

АНГИНА



- Ангина – это острое общее инфекционное заболевание, местно проявляющееся воспалением лимфаденоидной ткани глотки, преимущественно небных миндалин.

- Среди разнообразных возможных микробных возбудителей ангины — **кокков, палочек, вирусов, спирохет, грибов и др.** — в большинстве случаев **основная этиологическая роль принадлежит бета-гемолитическому стрептококку группы А.** Этот возбудитель, по данным ряда авторов, обнаруживается при ангине более чем в 80%, по сведениям других — в 50—70% случаев. К частым возбудителям ангины следует отнести также **золотистый стафилококк.** Известны вспышки ангина алиментарного происхождения, вызванные **зеленым стрептококком.** Вирусологические и клинические исследования показали, что **аденовирусы** также могут вызывать различные формы ангины, которые фарингоскопически неотличимы от микробных ангин.

- Проникновение экзогенного возбудителя в слизистую оболочку миндалин может происходить **воздушно-капельным и алиментарным путем**, а также при **прямом контакте**, однако нередко заболевание возникает вследствие **аутоинфекции микробами или вирусами**, которые вегетируют на слизистой оболочке глотки в норме.

□ Следует различать три основные формы возникновения обычных ангин (по Б. С. Преображенскому):

- 1) **эпизодическая**, возникающая как аутоинфекция при ухудшении условий внешней среды, чаще всего в результате общего охлаждения;
- 2) **эпидемическая**, в результате заражения от больного человека;
- 3) ангина, возникающая как **обострение хронического тонзиллита**.

- В патогенезе ангин определенную роль могут играть **пониженные адаптационные способности** организма к холоду, резкие сезонные колебания условий внешней среды (температура, влажность, питание, поступление в организм витаминов и др.), **травма миндалин**, конституциональная предрасположенность к ангинам (например, у детей с **лимфатико-гиперпластической конституцией**), состояние центральной и вегетативной нервной системы. Предрасполагающими к ангине факторами являются **хронические воспалительные процессы в полости рта, носа и придаточных пазухах.**

- В практике наибольшее распространение получила **классификация Б. С. Преображенского**, основанная на фарингоскопических признаках, дополненных данными, полученными при лабораторном исследовании, иногда сведениями этиологического или патогенетического характера.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНГИН

(ПО Б.С.ПРЕОБРАЖЕНСКОМУ)

- катаральная
- фолликулярная
- лакунарная
- фибринозная
- флегмонозная (интратонзиллярный абсцесс)
- паратонзиллит
- герпетическая
- язвенно-некротическая (Симановского-Венсана)
- аденовирусная
- смешанные формы

КЛАССИФИКАЦИЯ АНГИН

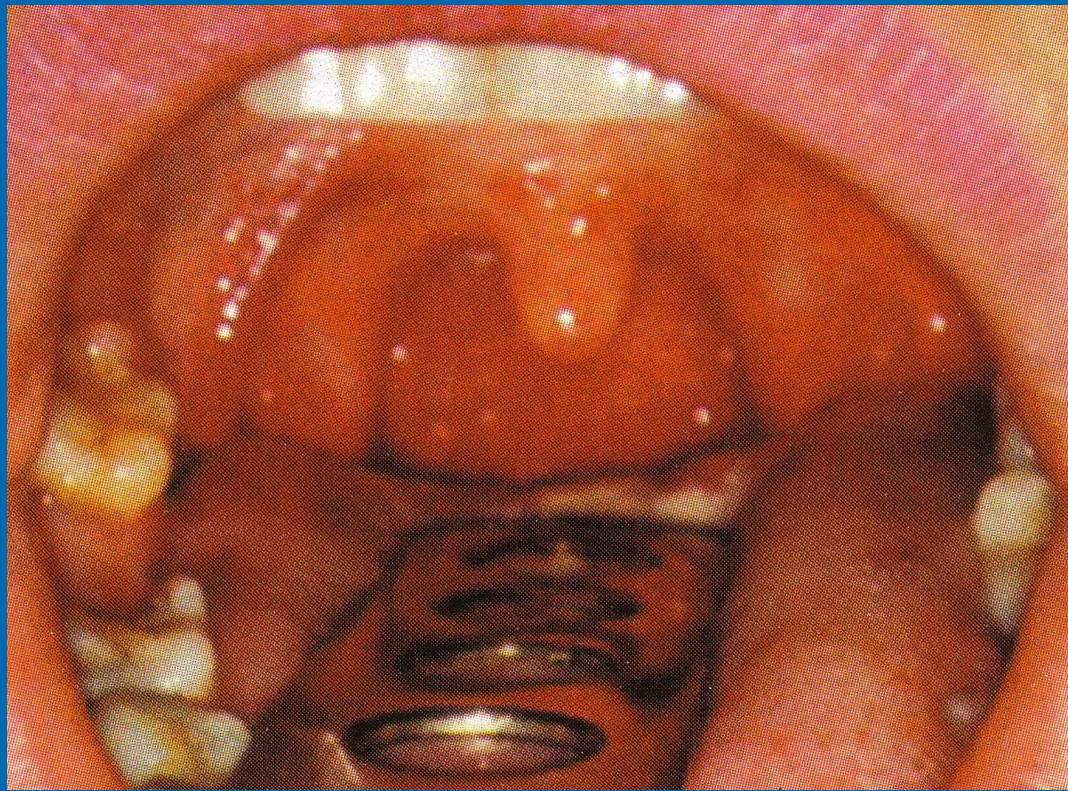
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ

- катаральная
- фолликулярная
- лакунарная
- фибринозная
- флегмонозная (абсцедирующая)
- язвенно-некротическая
- смешанные формы

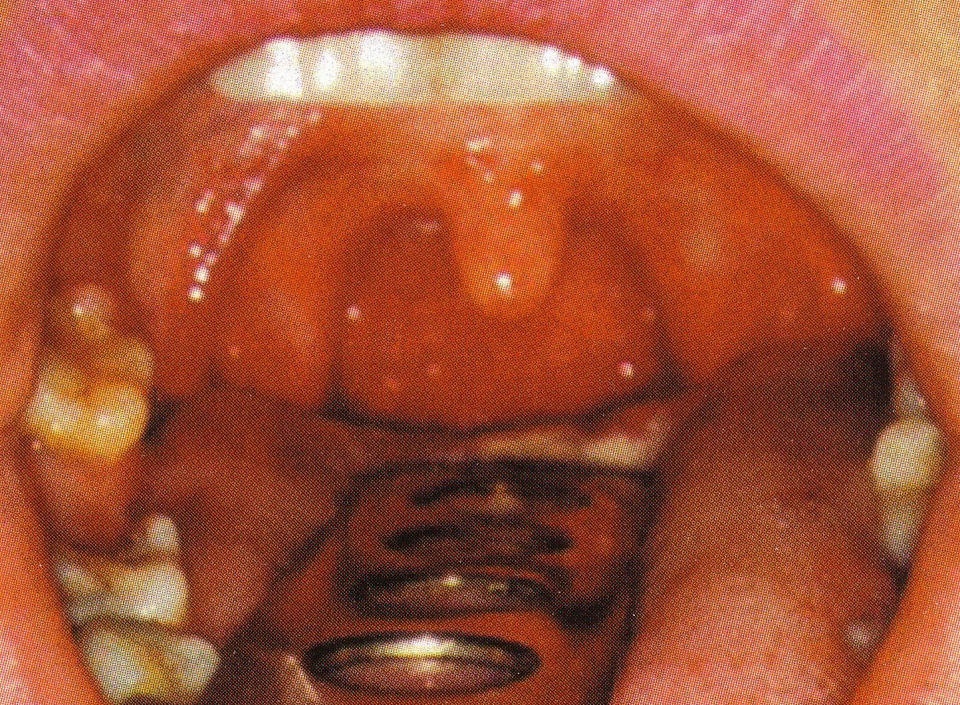
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ

- герпетическая
- скарлатинозная
- дифтерийная
- туляремийная
- инфекционный мононуклеоз
- цитомегаловирусная
- сифилитическая
- туберкулезная
- язвенно-пленчатая (Симановского-Венсана)
- агранулоцитоз, острый лейкоз
- кандидамикоз

