

УДК: 616.328.2-002.3-039-07-08-053.2  
DOI: 10.24061/2413-4260.XIII.2.48.2023.21

КАЗУЇСТИЧНИЙ ВИПАДОК  
РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНОГО АБСЦЕСУ  
З АТИПОВОЮ КЛІНІЧНОЮ КАРТИНОЮ  
У ДИТИНИ

О.Г. Плаксивий<sup>1</sup>, О.О. Мазур<sup>1</sup>,  
М.М. Цуркан<sup>2</sup>, Т.Г. Чифурко<sup>2</sup>,  
К.І. Яковець<sup>1</sup>, Ю.В. Сороколат,  
Т.М. Клименко<sup>\*\*</sup>, С.М. Коровай<sup>\*</sup>,  
М.А. Голубова

Буковинський державний медичний університет  
(м. Чернівці, Україна)<sup>1</sup>  
ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня»  
(м. Чернівці, Україна)<sup>2</sup>

**Резюме.** Ретрофарингеальний абсцес – це гостре гнійне запалення лімфатичних вузлів і пухкої клітковини заглоткового простору. Заглотковий простір розташований від основи черепа до нижнього краю глотки. Він обмежений спереду задньою стінкою глотки, а ззаду – передвертебральною фасцією. З боків межує з парафарингеальними просторами і з судинно-нервовими пучками шиї, а донизу переходить в заднє межистіння, що сприяє розповсюдженню гнійника у середостіння, викликаючи медіастиніт. Лімфатичні вузли заглоткового простору є регіонарними для носо- і ротоглотки, задніх відділів порожнини носа, слухової труби, барабанної порожнини. Тому причинними факторами ретрофарингеального абсцесу є запальні захворювання верхніх дихальних шляхів і середнього вуха. Ретрофарингеальний абсцес є надзвичайно серйозною патологією раннього дитячого віку і спостерігається у дітей перших 4 років життя. У дітей, віком понад 4 роки практично не буває, тому що відбувається регрес і облітерація лімфатичних вузлів та зворотній розвиток заглоткового простору.

Нами описано клінічний випадок ретрофарингеального абсцесу у дитини 4 років 10 місяців, симптоматика і перебіг якого кардинально відрізняється від класичної симптоматики даного патологічного стану у дітей раннього дитячого віку. Проводячи диференційну діагностику ретрофарингеального абсцесу, необхідно диференціювати його з низкою захворювань, а саме: гострою респіраторною вірусною інфекцією, гострим ринофарингітом, ангіною, у тому числі, язикового і глоткового мигдаликів, стоматитом, паратонзилітом, паратонзиллярним абсцесом, флегмоною дна порожнини рота, парафарингеальною флегмоною, флегмоною шиї, мононуклеозом, гострим стенозуючим ларинготрахеїтом, гострим підскладковим ларингітом (несправжній круп), пневмонією, лордозом шийного відділу хребта, аневризмою висхідної і глоткової артерій, пухлиною носоглотки, стороннім тілом глотки, гортані та шийного відділу стравоходу.

Дане захворювання небезпечно через цілу низку ускладнень. Найчастіше ускладнення спостерігається на другому тижні захворювання у випадках недіагностованого процесу - набряк гортані із розвитком гострого стенозу, пневмонія, сепсис, менінгоенцефаліт, розповсюдженість запалення у міжфасціальній простір шиї і заднє середостіння із розвитком гнійного медіастиніту і ряд септичних ускладнень. Найбільш неочікуваними і небезпечними ускладненнями є летальні наслідки від асфіксії, яка настає при самовільному розкритті абсцесу внаслідок аспірації гною.

Отже, ретрофарингеальний абсцес, в основному, виникає в ранньому дитячому віці у зв'язку з особливостями анатомічної будови заглоткового простору, пухкою клітковиною і лімфатичними вузлами. Ці анатомічні особливості будови глотки і заглоткового простору в дитячому віці та причинні фактори має враховувати лікар за будь якого погіршення загального стану дитини, що супроводжується гіпертермією та погіршенням дихання і ковтання. Але, також слід не забувати про, менш ймовірне, але можливе, виникнення ретрофарингеального абсцесу з атиповою клінічною симптоматикою і у віці після 4 років.

