуют дренировать через заднюю небную дужку, отступая 0,5 см от ее края. При вскрытии нижнего паратонзиллярного абсцесса разрез тканей осуществляется в нижней части небно-язычной дужки. Техника вскрытия паратонзиллярных абсцессов должна предусматривать обильное кровоснабжение данной области ветвями крупных артерий, поэтому рекомендуется рассечение тканей проводить вдоль хода сосудов и на небольшую глубину (0,5-1,0 см), а далее корнцангом, раздвигая ткани проводить вскрытие абсцессов, дабы исключить возможность травмирования крупных артериальных стволов. После вскрытия абсцессов проводятся полоскания глотки растворами антисептиков,

В последующем регулярно проводят разведение краев разреза с целью адекватного дренирования.

Радикальным методом лечения паратонзиллярного абсцесса является удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса, которую проводят при наличии частых ангин в анамнезе или повторном развитии паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса, его затяжном течении, неадекватном дренировании вскрытого абсцесса, при возникновении кровотечения вследствие выполнения его вскрытия или при развитии прочих тонзиллогенных осложнений [4].

- **Рекомендуется пациентам с ПА** при наличии частых ангин в анамнезе или повторном развитии паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса, его затяжном течении, неадекватном дренировании вскрытого абсцесса, при возникновении кровотечения вследствие выполнения его вскрытия, хирургическое лечение – удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса. [4;8;13;22].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса, позволяет не только дренировать полость абсцесса, но и удалить очаг инфекции в миндалине, который является причиной формирования абсцесса в околоминдаликовой клетчатке.

Удаление небных миндалин со вскрытием абсцесса проводят в любом возрасте, начиная от 3-4 до 70 лет и старше. Противопоказаниями для удаления небных миндалин со вскрытием абсцесса считают терминальные или крайне тяжелое состояние пациента, обусловленное патологией внутренних органов; тромбоз сосудов мозга; разлитой менингит.

После инфильтрационной анестезии выполняют разрез слизистой оболочки вдоль края передней небной дужки. Через разрез за псевдокапсулой небной миндалины вводят распатор и выделяют ее верхний полюс. Как правило, в этот момент происходит вскрытие и

*опорожнение абсцесса. Верхний полюс миндалины берут на зажим и тупым путём отсепаровывают миндалину от передней и задней небных дужек, низводят ее при помощи широкой хирургической ложки до нижнего полюса, при необходимости, разрушают спайки. В области нижнего полюса миндалину отсекают при помощи проволочной петли (петля Бахона). После окончания операции внимательно осматривают тонзиллярную нишу на предмет наличия возможного патологического выпячивания (признак наличия парафарингеального абсцесса).*

### **3.3 Иное лечение**

Не существует.

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

*Вопросы реабилитации при паратонзиллярном абсцессе разработаны недостаточно [8].*

- **Рекомендуется** после проведения двусторонней тонзиллэктомии в течение одного месяца ограничение физической нагрузки [4;13].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

## 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика ПА заключается в проведении мероприятий по недопущению развития заболевания (первичная), ухудшения течения (вторичная) и недопущению развития осложнений (третичная) [8;13].

- **Рекомендуется** выявление факторов риска развития ПА на первом этапе диспансеризации [4,8,13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

*Комментарии: К факторам риска развития ПА относятся признаки наличия хронического тонзиллита, а также рецидивирующий острый тонзиллит. Профилактические мероприятия заключаются в устранении факторов риска закаливании, санитарно-просветительской работе с населением по разъяснению причин возникновения абсцесса, своевременном лечении заболеваний зубов, десен*

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Лечение в большинстве случаев осуществляется врачом-оториноларингологом в условиях соответствующего хирургического стационара.

Показанием для госпитализации является необходимость вскрытия паратонзиллярного абсцесса или удаления небных миндалин со вскрытием абсцесса.

