

ЗАНЯТИЕ 6

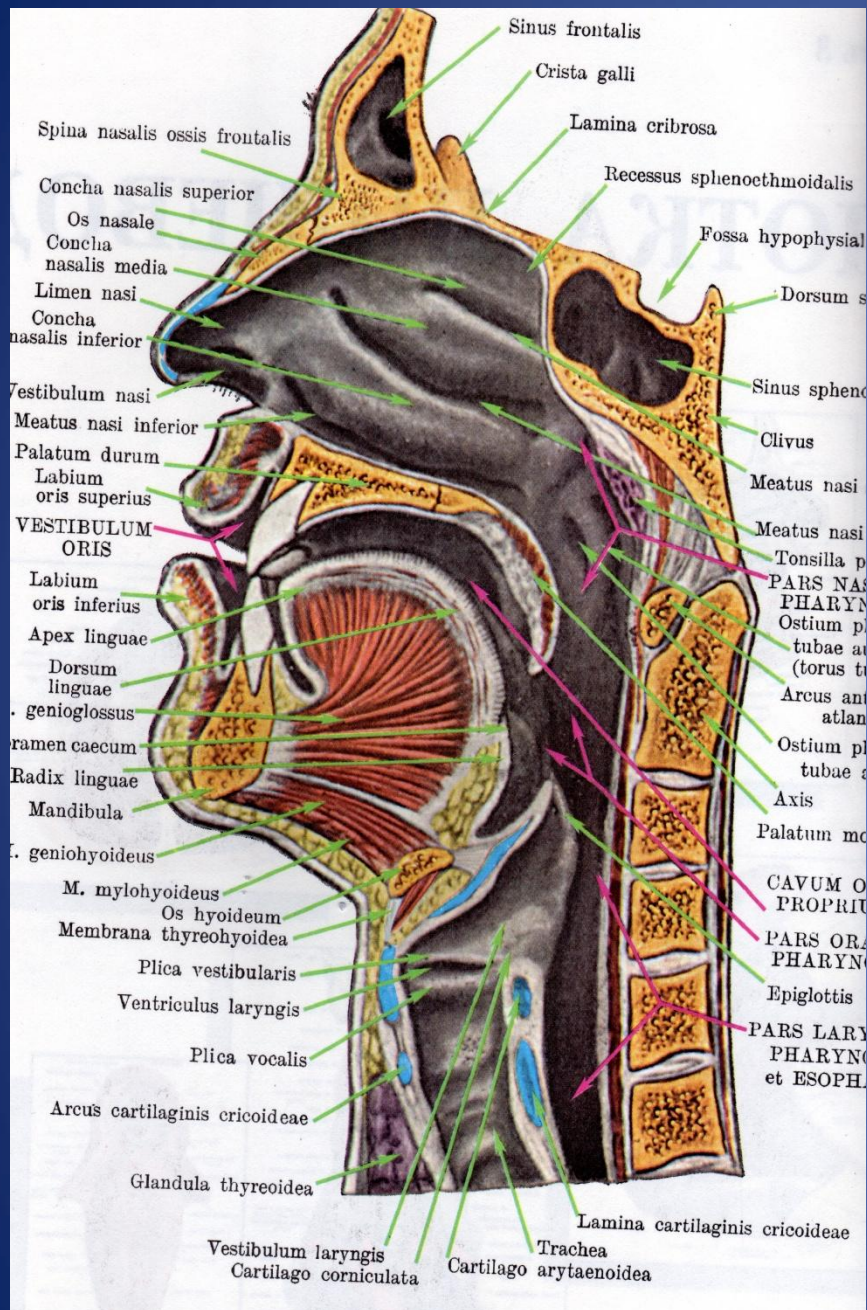
ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ АНГИНА и ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ

Актуальность темы

Тонзиллярная патология является общемедицинской проблемой, она вышла за пределы оториноларингологии: разработка ее живо интересует представителей как теоретической, так и клинической медицины — прежде всего терапевтов, педиатров, инфекционистов, ревматологов. Актуальность и социальная значимость данной проблемы определяются высоким и все более возрастающим уровнем заболеваемости ангиной и хроническим тонзиллитом, особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного возраста. Ангина по заболеваемости занимает одно из первых мест, хроническим тонзиллитом болеет 15,8% населения. Мало того, тонзиллиты могут вызывать тяжелые осложнения, привести к возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, дающих наиболее высокую общую смертность. Тонзиллиты играют определенную роль в развитии коллагеновых болезней, тесно взаимосвязаны с ревматическими процессами.

Расположены миндалины в глотке, на перекрестье дыхательного и пищеварительного путей, соприкасаясь, таким образом, с различными раздражителями, проникающими в организм с первых дней его жизни с воздухом и пищей.

Для разработки мероприятий по профилактике и лечению патологических процессов, в которых принимают участие миндалины, необходимо ясное представление о роли миндалин в патологии, о механизме тонзиллогенных процессов. Оценка же значения миндалин в патологии невозможна без глубокого знания их структурных и функциональных особенностей.