Комісія з біомедичної етики БДМУ МОЗ України (м. Чернівці) встановила, що дослідження виконане з дотриманням «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996р.), Директиви ЄС №609 (від 24.11.1986 р.) і наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Наведений в роботі матеріал може бути рекомендований до друку (протокол №7 від 18.05.23р.).

**Ключові слова:** глотка, ретрофарингеальний простір, абсцес, гіпертермія, дитячий вік, розтин, дренажування, терапія.

Ретрофарингеальний абсцес – це гостре гнійне запалення лімфатичних вузлів і пухкої клітковини заглоткового простору [1]. Заглотковий простір розташований від основи черепа до нижнього краю глотки [2]. Він обмежений спереду задньою стінкою глотки, а ззаду передвертебральною фасцією. З боків межує з парафарингеальними просторами і з судинно-нервовими пучками шиї, а донизу переходить в заднє межистіння, що сприяє розповсюдженню гнійника у середостіння, ви-

кликаючи медіастиніт [3, 4]. Лімфатичні вузли заглоткового простору є регіонарними для носо-, і ротоглотки, задніх відділів порожнини носа, слухової труби, барабанної порожнини. Тому причинними факторами ретрофарингеального абсцесу є запальні захворювання верхніх дихальних шляхів і середнього вуха [5-9].

Ретрофарингеальний абсцес є надзвичайно серйозною патологією раннього дитячого віку і спостерігається у дітей перших 4 років життя

[10]. У дітей, віком старше 4 років практично не буває, тому що відбувається регрес і облітерація лімфатичних вузлів та зворотній розвиток заглоткового простору [11, 12].

Нами описано клінічний випадок ретрофарингеального абсцесу у дитини 4 років 10 місяців, симптоматика і перебіг якого кардинально відрізняється від класичної симптоматики даного патологічного стану у дітей раннього дитячого віку. Проводити диференційну діагностику ретрофарингеального абсцесу необхідно для того, щоб диференціювати його із низкою захворювань, а саме: ГРВІ, гострий ринофарингіт, ангіна, у тому числі, язикового і глоткового мигдаликів, стоматит, паратонзиліт, паратонзиллярний абсцес, флегмона дна порожнини рота, парафарингеальна флегмона, флегмона шиї, мононуклеоз, гострий стенозуючий ларинготрахеїт, гострий підкладковий ларингіт (несправжній круп), пневмонія, лордоз шийного відділу хребта, аневризма висхідної і глоткової артерій, пухлини носоглотки, сторонні тіла глотки, гортані та шийного відділу стравоходу [13-18].

Дане захворювання небезпечно через цілу низку ускладнень. Найчастіше ускладнення спостерігається на другому тижні захворювання у випадках не діагностованого процесу - набряк гортані із розвитком гострого стенозу, пневмонія, сепсис, менінгоенцефаліт, розповсюдженість запалення у міжфасціальній простір шиї і задне середостіння із розвитком гнійного медіастиніту і ряд септичних ускладнень [19, 20]. Найбільш неочікуваними і небезпечними ускладненнями є летальні наслідки від асфіксії, яка настає при самовільному розкритті абсцесу внаслідок аспірації гною.

Прогноз, завдяки вчасній діагностиці і наданій допомозі (розтин абсцесу, антибактеріальна, протинабрякова терапія, дренування) є сприятливим [21-25]. Несвоєчасна діагностика, відтермінований розтин абсцесу призводить до вищеперелічених ускладнень, які можуть являти загрозу для життя дитини.

