

«Астана медицина Университеті» КеАқ

Паратонзиллярлы абсцесс

Орындаған: Бақытжанұлы Марғұлан

Тобы: 449

Қабылдаған:



Жоспары

Кіріспе

Эпидемиология

Этиопатогенез

Клиникасы

Диагностика

Емі

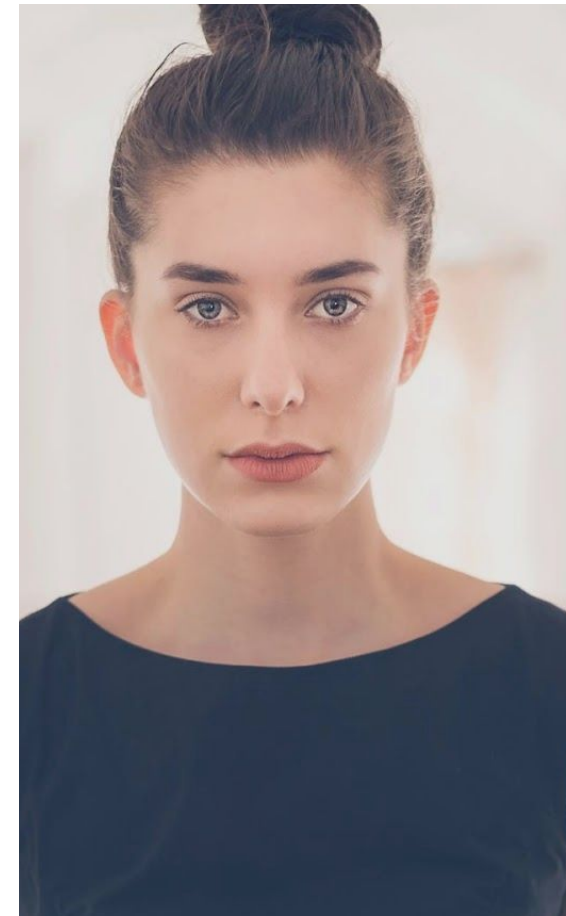


Паратонзилит- баспадан кейін инфекцияның капсуладан өтіп, жұтқыншақ фасциясының аралығындағы жұмсақ тіндердің ісінуі,инфильтрат немесе іріңдік түзілуімен сипатталады.

Эпидемиология

Паратонзилит көбінесе 15 жастан 30 жасқа дейінгі ер және әйел адамдарда кездеседі.

Паратонзилитпен ауыратын балалардың көпшілігі (77%) бастауыш және орта мектеп жасындағы науқастар (7-14 жас), қалғандары (23%) балабақша мен мектепке дейінгі балалар.



Ауру қан және лимфа тамырларына бай борпылдақ тінмен толтырылған *mm.constrictor pharyngea* үстіндегі бадамша бездің «капсуласы» мен жұтқыншақ фасциасы арасында орналасқан паратонзиллярлы кеңістікке жеткілікті вирулентті инфекцияның енуі нәтижесінде пайда болады.

Этиопатогенез

Тонзилогенді

Инфекцияның ең көп тараған жолы әдеттегі ангинаның асқынуы немесе созылмалы тонзиллиттің өршуі ретінде пайда болады.;

Гемотогенді

Жарақаттан кейін немесе түрлі жиі кездесетін жедел жұқпалы ауруларда байқалады (скарлатина, дифтерия және басқалар), кейін қан тамырлары арқылы таңдай бадамша безі маңайынданы тіндерген өтуі мүмкін

Травмотогенді

Травматикалық, алдыңғы немесе артқы таңдай доғасының зақымдалуымен.

