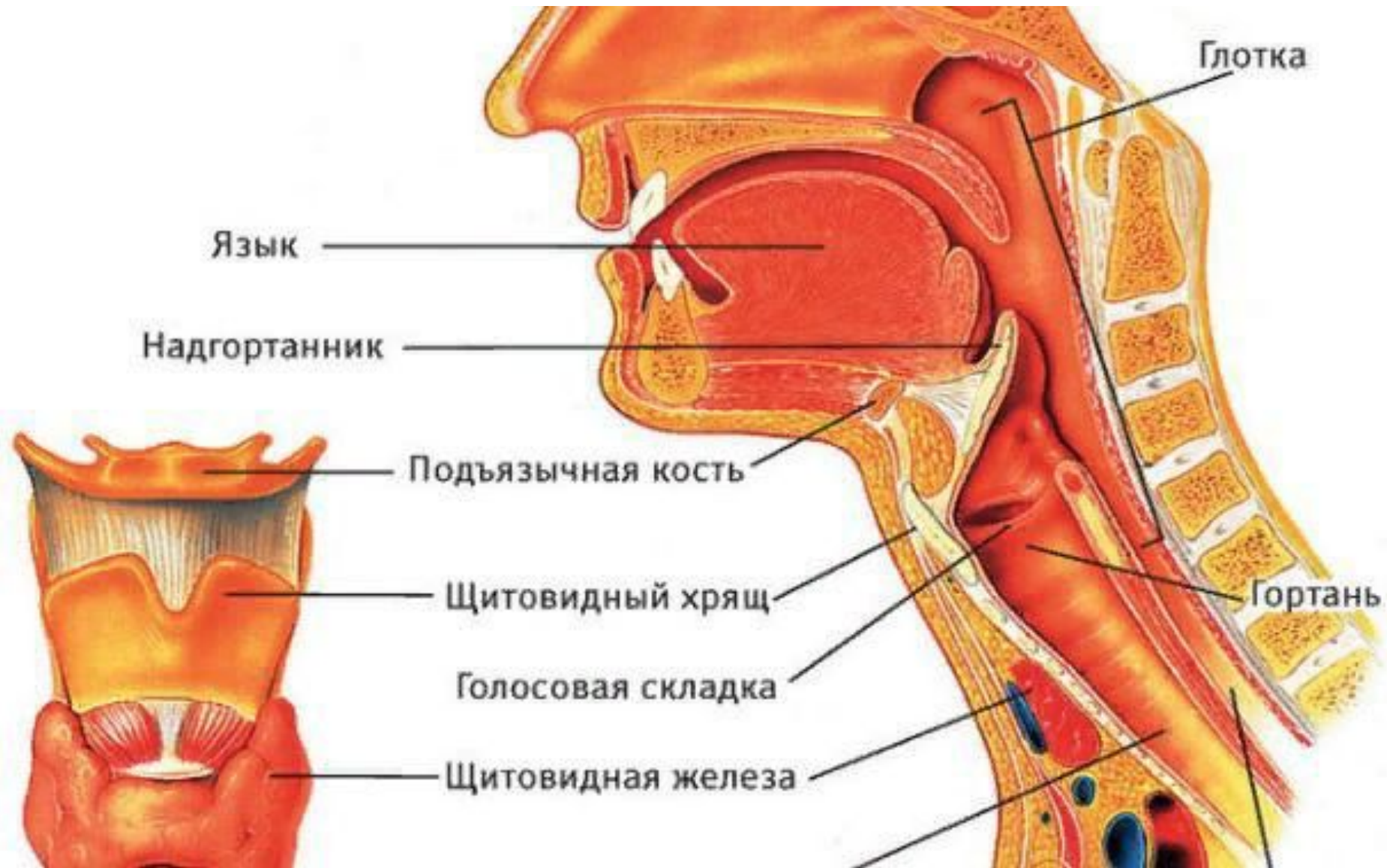


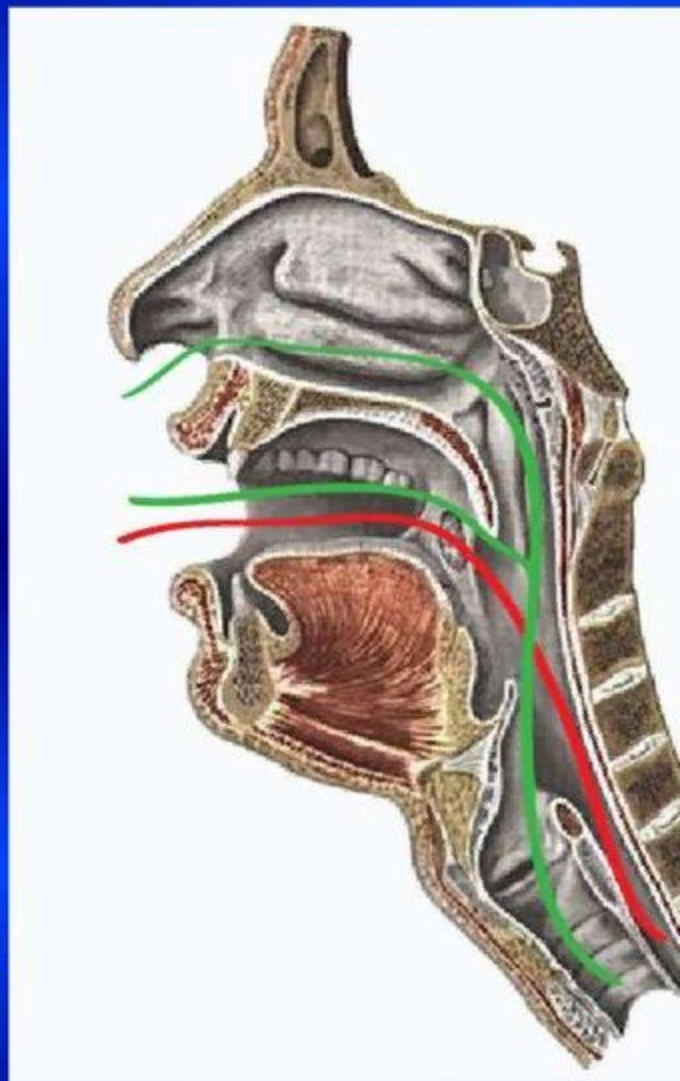
Глотка