На лікуванні в ЛОР-відділеннях Чернівецької області за останні 25 років (з 1987 року), знаходилось 11 дітей з діагнозом загорловий абсцес. З них 6 дітей - у віці від 5 місяців до 1 року, 3 дітей - у віці від 1 року до 1 року та 6 місяців, 1 дитина - у віці 2 роки та 2 місяці та 1 трирічна дитина. У всіх дітей був своєчасно вставлений діагноз, проведена адекватна терапія з розтином абсцесу і всі виписані із видужанням. Тривалість стаціонарного лікування у 10 дітей складала від 8 до 11 ліжко-днів. Одна дитина у віці 1 рік 3 місяці знаходилась на стаціонарному лікуванні впродовж 17 днів, у зв'язку із розвитком септичних ускладнень. З наведених даних видно, що дана патологія спостерігається у дітей раннього дитячого віку і, за 25 років, не спостерігалось жодного випадку захворювання на ретрофарингеальний абсцес у дітей після 4 років.

Наводимо казуїстичний випадок ретрофарингеального абсцесу із клінічної практики у хлопчика віком 4 роки та 10 місяців. Дитина спочатку була госпіталізована у відділення дитячої хірургії міської клінічної лікарні з приводу лівобічного гострого шийного лімфаденіту. У зв'язку з вираженими гіпертермічним та інтоксикаційним синдромами отримувала потужну антибактеріальну

терапію, гіпосенсибілізуючу, дезінтоксикаційну терапію. Консультована педіатром, дитячим отоларингологом, дитячим інфекціоністом, дитячим реаніматологом та дитячим гематологом для виключення відповідної патології та встановлення точного діагнозу. В результаті адекватної терапії спостерігалась помірна позитивна динаміка у клінічному перебігу шийного лімфаденіту. На 5-й день повторно оглянута дитячим отоларингологом і отоларингологом чернівецької обласної клінічної лікарні (ЧОКЛ). Було рекомендовано провести комп'ютерну томографію (КТ) органів шиї і перевести дитину в ЛОР-центр ОКНП «ЧОКЛ» з діагнозом: «ретрофарингеальний абсцес».

Стан хворого при поступленні в ЛОР-центр ЧОКЛ середнього ступеня тяжкості. Шкіра і видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Периферичні лімфатичні вузли, окрім шиї зліва, не пальпуються, температура 37,60С, пульс – 104 уд./хв., артеріальний тиск 90/55 мм.рт.ст. Скарги на утруднене ковтання, біль у правій половині шиї, болі при поворотах голови, положення голови з нахилом назад у правий бік. Проведено традиційну ендоскопію ЛОР-органів та ендовідеориноскопію носа і носоглотки та фібрларингоскопію. При орофарингоскопії хворий рот відкривав вільно, тризм відсутній. Асиметрії м'якого піднебіння не було. Піднебінні мигдалики I-II ст., з гладкою поверхнею без патологічного вмісту. Спостерігалася лише асиметрія по задній стінці глотки зліва, помірна інфільтрація, пастозність та гіперемія задньої стінки глотки зліва. У носоглотці – аденоїдні вегетації I-II ст. з ознаками хронічного аденоїдиту. З боку гортаноглотки: язиковий мигдалик не збільшений, валекули вільні, грушеподібні синуси розкриваються. Голосові складки звичайного кольору, рухливі, голосова щілина нормальної ширини, голос чистий. Отоскопічна картина без особливостей. ШМ (AS=AD) = 6 метрів. На боковій поверхні шиї зліва по передньому краю кивального м'язу за кутом нижньої щелепи був виявлений інфільтрат, 3x2x2см, помірно болісний при пальпації, шкіра над ним не змінена. На КТ органів шиї (рис.1) – картина великого правобічного ретрофарингеального інфільтрату з чітким контуром, із наявністю рідинного вмісту, формування абсцесу. Потовщення та інфільтрація заглоткових м'яких тканин, субстенозування просвіту глотки. Загальний аналіз крові вказував на лейкоцитоз, зсув вліво, підвищення ШОЕ (еритроцити  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін 98 г/л, кольоровий показник 0,9, лейкоцити  $17 \cdot 10^9/л$ : е-1, п-13, с-70, л-12, м-4).

