

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00009&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00009. Дренування паратонзиллярного абсцесу

Автор: Antti Mäkitie
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-09-06

Основні положення

- Паратонзиллярний абсцес є найбільш поширеною глибокою інфекцією ділянки голови та шиї, і зазвичай є ускладненням гострого тонзиліту. Він завжди вимагає негайного лікування.
- Цей стан можна лікувати і на рівні первинної медичної допомоги. Направлення до ЛОР-спеціаліста потребують:
 - педіатричний пацієнт
 - важко хворий пацієнт
 - пацієнт з утрудненим диханням
 - пацієнт з двостороннім абсцесом
 - пацієнт з великим абсцесом (обструкція глотки або підозра на глибокий шийний абсцес (наприклад, парафарингеальний абсцес [доказ 05173]C), симптомом якого є виразний односторонній набряк шиї
 - якщо неможливо дренувати абсцес
 - якщо тризм не зменшується
 - якщо є підозра на іншу причину симптомів (наприклад, злоякісне новоутворення у пацієнта літнього віку, який споживає надмірну кількість алкоголю та тютюну).

Інструменти

- Крісло для ЛОР-огляду, рефлектор, медсестра стоїть позаду пацієнта і підтримує його голову
- Обладнання для місцевої анестезії (10% ксилокаїновий спрей, шприц на 2 мл, 1% лідокаїн-адреналін та довга голка 25 розміру)
- Шпатель, довга голка 18 розміру і шприц 10мл або 20мл, лезо скальпеля № 11, зігнутий або кровоспинний затискач
- Обладнання для відсмоктування
- В/в регідратаційний комплект, якщо пацієнт зневоднений

Проведення процедури

1. Якщо потрібно, перед процедурою пацієнтові призначають в/в введення рідини та знеболювальних засобів.
2. Пацієнт займає вертикальне сидяче положення, розкриває рот якомога ширше, язик притискають шпателем. Нижній відділ глотки та гортань оглядають за допомогою дзеркала, щоб виключити набряк, розташований нижче, випинання тканин і можливу обструкцію дихальних шляхів.
3. Слизову оболонку на найбільш випуклій ділянці абсцесу збризкують місцевим анестетиком.
4. За піднебінно-язиковою дужкою місце абсцесу інфільтрують 1-2 мл місцевого анестетика, спершу відразу під слизовою оболонкою, а потім глибше. Спробуйте локалізувати абсцес, провівши аспірацію у трьох місцях (зображення [зображення 00681] [Aspiration of peritonsil...]).
5. Абсцес можна очистити шляхом дренування гною голкою, якою проводилась анестезія, або більшою голкою. Пацієнт повинен прийти на огляд наступного дня, і процедура може бути проведена повторно. Якщо позитивна динаміка чітко відсутня, можна виконати розріз (див. пункт 6) [доказ 07532] [D].
6. Якщо абсцес було недостатньо очищено під час аспірації голкою, потрібен більший розріз. Під місцевою анестезією виконується розріз 1-1,5 см у слизовій оболонці, паралельно піднебінній дузі, в місці найбільшого випинання.
7. Тканини розшаровують кровоспинним або зігнутим затискачем вздовж капсули мигдалика, доки не буде знайдено порожнину абсцесу. Розтискайте затискач тільки в порожнині абсцесу. Ви маєте

дістатися до задньої частини мигдалика, обійшовши довкола його краю, і не заплутатися в тонзиллярній тканині. Працюйте в сагітальній площині і уникайте значного зміщення латерально (сонна артерія).

8. Видалить весь гній жорстким катетером для орального відсмоктування (металевим або пластиковим) і, якщо потрібно, візьміть зразок для бактеріальної культури.
9. Пацієнт має сісти, нахилившись вперед, і полоскати рот прохолодним ополіскувачем, доки кровотеча не зупиниться.
10. Дайте достатню дозу знеболювальних (наприклад, ібупрофен 600 мг × 3, якщо необхідно).
11. Антимікробна терапія: Оральний або парентеральний пеніцилін V, відповідно до важкості захворювання (1 мільйон МО 3 рази на добу протягом 10 днів). У значній частці абсцесів залучені анаеробні бактерії, але немає доказів переваги використання антибіотиків широкого спектру дії у дорослих, якщо абсцес було попередньо дреновано. Якщо пацієнт не може приймати пеніцилін, то можна використовувати цефалоспорин чи амоксицилін або, у випадку алергії, кліндаміцин. Якщо абсцес не виявлений шляхом аспірації чи розрізу, або якщо його дронування було недостатнім, до лікування можна додавати метронідазол (400 мг 3 рази на день протягом 7 днів).

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва пеніциліну V - феноксиметилпеніцилін, станом на 07.02.2019 р не зареєстрований в Україні.

12. Залежно від роботи пацієнта, може знадобитися листок непрацездатності на кілька днів або тиждень.
13. Пацієнт має прийти на повторний огляд через 1-2 дні після того, як провели розріз, якщо симптоми не зникають. Порожнину абсцесу розкривають зігнутим затискачем (під місцевою анестезією) і дрнують. Якщо потрібно, процедуру повторюють через 2 дні.

