

Заболевания глотки. Методы исследования.

Инородные тела ГЛОТКИ

Инородные тела глотки встречаются достаточно часто. **Попаданию их в глотку способствует:**

- невнимательное отношение к приему пищи;
- отсутствие зубов, наличие протезов у пожилых людей;
- недосмотр за маленькими детьми;
- при выполнении медицинских манипуляций в полости рта и др.

Инородные тела могут быть различной природы: куски не пережеванной пищи, кости при употреблении рыбных и мясных продуктов, фрагменты зубных протезов, гвозди, булавки, куски дерева, мелкие игрушки, тампоны, обломки медицинских игл и т. д. Возможно попадание живых инородных тел при купании и питье воды из открытых водоемов.

В зависимости от формы и величины инородные тела могут задерживаться в лакунах, в толще ткани миндалина, в боковом валике, грушевидном синусе или при больших размерах закрывать просвет гортаноглотки. В некоторых случаях инородные тела попадают в носоглотку из полости носа.

Симптомы наличия инородного тела глотки зависят от его размеров и локализации:

- болезненное глотание, колющая, режущая боль;
- кашель, поперхивание;
- слюнотечение, позывы на рвоту;
- затруднение дыхания, внезапная асфиксия;
- признаки воспалительного процесса слизистой глотки.

Диагноз ставится на основании анамнестических данных, осмотра соответствующего отдела глотки, рентгенограммы или пальцевого исследования. Лечение состоит в удалении инородного тела с помощью пинцета, корнцанга, ушных или гортанных щипцов. После удаления раневую поверхность следует обработать раствором Люголя, рекомендовать щадящий режим питания и полоскание горла после еды дезинфицирующими средствами. Категорически запрещается при подозрении на инородное тело глотать сухие корки, так как это может привести к более глубокому проникновению предмета и развитию осложнений.

При введении крупного инородного тела, вызвавшего затруднение дыхания, необходимо осмотреть полость рта и гортаноглотку и нажатием на корень языка вызвать рвотный рефлекс для удаления предмета. При отсутствии эффекта необходима экстренная госпитализация. В стационаре после проведения гипотарингоскопии и местной анестезии извлекают инородное тело с помощью гортанных щипцов.

При глубоком введении инородного тела в мягкие ткани глотки требуется оперативное вмешательство.

Ожоги глотки

Ожоги глотки различают термические и химические. Чаще встречается сочетание этой патологии с ожогами полости рта, пищевода, желудка, входа в гортань. Тяжесть поражения этих органов предварительно можно оценить по состоянию слизистой оболочки глотки. Более тяжелыми бывают последствия химических ожогов. Различают три степени поражения:

- **1 степень** - резкая гиперемия и отек слизистой, умеренная болезненность;
- **2 степень** - наличие налетов бело-серого цвета, напоминающих пленку, изъязвление слизистой, резкое затруднение глотания;
- **3 степень** - некротический налет с поражением глубоких тканей, затруднение дыхания до асфиксии за счет отека входа в гортань, сильная боль, слюнотечение, невозможность глотания, общее тяжелое состояние.

Неотложная помощь:

- при термических ожогах - сосание кусочков льда или питье холодной жидкости, полоскание полости рта и глотки слабым раствором перманганата калия, срочная консультация специалиста для решения вопроса о дальнейшем лечении.
- при химических ожогах - в качестве неотложной помощи дать выпить 5-6 стаканов воды с добавлением молока или сырого яичного белка, вызвать рвоту, повторить промывание. Если на месте удастся установить характер химического вещества, некоторые клиники рекомендуют использовать нейтрализующие средства - при ожогах щелочами промывать слизистую слабым раствором кислоты (уксусной, лимонной), при ожогах кислотами - 2% раствором гидрокарбоната натрия. Необходима срочная госпитализация пациента для проведения дезинтоксикационной, противошоковой терапии, противовоспалительного лечения и предупреждения образования рубцов.

Аденоидные разрастания

Аденоиды, представляющие собой лимфоидные образования, еще называются носоглоточной миндалиной. В норме эта миндалина, как и нёбные миндалины, небольшая. Но функция у нее весьма ответственная - она служит барьером для инфекции. Среди ученых-медиков нет единого мнения, по каким причинам аденоиды и нёбные миндалины разрастаются. Но явно прослеживается "порочный круг": чем чаще ребенок страдает простудными заболеваниями, тем сильнее увеличиваются у него миндалины и аденоиды; и в свою очередь, чем сильнее увеличены аденоиды и миндалины, тем чаще ребенок страдает простудными заболеваниями. Порой вырваться из этого "порочного круга" бывает нелегко. И в этом вам должны помочь участковый педиатр и другие специалисты.

Различают увеличение аденоидов трех степеней: I, II и III. При III степени аденоидные разрастания практически закрывают выход из носа в носоглотку.

В спокойном состоянии аденоидные вегетации небольшие. Они сильно увеличиваются, когда воспаляются и отекают. Именно тогда и начинаются разнообразные осложнения. И именно тогда (чаще всего) вашему ребенку ставят диагноз - аденоидит.