Під час огляду хворому було проведено діагностичну пункцію задньої стінки глотки в місці інфільтрації справа, під час якої отримано 1 мл гною, та підтверджено діагноз – ретрофарингеальний абсцес справа. Рекомендовано: розтин заглоткового абсцесу під загальним знечуленням з послідовним дренуванням та антибактеріальна терапія.

Під загальним комбінованим наркозом з інтубацією трахеї, з використанням роторозширювача, відступивши на 1 см від середньої лінії в ділянці рото-, і, частково, гортаноглотки, було проведено хірургічне розкриття у місці найбіль-

шої випинання. Отримано 3-4 мл гною, виконано його аспірацію електровідсмоктувачем з гнучким катетером. Туалет порожнини абсцесу та промивання розчином антисептика декасану.



Рис.1. КТ органів шії

Післяопераційний період – без ускладнень. Впродовж наступних 3 днів щоденно проводилось розведення країв рани в місці розтину абсцесу з адекватним внутрішньовенним анестезіологічним забезпеченням. Корнданг вводили у порожнину абсцесу через місце попереднього розтину та здійснювали його розведення в порожнині абсцесу для ефективного відтоку гнійного вмісту. Пацієнт отримував наступне лікування: зінацеф 0,75 мл в/в краплинно 2 рази на добу впродовж 7 днів, реосорбілакт 150 мл в/в 1 раз на добу впродовж 2 днів, фізіологічний розчин 0,9 % 200 мл + 5% розчин аскорбінової кислоти 2 мл в/в 1 раз на день впродовж 3 днів, дексалгін 1,0 мл на фізіологічному розчині 4 мл. 1 раз на добу в день розкриття абсцесу. Стан дитини покращився, відзначалась позитивна динаміка лікування. На 9-ий день загальний стан дитини був задовільним. Температура тіла 36,6оС, сон, апетит в нормі. Клінічних ознак абсцесу не виявлено. Контрольний

#### Література

1. Тишко ФО, Павлова ОВ. Заглотковий абсцес. Здоров'я України. Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія. 2011;3:60-2.
2. Півторак ВІ, Проніна ОМ, редактори. Оперативна хірургія і топографічна анатомія голови та шії. Вінниця: Нова Книга; 2016. 312 с.
3. Півторак ВІ, Кобзар ОБ, Шевчук ЮГ. Короткий курс клінічної анатомії та оперативної хірургії. Вінниця: Нова Книга; 2019. 224 с.
4. Півторак ВІ, Кобзар ОБ, редактори. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. Т.1. Вінниця: Нова Книга; 2021. с. 194-205.
5. Wang LF, Tai CF, Kuo WR, Chien CY. Predisposing factors of complicated deep neck infections: 12-year experience at a single institution. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;39(4):335-41.
6. Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenshtein O, Soudack M, Schwartz D, Paret G. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children – epidemiology, clinical features and treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2010;74(9):1016-20. doi: 10.1016/j.ijporl.2010.05.030
7. Tebruegge M, Curtis N. Infections of the upper and middle airways. In: Long SS, Prober CG, Fischer M, editors. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th ed. Elsevier Inc.; 2018. Chapter 28; p. 208-15. doi: 10.1016/B978-0-323-40181-4.00028-1
8. Elsherif AM, Park AH, Alder SC, Smith ME, Muntz HR, Grimmer F. Indicators of a more complicated clinical course for pediatric patients with retropharyngeal abscess. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2010;74(2):198-201. doi: 10.1016/j.ijporl.2009.11.010
9. Gaglani MJ, Edwards MS. Clinical indicators of childhood retropharyngeal abscess. Am J Emerg Med.