ГЛОТКА – полая мышечная трубка, лежащая на перекресте дыхательных и пищеварительных путей

расположена впереди шейного отдела позвоночника: от основания черепа до входа в пищевод

СТЕНКИ ГЛОТКИ:

- *слизистая оболочка*

(на большем протяжении покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием)

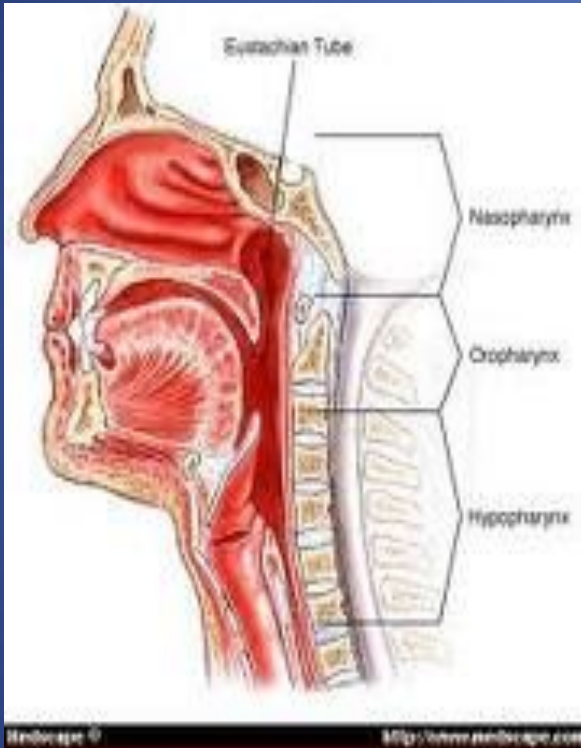
- *мышцы*

– *продольные* (сокращаясь, поднимают и расширяют глотку)

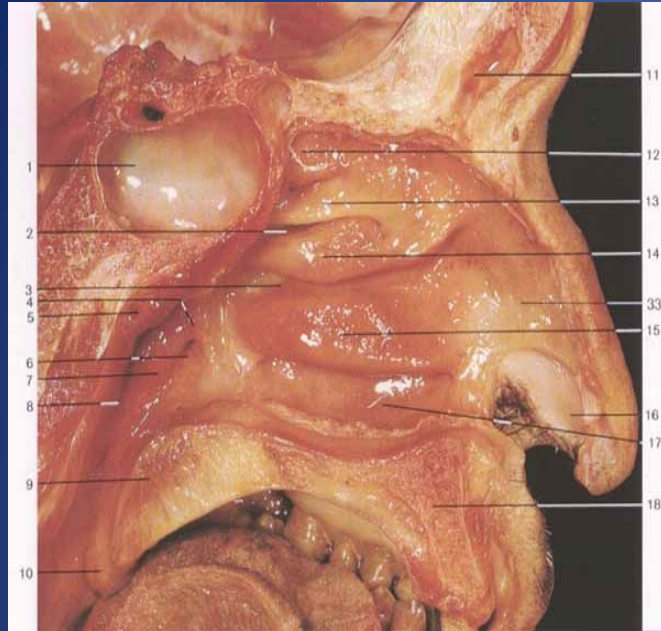
– *циркулярные* (сокращаясь поочередно, обеспечивают перистальтику глотки)

- *собственная фасция* (адвентиция)

ОТДЕЛЫ ГЛОТКИ



- верхний – эпифарингс, (назофарингс) или **носоглотка**
- средний – мезофарингс (орофарингс) или **ротоглотка**
- нижний – гипофарингс (ларингофарингс) или **гортаноглотка**



НОСОГЛОТКА (от основания черепа до линии твердого неба)

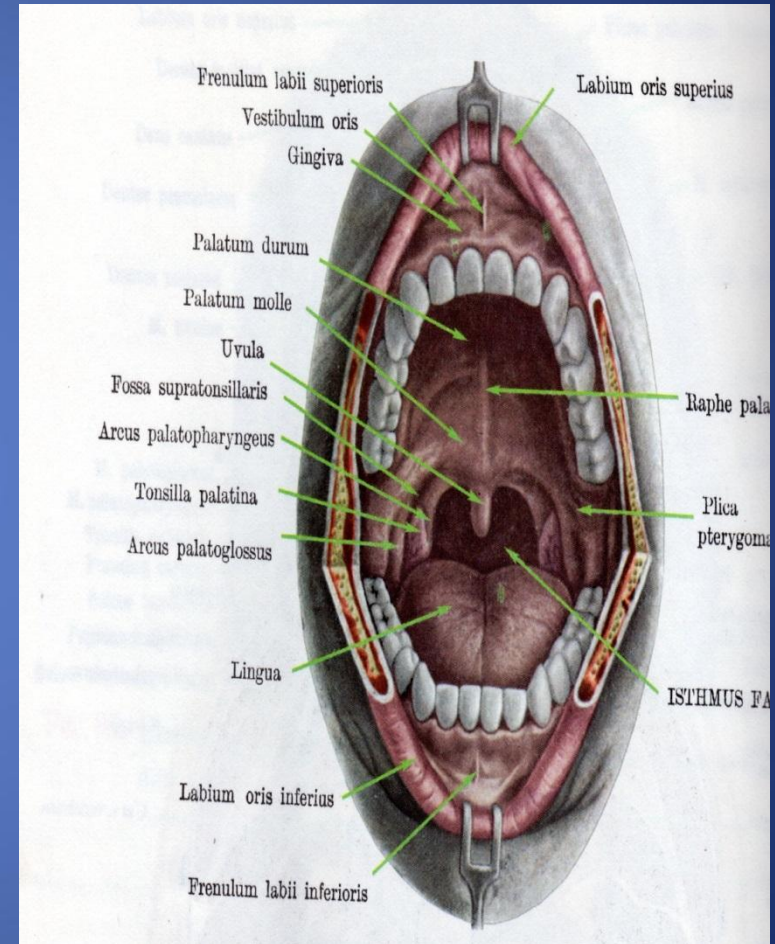
- расположена на уровне носа и сообщается с ним посредством ***хоан***
- выполняет ***только дыхательную функцию***, и поэтому выстлана ***мерцательным эпителием***