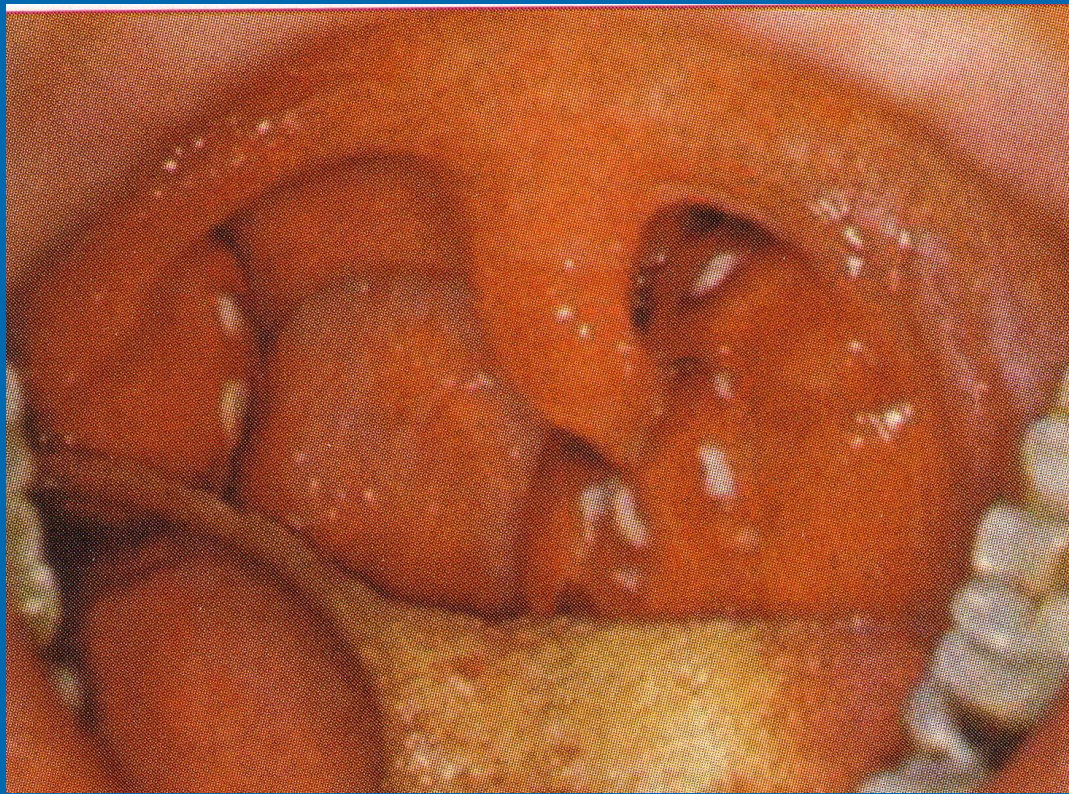
- Патологоанатомические изменения, возникающие при ангине, характеризуются резко выраженным в паренхиме миндалины **расширением** мелких кровеносных и лимфатических сосудов, **тромбозом** мелких вен и **стазом** в лимфатических капиллярах.



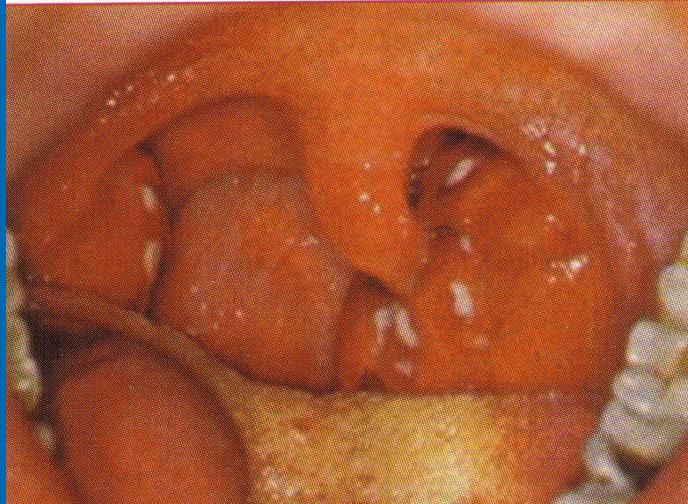
- При *катаральной ангине* миндалины гиперемированы, слизистая оболочка набухшая, пропитана серозным секретом. Эпителиальный покров миндалин на зевной поверхности и в криптах густо инфильтрирован лимфоцитами и лейкоцитами. В некоторых местах эпителий разрыхлен и десквамирован.



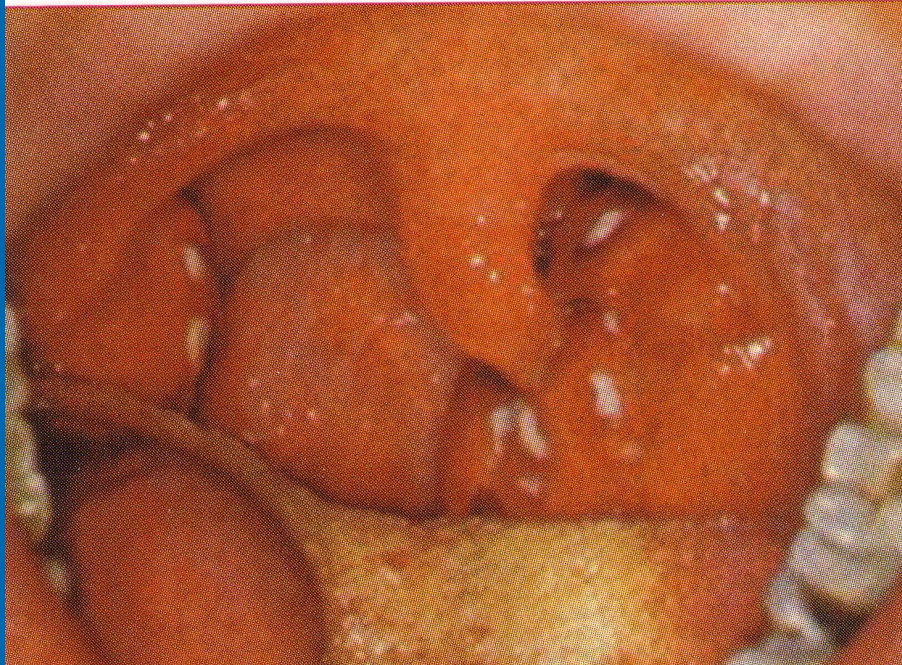
- ▣ **Катаральная ангина.** Заболевание начинается **остро**, в горле появляются ощущения **жжения, сухости, першения**, а затем **небольшая боль при глотании**. Беспокоят **общее недомогание, разбитость, головная боль**. Температура тела обычно **субфебрильная**; имеются **небольшие воспалительного характера изменения периферической крови**.
- ▣ **Фарингоскопически** определяется **разлитая гиперемия миндалин и краев небных дужек**, миндалины несколько увеличены, местами могут быть покрыты **тонкой пленкой слизисто-гнойного экссудата**. Язык сухой, обложен. Часто имеется **небольшое увеличение регионарных лимфатических узлов**. В редких случаях катаральная ангина протекает более тяжело. В **детском возрасте** чаще всего все клинические явления выражены **в большей степени, чем у взрослых**. Обычно болезнь продолжается **3—5 дней**.



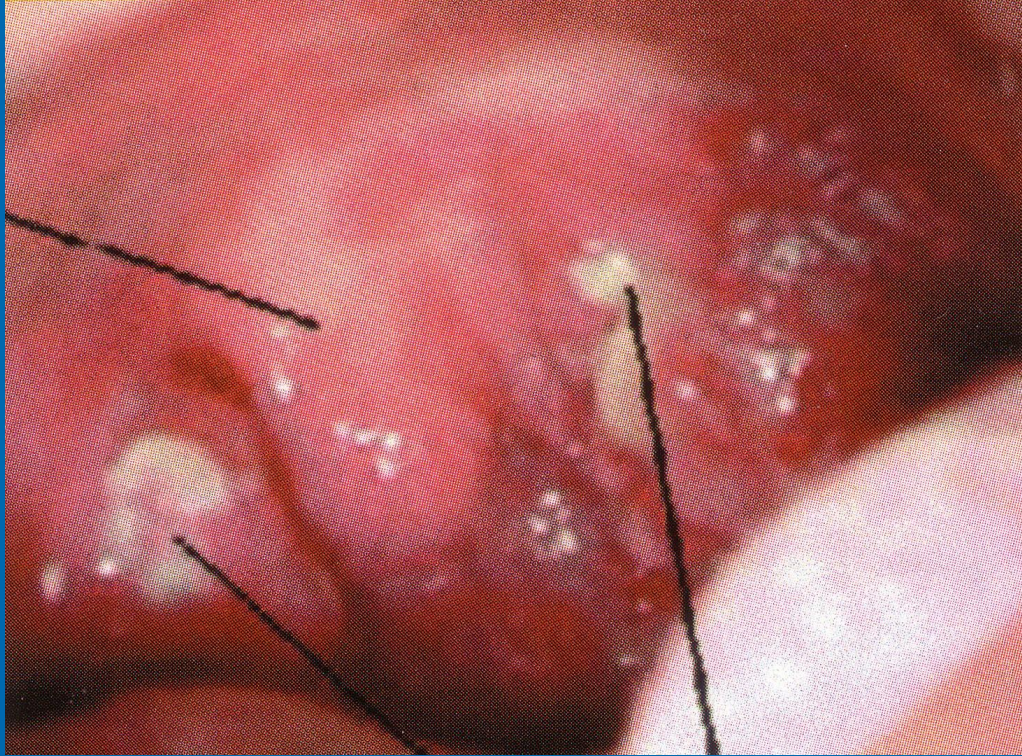
- При **фолликулярной ангине** присоединяются более глубокие изменения в паренхиме миндалины. Возникают **лейкоцитарные инфильтраты в фолликулах, в некоторых из них появляется некроз**. Те из фолликулов, которые располагаются под эпителием, просвечивают через него в виде **желтых «просяных» точек**, которые хорошо определяются при фарингоскопии. Слияние таких нагноившихся фолликулов ведет к образованию многочисленных **мелких абсцессов**.