Попробуйте промывания носа и носоглотки - только нескольких промываний иногда бывает достаточно, чтобы привести носоглотку в порядок. Для промывания носа и носоглотки можно использовать простую теплую (температуры тела) воду из-под крана. Можно использовать для промываний морскую воду (сухая морская соль продается в аптеках; размешать 1,5-2 чайные ложки соли на стакан теплой воды, профильтровать). Можете приготовить приблизительный к морской воде раствор (размешать в стакане теплой воды чайную ложку поваренной соли, чайную ложку пищевой соды и добавить 1-2 капли йода). Можно использовать для промываний и отвары трав - например, ромашки. Можно чередовать: ромашка, шалфей, зверобой, календула, лист эвкалипта...

ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ (аденоидов)

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоидов) чаще наблюдается у детей от 3 до 7 лет, но может встречаться в возрасте одного года и после периода полового созревания, к концу которого аденоиды обычно атрофируются. Аденоиды обладают высокой иммунологической активностью, особенно у детей до 5 лет, поэтому частые простудные заболевания, перенесенные детские инфекции (корь, скарлатина, дифтерия) служат толчком к разрастанию аденоидов.

Различают три степени увеличения аденоидов:

- 1 степень - сошник и хоаны закрыты на $1/3$;
- 2 степень - сошник и хоаны закрыты на $1/2$;
- 3 степень - сошник и хоаны закрыты на $2/3$.

Симптомы при увеличении аденоидов:

- постоянное затруднение носового дыхания;
- беспокойный сон и храп по ночам;
- частые простудные заболевания, затяжные риниты;
- снижение слуха; нечистая гнусавая речь;
- повторные воспалительные заболевания среднего уха;
- деформация лицевого скелета в виде характерного "аденоидного" лица, развитие высокого готического неба и неправильного расположения зубов, нарушающего прикус;
- деформация грудной клетки - "куриная грудь";
- расстройства нервной системы, в том числе, ночное недержание мочи;
- головные боли, невозможность сосредоточить внимание на умственной работе;
- увеличение слепого пятна на глазном дне;
- развитие анемии.

Лечение гипертрофии глоточной миндалины (аденоидов)

Выбор способа лечения зависит от размеров аденоидов, частоты воспалительных процессов и наличия осложнений. Можно выделить три способа лечения:

1 способ - консервативное лечение, которое проводится при 1-2 степени увеличения аденоидов в период воспалительного процесса или при наличии противопоказаний для проведения операции. Аденоидит - острое воспаление глоточной миндалины лечится по принципу острого ринита. Использование при этом бактериального ли-зата ИРС19 приводит к ускорению выздоровления и снижению количества рецидивов заболевания. Иммуностимулирующая терапия должна проводиться как во время обострения, так и вне его. Современные иммуностимулирующие корректоры (тимолин, тимоптин, вилозен) рекомендуется назначать после иммунологического обследования. Показано применение природных стимуляторов: эхиноцеи, ромашки, чеснока, прополиса, пантокрин. Вне обострения рекомендуется введение в нос вяжущих средств, ультрафиолетовое облучение миндалины.

2 способ - климатическое лечение. Пребывание ребенка на морском побережье - купание, промывание носоглотки морской водой, солнечные ванны, витаминотерапия. Климатотерапия повышает защитные силы организма и приводит к сокращению количества рецидивов и уменьшению размеров аденоидов.

3 способ - оперативное лечение - аденотомия. Желательно проводить операцию детям старше 5-7 лет. **Показания:**

- увеличение аденоидов до 2-3 степени, вызывающее стойкое затруднение носового дыхания;
- отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения;
- развитие нарушений общего и местного характера (отиты, хронический тонзиллит, деформация лицевого скелета и др.)

Противопоказанием для аденотомии являются:

- заболевания крови с нарушением свертываемости;
- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы;
- острые инфекционные заболевания;
- очаги гнойной инфекции - кариозные зубы, пиодермия и т. д.

Гипертрофия нёбных миндалин

Принято различать три степени гипертрофии нёбных миндалин.

В том случае, когда миндалина занимает 1/3 часть пространства от передней дужки до средней линии глотки, мы говорим о **гипертрофии I степени**;

когда миндалина занимает 2/3 указанного пространства, мы имеем дело с **гипертрофией II степени**;

когда же миндалина доходит до средней линии, - это **гипертрофия III степени**.

В любом случае увеличенные миндалины занимают часть пространства и тем самым могут препятствовать (в той или иной мере) как продвижению пищи, так и дыханию. Обычно гипертрофия нёбных миндалин сочетается с аденоидными разращениями.

Гипертрофированные миндалины бледные, при надавливании мягкие, налетов на их поверхности нет, как нет и "пробок" в лакунах.



Если миндалины увеличены не сильно (например, гипертрофия I степени) и в них отсутствуют воспалительные явления, то никакого особого лечения не требуется. Можно время от времени смазывать миндалины 3%-ным раствором колларгола, или прополисным маслом, или полоскать горло растворами пищевой соды, фурациллина, отварами трав.