Улучшение состояния после вскрытия паратонзиллярного абсцесса или вскрытия абсцесса в процессе выполнения тонзиллэктомии наблюдается уже через 12-24 ч.

Показанием к выписке пациента из стационара является завершение лечения в оториноларингологическом отделении после удаления небных миндалин со вскрытием абсцесса на 5-7-е сутки после операции при неосложненном течении [22]. Выписка из стационара осуществляется при устойчивом купировании проявлений болезни и отсутствии угрозы жизни и здоровью пациента.

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Прогноз при ПА, при условии адекватного лечения, в большинстве случаев благоприятный.

Риск развития гнойных генерализованных осложнений повышается на фоне первичных и приобретенных иммунодефицитных состояний (врожденный иммунодефицит, прием иммуносупрессивной и цитостатической терапии, ВИЧ-инфекция).

### ***Осложнения.***

Отсутствие лечения или неадекватное лечение ПА чревато высокой вероятностью развития **гнойных осложнений, включая генерализованные:**

- флегмона мягких тканей шеи
- гнойный медиастинит
- тонзиллогенный сепсис
- инфекционно-токсический шок

# Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Выявление жалоб и анамнеза	C	4
2.	Выполнен общий осмотр врачом-оториноларингологом	B	2
3.	Выполнена фарингоскопия врачом-оториноларингологом	B	2
4.	Выполнена фарингоскопия для проведения дифференциального диагноза с различными острыми состояниями, характеризующимися поражением слизистой оболочки глотки и полости рта	B	2
5.	Выполнено клиничко-лабораторная диагностика: общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) мочи, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	C	4
6.	Выполнено бактериологическое исследование патологического отделяемого после вскрытия абсцесса	B	2
7.	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия	B	2
8.	Проведено общее физиотерапевтическое лечение после вскрытия абсцесса (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	C	4
9.	Выполнено хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	A	1

# Список литературы

1. Карнеева О.В., Дайхес Н.А., Поляков Д.П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов Русский медицинский журнал «Оториноларингология». 2015; № 6: с. 307-311.
2. Цветков, Э.А. Адено tonsиллиты и их осложнения. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии / Э.А.Цветков. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. - 123с.
3. Л.Ф. Азнабаева, Н.А. Арефьева, Ф.А. Хафизова. Экология и иммунология слизистых оболочек верхних дыхательных путей / сборник тезисов второго конгресса Российского общества ринологов.- 1996, Сочи.
4. Пальчун В.Т. и соавт. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей / В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, А.И. Крюков. – М.: «ГЭОТАР- Медиа», 2012. – 288с.
5. Бухарин О.В. Экология микроорганизмов человека / Под ред О.В.Бухарина. – Екатеринбург: УрО РАН, 2006. – 480с.
6. Дроздова, М.В. Лимфопролиферативный синдром у детей с заболеваниями верхних дыхательных путей (этиология, патогенез, клиническая и лабораторная диагностика): автореферат дисс. ... докт. мед. наук.- СПб, 2010. – 48с.
7. Белов Б.С. А-стрептококковая инфекция глотки в практике интерниста. Вестник оториноларингологии.2013;3:39-44
8. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты / Под ред. профессоров С.А. Карпищенко и С.М. Свистушкина. – Изд-е 3-е. –СПб.: Диалог, 2017. – 264с.
9. Рапопорт Е.В. Одонтогенный фактор в генезе перитонзиллитов. В кн.: Сб. тр. Ленинградского научн.-исслед. ин-та уха, горла, носа и речи. Л 1958; XI: 280-287.
10. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Парафарингит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении / Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М.// Вестник оториноларингологии. - 2013.- №3.- с.29-34.
11. Vieira F., Allen S.M., Stocks R.M., Thompson J.W. Deep neck infection. Otolaryngol Clin North Am 2008; 41: 3: 459-483.
12. Гофман, В.Р. Хронический тонзиллит / В.Р.Гофман, А.В.Черныш, В.В.Дворянчиков. – М.: ТЕХНОСФЕРА, 2015. – 144с.
13. Оториноларингология: Национальное руководство, краткое издание / Под ред. чл.-кор. В.Т. Пальчуна. - . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
14. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Гуров А.В., Ермолаев А.Г. Небные миндалины: физиология и патология. Вестник оториноларингологии. 2019;84(6):11-16.
15. Papacharalampous G.X., Vlastarakos P.V., Kotsis G., Davilis D., Manolopoulos L. Bilateral peritonsillar abscesses: A case presentation and review of the current literature with regard to the controversies in diagnosis and treatment. Case Report Med 2011; 98:19-24.
16. Repanos C., Mukherjee P., Alwahab Y. Role of microbiological studies in management of peritonsillar abscess. J Laryngol Otol 2009; 123: 8: 877-87
17. Киселев А.С. К диагностике острого гнойного воспаления пара- и ретрофарингеального пространств. Новости оторинолар и логопат 1998; 4: 80-8