- **Фолликулярная ангина.** Прдромальный период при вульгарных ангинах невелик; чаще он равен **нескольким часам**, редко дням. Болезнь начинается обычно с повышения **температуры тела до 38—39° С**, однако она может быть и субфебрильной. Сразу появляется **сильная боль в горле при глотании, часто иррадиирующая в ухо**; нередко повышена саливация. В зависимости от интоксикации организма возникают **головная боль, иногда боль в пояснице, лихорадка, озноб, общая слабость**.
- **У детей** нередко развиваются **более тяжелые симптомы** — наряду с фебрильной температурой часто возникает **рвота, могут быть явления менингизма**, помрачение сознания. Реакция крови чаще значительная — нейтрофильный лейкоцитоз до $12 \cdot 10^3$ — $15 \cdot 10^3$ в 1 мкл, умеренный палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилия, СОЭ нередко равна 30—40 мм/ч; появляются следы белка в моче.
- Ангины вирусной этиологии могут протекать без лейкоцитоза. Как правило, **увеличены регионарные лимфатические узлы, пальпация их болезненна, может быть увеличена селезенка**. Обычно нарушен аппетит, у детей раннего возраста нередко бывает диарея. При значительной инфильтрации мягкого неба или резком увеличении небных миндалин изменяется тембр голоса — **появляются носовой оттенок, гнусавость, однотонность**. На высоте заболевания могут быть **боли в сердце**.



- **Фарингоскопически** определяются **разлитая гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек, увеличение и гиперемия миндалин**, на их поверхности видны многочисленные круглые, несколько возвышающиеся над поверхностью **желтоватые или желтоватобелые точки величиной от 1 до 3 мм**. Эти образования представляют собой нагноившиеся фолликулы миндалин, они **вскрываются на 2—3 день болезни, после них остаются быстро заживающие эрозии**. Период вскрытия нагноившихся фолликулов часто сопровождается падением температуры тела. Продолжительность болезни 5—7 дней.



- При **лакунарной ангине** в лакунах скапливается вначале **серозно-слизистое**, а затем, по мере вскрытия в просвет крипт некротизировавшихся фолликулов, **гнойное отделяемое**. Экссудат в лакунах состоит из лейкоцитов, лимфоцитов, слущенного эпителия и фибрина; постепенно он **выступает через устья лакун на поверхность миндалины в виде беловато-желтых точечных налетов**, создавая фарингоскопическую картину лакунарной ангины. Налеты из устьев лакун могут **распространяться и соединяться с соседними, образуя более широкие сливные налеты**, которые легко, без повреждения слизистой оболочки, снимаются шпателем.

- **Флегмонозная ангина (интратонзиллярный абсцесс)**. встречается сравнительно редко. Их возникновение связано с гнойным расплавлением участка миндалины; поражение обычно **одностороннее**. **Этиологическую роль** в возникновении флегмонозной ангины могут играть **вульгарные ангины и травмы мелкими пищевыми инородными телами**.
- При флегмонозной ангине миндалина **гиперемирована, увеличена, поверхность ее напряжена, пальпация болезненна**. **Небольшие внутриминдаликовые абсцессы** могут протекать бессимптомно или сопровождаться **незначительными местными и общими явлениями**.
- Созревший абсцесс часто прорывается через лакуну в полость рта или в паратонзиллярную клетчатку.

- При *флегмонозной ангине (интратонзиллярный абсцесс)* нарушается дренаж лакун, паренхима миндалина вначале *отечная*, затем *инфильтрируется* лейкоцитами, *некротические процессы* в фолликулах, *сливаясь*, образуют гнойник. Такой абсцесс может *локализоваться* *близко к поверхности* миндалина и *опорожниться* в полость рта

- **Фибринозная (фибринозно-пленчатая) ангина.**
- В ряде случаев фолликулярная или лакунарная ангина может развиваться по типу фибринозной, когда основой для образования пленки являются лопнувшие нагноившиеся фолликулы или при лакунарной ангине фибринозная пленка распространяется из области некротизации эпителия в устьях лакун, соединяется с соседними участками, образуя сливной налет, который может выходить за пределы миндалина.
- Фибринозную ангину иногда называют псевдодифтерийной, ложнопленчатой, дифтероидной, подчеркивая тем самым, что, несмотря на внешнее сходство, это не дифтерийный процесс. Диагностика в таких случаях основывается только на бактериологическом исследовании мазков из различных отделов глотки, рта и носа.
- Фибринозная ангина, не сопровождается значительной общей воспалительной реакцией и увеличением регионарных лимфатических узлов. В таких случаях фарингоскопическая картина не соответствует слабо выраженным явлениям общей интоксикации.

- При *фибринозной ангине* эпителиальный покров на миндалине отсутствует, его заменяет фибринозный пласт, который с трудом снимается шпателем, оставляя эрозированную поверхность.

ЛЕЧЕНИЕ АНГИН

При Катаральной, Фолликулярной, Лакунарной, Фибринозной,
Паратонзиллите (стадия отека)
применяются следующие принципы терапии:

1. Антибактериальная терапия (какой-то из препаратов):

Пенициллины полусинтетические:

амоксциллин (ФЛЕМОКСИН) - у пациентов, которые вообще никогда антибиотики не применяли,
амоксциллин/клавулановая кислота (АУГМЕНТИН, АМОКСИКЛАВ®, ФЛЕМОКЛАВ, РАНКЛАВ, ПАНКЛАВ)

Полусинтетические цефалоспориновые антибиотики
третьего поколения:

цефиксим (СУПРАКС), цефтриаксон (ОФРАМАКС)

Макролидные антибиотики:

**азитромицин (ХЕМОМИЦИН, ЗИТРОЦИН),
klarитромицин (КЛАБАКС), джозамицин
(ВИЛЬПРАФЕН)**

Фторхинолоны:

**лемефлоксацин (КСЕНАКВИН), левофлоксацин
(ЭЛЕФЛОКС), ципрофлоксацин (ИФИЦИПРО ОД)**

ЛЕЧЕНИЕ АНГИН

2. Нестероидные противовоспалительные средства (какой-то из препаратов):

аспирин, парацетамол

3. Десенсибилизация организма (антигистаминные средства) (какой-то из препаратов):

дезлоратадин (ЭРИУС®), левоцетиризин (КСИЗАЛ), цетиризин (ЗИРТЕК®), фексофенадин (ФЕКСАДИН), эбастин (КЕСТИН®)

4. Бактериальные иммуномодуляторы топического действия:

имудон

ЛЕЧЕНИЕ АНГИН

5. Дезинтоксикационная терапия:
до 1,5-2-х литров жидкости в сутки per os: отвары ромашки, шалфея, календулы, шиповника, малиновые и клюквенные морсы, витаминный чай и т.д

6. Витаминотерапия:
ПОЛИВИТАМИННЫЕ КОМПЛЕКСЫ

ЛЕЧЕНИЕ АНГИН

7. Местное лечение:

Антимикробные препараты в виде полосканий:

гексетидин (ГЕКСОРАЛ), мирамистин, октенисепт, ромазулан, эвкалимин, орошений на миндалины: ГЕКСАСПРЕЙ, ГЕКСОРАЛ, ингалипт, стопангин

таблеток и леденцов для рассасывания :

ГЕКСАЛИЗ, септолете, стрепсилс, фарингосепт и др.

Полоскание глотки (чередовать):

отварами ромашки, шалфея, календулы, водным раствором фурацилина 1:5000, раствором хлоргексидина – 0,05%, раствором гипохлорита натрия 0,08%

ЛЕЧЕНИЕ АНГИН

8. Необходимо изолировать болеющего от окружающих:

отдельная посуда, полотенце и т.д.

9. Диета

с исключением раздражающей пищи

10. При первичном осмотре обязательно бактериологическое и бактериоскопическое исследование мазков с поверхности небных миндалин и слизистой полости носа на дифтерию и другие возбудители

11. Обязателен контроль показателей крови, мочи, ЭКГ - в динамике

Критериями выздоровления при ангине являются:

**полное исчезновение симптомов ангины и
регионарного лимфаденита, нормализация
температуры тела, отсутствие изменений со
стороны других органов, нормализация
показателей крови и мочи**

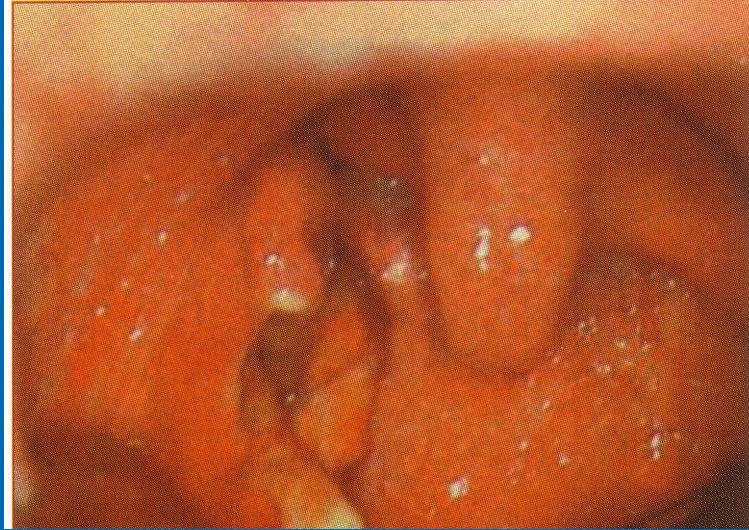


Язвенно-некротическая ангина Симановского— Венсана

- Возбудителем этой ангины считают симбиоз веретенообразной палочки (*B. fusiformis*) и спирохеты полости рта (*Spirochaeta buccalis*), которые часто вегетируют в полости рта у здоровых людей в авирулентном состоянии.
- Факторами, предрасполагающими к заболеванию этой формой ангины, являются снижение общей и местной реактивности организма, особенно после перенесенных острых и хронических инфекций, болезни кроветворных органов, недостаток в пище витаминов С и В, ухудшение общих гигиенических условий жизни, а также местные причины — кариозные зубы, болезни десен, ротовое дыхание и др.