клінічний аналіз крові перед випискою: еритроцити  $3,7 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін 110 г/л, кольоровий показник 1,0, лейкоцити  $7,2 \cdot 10^9/л$ : е-2, п-6, с-62, л-26, м-4, ШОЕ 28 ммоль/л. Виписаний з одужанням. Рекомендовано спостереження у ЛОР-лікаря за місцем проживання, контрольний огляд через 1 місяць, у перспективі, за наявності показів, вирішення питання щодо оперативного втручання з приводу аденоїдів I-II ст. у плановому порядку. Отож, завдяки вчасно наданій допомозі вдалося уникнути серйозних ускладнень і досягнути повного видужання дитини, у якої розвивався ретрофарингеальний абсцес з абсолютно атиповою клінічною картиною.

Комісія з біомедичної етики БДМУ МОЗ України (м.Чернівці) встановила, що дослідження виконане із дотриманням «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ІСН GCP (1996р.), Директиви ЄЕС №609 (від 24.11.1986 р.) і наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Наведений у роботі матеріал може бути рекомендований до друку (протокол №7 від 18.05.23 р.).

#### Висновок:

Таким чином, ретрофарингеальний абсцес переважно виникає в ранньому дитячому віці у зв'язку з особливостями анатомічної будови заглоткового простору: наявністю пухкої клітковини і лімфатичних вузлів до 4-річного віку. Ці анатомічні особливості будови глотки і заглоткового простору в дитячому віці та причинні фактори має враховувати лікар за будь якого погіршення загального стану дитини, що супроводжується гіпертермією та погіршенням дихання і ковтання. А також, слід не забувати про менш ймовірне, але можливе, виникнення ретрофарингеального абсцесу з атиповою клінічною симптоматикою і у віці після 4 років. У таких випадках, для діагностики необхідно обов'язково проводити КТ органів шії.

**Джерела фінансування:** самофінансування.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

1995;13(3):333-6. doi: 10.1016/0735-6757(95)90214-7

10. Parton V, Roudaut RY, Brosset P, Vivent M, Aubry K, Leboulanger N. Right fourth branchial cyst presenting as retropharyngeal collection in a neonate. *J Perinatol.* 2012;32(2):153-5. doi: 10.1038/jp.2011.107

11. Philpott Cm, Selvadurai D, Banerjee AR. Pediatric retropharyngeal abscess. *J Laryngol Otol.* 2004;118(12):919-26. doi: 10.1258/0022215042790538

12. Morrison JE Jr, Pashley NR. Retropharyngeal abscesses in children: a 10-year review. *Pediatr Emerg Care.* 1988;4(1):9-11. doi: 10.1097/00006565-198803000-00003

13. Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, Casselbrant ML, González-Valdepeña H, Bluestone CD. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;112(3):375-82. doi: 10.1016/s0194-59989570270-9

14. Reynolds SC, Chow AW. Severe soft tissue infections of the head and neck: a primer for critical care physicians. *Lung.* 2009;187(5):271-9. doi: 10.1007/s00408-009-9153-7

15. Wajn J, von Buchwald C, Ardal H. Late diagnosis of retropharyngeal abscess in an infant. *Ugeskr Laeger.* 1993;155(28):2211-2.

16. Ueda Y, Saita Y, Matsuzawa T, Wada T, Kanai N, Kobayashi I. Six patients with Kawasaki disease showing retropharyngeal low-density areas on computed tomography. *Pediatr Int [Internet].* 2010[cited 2023 Apr 03];52(4):e187-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1442-200X.2010.03115.x> doi: 10.1111/j.1442-200X.2010.03115.x

17. Daniel R, Stokes P, Dhillon K, Walsh P. The accuracy of lateral X-ray and computed tomography in diagnosis of pediatric retropharyngeal abscess: a systematic review. *Aust J Otolaryngol [Internet].* 2020[cited 2023 Apr 03];3:12. Available from: <https://www.theajo.com/article/view/4273/pdf> doi: 10.21037/ajo.2020.03.02