Этиопатогенез

Одонтогенді

бадамша бездерге жақын орналасқан тістердегі кариозды процеспен байланысты (төменгі жақтың артқы тістері, екінші азу тістер, даналық тістер), альвеолярлы өсінді аймақтарындағы периостит

Аралас микрофлора

Стафилококк, гемолитический стрептококк, пневмококк, негемолитический стрептококк, дифтериялық таяқша, грибы, энтерококк в сочетании с кишечной палочкой

Отогенді

Мастоидит (Чителли, Мурре);

Клиникалық жіктелуі:

ОРНАЛАСУЫ

- Алдыңғы жоғары (супратонзиллярлы)-70 %
- Артқы-16%
- Төменгі-7%
- Бүйірлік (латеоалды)-4%



АҒЫМЫ

- Жіті (97,1 %);
- Жітілеу (2,1%);
- Жиі қайталанатын (0,6%);
- Созылмалы (0,2 %)



САНЫ

- Бір жақты
- Екі жақты

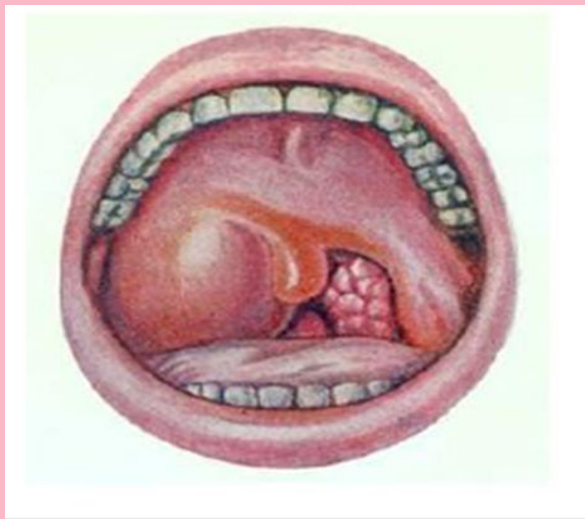


ДАМУ КЕЗЕҢІ

- экссудативтік-инfiltrативтік;
- абсцесс кезеңі;
- кері даму кезеңі.

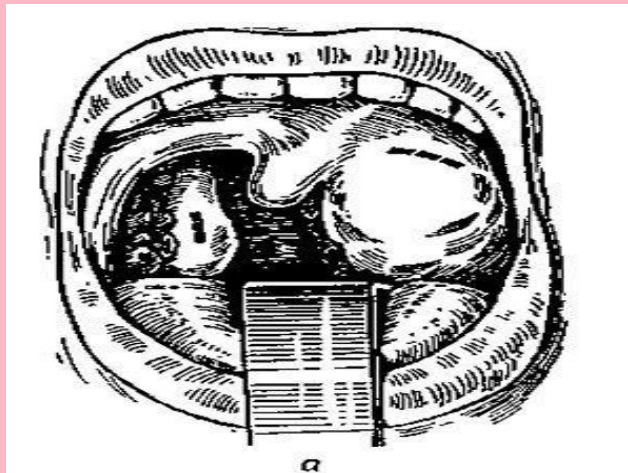


Алдыңғы жоғары (супратонзиллярлы)



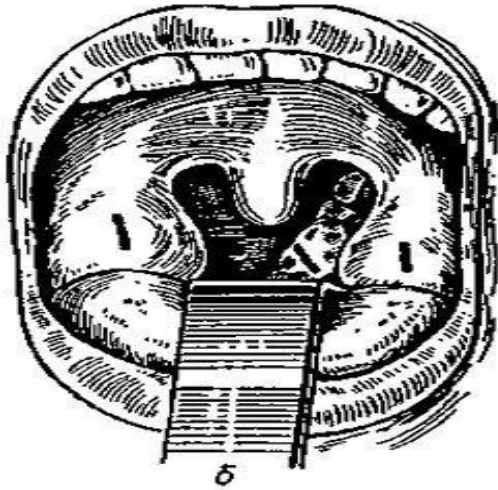
Бадамшаның жоғарғы бөлігі мен капсуланың және алдыңғы доға арасында. Алдыңғы таңдай доғасы гиперемияланған, инфильтрацияланған, алға қарай дөңес ісінген, сау жаққа таралған. Бадамшаның өзі алға-артқа итеріледі. Жұмсақ таңдайдың қозғалғыштығы күрт шектелген.