- *Язвенно-некротическая ангина* характеризуется распространением некроза на эпителий и паренхиму миндалина.
- Морфологические изменения характеризуются некрозом зевной поверхности одной миндалины с образованием язвы и формированием на ее дне рыхлой фибринозной мембраны, под которой имеется зона некроза лимфаденоидной ткани. По периферии некроза располагается демаркационная зона реактивного воспаления, где преобладающей флорой являются веретенообразные бациллы и спирохеты.



- **Симптоматика.** Жалобы на ощущение неловкости и инородного тела при глотании, гнилостный запах изо рта, повышение слюноотделения. Температура тела обычно нормальная; повышение ее может указывать на появление осложнения. В редких случаях заболевание начинается с лихорадки и озноба.
- В крови умеренный лейкоцитоз. Регионарные лимфатические узлы увеличены на стороне поражения миндалины, умеренно болезненны при пальпации. Глотание обычно безболезненно.
- При фарингоскопии в области верхней половины или всей поверхности миндалины виден серовато-желтый или серовато-зеленый налет; после его снятия обнаруживается изъязвленная, слегка кровоточащая поверхность. Некроз обычно захватывает толщу миндалины, образуя кратерообразную язву с неровными краями, дно которой покрыто грязноватым серо-желтым налетом.
- Продолжительность заболевания от 1 до 3 нед, иногда может продолжаться несколько месяцев. Затяжное течение сопровождается распространением некроза на более глубокие ткани и на соседние участки с разрушением десен, твердого неба, выпадением зубов.
- Язвы в области миндалины и мягкого неба обычно заживают без больших рубцовых деформаций.

Лечение ангины Симановского

Лечение проводится в ЛОР-стационаре. При наличии показаний – консультации терапевта, инфекциониста, гематолога, иммунолога.

1. Антибактериальная терапия:

антибиотики : амоксициллина клавуланат (**АУГМЕНТИН**), азитромицин

антимикробные средства: метрагил

2. Противогрибковые средства (какой-то из препаратов):

дифлюкан, флюконазол, низорал, амфотерицин, нистатин

3. Десенсибилизация организма (антигистаминные средства) (какой-то из препаратов):

лоратадин, тавегил, супрастин, телфаст, трексил, и т.д.

4. Местное лечение:

в виде аэрозолей на небные миндалины (какой-то из препаратов): гексорал, биопарокс,

полоскание глотки (чередовать): раствором перекиси водорода, раствором хлоргексидина – 0,05%, раствором гипохлорита натрия 0,08%

5. При первичном осмотре **обязательно бактериологическое и бактериоскопическое** исследование мазков с поверхности небных миндалин, также патогистологическое **исследование биопсийного материала** (материал берется с границы здоровой и измененной ткани миндалины)

6. Продолжительность стационарного лечения: **7-10 дней**

7. Обязателен контроль показателей **крови, мочи, рентгенографии легких**

8. Необходимо обследовать больного на **сифилис и ВИЧ** - инфекцию.

Критериями выздоровления при язвенно-некротической ангине являются: полное исчезновение язв и регионарного лимфаденита, нормализация температуры тела, отсутствие изменений со стороны других органов, нормализация показателей крови и мочи.

Герпетическая ангина.

- Вирусные ангины вызываются аденовирусами, вирусом гриппа и вирусом Коксаки. Возбудителем герпетической ангины является вирус Коксаки А..
- Заболевание чаще носит **спорадический** характер зимой и весной и эпидемический — летом и осенью. Наиболее часто герпетическая ангина бывает **у детей**, особенно в младшем возрасте. Инкубационный период равен 2—5 дням, редко 2 нед. Заболевание отличается большой контагиозностью, **передается воздушно-капельным и редко фекально-оральным путем.**
- Герпетическая ангина начинается остро, появляется лихорадка, температура повышается до 38—40° С, возникают боли в горле при глотании, головная боль, мышечные боли в области живота; **могут быть рвота и диарея.** В крови умеренные изменения — небольшой лейкоцитоз, но чаще легкая лейкопения, незначительный сдвиг формулы крови влево. В **редких** случаях, особенно **у детей**, может возникать осложнение — **серозный менингит.**

- При *герпетической ангине* серозный экссудат образует **подэпителиальные небольшие пузырьки**, которые, лопаясь, оставляют дефекты эпителиальной выстилки; одновременно такие же пузырьки могут появляться на слизистой оболочке мягкого неба, щек и губ.

Герпетическая ангина.

- При фарингоскопии в первые часы заболевания определяется диффузная гиперемия слизистой оболочки глотки. В области мягкого неба, язычка, на небных дужках и, реже, на миндалинах и задней стенке глотки видны небольшие красноватые пузырьки.
- Через 3—4 дня пузырьки лопаются или рассасываются, слизистая оболочка приобретает нормальный вид.
- Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов, выраженные в начале болезни, уменьшается, температура тела становится нормальной.

- **Лечение ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ АНГИНЫ** осуществляется оториноларингологами, терапевтами и инфекционистами в амбулаторно-стационарных условиях.
- **1.Интерфероны и их индукторы** (какой-то из препаратов): интерферон, циклоферон, амиксин, реаферон.
- **2.Нестероидные противовоспалительные средства**, как жаропонижающие (какой-то из препаратов):
 - аспирин, парацетамол
- **3.Десенсибилизация организма (антигистаминные средства)** (какой-то из препаратов):
 - лоратадин (перечислить аналоги), тавегил, супрастин, телфаст, трексил, телфаст и т.д.
- **4.Дезинтоксикационная терапия:**
 - до 1,5-2-х литров жидкости в сутки per os: отвары ромашки, шалфея, календулы, шиповника, малиновые и клюквенные морсы, витаминный чай и т.д
- **5.Витаминотерапия:**
 - поливитаминные комплексы (*перечислить аналоги*)
- **6.Местное лечение:**
 - **в виде аэрозолей на небные миндалины** (ни в коем случае не смазывать)(какой-то из препаратов): гексорал, биопарокс,
 - **полоскание глотки** (чередовать): раствором перекиси водорода, раствором хлоргексидина – 0,05%, раствором гипохлорита натрия 0,08%
- **7.Необходимо изолировать болеющего от окружающих:** отдельная посуда, полотенце и т.д.
- **8.Диета** с исключением раздражающей пищи
- **9.При первичном осмотре обязательно** вирусологическое, бактериологическое и бактериоскопическое исследование мазков с поверхности небных миндалин и слизистой полости носа.
- **10.Продолжительность амбулаторно-поликлинического лечения:** 5-7 дней
- **11.Обязателен контроль** показателей крови, мочи, ЭКГ в динамике
- **12.При осложненном течении – антибиотикотерапия**
- Критериями выздоровления при герпетической ангине являются: полное исчезновение общих и фарингоскопических проявлений, нормализация температуры тела, отсутствие изменений со стороны других органов, нормализация лабораторных показателей.



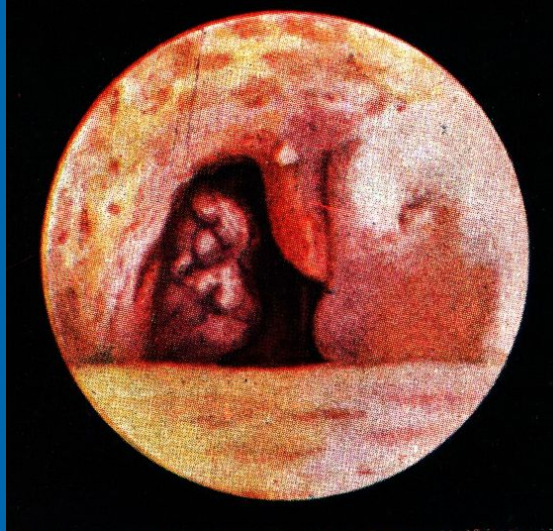
- **Грибковая ангина** обычно вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida albicans*. В полости рта у здорового человека этот грибок встречается часто, однако его патогенность проявляется лишь при снижении сопротивляемости организма. Часто это бывает после инфекционных заболеваний и нарушения питания или в связи с дисбактериозом, возникшим после применения антибиотиков, при котором угнетается жизнеспособность кишечной палочки и стафилококков — антагонистов дрожжеподобных грибов, что ведет к бурному развитию последних.
- Фарингоскопически определяются увеличение и небольшая гиперемия миндалин (иногда одной), ярко-белые, рыхлые, творожистого вида наложения, которые снимаются чаще без повреждения подлежащей ткани. Обычно такие налеты располагаются на миндалинах в виде островков; иногда они переходят за границы миндалины.
- Налеты исчезают на 5—7-й день заболевания.