Но если гипертрофия значительная (бывает, что миндалины и смыкаются), и ребенку трудно проглатывать даже жидкую пищу, трудно дышать, рекомендуется хирургическое лечение - так называемая тонзиллотомия; эта операция представляет из себя частичное подрезание нёбных миндалин. Очень часто тонзиллотомия делается одновременно с аденотомией (удаление аденоидов).

Довольно часто с течением лет гипертрофированные нёбные миндалины и разросшиеся аденоиды уменьшаются; ребенок как бы "перерастает" их.

Острый фарингит

Острый фарингит - острое воспаление слизистой оболочки редко встречается, как самостоятельное заболевание. Чаще он является следствием респираторно-вирусной инфекции или результатом распространения бактериальной флоры из полости носа, с миндалин или кариозных зубов.

Причины развития фарингита могут быть следующие:

- общее или местное переохлаждение;
- раздражение слизистой оболочки выделениями, стекающими из околоносовых пазух;
- воздействие вредных примесей, находящихся в воздухе - пыль, газы, табачный дым;
- острые инфекционные заболевания;
- болезни внутренних органов - почек, крови, желудочно-кишечного тракта и др.

Клинические проявления острого фарингита следующие:

- сухость, першение, саднение в глотке;
- умеренная болезненность при глотании;
- иррадиация болей в ухо;
- снижение слуха - "заложенность" ушей, пощелкивание в ушах при распространении процесса в носоглотку и устье слуховых труб;
- слабо выраженные признаки интоксикации, субфебрильная температура.

При орофарингоскопии отмечается:

- гиперемия и умеренная припухлость задней стенки глотки;
- утолщенные гиперемизированные фолликулы, отечные боковые валики;
- слизисто-гнойное отделяемое на задней стенке глотки при наличии бактериального возбудителя.

Выраженные формы острого фарингита сопровождается регионарным лимфаденитом.

Лечение острого фарингита включает:

- санацию хронических очагов инфекции;
- устранение раздражающих факторов;
- щадящий режим питания;
- обильное теплое питье;
- тепло-влажные ингаляции с добавлением эфирных масел, соды;
- орошение задней стенки теплыми дезрастворами: фурацилина, хлорофилипта, гексора-ла, повидон йода, отварами трав;
- аэрозолями: "Каметон", "Ингалипт", "Пропосол", ИРС19;
- оросептики для рассасывания "Фарингосепт", "Септолете", "Стрепсилс".
- смазывание задней стенки глотки масляными растворами, раствором Люголя;
- противовирусные средства: интерферон, ремантадин и др.

Профилактика острого фарингита состоит в проведении следующих мероприятий: закаливающих процедур; восстановления носового дыхания; устранения раздражающих факторов.

Хронический фарингит

Хронический фарингит в зависимости от характера воспалительного процесса подразделяется на:

- катаральный (простой),
- гипертрофический (гранулезный и боковой) и
- атрофический и комбинированный (смешанный).

Причины развития хронических фарингитов:

- внешние раздражающие факторы;
- наличие очагов инфекции в области носа, околоносовых пазух, полости рта и миндалин;
- нарушение обменных процессов (у детей диатез, у взрослых диабет и т.д.);
- застойные явления при заболевании внутренних органов.

Симптомы хронического фарингита

Субъективные признаки различных форм фарингита в значительной мере идентичны:

- сухость, жжение, зуд в глотке;
- болезненность при "пустом глотке";
- ощущение инородного тела;
- иррадиация болей в уши;
- скопление вязкого слизистого отделяемого, особенно по утрам.

Диагноз хронического фарингита ставится преимущественно на основании данных фарингоскопии:

- при катаральной форме отмечается гиперемия слизистой оболочки, ее утолщение, усиление сосудистого рисунка;
- при гипертрофической форме - на припухшей и гиперемированной слизистой задней стенки глотки видны отдельные красные зерна (гранулы), увеличение и отечность боковых валиков;
- при атрофической форме слизистая оболочка сухая истонченная, блестящая, бледная, иногда покрыта вязкой слизью или корками.

Лечение зависит от формы и стадии заболевания и, прежде всего, должно быть направлено на устранение причин заболевания.

Местное лечение заключается в назначении орошения, ингаляции, пульверизации и смазывания лекарственными средствами, соответствующими форме заболевания. При атрофическом фарингите используют щелочные и масляные препараты. При гипертрофическом фарингите слизистую оболочку обрабатывают 1-5% раствором колларгола, протаргола или ляписа, новокаиновые блокады. При выраженной гипертрофии применяют криовоздействие (замораживание) на гранулы и боковые валики.

Ангина (острый тонзиллит)

Ангина - это инфекционное заболевание, при котором воспаляются нёбные миндалины. Возбудителями ангины могут быть стрептококки, стафилококки и другие микробы. Ангина - заболевание всего организма. И чревата ангина серьезными осложнениями со стороны сердца, суставов, почек.