РОТОГЛОТКА

(от линии твердого неба до надгортанника)

- расположена на уровне полости рта и сообщается с ней посредством **зева**
- выполняет и **пищеварительную**, и **дыхательную** функции



Различают небные (I и II), глоточную (III), язычную (IV) и трубные (V и VI) миндалины.

Небные миндалины (tonsillae palatinae) находятся по бокам зева, в тонзиллярной нише, ограниченной спереди и сзади небно-язычной и небно-глоточной дужками.

Глоточная миндалина (tonsilla pharyngealis) помещается в своде глотки, занимая верхнюю и отчасти заднюю стенки ее носовой части.

Язычная миндалина (tonsilla lingualis). расположена на корне языка, кзади от желобовидных сосочков.

Трубные миндалины (tonsillae tubariae) находятся на боковых стенках носоглотки, у глоточного отверстия слуховой трубы.

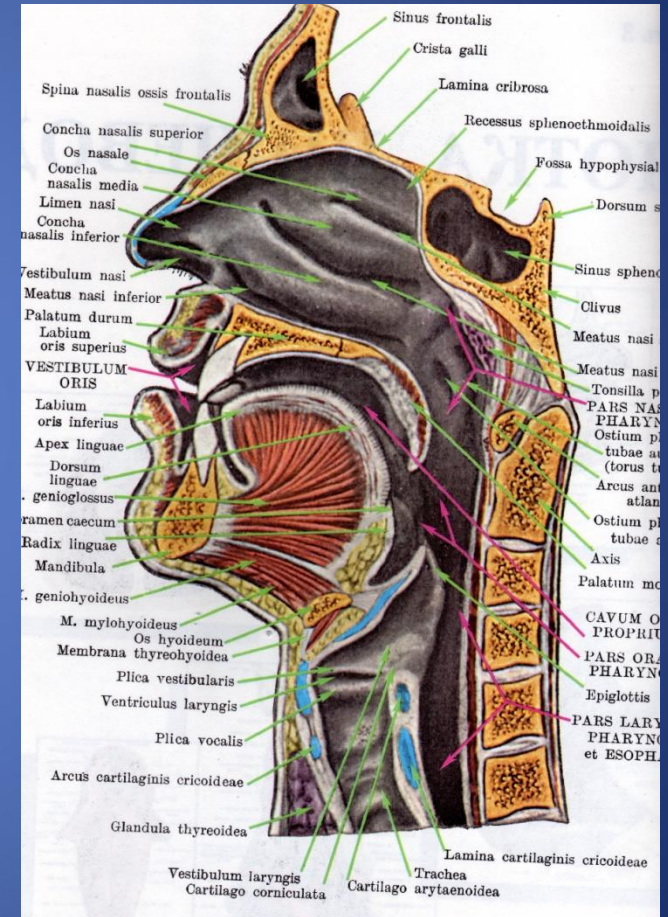
Помимо перечисленных миндалин, в глотке имеются **скопления лимфаденоидной ткани** на ее боковых стенках, позади небно-глоточных дужек (так называемые боковые валики глотки), на задней стенке (отдельные гранулы) и у входа в гортань, в грушевидных карманах.

В 1884 г. Вальдейер на основании данных литературы и материалов собственных исследований высказал мысль о расположении скоплений лимфатической ткани в глотке в виде кольца. Это кольцо он назвал тонзиллярным, или лимфатическим глоточным.

Такое же описание лимфатических структур глотки сделал Н.И.Пирогов, назвав его лимфаденоидным (состоящим из лимфатической и аденоидной тканей): лимфатическая ткань от глоточной миндалины распространяется в область глоточного отверстия слуховой трубы — к трубной миндалине, оттуда к небной миндалине и затем, огибая край небно-язычной дужки, к язычной миндалине. Далее лимфатическая ткань переходит на противоположную сторону и тем же путем возвращается к глоточной миндалине.

ЛИМФАДЕНОИДНОЕ ГЛОТОЧНОЕ КОЛЬЦО Пирогова-Вальдейера

- **Небные миндалины**
 - **Глоточная миндалина (аденоиды)**
 - **Трубные миндалины**
 - **Язычная миндалина**
-
- **Единичные лимфоидные фолликулы слизистой оболочки глотки**



У зародыша человека миндалины закладываются непосредственно под основанием черепа, где закладываются также сердце с его главнейшими сосудами и легкие.

Небные миндалины начинают формироваться раньше других - уже у плода трех лунных месяцев, глоточная - у пятимесячного, трубные - у шестимесячного и язычная - у семимесячного плода.