Ангина язычной миндалины

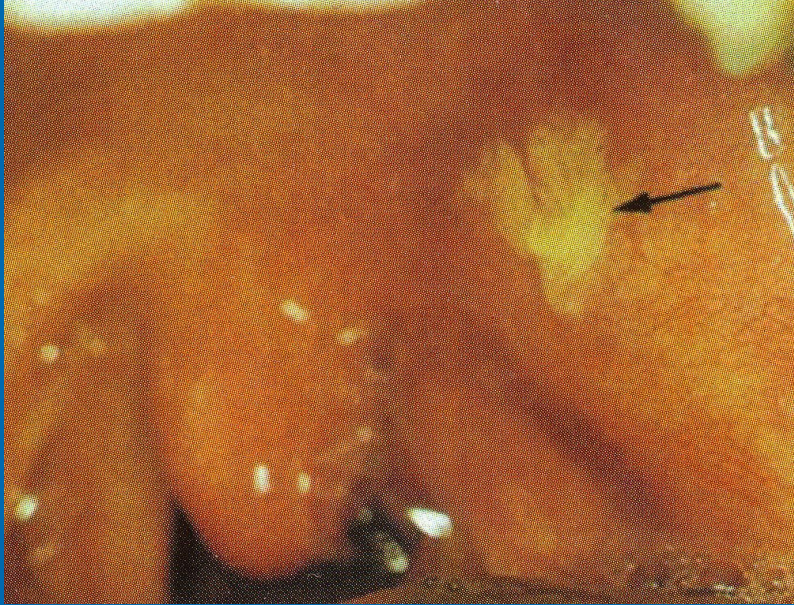
- Определенную роль в **этиологии** играет **травма во время приема пищи** или другой природы.
- Протекает часто с **фебрильной температурой**, **сильной болью при глотании** и **нарушением речеобразования**. **Высовывание языка** и **пальпация его корня** резко болезненны; иногда появляется **тризм жевательной мускулатуры**.
- При осмотре с помощью гортанного зеркала отмечаются **увеличение и гиперемия язычной миндалины**, иногда образуются **точечные налеты**. В **редких** случаях возникает **абсцедирование** корня языка, которое протекает тяжело. **Опасным осложнением** могут быть **отек и стеноз гортани**. **Редко** наблюдаются **глоссит** (гнойное воспаление языка) и **флегмона дна полости рта**. Лечение проводится по тем же принципам, что и при других **ангинах**; при **абсцедировании** показано **срочное вскрытие**.

ПАРАТОНЗИЛЛИТ

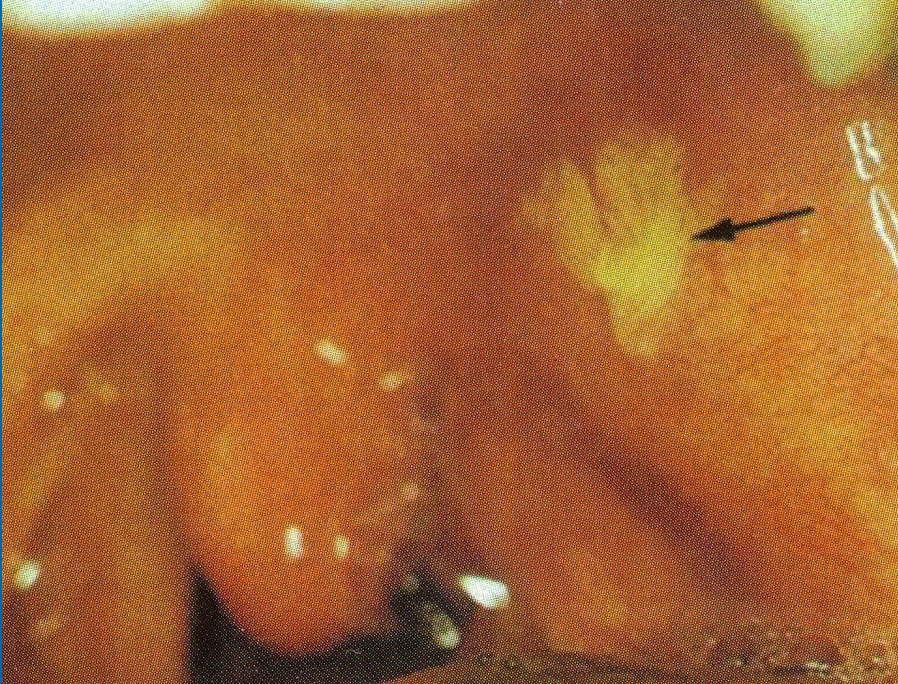
- **Паратонзиллит** (*paratonsilliti*). Наряду с этим термином иногда применяются старые названия болезни — **перитонзиллит** и **флегмонозная ангина**, хотя термин «паратонзиллит» более точно, отражает сущность заболевания — появление воспаления (отечное, инфильтративное или абсцедирующее) в околоминдаликовой клетчатке.
- Паратонзиллит возникает в результате **проникновения вирулентной инфекции, как правило, из области небной миндалины в паратонзиллярную клетчатку** при наличии неблагоприятных местных и общих факторов реактивности организма.
- **В большинстве** случаев паратонзиллит развивается как **осложнение ангины** у больных **хроническим тонзиллитом**, более редко — как **очередное обострение хронического тонзиллита**.



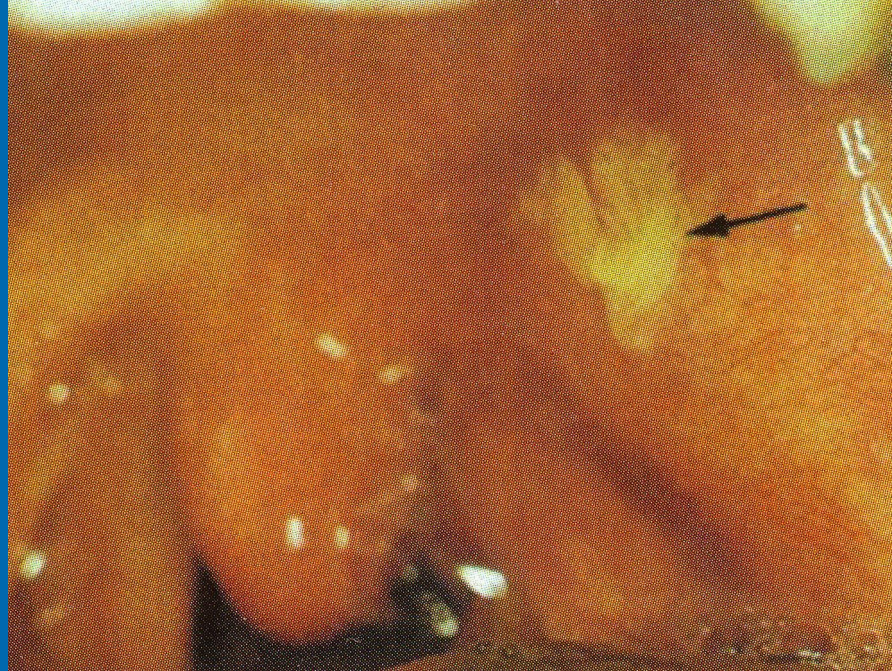
- **Симптоматика.** В подавляющем большинстве случаев процесс **односторонний**. **Тонзиллогенные паратонзиллиты** обычно возникают через несколько дней после закончившегося **очередного обострения хронического тонзиллита** или **спонтанной ангины**. Паратонзиллярный процесс может локализоваться в **переднем или передневерхнем (супратонзиллярный) отделе** между капсулой миндалины и **верхней частью передней небной дужки**, захватывая область и выше миндалины.
- Эта **супратонзиллярная локализация** процесса является наиболее частой. **Задняя паратонзиллярная локализация** — **между миндалиной и задней дужкой**, **нижняя** — **между нижним полюсом миндалины и боковой стенкой глотки**, **боковая локализация** — **между средней частью миндалины и боковой стенкой глотки**.
- Наиболее **тяжелым** является **боковой абсцесс**, поскольку условия для спонтанного опорожнения здесь худшие.



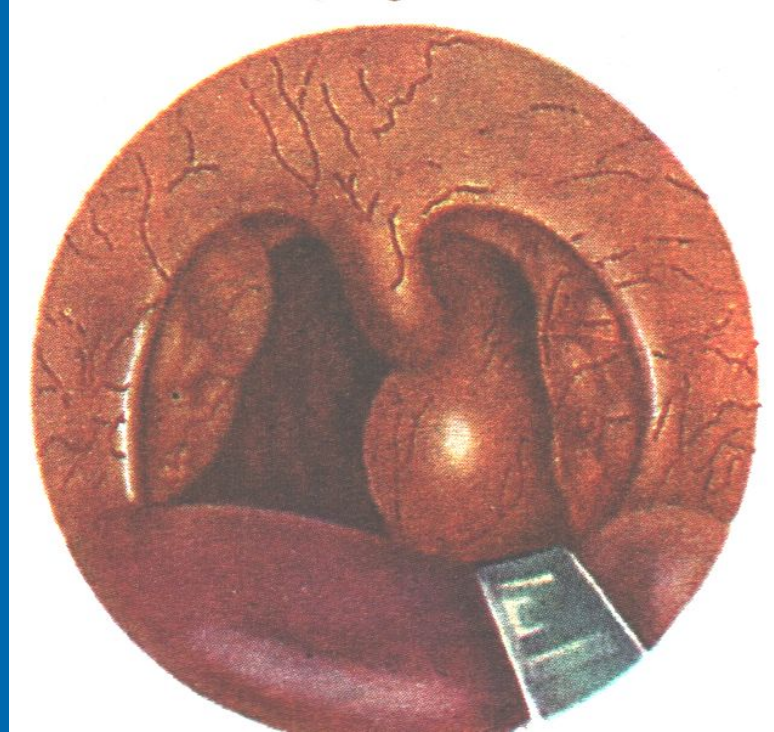
- Заболевание начинается с появления боли при глотании, которая в дальнейшем становится постоянной и резко усиливается при попытке проглотить слюну. Появляются головная боль, общая разбитость, температура тела повышается до фебрильных цифр. Спонтанная боль в горле нарастает, иррадирует в ухо, зубы и настолько усиливается при глотании, что больной отказывается от пищи и питья, а слюна стекает из угла рта.
- Возникает выраженный в разной степени тризм — тонический спазм жевательной мускулатуры. Речь становится невнятной и гнусавой. В результате воспаления мышц глотки и шейного лимфаденита и частично мышц шеи возникает болевая реакция при поворотах головы, больной держит голову набок и поворачивает ее при необходимости вместе со всем корпусом.