18. Извин, А.И. Генетические аспекты хронического тонзиллита / А.И. Извин // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. - №2 (30). –С.90-92.
19. Плужников М.С. Ангина и хронический тонзиллит / М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, К.А. Никитин.- СПб., 2002. – 58с.
20. Богомильский, М.Р. Опыт применения азитромицина в терапии обострений хронического тонзиллита / М.Р. Богомильский, Т.И. Гаращенко, Е.В. Шишмарева // Российская оториноларингология. 2003. - №1. – С172-176.
21. Оториноларингология: Учебник. / В.В.Вишняков. - . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
22. Вахрушев С.Г. Комплексное хирургическое лечение хронического тонзиллита / С.Г.Вахрушев, Г.И.Буренков // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. - №2(3). – С.70-73.
23. Пономарев Л.Е. Методы тепловизионного исследования в диагностике хронического тонзиллита у детей / Л.Е. Пономарев, М.М. Сергеев, В.В. Скибицкий // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: материалы XVI съезда оториноларин. РФ . – С.404-406.(21-24 марта2001). – Сочи, 2001
24. Palm J, Kishchuk VV, Uljed A et al. Effectiveness of an add-on treatment with the homeopathic medication SilAtro-5-90 in recurrent tonsillitis: An international, pragmatic, randomized, controlled clinical trial. //Complementary Therapies in Clinical Practice, 2017, Volume 28, Issue null, p 181-191.
25. Sakaguchi M., Sato S., Asawa S., Taguchi K. Computed tomographic findings in peritonsillar abscess and cellulitis. J Laryngol Otol 1995; 109: 5: 449-451.
26. Scott P.M., Loftus W.K., Kew J., Ahuja A., Yue V., van Hasselt C.A. Diagnosis of peritonsillar infections: a prospective study of ultrasound, computerized tomography and clinical diagnosis. J Laryngol Otol 1999; 113: 3: 229-232.
27. Рязанцев С.В., Артюшкин С.А., Еремина Н.В., Еремин С.А. Предварительные результаты Российской национальной программы «Хронический тонзиллит». Российская оториноларингология. 2019;18(3):92–102
28. Карнеева О.В. Острый тонзиллофарингит / О.В. Карнеева, Д. П. Поляков // Путьеводитель врачебных назначений. - Москва.: РНМОТ, 2016.-150 с.
29. Никифорова Г.Н., Свистушкин В.М., Биданова Д.Б., Волкова К.Б. Эффективность применения комплексных топических препаратов у пациентов с воспалительными заболеваниями глотки // Медицинский Совет ЛОР №8 2017. С.8-12.
30. Богомильский М.Р. Местная терапия воспалительной патологии гортаноглотки у детей/ М.Р. Богомильский, Е.Ю. Радциг, Е.Н. Котова, орд. Н.В. Ермилова. - Вестник оториноларингологии № 2, 2010/ С/12-16
31. Салмаси Ж.М., Казимирский А.Н., Антонова Е.А., Порядин Г.В. Влияние препаратов местной антимикробной терапии на свойства клеток врожденного и адаптивного иммунитета. Медицинский Совет. 2019;(8):76-82.
32. Нестерова К.И. Низкочастотный ультразвук в комплексной терапии грибкового тонзиллита // Российская оториноларингология. – 2002. -№2(2). –С.94-07
33. Дайхес Н.А. Рациональный выбор обезболивающей терапии у больных после тонзиллэктомии / Н.А. Дайхес, Х.Ш. Давудов, А.С. Шкода, Г.Б. Элькун // Вестник оториноларингологии.-2006.-6.- С. 66-68.