Принято различать несколько видов ангин: катаральную, лакунарную и фолликулярную.

При всех видах ангин заболевший жалуется на боль в горле, а также на головную боль, на общую слабость, ощущение "разбитости". Голос у него становится характерный - ангинозный. Повышается температура - и иногда до высоких цифр (39-40°C). Нёбные миндалины увеличиваются. Они как бы разрыхлены, отмечается их гиперемия (покраснение). На поверхности миндалин и в лакунах - налеты. Близлежащие лимфатические узлы (подчелюстные, шейные и др.) увеличены и болезненны на ощупь.

Лечение ангины

Медикаментозное лечение: сульфаниламидные препараты внутрь, антибиотики в виде аэрозолей; при тяжелых формах ангины - антибиотики внутрь или в инъекциях.

Мероприятия направлены на понижение температуры, на устранение боли в горле - **симптоматическое лечение.**

Большое значение имеют полноценное питание и витаминотерапия (главным образом витамины А, С, Е). Блюда необходимо давать жидкие или полужидкие. Рекомендуются обильное теплое питье.

Если диагноз ангины подтвержден, постельный режим обязателен. Но ни в коем случае нельзя делать при ангине глубокое прогревание горла - имеются в виду согревающие компрессы.

Лучше всего чередовать средства для полоскания в течение дня.

Вот на увеличенные шейные лимфатические узлы можно и нужно ставить согревающие компрессы - водочные или с использованием камфарного и растительных масел.

Заболевший человек должен быть изолирован от окружающих.

Катаральный тонзиллит

Катаральный тонзиллит - самая легкая форма заболевания, имеющая следующие клинические признаки:

- ощущение жжения, сухости, першения в горле;
- болезненность при глотании слабо выраженная;
- температура субфебрильная;
- умеренно выраженная интоксикация;
- увеличение регионарных лимфатических узлов.

Продолжительность заболевания 3-5 дней.

При фарингоскопии определяется:

- разлитая гиперемия миндалин и небных дужек;
- небольшое увеличение миндалин;
- местами определяется пленка слизисто-гнойного экссудата.

Фолликулярный тонзиллит

Фолликулярный тонзиллит имеет следующие признаки:

- начало острое с повышения температуры до 38-39°;
 - сильная боль в горле при глотании;
 - иррадиация боли в ухо;
 - интоксикация выражена, особенно у детей, - снижение аппетита, рвота, помрачение сознания, явления менингизма;
 - значительные гематологические изменения - нейтрофильный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ;
 - увеличение и болезненность региональных лимфатических узлов.
- Продолжительность заболевания 5-7 дней.

При фарингоскопии определяется:

- выраженная гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек;
- увеличение и гиперемия миндалин, бугристая поверхность;
- множественные желтовато-белые точки величиной 1-3 мм (гнойные фолликулы) на 3-4 день болезни.

Лакунарный тонзиллит

Воспаление развивается в обеих миндалинах, на одной стороне может быть картина фолликулярной, а на другой - лакунарной.

Клинически признаки лакунарного тонзиллита следующие:

- сильная боль в горле при глотании пищи и слюны;
- иррадиация боли в ухо;
- озноб, повышение температуры тела до 39-40°;
- слабость, разбитость, нарушение сна, головная боль;
- боль в пояснице, суставах, в области сердца;
- выраженные гематологические изменения;
- увеличение и болезненность регионарных л/у и селезенки.

Продолжительность заболевания 10-12 дней.

При фарингоскопии определяются: выраженная гиперемия и увеличение миндалин; желтовато-белые налеты, расположенные в устьях лакун, которые легко-снимаются шпателем; островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндалин.

Флегмонозный тонзиллит

Флегмонозный тонзиллит характеризуется гнойным расплавлением ткани внутри миндалины - образованием флегмоны.

Причины, способствующие формированию процесса могут:

- снижение иммунных сил организма;
- вирулентность возбудителя;
- травма миндалины инородным телом или при медицинских манипуляциях;
- развитие спаек в глубине миндалины с затруднением оттока содержимого.

Клинические признаки флегмонозной ангины могут быть сходными с проявлениями лакунарного тонзиллита, небольшие абсцессы могут протекать почти бессимптомно. В более тяжелых случаях отмечается нарастание боли с одной стороны, затруднение глотания, ухудшение общего состояния.

При фарингоскопии определяется: увеличение одной миндалины, гиперемия, напряжение; болезненность при надавливании шпателем; наличие флюктуации при созревшей флегмоне. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны на стороне поражения.

Паратонзиллит

Паратонзиллит в большинстве случаев является осложнением ангины у больных хроническим тонзиллитом и возникает в результате проникновения вирулентной инфекции в околоминдаликовую клетчатку.

Причины паратонзиллита снижение иммунитета и неполноценное лечение ангины. Распространение воспалительного процесса за пределы капсулы миндалина свидетельствует о прекращении ее защитного действия, то есть о переходе в стадию декомпенсации.