Глотка

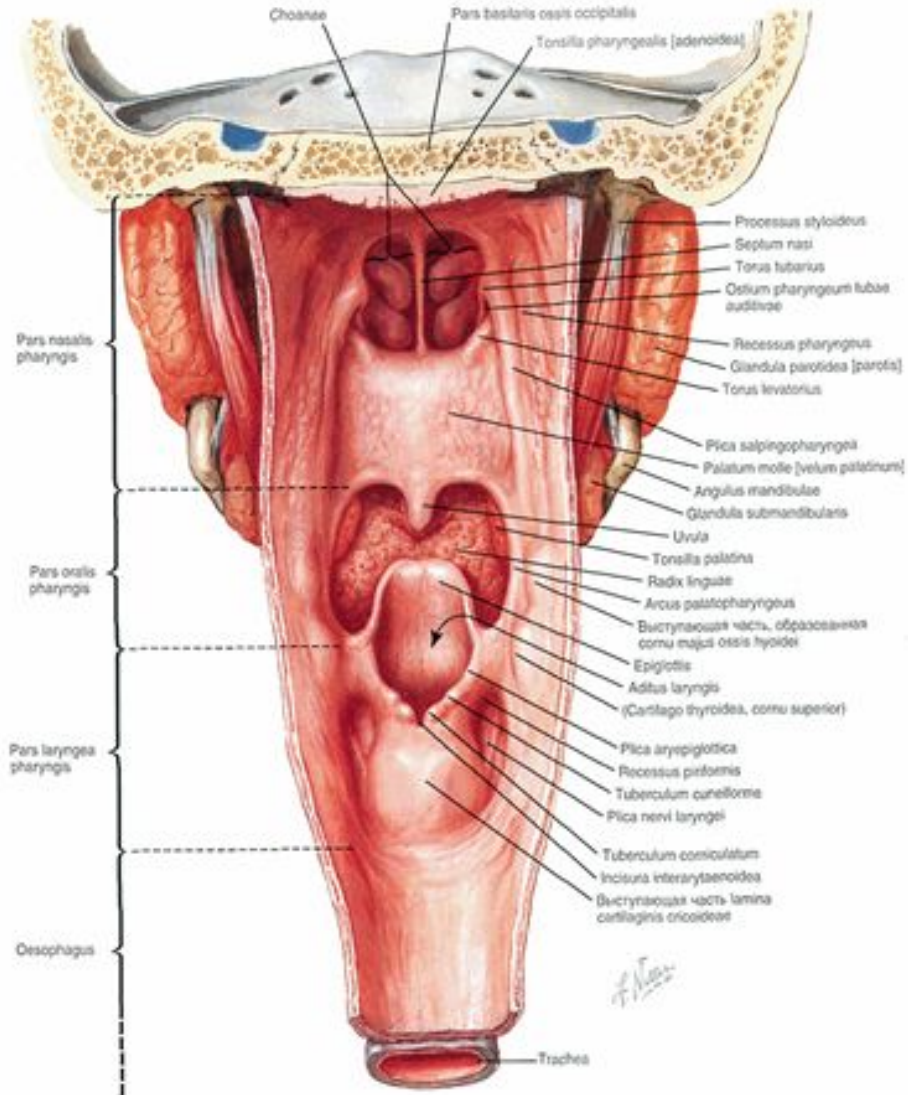
Глотка - полый орган, длиной 15 см.