Формирование лакун - отличительного признака небных миндалин - связывают с тем, что развитие этих миндалин в начальных стадиях происходит в условиях, ограничивающих их рост во всех направлениях, кроме медиального. Поэтому складки слизистой оболочки, соприкасаясь обращенными друг к другу поверхностями, преобразуются в слепые карманы - лакуны.

В течение постнатального периода миндалины претерпевают ряд изменений, имеющих выраженные возрастные особенности.

У новорожденного в миндалинах хорошо выявляются развивающиеся фолликулы.

Наращение массы лимфатической ткани достигает максимума к десятилетнему возрасту.

После наступления половой зрелости обычно отмечаются обеднение миндалин лимфоидными элементами, уменьшение количества фолликулов.

Возрастная инволюция миндалин проявляется в уменьшении их объема, резком уменьшении числа фолликулов - вплоть до их исчезновения, атрофии лимфоидной ткани и замещении ее соединительной тканью.

Рассмотрим **строение миндалин** на примере небных.

На их внутренней поверхности, обращенной в зев, имеются множественные (от 12 до 20) тонзиллярные ямочки, ведущие в лакуны, или крипты, которые отличаются извилистым ходом и нередко ветвятся.

Наружная поверхность миндалин покрыта плотной соединительнотканной прослойкой, которая отделена от мускулатуры глотки рыхлой паратозиллярной клетчаткой.

Нижний полюс небной миндалины свисает над корнем языка. Над верхним полюсом находится углубление, которое иногда достигает значительных размеров. В это углубление нередко внедряется либо далеко вытянутый верхний полюс небной миндалины, либо отдельная добавочная ее долька с большой криптой.

Таким образом, макроскопически

НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ представлены двумя
овальными телами, внешне напоминающими
миндальный орех.

Каждая небная миндалина образует несколько
складок: до 20 углублений, называемых криптами
или лакунами.

Лакуны имеют большую глубину и сильно
ветвятся.

В небных миндалинах различают капсулу, строму, паренхиму и эпителиальный покров.

Капсула (ее часто называют псевдокапсулой, поскольку она, в отличие от капсулы лимфатических узлов, имеется только у наружной поверхности миндалин) достигает толщины 1,5 мм и более, содержит значительное количество эластических волокон, идущих параллельно друг другу и образующих валик по краю лимфаденоидной ткани.

Строма небных миндалин представлена септотяжами, или трабекулами.

Основу **паренхимы** миндалин составляет рыхлая аденоидная или ретикулярная ткань. Она имеет характер синцития и построена из звездчатых ретикулярных клеток, их отростков и ретикулиновых волокон.

В петлях этой сети заложены различные по величине лимфоциты (преобладают малые) и шаровидные скопления их - фолликулы. Последние обычно располагаются однослойными рядами по ходу лакун, хотя нередко встречаются и в глубине лимфоидной ткани вдали от лакун.

В паренхиме миндалин постоянно обнаруживаются плазматические и гистиоцитарные клетки - макрофаги.

Свободная поверхность небных миндалин покрыта многослойным плоским **эпителием**. Эпителиальный покров содержит лимфоциты и нейтрофилы, эмигрирующие из паренхимы миндалин в просвет глотки.

СТРОЕНИЕ МИНДАЛИНЫ

- Строма – соединительная ткань (псевдокапсула с трабекулами)
- Паренхима – рыхлая аденоидная ткань с лимфоидными фолликулами
- Эпителиальный покров



Миндалины обладают многочисленными регионарными лимфатическими узлами.

Регионарными лимфатическими узлами первого порядка для глоточной миндалины являются верхние бобковые шейные, для небных – занижнечелюстные, для язычной - верхний узел глубокой яремной цепи шеи, расположенный на месте бифуркации общей сонной артерии.

Согласно современным представлениям, лимфаденоидное глоточное кольцо относится к периферическим органам иммунной системы и принимает участие в формировании реакций клеточного и гуморального иммунитета.

Расположение миндалин в области перекрестья дыхательного и пищеварительного путей обеспечивает их непосредственный контакт с многообразными антигенами. Именно поэтому миндалины могут выполнять информационную функцию с первых дней жизни организма, и им отводится существенная роль в формировании его иммунных реакций.

Барьерная роль миндалин сводится к способности органа, задерживать и фильтровать различные вредности - химические, механические и бактериальные. Защитная функция выражается, главным образом, в обезвреживании токсико-инфекционных начал.

Иммуноморфологическими исследованиями в небных миндалинах выявлены два вида популяций Т-лимфоцитов (выделяют медиаторы, реализующие реакции клеточного иммунитета) и В-лимфоцитов (отвечают за синтез иммуноглобулинов).

Установлено, что небные и глоточная миндалины постоянно продуцируют интерферон (в связи с этим после удаления миндалин отмечаются более частые ОРВИ с распространенным поражением и затяжным течением).

Таким образом,

МИНДАЛИНЫ ГЛОТКИ осуществляют следующие
ФУНКЦИИ:

- антигензависимая дифференцировка Т- и В-лимфоцитов;
- барьерно-защитная;
- цензорная функция - контроль за состоянием микрофлоры пищи.

Воспаление миндалин носит название **ТОНЗИЛЛИТ**.

Это инфекционное заболевание, причиной которого чаще всего является **β-гемолитический стрептококк группы А**, значительно реже стафилококк и другие микроорганизмы.