34. Ляшенко Ю. И. и др. Дифференциальная диагностика дифтерии у взрослых // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 2. – №. 4. – С. 6-14.

# Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Крюков А.И.**, член-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор НИКИО им. Л.И. Свержевского, главный внештатный специалист по оториноларингологии ДЗ г. Москвы, заведующий кафедрой оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского л/ф РНИМУ им. Н.И. Пирогова, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
2. **Кунельская Н.Л.**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе НИКИО им. Л.И. Свержевского, профессор кафедры оториноларингологии им. акад. Б.С. Преображенского л/ф РНИМУ им. Н.И. Пирогова, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
3. **Гуров А.В.**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры оториноларингологии л/ф им. акад. Б.С. Преображенского, профессор кафедры микробиологии и вирусологии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, член Межрегиональной общественной организации «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов». Конфликт интересов отсутствует.
4. **Карнеева О.В.**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебной и научной работе Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, член Межрегиональной общественной организация «Объединение ЛОР-педиатров». Конфликт интересов отсутствует.
5. **Яковлев С.В.**, доктор медицинских наук, профессор, президент Межрегиональной общественной организации «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов». Конфликт интересов отсутствует.
6. **Поляков Д.П.**, кандидат медицинских наук, заведующий детским отделением, Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

## Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-педиатры;
2. врачи-педиатры городские (районные);
3. врачи-педиатры участковые;
4. врачи-терапевты;
5. врачи-терапевты подростковые;
6. врачи-терапевты участковые;
7. врачи-терапевты участковые цеховых врачебных участков;
8. врачи-инфекционисты;
9. судовые врачи;
10. врачи общей практики (семейные врачи);
11. врачи-оториноларингологи;
12. врачи-сурдологи-оториноларингологи.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
-----	-------------

1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

# Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

## Нормативно-правовые документы

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «оториноларингология»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. № 905н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология». Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи";
2. Государственный реестр лекарственных средств: <https://grls.rosminzdrav.ru>
3. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012г. № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
4. Приказ МЗ РФ от 23 июля 2010 г. № 541н. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения.
5. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций».
6. Приказ Минздрава России № 103н от 28.02.2019 г. «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».
7. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»
9. «Эпидемиологический надзор за дифтерийной инфекцией» Методические указания. МУ 3.1.1082-01 (Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.11.2001).
10. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3149-13 Утверждены Постановлением врио Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 декабря 2013 г. № 66 [https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT\\_ID=1773](https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=1773)

## Расшифровка примечаний

\*\* – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р)

# - применение off-label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет. Требуется выполнения следующей процедуры:

1. Обоснование необходимости назначения лекарственного средства «вне инструкции» в медицинской карте.
2. Проведение врачебной комиссии медицинской организации.
3. Подписание пациентом/законным представителем пациента (для несовершеннолетних) добровольного информированного согласия. Форма согласия должна быть утверждена в медицинской организации.