- Глотка с помощью fascia pharyngobasilaris прикрепляется к основанию черепа и за счёт адвентиции сращена с окружающими фасциями (lamina parietalis f. endocervicalis). Позади глотки имеется заглоточное пространство.
- В глотке выделяют 3 части :
 - Носоглотка
 - Ротоглотка
 - Гортаноглотка.
- Стенки глотки:
 - верхняя,
 - задняя,
 - боковые
 - передняя (только в области гортаноглотки).



В области глотки осуществляется перекрест пищеварительного и дыхательного путей.

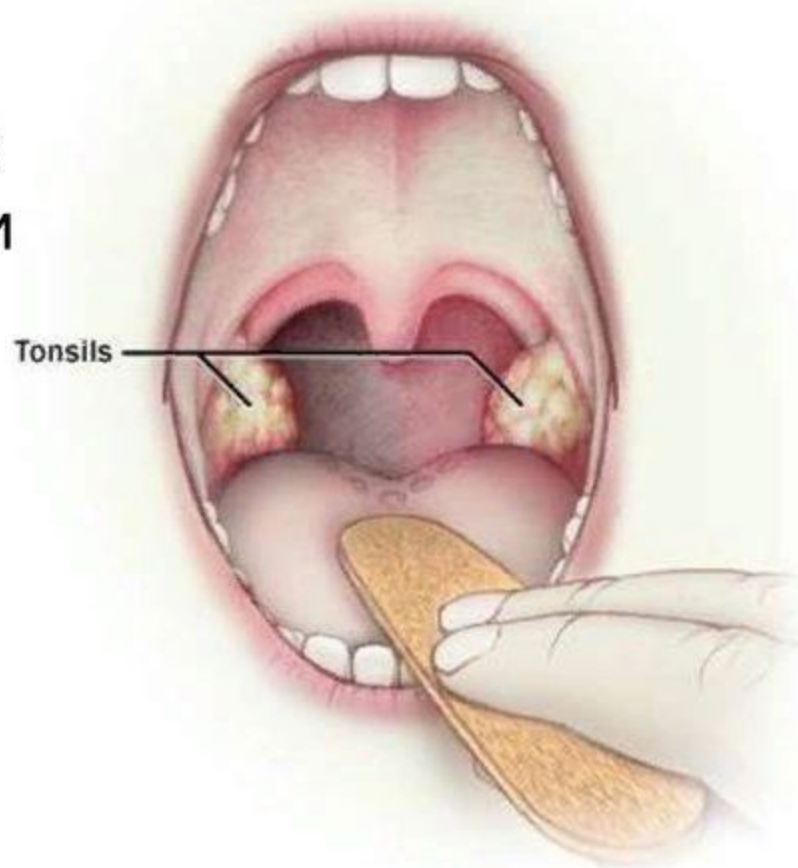
ГЛОТКА

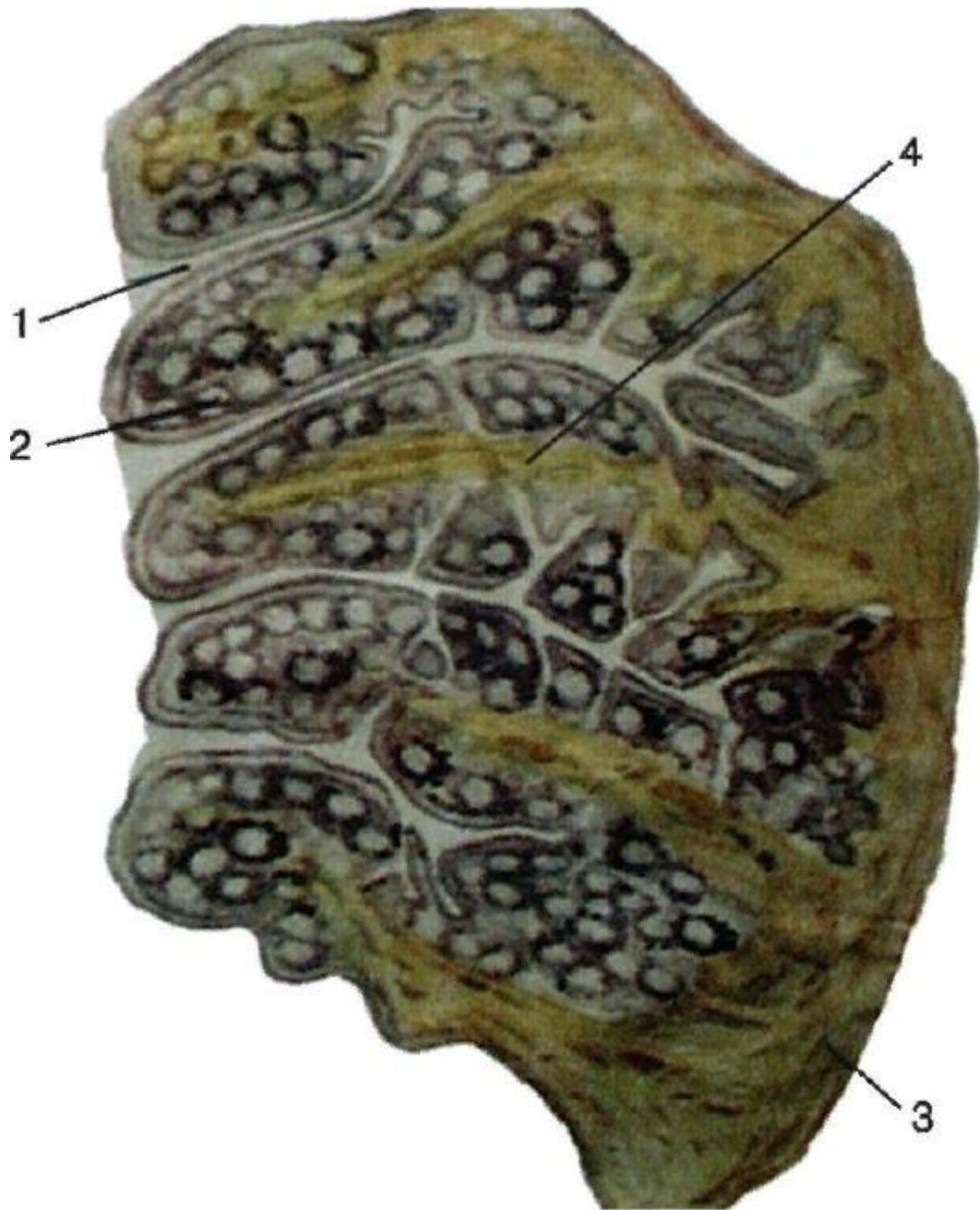


Заболевания глотки

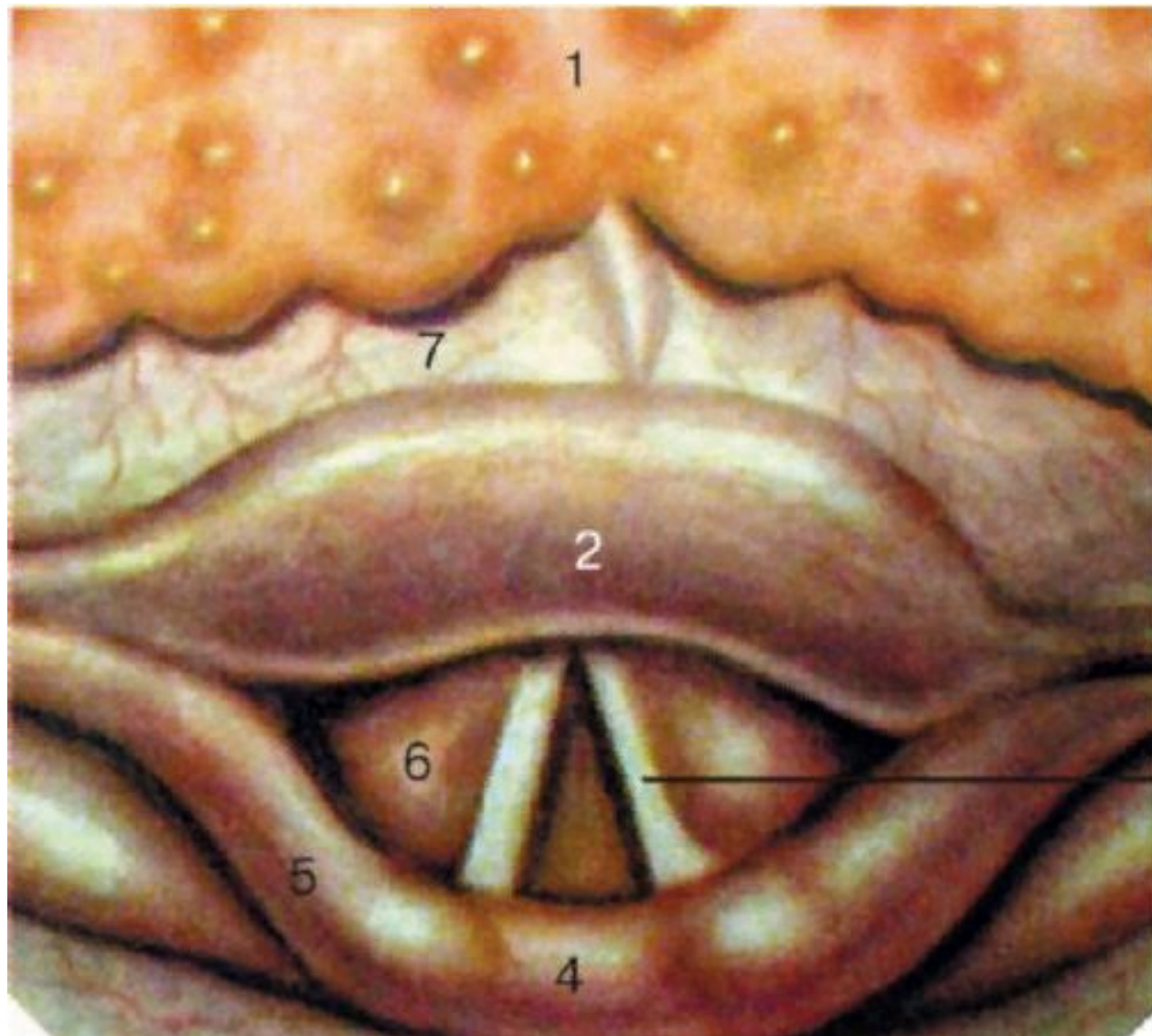
Хронический тонзиллит.