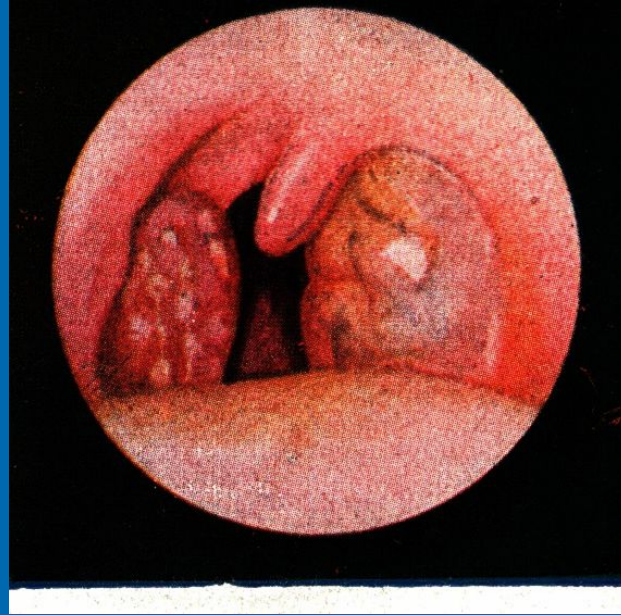
- Общее состояние больного становится **тяжелым** не только потому, что имеется гнойное воспаление в глотке и интоксикация, но и в связи с **мучительной болью в горле, нарушением сна, невозможностью проглотить жидкость и голоданием.**
- Самостоятельное вскрытие абсцесса может наступить на 3—6-й день заболевания, после чего резко улучшается состояние и снижается температура.
- Однако в **большинстве** случаев спонтанное вскрытие **не происходит** в основном вследствие глубокого залегания, или распространения нагноения в парафарингеальное пространство. Такой исход ведет к **тяжелому осложнению — возникновению парафарингита.** Фарингоскопия значительно затруднена из-за тризма, **рот обычно приоткрывается всего на 2—3 см.**



- При передневерхнем или переднем паратонзиллите отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалины вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии. Половина мягкого неба вместе с верхним полюсом миндалины и верхней частью дужек представляет собой шаровидное образование, поверхность которого напряжена и гиперемирована; язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена также книзу и кзади. Язык обложен толстым налетом и вязкой слюной. Флюктуация намечается в области наибольшего выпячивания и здесь же происходит прорыв гнойника, нередко через супратонзиллярную ямку или переднюю дужку.



- **Задний паратонзиллит**, 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. Отек может распространиться на верхнее кольцо гортани, что может сопровождаться ее стенозом. При этой локализации абсцесса тризм бывает меньше выражен, течение заболевания более длительное.



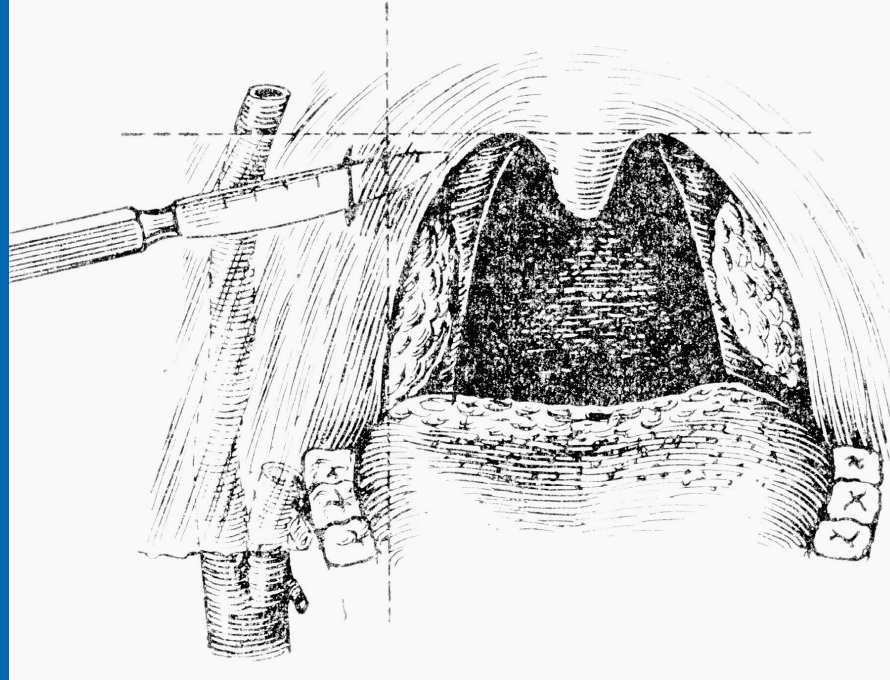
- *Нижний паратонзиллит* имеет менее выраженные фарингоскопические признаки. Отмечаются лишь отек и инфильтрация нижней части передней дужки, однако субъективные проявления болезни при этой локализации значительны.
- При *непрямой ларингоскопии* отмечается припухлость нижнего полюса миндалины, в процесс обычно вовлекается и прилежащая часть корня языка, иногда бывает отек язычной поверхности надгортанника.

- ▣ **Наружный, или боковой, паратонзиллит** встречается **реже** остальных форм, однако является **наиболее тяжелым** в связи с малоблагоприятными условиями для спонтанного вскрытия.
- ▣ При этой 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**.
- ▣ Помимо парафарингеального абсцесса, может развиваться **диффузная флегмона** шеи, грудной медиастинит, эрозивное кровотечение.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАТОНЗИЛЛИТА

Лечение проводится исключительно оториноларингологом.

1. В стадию отека назначается лечение, как при рутинной ангине с обязательным осмотром больного в динамике.
2. При нарастании симптомов заболевания и переходе процесса в стадию инфильтрации или абсцедирования – вскрытие абсцесса в амбулаторных или стационарных условиях.
3. При первичном осмотре обязательно бактериологическое и бактериоскопическое исследование мазков с поверхности небных миндалин и слизистой полости носа на дифтерию и другие возбудители
4. Продолжительность амбулаторно-стационарного лечения: при неосложненном течении 5-7 дней
5. Обязателен контроль показателей крови, мочи, ЭКГ в динамике
6. Критериями выздоровления при паратонзиллите являются: полное исчезновение симптомов паратонзиллита (тризма жевательной мускулатуры, асимметрии мягкого неба, отека и инфильтрации тканей глотки и т.д) и регионарного лимфаденита, нормализация температуры тела, отсутствие изменений со стороны других органов, нормализация показателей крови и мочи.