Согласно:

- п.5. ФЗ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2005 г. № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям»
- Приказ от 5 мая 2012 г. № 502н "Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации”

# Приложение Б. Алгоритмы действий врача





# Приложение В. Информация для пациента

Паратонзиллярным абсцессом называют гнойный процесс в околоминдаликовой клетчатке, в которой возникает сначала воспаление (паратонзиллит), а затем формируется полость, наполненная гноем. В большинстве случаев он развивается, как осложнение ангины и хронического тонзиллита и чаще локализуется с одной стороны. Это одно из самых распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний глотки. Чаще всего встречается у людей с хроническим тонзиллитом и лиц с ослабленным иммунитетом. При поздней диагностике или отсутствии адекватного лечения может повлечь за собой сепсис, инфекционно-токсический шок, гнойный медиастинит, кровотечение из сосудов шеи и другие опасные для жизни осложнения.

В зависимости от локализации процесса принято выделять следующие виды паратонзиллярного абсцесса: передний, задний, нижний, наружный — по отношению к небной миндалине. В 90% случаев наблюдается передне-верхнее расположение гнойника, что связано с затрудненным оттоком гноя с верхнего полюса миндалин.

Основной причиной возникновения паратонзиллярного абсцесса обычно выступает бактериальная инфекция. А именно: проникновение инфекции из крипт (складок) миндалины в окружающие околоминдаликовые ткани. В подавляющем большинстве случаев причиной абсцедирования становится пиогенный стрептококк. Реже — золотистый стафилококк и другие микроорганизмы.

Зачастую воспаление развивается как осложнение ангины или хронического тонзиллита при отсутствии своевременного правильного лечения. Фактором риска является ослабление иммунитета, связанное с воспалительными заболеваниями, сахарным диабетом, иммунодефицитом, неполноценным питанием, курением, злоупотреблением алкогольными напитками. Реже заболевание развивается на фоне кариеса и травмирования тканей глотки.

Гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки обычно появляется через 3-5 дней после ангины или обострения тонзиллита. При ослаблении организма этот процесс может ускориться до одних суток.

Диагностика заболевания начинается с фарингоскопии — осмотра глотки. При паратонзиллярном абсцессе наблюдается асимметрия зева и выпячивание миндалины со стороны поражения. Для уточнения состояния абсцесса, распространенности воспалительного процесса может использоваться ларингоскопия — осмотр гортани с использованием ларингоскопа. Осмотр пациента проводится в положении сидя: пациент откидывает голову немного назад, широко открывает рот, высовывая язык. Это позволяет отоларингологу осмотреть все участки горла. Также врач проводит детальный опрос пациента с целью выявления причины заболевания, наличия хронических болезней, индивидуальных особенностей организма и т.п. В некоторых случаях пациента направляют на дополнительное обследование при помощи аппаратов УЗИ и КТ. Для назначения лечения может потребоваться проведение некоторых лабораторных исследований (общего (клинического) анализа крови, определения возбудителя, вызвавшего абсцесс, и его чувствительности к антибиотикам).

Консервативное лечение включает общую фармакотерапию — назначение антибиотиков, анальгетиков и других препаратов, а также местное лечение — полоскание горла антисептическими растворами, противовоспалительными препаратами.

Учитывая особенности клинической картины, и в случаях, когда консервативное лечение не дает должного эффекта, выполняют вскрытие гнойника для эвакуации гноя. Операция проводится под местной анестезией и занимает всего несколько минут: абсцесс вскрывается, после удаления гноя место, где локализовалось воспаление, обрабатывают дезинфицирующими растворами, обеспечивая хороший отток содержимого из полости абсцесса в течение нескольких дней.

Хирургическое лечение всегда сочетается с консервативным (комбинированная, комплексная терапия).

В большинстве случаев консервативное лечение паратонзиллярного абсцесса производится в амбулаторном режиме: пациенту прописывается постельный режим и даются назначения, которые он выполняет самостоятельно. В более тяжелых случаях и в случае рецидива, возможна госпитализация в стационар и проведение хирургического вмешательства - одномоментного удаления небных миндалин и вскрытия абсцесса.

# **Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

В настоящее время унифицированные шкалы, вопросники по ведению пациентов с паратонзиллярным абсцессом отсутствуют.