Хроническое воспаление миндалин, или хронический тонзиллит развивается обычно в результате повторных ангин и является довольно частым заболеванием.





гортаноглотка 1 - язычная миндалина; 2 - надгортанник; 3 - голосовая складка;



4 -
межчерпало
видное
пространств
о, 5 -
черпалонад
гортанная
складка, 6 -
вестибуляр
ная складка,
7 - валекула

глотка

Глотка, являясь частью пищеварительного и дыхательного путей, участвует в следующих жизненно важных функциях: *акт приема пищи* (сосание и глотание), *дыхательной, защитной, резонаторной и речевой*. Глотка, являясь частью пищеварительного и дыхательного путей, участвует в следующих жизненно важных функциях: *акт приема пищи* (сосание и глотание), *дыхательной, защитной, резонаторной и речевой*.

Острый фарингит (Pharyngitis acuta)

- *острое воспаление слизистой оболочки глотки.* Как самостоятельное заболевание встречается при непосредственном воздействии инфекционного возбудителя, различных раздражителей (длительное ротовое дыхание, курение, алкоголь, громкий разговор на холоде, алиментарное раздражение и др.). Острый фарингит часто возникает и как сопутствующее заболевание при воспалении верхних дыхательных путей, инфекционных заболеваниях, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и др.

Острый фарингит (*Pharyngitis acuta*)

Этиология - вирусная (аденовирус, энтеровирусы, вирусы гриппа и др.) и бактериальная инфекция (*Haemophilus influenzae*; *Moraxella catarrhalis*; *Corynebacterium diphtheriae*; стрептококки группы А, С, G; диплококки; гонококки; *Mycoplasma pneumoniae*; *Chlamydia pneumoniae* и др.). Вирусная этиология острого фарингита встречается в 70% случаев, бактериальная в 30%. Предрасполагающими факторами являются общее и местное переохлаждение организма; патология полости носа, околоносовых пазух и носоглотки; общие инфекционные заболевания; дисбактериоз; курение и злоупотребление алкоголем; заболевания желудочно-кишечного тракта.

Острый фарингит (Pharyngitis acuta)

Диагностика не представляет сложностей, однако необходимо учитывать, что аналогичную клиническую картину могут давать дифтерия, катаральная ангина и другие инфекционные заболевания.

Микробиологическое исследование мазка с поверхности задней стенки глотки и миндалин наряду с данными анамнеза и фарингоскопической картиной позволяет уточнить диагноз.