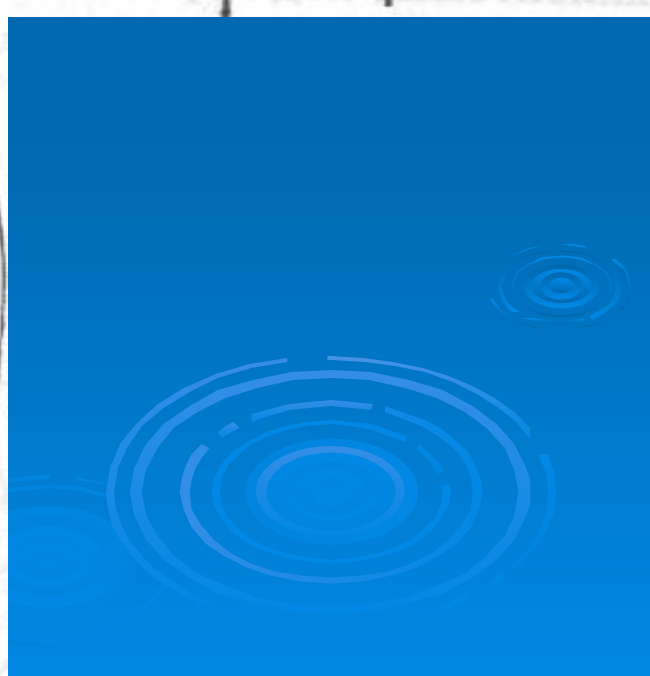
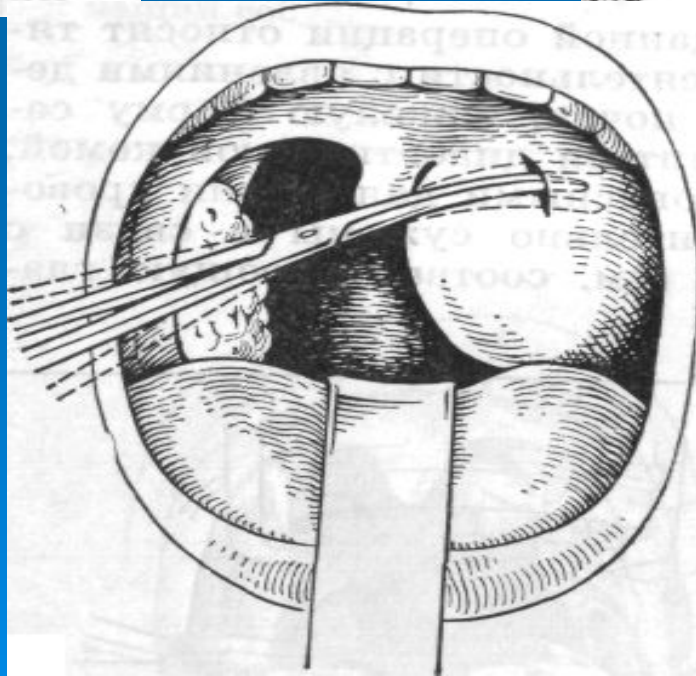
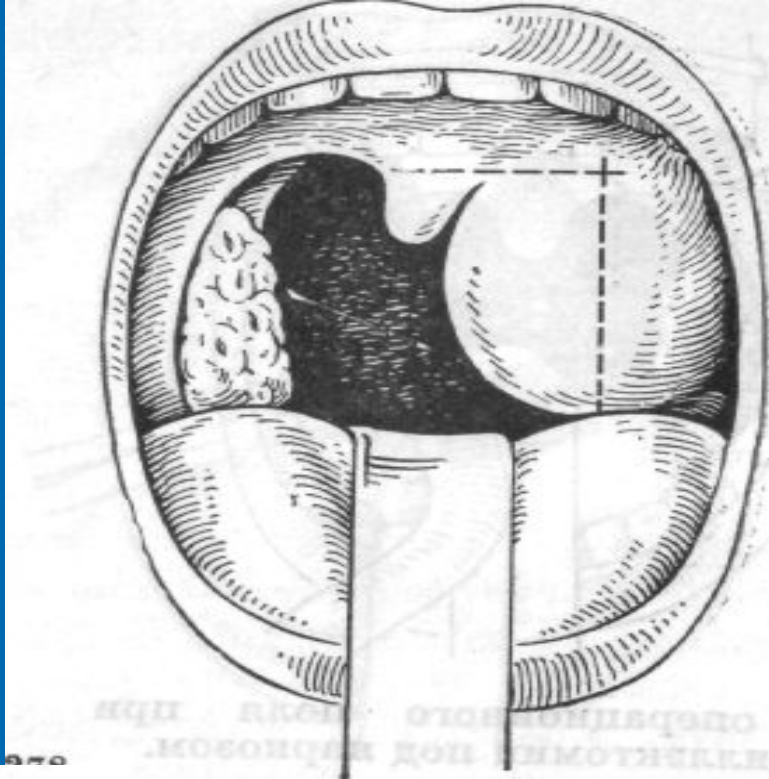
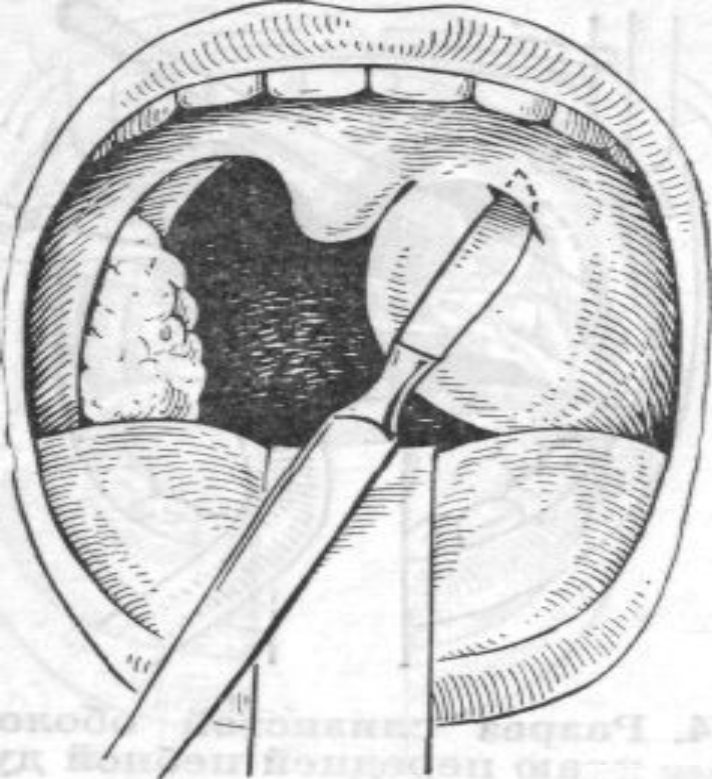


Инцизия производится без обезболивания или после пульверизации глотки 10% раствором лидокаина или 2% раствором дикаина.

Разрез делают в участке наибольшего выпячивания, а если такого ориентира нет, то в месте, где обычно происходит самопроизвольное вскрытие: в участке перекреста двух линий - горизонтальной, проходящей по нижнему краю мягкого неба здоровой стороны через основание язычка, и вертикальной, которая проходит вверх от нижнего конца передней дужки больной стороны.

Инцизия в этом участке менее опасна с точки зрения ранения крупных кровеносных сосудов.

Разрез скальпелем делают в сагиттальном направлении на глубину 1,5—2 см и длиной 2—3 см. Более удобно вскрывать абсцесс специальным инструментом для вскрытия паратонзиллярного абсцесса. Целесообразно ввести в полость абсцесса через разрез глоточные щипцы и несколько расширить отверстие, одновременно разорвав возможные перемычки в полости абсцесса.



- При заднем паратонзиллите разрез делают позади небной миндалины в месте наибольшего выпячивания;
- глубина разреза 0,5—1 см.
- При нижней локализации абсцесса разрез производят в нижней части передней дужки на глубину 0,5—1 см.
- Наружной локализации (латеральный) абсцесс вскрывать трудно, а самопроизвольного прорыва здесь чаще не наступает, поэтому нередко показана абсцесстонзиллэктомия.

Классификация хронического тонзиллита (по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

Простая форма

Сопутствующие заболевания

Простая форма характеризуется местными признаками и у 96% больных — ангиной в анамнезе

Местные признаки

1. Жидкий гной или казеозно-гнойные пробки в лакунах; подэпителиально расположенные гнойные фолликулы, разрыхленная поверхность миндалин.
2. Признак Гизе — стойкая гиперемия краев передних дужек.
3. Признак Зака — отечность краев верхних отделов небных дужек.
4. Признак Б. С. Преображенского — инфильтрация и гиперплазия краев передних дужек.
5. Сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой.
6. Увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов.
7. Болезненность при пальпации регионарных лимфатических узлов.

Сопутствующие заболевания не имеют единой этиологической и патогенетической основы с хроническим тонзиллитом, патогенетическая связь осуществляется через общую и местную реактивность.

Хронический тонзиллит

Токсико-аллергическая форма

I степень

Сопутствующие заболевания

I степень характеризуется признаками простой формы и общими токсико-аллергическими явлениями.

Токсико-аллергические признаки I степени

1. Субфебрильная температура (периодическая).
2. Тонзиллогенная интоксикация периодические или постоянные слабость, разбитость, недомогание, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, плохое самочувствие.
3. Периодические боли в суставах.
4. Шейный лимфаденит.
5. Функциональные нарушения сердца в виде болей выявляются только в период обострения хронического тонзиллита и не определяются при объективном исследовании (ЭКГ и др.).
6. Отклонения в лабораторных данных (показатели крови и иммунологические) неустойчивы и нехарактерны.

II степень характеризуется признаками I степени с более выраженными токсико-аллергическими явлениями; при наличии сопряженного заболевания всегда диагностируется II степень.

Токсико-аллергические признаки II степени

1. Функциональные нарушения сердечной деятельности, регистрируемые на ЭКГ.
2. Боли в области сердца бывают как во время ангины, так и вне обострения хронического тонзиллита.
3. Сердцебиение, нарушения сердечного ритма.
4. Субфебрильная температура (длительная).
5. Функциональные нарушения острого или хронического инфекционного характера почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем, регистрируемые клинически и с помощью функциональных и лабораторных исследований.

Сопряженные заболевания

Сопряженные заболевания имеют единые с хроническим тонзиллитом этиологические и патогенетические факторы.

Местные

1. Паратонзиллярный абсцесс.
2. Парафарингит.
3. Фарингит.

Общие

1. Острый и хронический тонзиллогенный сепсис.
2. Ревматизм, инфекционный артрит, приобретенные заболевания сердца, мочевыделительной системы, суставов и других органов и систем инфекционно-аллергической природы.

Классификация хронического тонзиллита (по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

Хронический тонзиллит

Простая форма

Токсико-аллергическая
форма

Сопутствующие заболевания

- Простая форма характеризуется местными признаками и у 96% больных — ангинами в анамнезе

Классификация хронического тонзиллита
(по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

Хронический тонзиллит

←
Простая форма:
Сопутствующие
заболевания

Простая форма
характеризуется
местными признаками и у
96% больных — ангинами
в анамнезе

→
Токсико-аллергическая
форма
← I степень → II степень

I степень характеризуется
признаками простой формы
общими токсико-аллергическими
явлениями и наличием
сопутствующих заболеваний

II степень характеризуется
признаками I степени с более
выраженными токсико-
аллергическими явлениями и
наличием **сопутствующих и
сопряженных заболеваний**
При наличии сопряженного
заболевания всегда
диагностируется II степень.