18. Uzomefuna V, Glynn F, Mackle T, Russell J. Atypical locations of retropharyngeal abscess: beware of the normal lateral soft tissue neck X-ray. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74(12):1445-8. doi: 10.1016/j.ijporl.2010.09.008

19. Parhiscar A, Har-EI G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. *Ann Oto Rhinol Laryngol.* 2001;110(11):1051-4. doi: 10.1177/000348940111001111

20. Wang KY, Lin HJ, Chen YH. Retropharyngeal abscess with descending necrotizing mediastinitis. *J Emerg Med.* 2012;43(1):114-5. doi: 10.1016/j.jemermed.2010.04.028

21. Pelaz AC, Allende AV, Pendas JLL, Nieto CS. Conservative treatment of retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children. *J Craniofac Surg.* 2009;20(4):1178-81. doi: 10.1097/scs.0b013e3181acdc45

22. Bochner RE, Gangar M, Belamarich PF. A clinical approach to tonsillitis, tonsillar hypertrophy, and peritonsillar and retropharyngeal abscesses. *Pediatr Rev.* 2017;38(2):81-92. doi: 10.1542/pir.2016-0072

23. Kirse DJ, Robeason DW. Surgical management of retropharyngeal space infections in children. *Laryngoscope.* 2001;111(8):1413-22. doi: 10.1097/00005537-200108000-00018

24. Jennings CR. Surgical anatomy of the neck. In: Gleeson M, Hilbert JS, editors. *Scott-Brown's otorhinolaryngology, head and neck surgery.* 7th ed. London: Hodder Arnold; 2008. Vol II; p. 1744-45.

25. Rao MS, Raju YL, Vishwanathan P. Anaesthetic management of difficult airway due to retropharyngeal abscess. *Indian J Anaesth.* 2010;54(3):246-8. doi: 10.4103/0019-5049.65376

## CASUISTIC CASE OF RETROPHARYNGEAL ABSCESS WITH AN ATYPICAL CLINICAL PICTURE IN A CHILD

*O. Plakosyvi<sup>1</sup>, O. Mazur<sup>1</sup>, M. Tsurkan<sup>2</sup>, T. Chyfurko<sup>2</sup>, K. Yakovets<sup>1</sup>*

**Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine)<sup>1</sup>  
RMNE Chernivtsi Regional Clinical Hospital (Chernivtsi, Ukraine)<sup>2</sup>**

### Summary

Retropharyngeal abscess is an acute purulent inflammation of the lymph nodes and loose tissue of the pharyngeal space. The pharyngeal space spans from the base of the skull to the lower edge of the pharynx. It is bounded anteriorly by the posterior pharyngeal wall and posteriorly by the prevertebral fascia. Laterally, it is bounded by the parapharyngeal spaces and the neurovascular bundles of the neck, and it extends into the posterior mediastinum inferiorly, which facilitates the spread of abscess into the mediastinum, causing mediastinitis. The lymph nodes of the pharyngeal space are regional to the nasopharynx, oropharynx, posterior nasal cavity, auditory tube, and tympanic cavity. Therefore, the causative factors of retropharyngeal abscess are inflammatory diseases of the upper respiratory tract and middle ear. Retropharyngeal abscess is an extremely serious pathology of early childhood and is observed in children of the first 4 years of life. In children over the age of 4, it practically does not occur due to regression and obliteration of the lymph nodes and regression of the pharyngeal space.

We have described a clinical case of the retropharyngeal abscess in a child aged 4 years and 10 months, the symptoms and course of which are radically different from the classic symptoms of this pathological condition in children of early childhood. In the differential diagnosis of the retropharyngeal abscess it is necessary to distinguish it from a number of diseases, namely ARVI, acute nasopharyngitis, tonsillitis, including lingual and pharyngeal tonsils, stomatitis, paratonsillitis, paratonsillar abscess, Ludwig's angina, parapharyngeal phlegmon, phlegmon of the neck, mononucleosis, acute stenosing laryngotracheitis, acute subglottic laryngitis (pseudocroup), pneumonia, cervical lordosis, aneurysm of ascending aorta or cervical artery, tumors of the nasopharynx, foreign bodies of pharynx, larynx, and cervical esophagus.