Тонзилектомія

- Паратонзиллярний абсцес є показанням до тонзилектомії, якщо у пацієнта виникають повторні епізоди тонзиліту або рецидив абсцесу.
- У дітей тонзилектомію зазвичай проводять відразу (в "гарячій" фазі).

Пов'язані ресурси

- Література [Пов'язані 00237] [\[Drainage of a peritonsil...\]](#)

Джерела інформації

R1. Powell J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. Clin Otolaryngol 2012;37(2):136-45. [PubMedID|22321140]

R2. Khayr W, Taepke J. Management of peritonsillar abscess: needle aspiration versus incision and drainage versus tonsillectomy. Am J Ther 2005 Jul-Aug;12(4):344-50. [PubMedID|16041198]

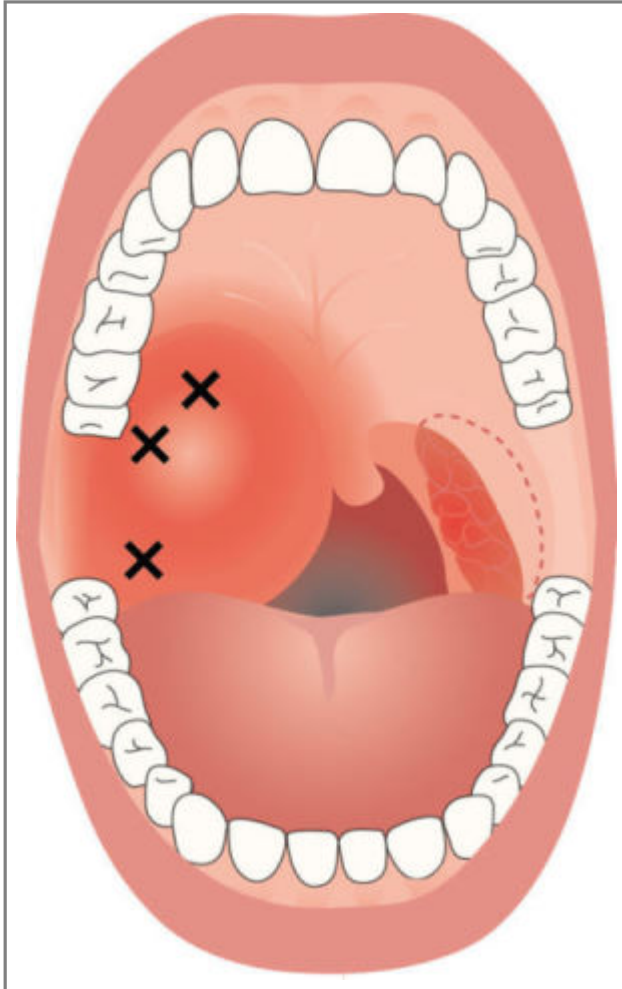
R4. Shaul C, Koslowsky B, Rodriguez M et al. Is Needle Aspiration for Peritonsillar Abscess Still as Good as We Think? A Long-term Follow-up. Ann Otol Rhinol Laryngol 2015;124(4):299-304. [PubMedID|25404748]

R3. Steyer TE. Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2002 Jan 1;65(1):93-6. [PubMedID|11804446]

R5. Wikstén JE, Pitkäranta A, Blomgren K. Metronidazole in conjunction with penicillin neither prevents recurrence nor enhances recovery from peritonsillar abscess when compared with penicillin alone: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Antimicrob Chemother 2016;71(6):1681-7. [PubMedID|26968881]

Зображення

- [Зображення 00681](#). Aspiration of peritonsillar abscess.



Автори та власники авторських прав: Antti Mäkitie Timo Atula
Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05173](#). Parapharyngeal and retropharyngeal abscesses - etiology and treatment.
Дата оновлення: 2015-11-09
Рівень доказовості: C
Резюме: Deep space neck infections in children may often be successfully managed with medical therapy alone, especially if they are over 4 years old.
- [Доказовий огляд 07532](#). Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess.
Дата оновлення: 2017-02-10

Рівень доказовості: D

Резюме: Incision and drainage might possibly associate with a lower chance of recurrence than needle aspiration in the treatment of peritonsillar abscess. Needle aspiration might possibly be less painful, although the evidence is insufficient.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00009 Ключ сортування: 038.022 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-09-06

Автор(и): Antti Mäkitie Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Otorhinolaryngology Infectious diseases

Ключові слова індексу

mesh: Peritonsillar Abscess peritonsillar abscess, drainage Drainage Abscess Lancing speciality: Otorhinolaryngology
speciality: Infectious diseases mesh: Penicillin G mesh: antimicrobial therapy mesh: Child mesh: Penicillins
mesh: Sick Leave mesh: Analgesics mesh: Ibuprofen mesh: Pharynx mesh: Tonsillitis mesh: Tonsillectomy
ісрс-2: R41 ісрс-2: R76