Артқы



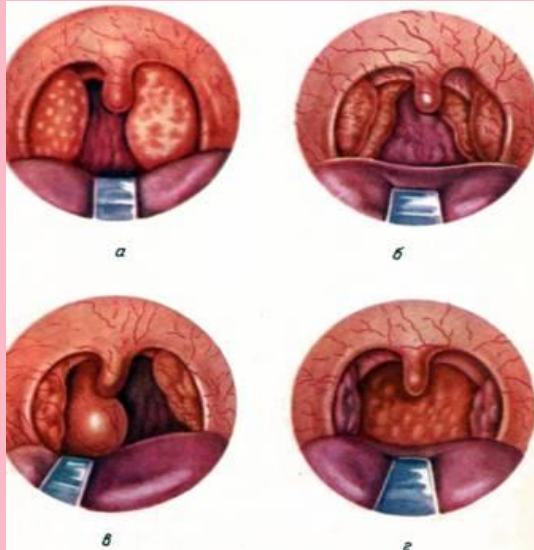
Бадамша мен артқы доға арасында. Артқы доға айтарлықтай ісінеді, алдыңғы доға аз немесе мүлде өзгермейді. Таңдай бадамша безі алға итерілген. Тілшік, артқы таңдай ісінген және инфильтрацияланған. Ісіну вестибулярлық көмейге таралуы мүмкін, бұл стеноз қаупін тудырады. Паратонзиллиттің бұл түрі шайнау бұлшықеттерінің тризмінің болмауымен және жұту кезінде өткір ауырсынумен сипатталады.

Төменгі



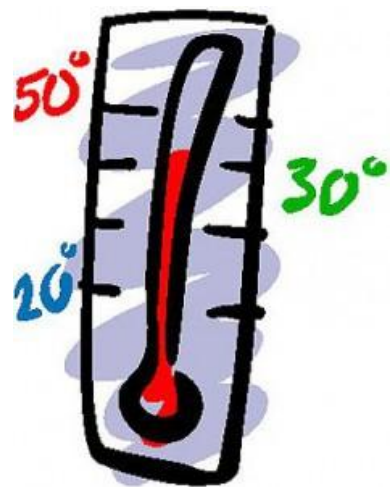
Бадамшаның төменгі бөлігі мен жұтқыншақтың бүір қабырғасы. Науқастар жұтынған кезде қатты ауырсынуға шағымданады, ауызды ашқанда күшейеді, зақымдалған жағында құлаққа ауырсыну беріледі. Тілдің инфильтрацияланған доғаға жақын бөлігін басқанда өткір ауырсыну анықталады.

Шеткі

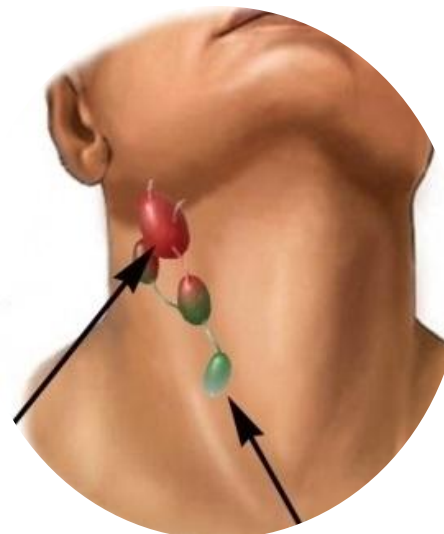


Бадамшаның ортаңғы бөлігі мен жұтқыншақтың сыртқы қабырғасы аралығында. Тіндердің инфильтрациясы, пальпация кезінде ауырсынады, мойынның лимфаденитімен мойынның бүйір бетінде, шайнау бұлшықеттерінің тризмімен сипатталады.

Клиника



Дене температурасы 38-40°
С дейін көтеріледі,
қалтырауымен бірге жүреді



Пальпация кезінде
аймақтық лимфа түйіндері
үлкейіп, ауырады



Жалпы әлсіздік, бас ауруы

Науқастар тамақтың ауырсынуына шағымданады, олардың қарқындылығы тез артады бұл тамақ пен суды қабылдауды қиындатады немесе мүлдем мүмкін емес етеді. Ауырсыну құлаққа таралады. Шайнау бұлшықеттерінің тризмі байқалады. Жұмсақ таңдайдың қызметі бұзылуы мүмкін, нәтижесінде ашық маңқалық пайда болады. Ортопноэ, пациенттер басын алға және ауру жағына еңкейтеді.