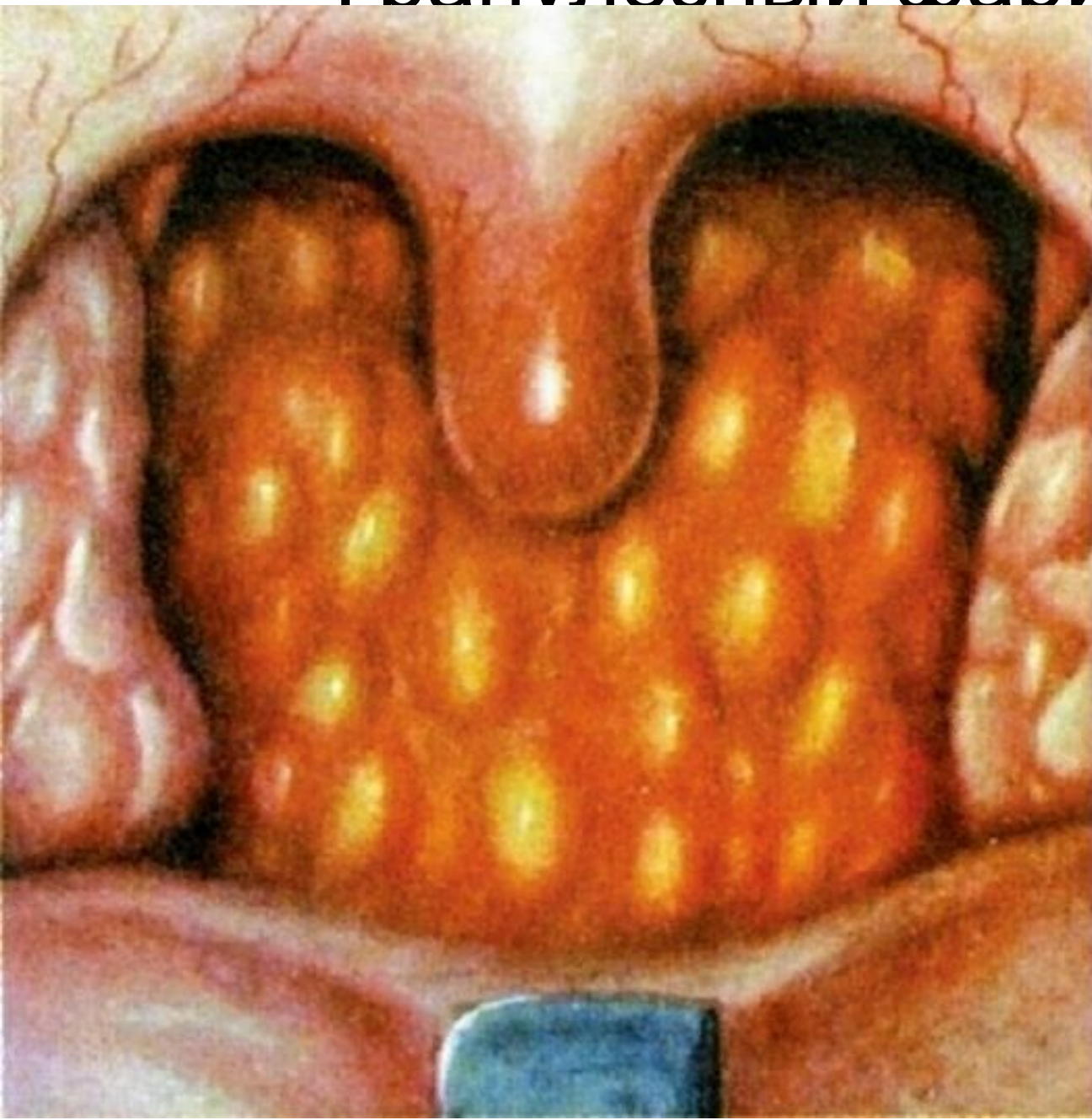
Острый фарингит (*Pharyngitis acuta*)

Клиника. Жалобы на ощущение жжения, сухости, саднения, на першение и дискомфорт в горле, осиплость, заложенность в ушах. Иногда больной описывает симптоматику как «ощущение инородного тела в глотке». Болевая симптоматика может усиливаться при глотании, иррадиировать в ухо. Температура тела, как правило, не повышена или субфебрильная. Однако выраженные формы воспаления могут сопровождаться повышением температуры тела, увеличением регионарных лимфоузлов, головной болью.

Острый фарингит (Pharyngitis acuta)

Лечение, как правило, местное:
назначение полоскания антисептическими препаратами (настоем шалфея, ромашки, хлорофиллиптом и др.); пульверизация глотки различными

Гранулёзный фарингит



Ангина

- общее острое инфекционно-аллергическое заболевание, проявляющееся острым местным воспалением нёбных миндалин. Ангина других миндалин бывает в редких случаях, поэтому во врачебной практике принято под термином «ангина» подразумевать острое воспаление нёбных миндалин, при этом, соответственно, выделяют язычную, гортанную, ретроназальную ангины.

Ангина

- распространенное заболевание и занимает одно из первых мест, уступая только гриппу и острым респираторным вирусным инфекциям; может вызывать тяжелые осложнения, вести к возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы. Среди взрослых заболевание встречается в 4-5% случаев, а среди детей - более 6%. Характерны сезонные подъемы заболевания - как правило, в весенний и осенний периоды.