Симптомы паратонзиллита:

- постоянная боль при глотании, усиливающаяся при попытке проглотить слюну;
- иррадиация боли в ухо, зубы;
- возникновение тризма - спазма жевательной мускулатуры;
- невнятная, гнусавая речь;
- вынужденное положение головы (набок);
- выраженная интоксикация - головная боль, чувство разбитости, фебрильная температура; значительные изменения крови.

Паратонзиллярный абсцесс

Паратонзиллярный абсцесс - это нагноение тканей, окружающих небную миндалину. В результате происходит образование полости, заполненной гноем в околоминдаликовой клетчатке.

Паратонзиллярный абсцесс является прямым следствием паратонзиллита и представляет собой довольно грозное осложнение ангины, которое может стать причиной развития флегмоны шеи, нарушения целостности крупных сосудов шеи и последующего кровотечения, нефрита, сепсиса и т.д.

Паратонзиллит возникает, когда инфекция проникает за пределы миндаликовой капсулы. Паратонзиллит с последующим абсцедированием может, однако, быть не только осложнением ангины, но и развиваться вследствие травмы или из-за распространения инфекции из кариозных зубов.

Симптомы паратонзиллярного абсцесса

- высокая температура тела;
- вялость, капризность;
- отказ больного от еды;
- сильная боль в горле - нельзя широко открыть рот (так называемый тризм), не может проглатывать плотную пищу;
- боль отдает в ухо на стороне поражения, может "маскироваться" под зубную боль;
- при осмотре видна несимметричность зева;
- язычок отечен, миндалина на стороне поражения воспалена, так как на миндалину давит скопившийся гной, она резко выступает в просвет зева;
- сквозь слизистую оболочку может наблюдаться несколько кверху и кнаружи от миндалины гнойное содержимое;
- часто наблюдается воспаление мягкого нёба;
- увеличены и болезненны близлежащие лимфоузлы (особенно подчелюстные и шейные).

Лечение паратонзиллярного абсцесса - только стационарное. Амбулаторное лечение сопряжено с большой вероятности опасных осложнений.

Если абсцесс не вскрылся сам, его вскрывают, обрабатывают раствором антисептика, вводят антибиотик. После вскрытия абсцесса необходимы частые полоскания горла растворами фурациллина, диоксидина, марганцово-кислого калия и др.

В больших дозах вводят внутримышечно антибиотики. Проводятся мероприятия, направленные на снижение температуры тела. Назначается физиотерапия, прогреваются регионарные лимфоузлы.

Заглотоочный абсцесс

Заглото́чный абсцесс представляет собой гнойное воспаление лимфатических узлов и рыхлой клетчатки между фасцией глотки и предпозвоночной фасцией, которые сохраняются у детей до четырехлетнего возраста. В младшем возрасте заболевание возникает в результате заноса инфекции в заглото́чное пространство при остром ринофарингите, ангине, острых инфекционных заболеваниях на фоне ослабленного иммунитета. У детей старшего возраста причиной заглото́чного абсцесса часто являются травмы задней стенки глотки.

Клинические проявления заболевания зависят от локализации гнойника, его размеров, состояния иммунитета, возраста ребенка. Однако заболевание всегда протекает тяжело, и ведущими симптомами являются боль в горле и затруднение дыхания:

- при высоком расположении абсцесса в носоглотке отмечается затруднение носового дыхания, гнусавость;
- при среднем расположении гнойника появляется шумное стридорозное дыхание, похрапывание, голос становится хриплым;
- при опускании абсцесса в гортаноглотку дыхание становится стенотическим, с участием вспомогательной мускулатуры, отмечается цианоз, периодически приступы удушья, вынужденное положение головы с запрокидыванием назад;
- боли в горле, отказ от пищи, беспокойство и повышение температуры характерны для всех видов локализации процесса.



При фарингоскопии наблюдается гиперемия и припухлость округлой формы на задней стенке глотки по средней линии или занимающая лишь одну сторону. При резко выраженном тризме у маленьких детей производят пальцевое исследование носоглотки и ротоглотки, при котором обнаруживают инфильтрат плотной консистенции или флюктуирующий. Регионарные лимфатические узлы значительно увеличены и болезненны.

Лечение заглоточного абсцесса. В стадии инфильтрации назначается консервативное лечение. При появлении признаков абсцедирования необходимо оперативное вмешательство - вскрытие абсцесса, которое для предупреждения аспирации проводят в горизонтальном положении с предварительной пункцией и отсасыванием гноя. Разрез делают в месте наибольшего выпячивания, сразу после глубокого вдоха, и опускают голову ребенка вниз. После вскрытия производят повторное разведение краев раны, орошение горла дезинфицирующими средствами, продолжают антибактериальное лечение.

Дифтерия

Это острое инфекционное заболевание, которым страдают в основном дети. Возбудитель заболевания - дифтерийная палочка, или палочка Леффлера, которая в процессе жизнедеятельности выделяет сильный токсин, и у заболевшего поражаются сердечно-сосудистая и нервная системы, а также появляются очаги местного воспаления - чаще всего на слизистой оболочке зева. Источник заражения - больной человек. Способ распространения инфекции - воздушно-капельный и через предметы (поскольку дифтерийная палочка довольно устойчива к воздействию факторов внешней среды). Однако не все инфицированные заболевают.