Диагностика



Шағымдар мен анамнез жинау:

- Ангина болса , олардың жиілігі ,жағдайы нашарлағанға дейін бірнеше күн бұрын ангина эпизоды болды ма
- Науқаста басқа аурулар кездеседіме сұрастыру
- Созылмалы тонзиллит болса өршу қашан байқалды
- Паратонзиллиттің алдыңғы жағдайларында қандай емдеу жүргізілді



Физикалық тексеру:

- Науқастың жалпы жағдайы
- Бастың қалпы
- Мойынның сыртқы контурларының жағдайы
- Аймақтық лимфа түйіндері, олардың мөлшері, қозғалғыштығы және пальпация кезіндегі ауырсыну
- Науқастың аузын ашу қабілеті анықталады (тризмнің болуы)

Диагностика



Фарингоскопия

- жұтқыншақтың, жұмсақ таңдайдың симметриясы,
- ортаңғы сызыққа қатысты бөртпенің орналасуы
- таңдай бадамша безінің күйі, оның жылжу бағыты
- таңдай доғаларының жағдайы, гиперемия мен инфильтрация ошағын локализациясы
- шырышты қабықта байқалатын іріңді көруге болады



Ларингоскопия

- шырышты қабатты, көмекейді вестибулярлық және дауыс қатпарларын тексереді

Диагноз клиникалық көрініске және мезофарингоскопияға негізделеді.

Қосымша диагностикалық әдістер



Компьютерлі томография



КТ без контраста
Паратонзиллярный абсцесс слева –
область набухания и отека



Интраоральді ультрасонография

Диагностикалық пункция



Кейбір жағдайларда абсцесстің болуы және оның орналасуы диагностикалық пункция арқылы расталады. Алынған материалды флора және антибиотиктерге сезімталдық бойынша бактериологиялық зерттеуге жіберуге болады.

Емі

- Паратонзиллиттің бастапқы кезеңдерінде ісіну және тіндік инфильтрация болған кезде консервативті емдеу негізделген;
- Абсцесс түзілу белгілері болса, міндетті түрде хирургиялық араласу көрсетіледі

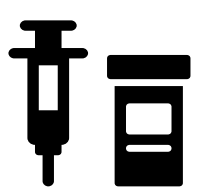


Консервативті ем

- Антибактериалды терапия
 - Детоксикация және қабынуға қарсы терапия
 - Антипиретикалық және анальгетиктер
 - Дезинфекциялық құралдармен шаю
- Хирургиялық ем***