Ангина

Этиология и патогенез. В большинстве случаев основная роль в возникновении ангин принадлежит β -гемолитическому стрептококку группы А. Этот возбудитель, по данным многих авторов, обнаруживается при ангине более чем в 80%, по сведениям других - в 50-70% случаев.

Ангины классификация

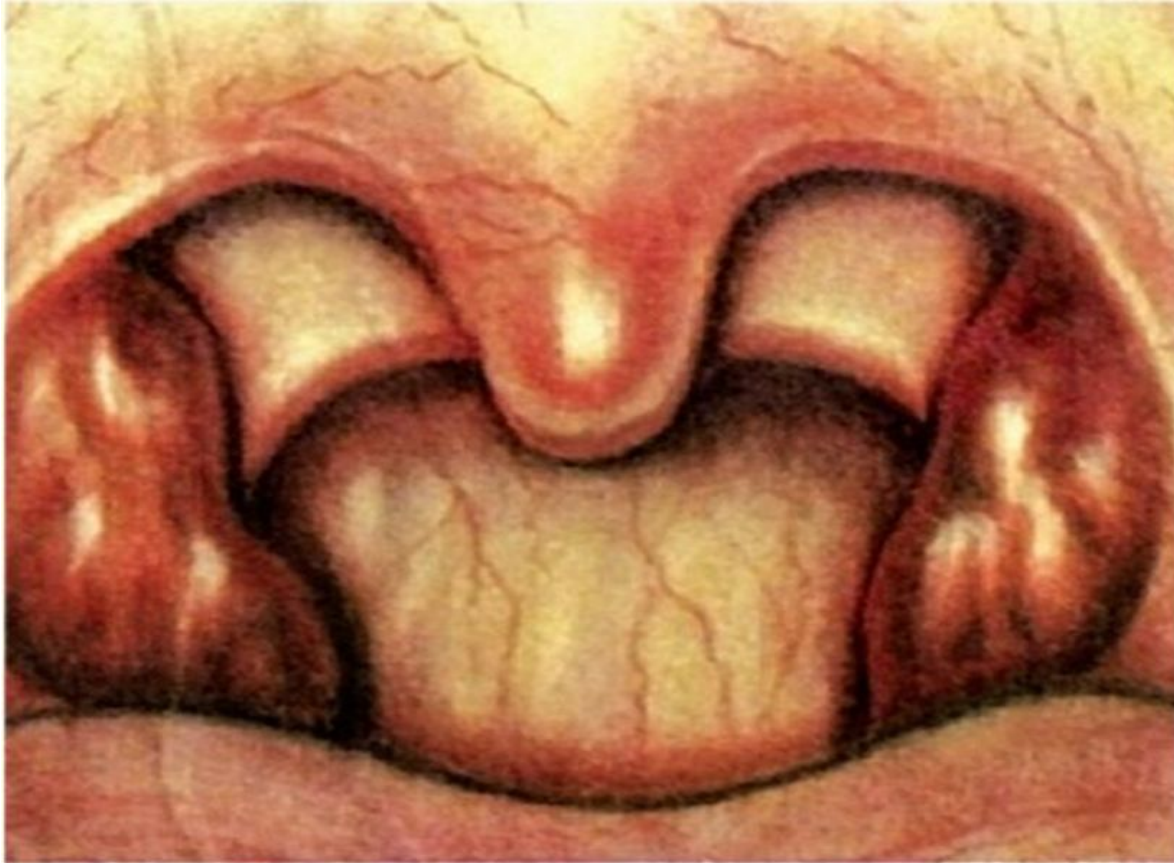
Форма	Вид	Признаки
Банальные (вульгарные) ангины	Катаральная	Характерно двустороннее поражение миндалин. Имеются признаки общей интоксикации организма.
	Фолликулярная	
	Лакунарная	
Отдельные формы ангин (атипичные)	Смешанная	Длительность в течение 7 дней. Бактериальной или вирусной этиологии
	Симановского-Венсана	Одностороннее поражение
	Герпетическая	Двустороннее поражение
	Флегмонозная	Чаще одностороннее
	Грибковая	Одно- и двустороннее
При инфекционных заболеваниях	Смешанные формы	Двустороннее
	Дифтеритическая	Двустороннее поражение
	Скарлатинозная	
	Коревая	Одно- и двустороннее поражение
	Сифилитическая	
При ВИЧ-инфекции	Двустороннее поражение	
При заболеваниях крови	Агранулоцитарная	Одно- и двустороннее поражение
	Моноцитарная	Двустороннее поражение
	Ангина при лейкозах	Иногда одностороннее увеличение лимфатических узлов

Катаральная ангина

- наиболее легкая форма заболевания.