Однако для возникновения тонзиллита необходимо изменение реактивности организма. Поэтому определенное значение в реализации инфекции имеют интоксикация, общее или местное охлаждение организма, нерациональное питание, неблагоприятные условия труда и быта, другие факторы.

Хотя воспалительные процессы могут захватывать различные отделы лимфаденоидного глоточного кольца, однако в огромном большинстве случаев поражаются небные миндалины. Вследствие этого под термином «тонзиллит» на практике подразумевают поражение небных миндалин.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ (И.Б.СОЛДАТОВ)

острые

1. Первичные: ангины (*катаральная, лакунарная, фолликулярная, флегмонозная, язвенно-пленчатая*)

2. Вторичные:

а) при *острых инфекционных заболеваниях* (дифтерия, скарлатина, брюшной тиф)

б) при *заболеваниях крови* (инфекционный мононуклеоз, лейкоз, агранулоцитоз и др.)

хронические

1. Неспецифические:

а) компенсированный

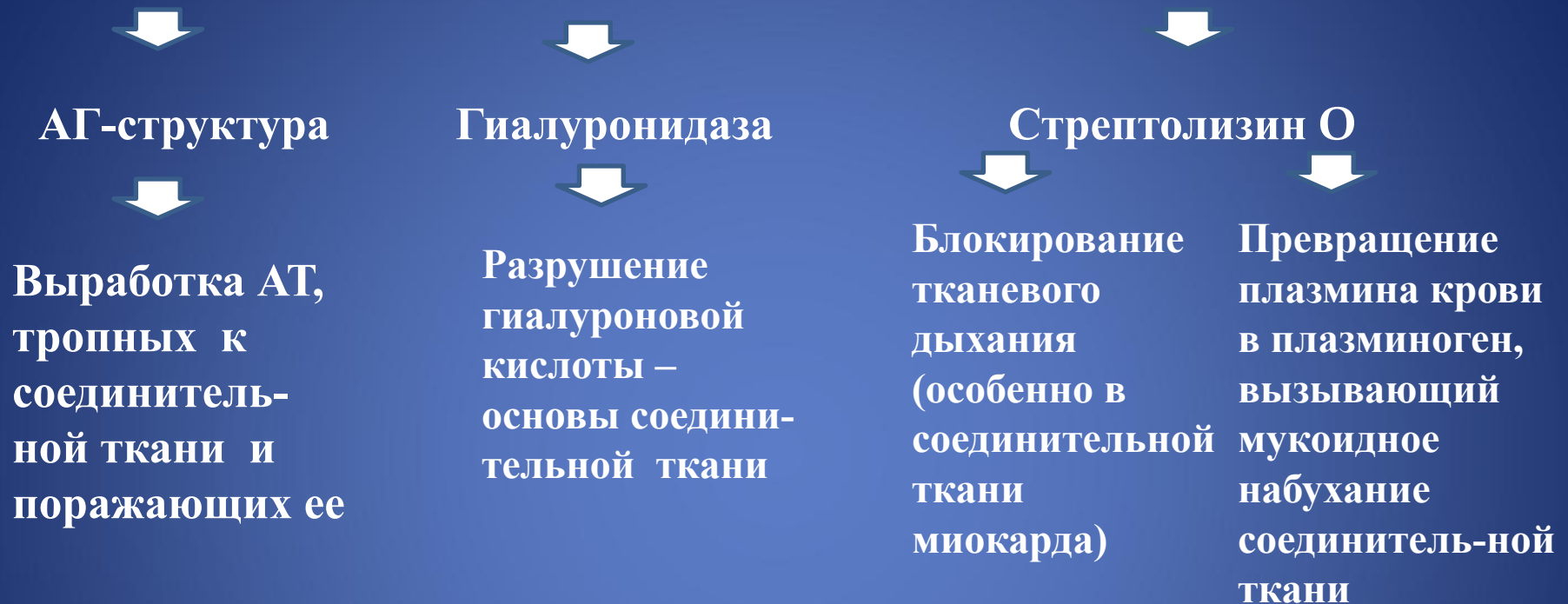
б) декомпенсированный

2. Специфические (*при туберкулезе, сифилисе, склероме*)

АНГИНА (острый тонзиллит) –
общее, острое, инфекционно-аллергическое заболевание
с местными проявлениями процесса
в лимфаденоидном глоточном кольце.



Воздействие β -гемолитического стрептококка группы А



Происходит поражение двух структур: лимфаденоидного глоточного кольца и соединительной ткани всего организма

КАТАРАЛЬНАЯ АНГИНА

характеризуется преимущественно поверхностным поражением миндалин, которые при осмотре оказываются несколько припухшими, сильно покрасневшими.



Больные отмечают общую слабость, головную боль, боль в горле при глотании, иногда боль в суставах. Температура обычно незначительно повышена, в части случаев имеют место ознобы.

Катаральная ангина нередко предшествует более глубоким поражениям миндалин - лакунарной и фолликулярной ангинам. Длится катаральная ангина обычно 1-2 дня, после чего или переходит в другую форму (лакунарную, фолликулярную), или проходит.

Катаральную ангину не следует смешивать с острым фарингитом, который, отличаясь различными этиологическими факторами, чаще всего наблюдается при диффузном воспалении верхних дыхательных путей (ОРЗ) и характеризуется разлитой гиперемией всей слизистой оболочки глотки, в том числе и небных миндалин.