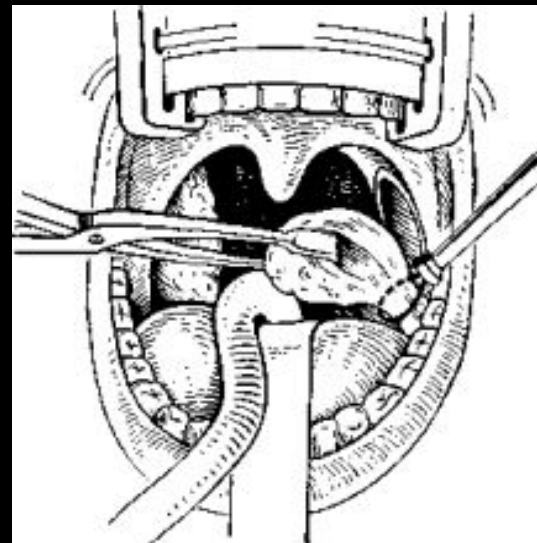
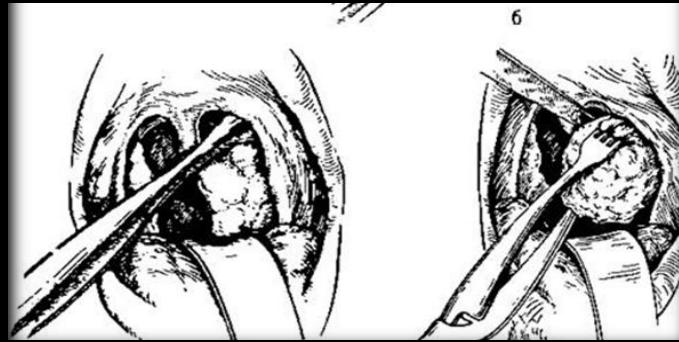
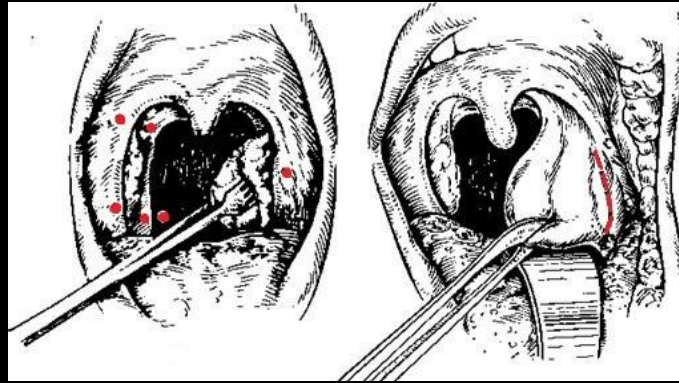
- паратонзиллярлы тіннің диссекциясы
- абсцессстонзилэктомия



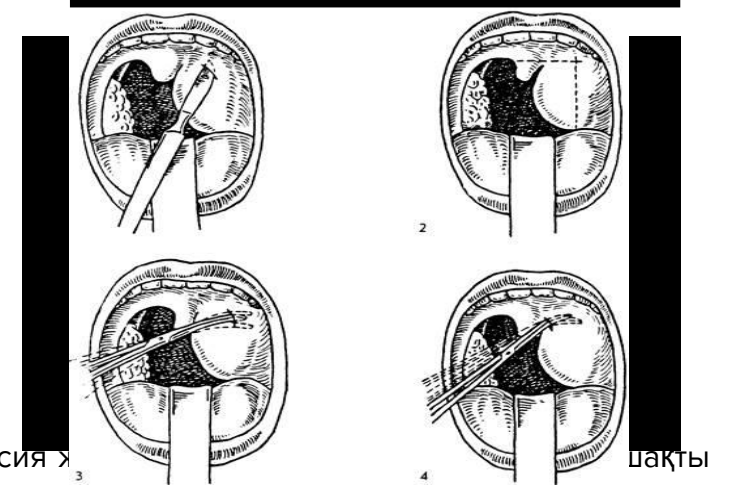
Абсцесстонзиллэктомия Бадамша безбен бір мезгілде абсцесті алып тастау

Орындауға көрсеткіштер:

- бірнеше жылдар бойы қайталанатын баспа
- созылмалы тонзиллит
- қайталанған паратонзиллит
- абсцесстің қолайсыз локализациясы ф(бүйірлік),
- ірің алғаннан кейін де науқастың жағдайының өзгермеуі
- паратонзиллит асқыну белгілерінің пайда болуы – сепсис, парафарингит, мойын флегмоны, медиастинит



Паратонзиллярлы тіннің диссекциясы



Аутопсия

шақты

10% лидокаин ерітіндісімен майлау немесе бүрку арқылы жүргізіледі, үлкен дөңес аймақта немесе екі сызықтың қиылысу аймағында жасалады:

Кесу сагитальді бағытта 0,5 см тереңдікте және ұзындығы 2-3 см-ге дейін жасалады. Іріңнің негізгі бөлігін алғаннан кейін дәрігер аспаппен қуысқа кіріп оның ішіндегі қалқаларды, егер бар болса, бұзады. Осыдан кейін қуысқа дезинфекциялық ерітіндімен шаяды. Әрі қарай, жараның шеттері толығымен тазартылғанша қуысты дренаждау жасалады.

НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ 🎈