Воспалительные очаги при дифтерии возникают в тех местах, где палочка Леффлера поселилась; обычно это слизистая оболочка, выстилающая зев, гортань, глотку, носоглотку; реже - глаза, нос; это может быть и раневая поверхность на коже (также - места опрелостей, складки); у новорожденных бывает дифтерия пупочной ранки.

На слизистой образуется светло-серый пленчатый налет. Токсин проникает в глубь слизистой оболочки, достигает сосудов, поражает их и с током крови разносится по организму. От действия токсина страдает вегетативная нервная система, в частности тот аппарат, который регулирует деятельность сердца. В этом и кроется основная опасность дифтерии - из-за остановки сердца может наступить смерть.

Различают дифтерию локализованную, распространенную и токсическую (последняя протекает наиболее тяжело).

До 96% всех случаев дифтерии мы имеем дело с дифтерией зева. Инкубационный период дифтерии - до 8-10 дней. Затем повышается температура тела до 38 °С, слизистая оболочка зева становится красной, на ней появляются островки налетов - серовато-белых, гладких; причем налеты не снимаются шпателем (или чайной ложкой), а если их все-таки снять, то на их месте остается кровоточащая поверхность; иногда налеты сплошь покрывают слизистую оболочку зева и миндалин. Ткани в ротоглотке отекают, гиперемизированы (покрасневшие); миндалины из-за отека едва не смыкаются друг с другом. Однако при всей этой картине ребенок не отмечает особой болезненности в горле. Страдает и общее состояние (особенно при токсической дифтерии): ребенок жалуется на слабость, капризен, кожные покровы бледнеют, у заболевшего снижается артериальное давление, пульс неровный; нарастают симптомы интоксикации - головная боль, тошнота, рвота; увеличиваются шейные лимфатические узлы, при ощупывании они болезненны; за счет пастозности подкожной жировой клетчатки шея становится одутловатой.

Лечение дифтерии

Лечение дифтерии гортани проводится только в стационаре и включает:

- строгий постельный режим;
- проведение противоэпидемических мероприятий;
- введение противодифтерийной сыворотки по способу Безредко в дозах, соответствующих форме заболевания;
- оксигенотерапию;
- щелочно-масляные ингаляции для ускорения отделения пленок;
- вливание в гортань химотрипсина на изотоническом растворе;
- симптоматические средства;
- интубацию или трахеотомию при явлениях стеноза 3- 4 степени.

известно присутствие
(некротическая)

ангина

Симановского-
Венсана

Язвенно-пленчатая (некротическая) ангина Симановского-Венсана вызывается симбиозом бактерий - веретенообразной палочки и спирохеты полости рта, находящихся обычно в маловирулентном состоянии в складках слизистой оболочки полости рта.

Факторами, предрасполагающими являются:

- снижение общей и местной реактивности организма;
- перенесенные инфекционные заболевания;
- наличие кариозных зубов, болезней десен.

Клинические проявления заболевания следующие:

- температура тела повышается до субфебрильных цифр или может оставаться нормальной;
- боли в горле отсутствуют, отмечается ощущение неловкости, инородного тела при глотании;
- гнилостный запах изо рта, повышенное слюноотделение.
-

При фарингоскопии патологические изменения обнаруживаются на одной миндалине:

- в верхнем полюсе сероватый или желтоватый налет;
- после отторжения налета образуется глубокая язва с неровными краями и рыхлым дном.
- Регионарные узлы увеличены на стороне поражения, умеренно болезненны.

Продолжительность заболевания от 1 до 3 недель.

Лечение язвенно-некротической ангины проводится в инфекционном отделении стационара. При поступлении для уточнения диагноза проводится бактериологическое обследование.

Местное лечение включает: очищение язвы от некроза 3% раствором перекиси водорода; орошение глотки раствором перманганата калия, фурацилина; смазывание язвы настойкой йода, смесью 10% взвеси новарсенола в глицерине; внутримышечное введение пенициллина рекомендуется при тяжелом течении заболевания.

Сифилитическая ангина

Сифилитическая ангина встречается в последнее время достаточно часто. Заболевание вызывается бледной спирохетой.

Первичная стадия сифилиса в глотке может возникнуть при оральном сексе, при этом имеются следующие клинические проявления:

- незначительная болезненность при глотании на стороне поражения;
- на поверхности миндалины определяется красного цвета эрозия, язва или миндалина приобретает вид, как при остром тонзиллите;
- ткань миндалины при ощупывании плотная;
- наблюдается одностороннее увеличение лимфатических узлов.

Вторичный сифилис глотки имеет следующие характерные признаки:

- разлитой медно-красный цвет слизистой оболочки, захватывающий дужки, мягкое и твердое небо;
- папулезная сыпь круглой или овальной формы серовато-белого цвета;
- увеличение регионарных лимфатических узлов.