Преимущественная локализация воспалительного процесса в области миндалин отличает катаральную ангину от острого катара верхних дыхательных путей, гриппа, острого или хронического фарингита (последний нередко является следствием курения, употребления алкогольных напитков, чрезмерно острой, горячей или холодной пищи). Для правильной диагностики необходимо подробно собрать анамнез, произвести тщательный осмотр глотки, рино- и ларингоскопию.

ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА

характеризуется наличием фибринозного экссудата, скапливающегося в лакунах.

На фоне припухшей и покрасневшей свободной поверхности миндалин видны отдельные беловатые налеты, располагающиеся в устьях лакун, иногда сливающиеся и покрывающие значительную часть поверхности миндалин.

Налеты не распространяются за пределы миндалин и легко снимаются, чем отличаются от пленок при дифтерии.



Фолликулярная (паренхиматозная) ангина

характеризуется преимущественным поражением паренхимы миндалин (их фолликулярного аппарата).

На фоне покрасневших и припухших миндалин видны множественные беловато-желтоватые, нечетко отграниченные, величиной с просяное зерно точки, представляющие собой нагноившиеся фолликулы.

Свободная поверхность миндалин приобретает вид «звездного неба». В дальнейшем гнойнички, постепенно увеличиваясь, могут вскрываться в полость глотки.



По сравнению с катаральной, **лакунарная** и **фолликулярная** ангины являются значительно более тяжелыми заболеваниями. Они обычно начинаются внезапным ознобом и сопровождаются высокой температурой (39-40 °С), общей слабостью, головной болью, болью в горле, суставах и мышцах.

Нередки жалобы на боль в области сердца, отсутствие аппетита, задержку стула.

Зачелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации.

При исследовании крови отмечается лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Часто имеют место признаки поражения почек (альбуминурия и микрогематурия).

Лакунарная и **фолликулярная** ангины как с клинической, так и с патологоанатомической стороны отличаются не резко, поскольку фибринозному воспалению обычно сопутствует и нагноение фолликулов, как равно последний процесс сопровождается фибринозной экссудацией. Клиническая форма определяется преобладанием того или другого процесса.

Помимо небных миндалин, в острое воспаление в некоторых случаях могут вовлекаться и другие скопления лимфаденоидной ткани, в частности расположенные в носоглотке, на корне языка, боковых стенках глотки и в гортани. Иногда воспаление бывает разлитым, с распространением по всему лимфаденоидному глоточному кольцу.

Таким образом, для АНГИНЫ характерны следующие СИМПТОМЫ различной степени выраженности:

ОБЩИЕ

- НЕДОМОГАНИЕ
- СЛАБОСТЬ
- ГОЛОВНАЯ БОЛЬ
- БОЛЬ В МЫШЦАХ И СУСТАВАХ
- ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА
- ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА

МЕСТНЫЕ

- ДИСКОМФОРТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ В ГОРЛЕ
- БОЛЬ В ГОРЛЕ
- РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ

ЛЕЧЕНИЕ АНГИНЫ

Больные ангиной обычно подлежат лечению участковым врачом на дому. При тяжелом течении заболевания лечение проводят в инфекционном стационаре.

В первые дни заболевания необходимо соблюдать постельный режим, по улучшении состояния - домашний или палатный.

Всем больным ангиной производят общий анализ крови и анализ мочи, при наличии пленчатого налета - посев налета с миндалин для исключения дифтерии.

Диета должна быть легкоусвояемой, не раздражающей, преимущественно молочно-растительной, богатой витаминами, особенно С и группы В. Для дезинтоксикации рекомендуется обильное питье.

ЛЕЧЕНИЕ АНГИНЫ

ОБЩЕЕ

ЦЕЛЬ – купирование острого инфекционно-аллергического процесса

- Антибиотики + пробиотики
- Антигистаминные препараты
- НПВС
- Иммуномодуляторы и витамины
- Дезинтоксикация

МЕСТНОЕ

ЦЕЛЬ – санация очага инфекции

ЩАДЯЩИЕ (!) МЕТОДЫ

- Полоскания горла антисептиками
- Аэрозоли и сосательные таблетки противомикробного и противовоспалительного действия

Из этиотропных препаратов при ангине лучшими являются антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда, так как они особенно активно подавляют и разрушают штаммы β -гемолитического стрептококка группы А - самого частотного возбудителя.

В зависимости от выраженности тех или иных симптомов при ангилах назначают жаропонижающие, обезболивающие, снотворные средства. Полезно применение салицилатов и препаратов пиразолоновой группы (амидопирин, анальгин, баралгин).

Местно применяют тепло в виде сухой ватно-марлевой повязки, согревающих компрессов на область шеи, особенно зачелюстных лимфатических узлов. При резко выраженном регионарном лимфадените назначают микроволновую терапию или токи УВЧ.

Для полоскания ротоглотки можно использовать теплые смягчительные отвары (шалфея и/или ромашки), растворы хлорида и гидрокарбоната натрия, борной кислоты, фурацилина, перекиси водорода. Полоскания производят 3-4 раза в день, после приема пищи.

Смазывания миндалин нецелесообразны.

При благоприятном течении ангины срок нетрудоспособности больных равен в среднем 10-12 дням.