Complications make this disease extremely dangerous. The most common complications are observed in the second week of the disease in cases of undiagnosed process, namely laryngeal oedema with development of acute stenosis, pneumonia, sepsis, meningoencephalitis, spread of inflammation to the interfascial space of the neck and posterior mediastinum with development of purulent mediastinitis and various septic complications.

The most unexpected and dangerous complication is death by asphyxia, which occurs when the abscess opens spontaneously due to aspiration of pus.

Thus, retropharyngeal abscess occurs mainly in early childhood due to the peculiarities of the anatomical structure of the pharyngeal space, loose tissue and lymph nodes. These anatomical features of the pharynx and pharyngeal space in childhood and the causative factors should be taken into account by the doctor in case of any deterioration of the child's general condition accompanied by hyperthermia, impaired breathing and swallowing difficulties. However, the less frequent but possible occurrence of a retropharyngeal abscess with atypical clinical symptoms after the age of 4 years should not be forgotten.

The Commission on Biomedical Ethics of the BSMU of the Ministry of Health of Ukraine (Chernivtsi) determined that the study was conducted in compliance with the "Rules of Ethical Principles for Scientific Medical Research Involving Human Subjects" approved by the Declaration of Helsinki (1964-2013), ICH GCP (1996), Regulation (EU) No. 609 of 24 November 1986, and Orders of the Ministry of Health of Ukraine No. 690 of 23 September 2009, No. 944 of 14 December 2009, No. 616 of 03 August 2012. The material presented in this article may be recommended for publication (Protocol No. 7 of 18 May 23).

**Key words:** Pharynx; Retropharyngeal Space; Abscess; Hyperthermia; Childhood; Opening; Drainage; Therapy.

**Контактна інформація:**

**Плаксивий Олександр Григорович** – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, Україна).  
e-mail: plaksyvyyi.olexandr@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-7836-9188>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=6506765982>

**Мазур Ольга Олександрівна** – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, Україна).

e-mail: mazur.olga@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-0927-1651>

**Researcher ID:** <https://www.researcherid.com/rid/HZJ-3387-2023>

**Цуркан Михайло Мірчевич** – лікар-отоларинголог структурного підрозділу «ЛОП-центр» ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» (м. Чернівці, Україна).

e-mail: miha050513@gmail.com

**Чифурко Тарас Григорович** – лікар-отоларинголог, завідувач структурного підрозділу «ЛОП-центр» «Чернівецька обласна клінічна лікарня» (м. Чернівці, Україна).

e-mail: chtg@i.ua

**Яковець Кароліна Іванівна** - кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, Україна)

e-mail: jakovets.karolina@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-5116-2291>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57203878065>

**Contact Information:**

**Oleksandr Plaksivy** – Candidate of Medical Science, Docent, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology, Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: plaksyvyyi.olexandr@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-7836-9188>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=6506765982>

**Olha Mazur** – Candidate of Medical Science, Docent, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: mazur.olga@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-0927-1651>

**Researcher ID:** <https://www.researcherid.com/rid/HZJ-3387-2023>

**Mykhailo Tsurkan** – otolaryngologist of the "ENT-Center" structural unit of the OKNP "Chernivtsi Region Clinical Hospital" (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: miha050513@gmail.com

**Chyfurko Taras Hryhorovych** – otolaryngologist, Head of the structural unit "ENT center" of the OKNP "Chernivtsi Region Clinical Hospital" (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: chtg@i.ua

**Karolina Yakovets** – Candidate of Medical Science, Docent, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: jakovets.karolina@bsmu.edu.ua

**ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-5116-2291>

**Scopus Author ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57203878065>

Надійшло до редакції 07.02.2023 р.

Підписано до друку 13.05.2023 р.