Третичный сифилис проявляется в виде ограниченной гуммозной опухоли, которая после распада образует глубокую язву с ровными краями и сальным дном с дальнейшим разрушением окружающих тканей при отсутствии лечения.

Лечение специфическое, местно назначается полоскание дезинфицирующими растворами.

Герпетический ТОНЗИЛЛИТ

Герпетический тонзиллит. Возбудителем является вирус Коксаки группы А. Чаще болеют дети, особенно младшего возраста.

Клинические проявления следующие: температура до 38-40С; боли в горле при глотании; головная боль, мышечные боли в области живота; рвота и жидкий стул отмечается у детей раннего возраста.

При фарингоскопии определяется: гиперемия слизистой оболочки глотки; мелкие пузырьки на гиперемированном основании в области мягкого неба, язычка, небных дужек, иногда на задней стенке глотки; образование язвочек на месте вскрывшихся пузырьков на 3-4 день заболевания.

Лечение герпетического тонзиллита проводится на дому и включает: изоляцию больного от окружающих, соблюдение санитарно-гигиенического режима; щадящий режим питания, обильное питье, богатое витаминами; орошение глотки растворами перманганата калия, фурацилина, повидон йода; обработка противовирусными средствами (интерферон); противовоспалительная терапия (парацетамол, нурофен и др.); дезинтоксикационная терапия показана у детей раннего возраста в тяжелых случаях, при этом необходима госпитализация.

Грибковый ТОНЗИЛЛИТ

Грибковый тонзиллит в последнее время получает широкое распространение по следующим причинам:

- снижение иммунитета у населения в целом;
- недостаточность иммунной системы у детей раннего возраста;
- перенесенные тяжелые заболевания, снижающие неспецифические защитные силы организма и изменяющие состав микрофлоры полых органов;
- длительное применение препаратов, подавляющих защитные силы организма (антибиотиков, кортикостероидов, иммунодепрессантов).

При бактериологическом исследовании грибкового тонзиллита обнаруживаются патогенные дрожжеподобные грибы типа *Candida*.

Характерные клинические проявления следующие: повышение температуры непостоянное; боли в горле незначительные, сухость, нарушение вкусовых ощущений; явления интоксикации слабо.

При фарингоскопии определяется: увеличение и небольшая гиперемия миндалин, ярко-белые, рыхлые творожистого вида налеты, которые легко снимаются без повреждения подлежащей ткани. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

Лечение грибкового тонзиллита проводится следующим образом: отмена антибиотиков широкого спектра действия;

- орошение глотки раствором хинозола, иодиола, гексорала;
- инсуффляция нистатина, леворина;
- смазывание пораженных участков 2% водными или спиртовыми растворами анилиновых красок - метиленовым синим и генциановым фиолетовым, 5% раствором нитрата серебра;
- нистатин, леворин, дифлюкан внутрь в дозировке, соответствующей возрасту;
- большие дозы витаминов С и группы В; иммуностимулирующие препараты, имудон; ультрафиолетовое облучение миндалин.

Ангина при инфекционном мононуклеозе

Ангина при инфекционном мононуклеозе характеризуется:

- озноб, повышение температуры до 39-40°C, головная боль;
- увеличение небных миндалин, картина лакунарной, иногда язвенно-некротической ангины;
- увеличение и болезненность шейных, подчелюстных лимфатических узлов;
- одновременное увеличение печени и селезенки;
- при исследовании крови рост количества мононуклеаров и сдвиг формулы влево.

Лечение больных проводится в инфекционном отделении, где назначается:

- постельный режим, пища, богатая витаминами;
- местное лечение: полоскание дезинфицирующими и вяжущими средствами;
- общее лечение: ведение антибиотиков для устранения вторичной инфекции, кортикостероидов.

Агранулоцитарная ангина

Агранулоцитарная ангина имеет клинические проявления:

- озноб, высокая температура - до 40 С, общее тяжелое состояние;
- резко выраженные боли в горле, отказ от приема пищи и воды;
- некротический грязно-серый налет, покрывающий слизистую оболочку глотки и полости рта;
- неприятный гнилостный запах изо рта;
- распространение некротического процесса в глубину тканей;
- в крови резко выраженная лейкопения и выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы вправо.

Лечение агранулоцитарной ангины проводится в гематологическом отделении:

- постельный режим, щадящая диета;
- тщательный уход за полостью рта;
- назначение кортикостероидов, пентоксила, витаминотерапия;
- пересадка костного мозга;
- борьба с вторичной инфекцией.

Хронический ТОНЗИЛЛИТ

Хронический тонзиллит - это хроническое воспаление небных миндалин. Такое воспаление встречается чаще, чем воспаление всех остальных миндалин вместе взятых. Заболевание поражает обычно детей школьного возраста от 12 до 15% и взрослых до 40 лет - от 4 до 10%. В основе этой патологии лежит инфекционно-аллергический процесс, который проявляется повторными ангинами и вызывает поражение многих органов и систем. Поэтому знание симптомов заболевания, своевременное выявление его и рациональное лечение поможет предупредить возникновение у пациентов осложнений и необходимость оперативного вмешательства.