Вопрос о выписке на работу или учебу решается после тщательного обследования реконвалесцента, с учетом данных эндоскопии верхних дыхательных путей, исследования крови, мочи, электрокардиографии.

По выписке в течение 1 месяца пациент подлежит наблюдению участкового терапевта (или педиатра); необходима и консультация оториноларинголога с его заключением о том, следует ли пациента взять на диспансерный учет. .

Однако, не всегда исходом АНГИНЫ является выздоровление. Возможно развитие следующих ОСЛОЖНЕНИЙ

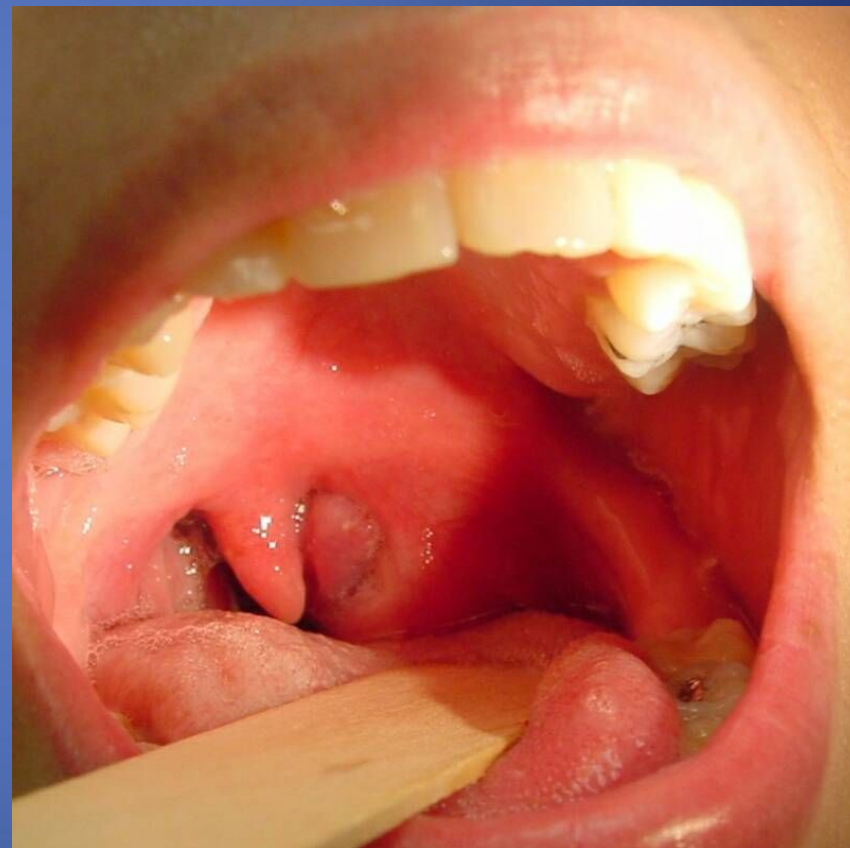
- ПАРАТОНЗИЛЛИТ
- ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС
- ТОНЗИЛЛОГЕННАЯ ФЛЕГМОНА ШЕИ
- ТОНЗИЛЛОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ
- ТОНЗИЛЛОГЕННЫЙ СЕПСИС

Паратонзиллит является следствием распространения острого воспалительного процесса с небных миндалин на паратонзиллярную клетчатку и характеризуется ее воспалительной инфильтрацией.

Перитонзиллярный абсцесс возникает вследствие гнойного расплавления паратонзиллярного инфильтрата. При этом небные дужки и прилегающая часть мягкого неба на пораженной стороне набухают, резко суживая зев и смещая язычок в здоровую сторону (заболевание чаще одностороннее).

Температура тела резко повышается, глотание становится очень болезненным, принятие пищи затруднено. Характерным симптомом является боль при открывании рта, что обуславливается тризмом жевательных мышц. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными при пальпации.

ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС



Тонзиллогенный медиастинит обычно возникает как результат уже рассмотренных осложнений, вследствие распространения гнойного процесса по клетчатке, расположенной по ходу сосудисто-нервного пучка шеи, на клетчатку средостения. Отмечается болезненная припухлость и пастозность боковой поверхности шеи.

Тонзиллогенный сепсис - самое тяжелое из осложнений - может развиваться в любой стадии острого тонзиллита в связи с генерализацией септической инфекции. Отмечается резкое повышение температуры тела, часто с большими размахами и потрясающими ознобами. Регионарные лимфатические узлы, как правило, увеличены и болезненны. В ряде случаев определяется болезненность по ходу внутренней яремной вены, в дальнейшем могут возникать метастатические гнойники в различных органах. Анализ крови обнаруживает высокий лейкоцитоз, выраженный нейтрофильный сдвиг влево.

При перитонзиллярном абсцессе, тонзиллогенном медиастините и тоизиллогенном сепсисе показано хирургическое лечение в условиях ЛОР-стационара.

В случае перитонзиллярного абсцесса его вскрывают.

В случае тонзиллогенною медиастинита производят коллярную медиастинотомию с ревизией сосудисто-нервного пучка шеи.

При тонзиллогенном сепсисе проводят тонзиллэктомию с перевязкой внутренней яремной вены (ниже места впадения лицевой вены), противобактериальная и дезинтоксикационная терапия, средства, повышающие иммунобиологическую реактивность организма

Исходом ангины также может стать **ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ.**

Хронический неспецифический тонзиллит занимает центральное место в тонзиллярной патологии.