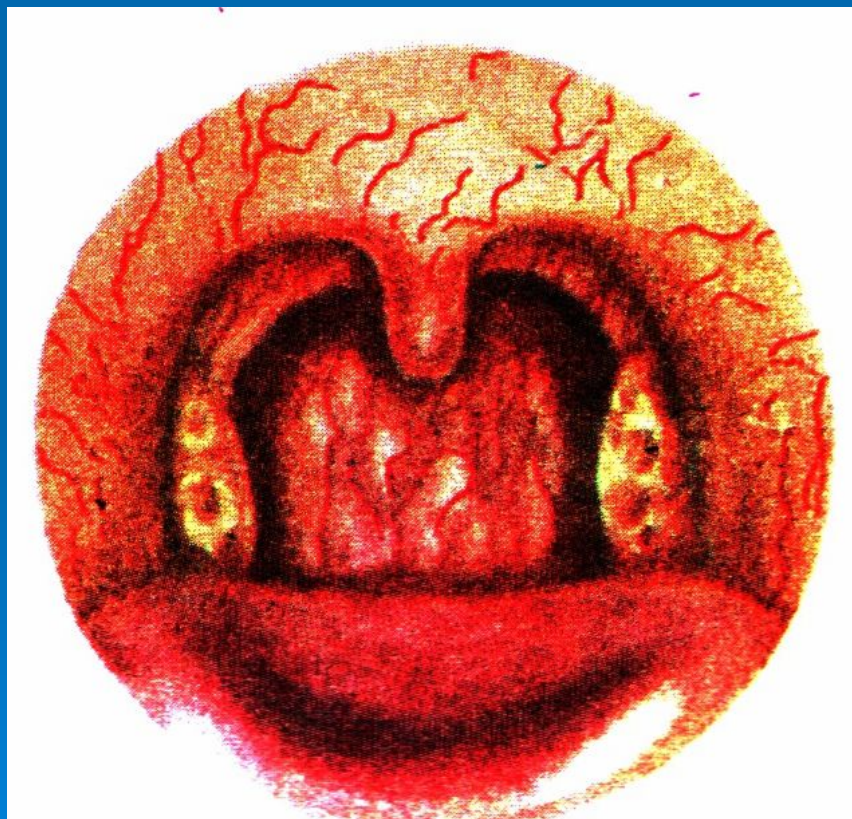
Классификация хронического тонзиллита (по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

Местные признаки:

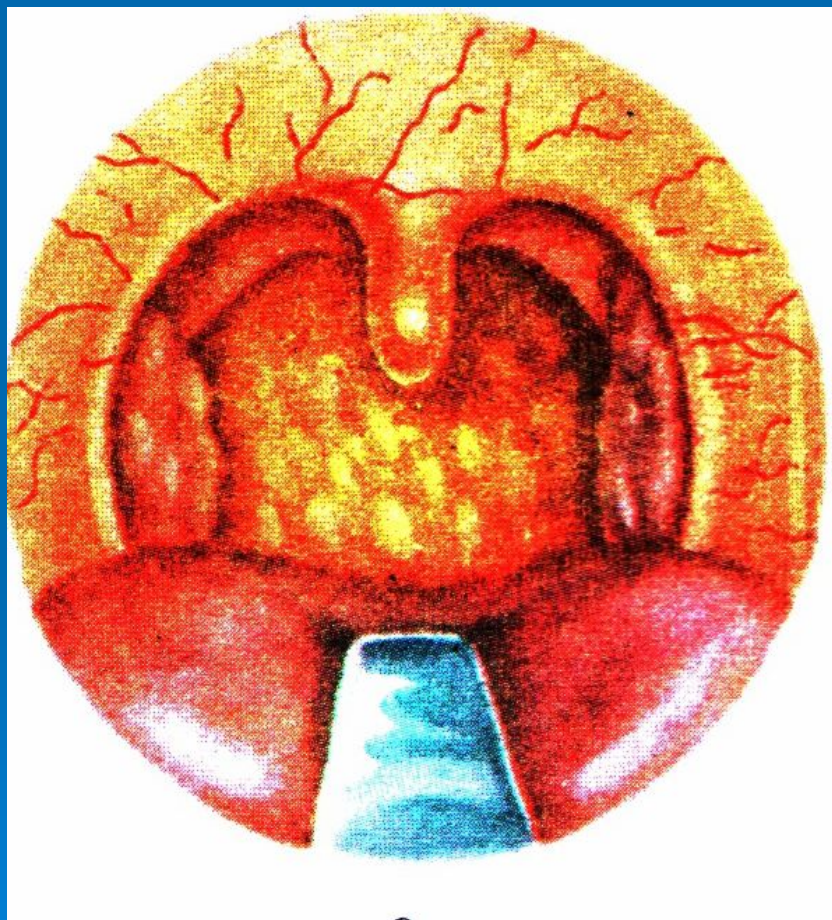
1. Жидкий гной или казеозно-гнойные пробки в лакунах; подэпителиально расположенные гнойные фолликулы, разрыхленная поверхность миндалин.
2. Признак Гизе — стойкая гиперемия краев передних дужек.
3. Признак Зака — отечность краев верхних отделов небных дужек.
4. Признак Б. С. Преображенского — инфильтрация и гиперплазия краев передних дужек.
5. Сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой.
6. Увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов.
7. Болезненность при пальпации регионарных лимфатических узлов.

Сопутствующие заболевания не имеют единой этиологической и патогенетической основы с хроническим тонзиллитом, патогенетическая связь осуществляется через общую и местную реактивность.

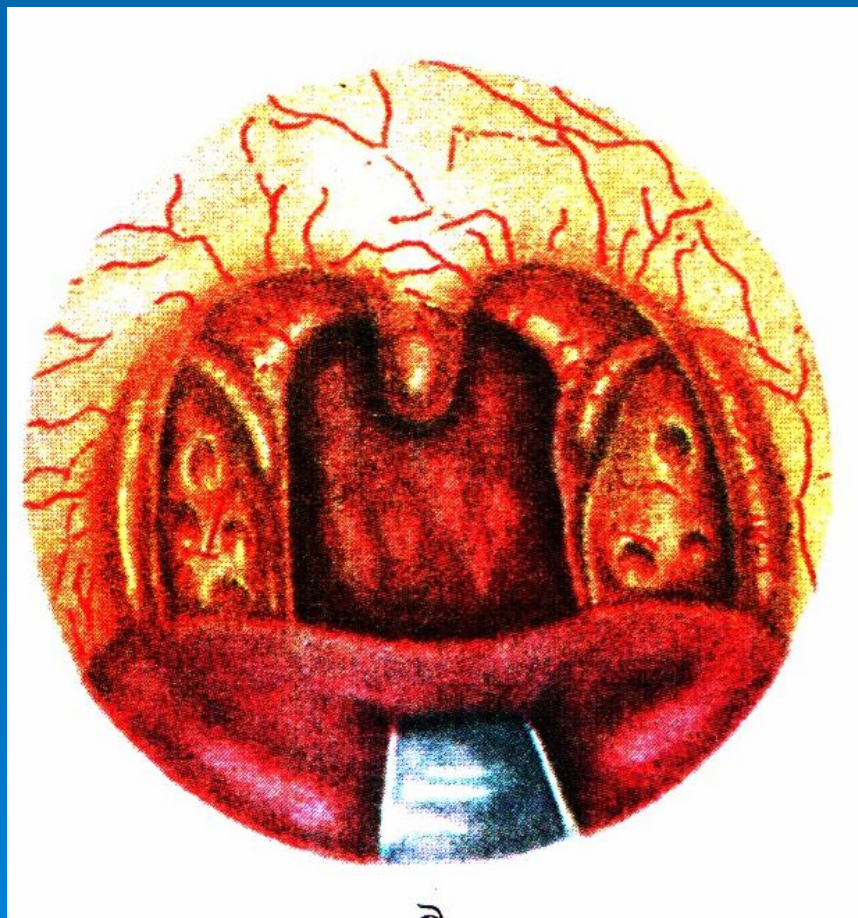
ПРИЗНАК ГИЗЕ



ПРИЗНАК ЗАКА



ПРИЗНАК ПРЕОБРАЖЕННОГО



Классификация хронического тонзиллита (по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

Токсико-аллергические признаки I степени

- Субфебрильная температура (периодическая).
- Тонзиллогенная интоксикация периодические или постоянные слабость, разбитость, недомогание, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, плохое самочувствие.
- Периодические боли в суставах.
- Шейный лимфаденит.
- Функциональные нарушения сердца в виде болей являются только в период обострения хронического тонзиллита и не определяются при объективном обследовании (ЭКГ и др.).
- Отклонения в лабораторных данных (показатели крови и иммунологические) неустойчивы и нехарактерны.

Классификация хронического тонзиллита (по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

Токсико-аллергические признаки II степени

- Функциональные нарушения сердечной деятельности, регистрируемые на ЭКГ.
- Боли в области сердца бывают как во время ангины, так и вне обострения хронического тонзиллита.
- Сердцебиение, нарушения сердечного ритма.
- Субфебрильная температура (длительная).
- Функциональные нарушения острого или хронического инфекционного характера почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем, регистрируемые клинически и с помощью функциональных и лабораторных исследований.

Сопряженные заболевания

Сопряженные заболевания имеют единые с хроническим тонзиллитом этиологические и патогенетические факторы.

Классификация хронического тонзиллита (по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

ОСЛОЖНЕНИЯ

Местные

1. Паратонзиллярный абсцесс
2. Парафарингит
3. Фарингит

Классификация хронического тонзиллита (по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)

ОСЛОЖНЕНИЯ

Общие:

1. Острый и хронический тонзиллогенный сепсис
2. Ревматизм, инфектоартрит, приобретенные заболевания сердца, мочевыделительной системы, суставов и других органов и систем инфекционно-аллергической природы