Причины развития хронического тонзиллита:

- изменение реактивности организма;
- затруднение носового дыхания, искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, аденоиды;
- хроническая очаговая инфекция (синуситы, аденоидиты, кариозные зубы);
- перенесенные детские инфекции, повторные респираторно-вирусные заболевания, инфекции ЖКТ;
- наличие в небных миндалинах глубоких лакун, создающих благоприятные условия для развития вирулентной микрофлоры;
- ассимиляция чужеродного белка, токсинов микрофлоры и продуктов распада тканей в лакунах, способствующая местной и общей алергизации организма;
- обширные лимфатические и кровеносные пути, приводящие к распространению инфекции и развитию осложнений инфекционно-аллергического характера.

Хронический тонзиллит следует относить к собственно инфекционным заболеваниям, обусловленным в большинстве своем аутоинфекцией. По последним данным зарубежных и отечественных публикаций в этиологии хронического тонзиллита ведущее место занимает бета-гемолитический стафилококк группы А - у детей 30%, у взрослых 10-15%, затем золотистый стафилококк, гемолитический стафилококк, анаэробы, аденовирусы, вирус герпеса, хламидии и токсоплазмы.

Формы хронического тонзиллита, симптомы

Разнообразие местных и общих признаков хронического тонзиллита и связь их с другими органами вызывали необходимость систематизации этих данных. Существует несколько классификаций хронического тонзиллита. В настоящее время получила наиболее широкое признание классификация И.Б. Солдатова (1975 г.), разделяющая хронический тонзиллит на специфический (сифилис, туберкулез, склерома) и неспецифический, который в свою очередь делится на компенсированную и декомпенсированную форму.

Клинические проявления при хроническом тонзиллите следующие:

- больной вялый, бледный, быстро утомляется; отмечается повышенная его потливость;
- в течение многих дней может быть незначительное повышение температуры тела;
- миндалины несколько увеличены, не болезненны, поверхность их бугристая, в лакунах - жидкий гной или гнойные пробки светло-желтого цвета (иногда содержимое находится в глубине лакун, поэтому просто при осмотре не обнаруживается, но если слегка нажать на миндалину шпателем или ложечкой, содержимое выходит на поверхность миндалины);
- передние дужки - красноватые;
- близлежащие лимфатические узлы - подчелюстные, шейные, надключичные и др. - увеличены, плотные, могут быть даже слегка болезненными.

Лечение хронического тонзиллита

Принято различать компенсированный и некомпенсированный хронический тонзиллит.

При компенсированном хроническом тонзиллите назначается консервативное лечение, которое состоит из:

- регулярных промываний лакун миндалин и орошения миндалин растворами антисептиков - фурацилина, калия перманганата, метилурацила и др.; растворами антибиотиков - ампицилина, бензилпеницилина, левомецетина, стрептомицина; растворами сульфаниламидных препаратов - стрептоцида, этазола, норсульфазола;
- смазывания поверхности миндалин; для смазывания используются сок алоэ, пенициллин на глицерине, раствор Люголя (раствор йода в водном растворе калия йодида), раствор Люголя с глицерином, раствор грамицидина с глицерином (глицерин удерживает действующее вещество на поверхности миндалин в течение довольно продолжительного времени), цитралевое, персиковое, абрикосовое масло, любое растительное масло с прополисом и т.д.;

- курсов инъекций в миндалины и в ткани около миндалин (бензилпенициллин-натрий, стрептоцид, димедрол, никотиновая кислота, химотрипсин с новокаином и т.д.);
- дачи медикаментозных препаратов (димедрол, супрастин, глюконат кальция и др.);
- витаминотерапии (витамин А, витамины группы В, витамин С);
- физиолечения (УФО, УВЧ, ультразвук, электрофорез и т.д.).

Больной при компенсированном хроническом тонзиллите находится на диспансерном наблюдении; профилактическое лечение проводится не реже двух раз в год.

Если же у больного при хроническом тонзиллите появились признаки декомпенсации, показана тонзиллэктомия.

Тонзиллэктомия - это операция по удалению миндалин (не путать с тонзиллотомией; см. Гипертрофия нёбных миндалин). Показаниями для нее являются частые ангины, осложняющиеся паратонзиллярным абсцессом, и наличие так называемых метатонзиллярных осложнений - осложнений со стороны сердца, суставов, почек и т.д.

Делают тонзиллэктомию в стационаре под местным обезболиванием. При необходимости заодно с миндалинами удаляют аденоиды. После удаления миндалин больной наблюдается в отделении несколько дней. В недалеком прошлом тонзиллэктомию делали значительно чаще, чем ныне; теперь в арсенале современной медицины появилось достаточно высокоэффективных средств для того, чтобы декомпенсированный хронический тонзиллит перевести в компенсированный.