Это инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ –

результат длительного взаимодействия микро- и макроорганизмов

- Длительный и тесный контакт патогенной флоры с тканью миндалин на фоне сниженной иммунной реактивности приводит к денатурации тканевых белков миндалин, приобретающих антигенные (АГ) свойства.
- Всасываясь в кровь, эти АГ вызывают аутоаллергическую реакцию, так как, фиксируясь на клетках других органов и повреждают их.
- Небные миндалины становятся резервуаром бактерий и местом перманентной сенсibilизации организма человека

МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

- застойная гиперемия и валикообразное утолщение небных дужек
- патологическое содержимое в лакунах
- рубцовая деформация миндалин (маленькая плотная или большая рыхлая)
- спайки между миндалинами и небными дужками
- региональный лимфаденит

Диагностировать хронический тонзиллит позволяет наличие двух и более из перечисленных местных признаков.

Оценить состояние **компенсации** или **декомпенсации** хронического тонзиллита – значит определить функциональный статус миндалин: т.е. состояние ее барьерной функции:

- **Компенсированный** – барьерная функция состоятельна – отсутствуют метатонзиллярные осложнения (перитонзиллярные абсцессы, эндокардит, полиартрит, гломерулонефрит)
- **Декомпенсированный** – барьер не состоятелен – развиваются паратонзиллярные осложнения и ревматоидные болезни

Таким образом, различают две клинические формы хронического неспецифического тонзиллита:

При компенсированной форме имеются лишь местные признаки хронического воспаления миндалин, барьерная функция которых и реактивность организма еще таковы, что уравнивают, выравнивают состояние местного воспаления, т. е. компенсируют его и поэтому выраженной общей реакции не возникает.

Декомпенсированная форма характеризуется не только местными признаками хронического воспаления миндалин, но и проявлениями декомпенсации в виде рецидивирующих острых тонзиллитов (ангин), паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, различных патологических реакций, заболеваний отдаленных органов и систем.

Метатонзиллярные (связанные с хроническим тонзиллитом) **заболевания** - это, прежде всего, коллагеновые болезни (ревматизм, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит), ряд заболеваний кожи (псориаз, экзема, полиморфная экссудативная эритема), нефрит, тиреотоксикоз, поражения периферических нервов (плексит, радикулит).

Длительная тонзиллогенная интоксикация может способствовать развитию тромбоцитопенической пурпуры и геморрагического васкулита.

Хронический тонзиллит нередко является причиной субфебрильной температуры, патологических слуховых ощущений (субъективного шума в ушах), отягощает течение вазомоторной дисфункции носа, вегетативно-сосудистой дистонии, вестибулярной дисфункции.

Выбор **метода лечения при хроническом тонзиллите** осуществляется с учетом его клинической формы и, если она декомпенсированная, то в зависимости от вида или видов декомпенсации.

Перед началом лечения проводят санацию полости рта.

Консервативное лечение показано при компенсированной форме и при декомпенсации, проявляющейся частыми рецидивами ангин, а также в случаях, если хирургическое лечение противопоказано.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

- Проводится в период ремиссии
- 2 раза в год: осенью и весной – в течение 3-х лет
- Включает общее и местное воздействие

Направления консервативного лечения хронического тонзиллита:

- повышение естественной резистентности организма: правильный режим дня, рациональное питание с достаточным употреблением витаминов, физические упражнения, курортно-климатические факторы и др.
- гипосенсибилизация организма: препараты кальция, аскорбиновая кислота, 8-аминокапроновая кислота, антигистаминные препараты и т.д.
- иммунокоррекция: аутосеротерапия, иммуномодуляторы (левамизол, Т-активин, продигиозан, тималин и др.), иммуностимулирующие воздействия (облучение миндалин гелий-неоновым лазером)

- санация миндалин: отсасывание содержимого лакун, промывание лакун антисептическими растворами, интра- и паратонзиллярные инъекции, введение в лакуны лекарственных паст - лечебное пломбирование, ингаляции и аэрозоли иммуностимулирующих, противомикробных и противовоспалительных средств, фитонцидов, а также ультрафиолетовое облучение, ультразвуковая терапия, ультрафонофорез интерферона, гидрокортизона, УВЧ, СВЧ, грязелечение, воздействие электромагнитным полем и др.
- рефлекторное воздействие: различного вида новокаиновые блокады, иглорефлексотерапия, ультрафиолетовое облучение шеи и др.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА

ОБЩЕЕ

Антибиотикотерапия не
показана!!!!

- Пробиотики
- Антигистаминные препараты
- НПВС
- Иммуномодуляторы, антиоксиданты и витамины
- Дезинтоксикация

МЕСТНОЕ

Активные методы

- Промывание лакун миндалин растворами антисептиков
- Лекарственный массаж миндалин
- Оросептики и местные иммуномодуляторы
- Физиотерапия

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ТОНЗИЛЛИТА –
ОПЕРАТИВНОЕ (ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ)

Видео тонзиллэктомии можно посмотреть по ссылкам:

<http://www.youtube.com/watch?v=aiFZOF6rS8Y>

<http://medbe.ru/videoarchive/otorinolaringologiya/video-lor-operatsii-tonzillektomiya/>

СЕМИНАР