Воспалительный процесс ограничен поражением только слизистой оболочки нёбных миндалин. Заболевание начинается остро, в горле появляется ощущение жжения, сухости, першение, а затем незначительные боли, усиливающиеся при глотании. Больного беспокоит недомогание, разбитость, головная боль. Температура тела обычно субфебрильная, у детей может подниматься до 38 °С. Реакция со стороны крови незначительная - нейтрофильный лейкоцитоз до $7-9 \times 10^9$ /л, незначительный палочкоядерный сдвиг влево, СОЭ до 18-20 мм/ч.

Катаральная ангина



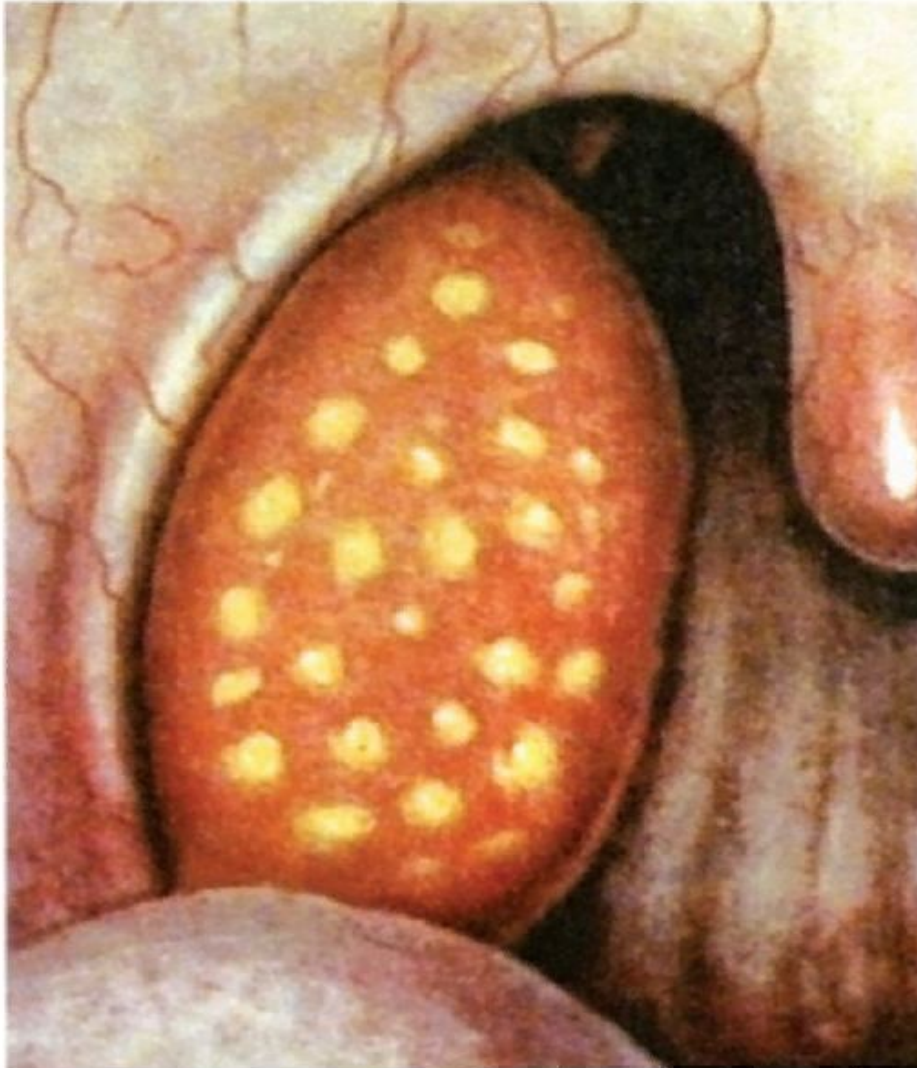
Фолликулярная ангина

Более тяжелая форма воспаления, протекающая с вовлечением в процесс не только слизистой оболочки, но и самих фолликулов. Болезнь начинается обычно с повышения температуры тела до 38-39 °С. Появляется выраженная боль в горле, усиливающаяся при глотании, часто иррадирует в ухо. Выражена и общая реакция организма - интоксикация, головная боль, общая слабость, лихорадка, озноб, иногда боли в пояснице и суставах

Фолликулярная ангина

- У детей нередко развиваются более тяжелые симптомы - наряду с фебрильной температурой часто возникает рвота, могут быть явления менингизма, помрачнение сознания.
- В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз $12-15 \times 10^9 / \text{л}$, умеренный палочкоядерный сдвиг влево, СОЭ может достигать до 30 мм/ч.
- Как правило, увеличены и болезненны при пальпации регионарные лимфатические узлы, особенно ретромандибулярные.

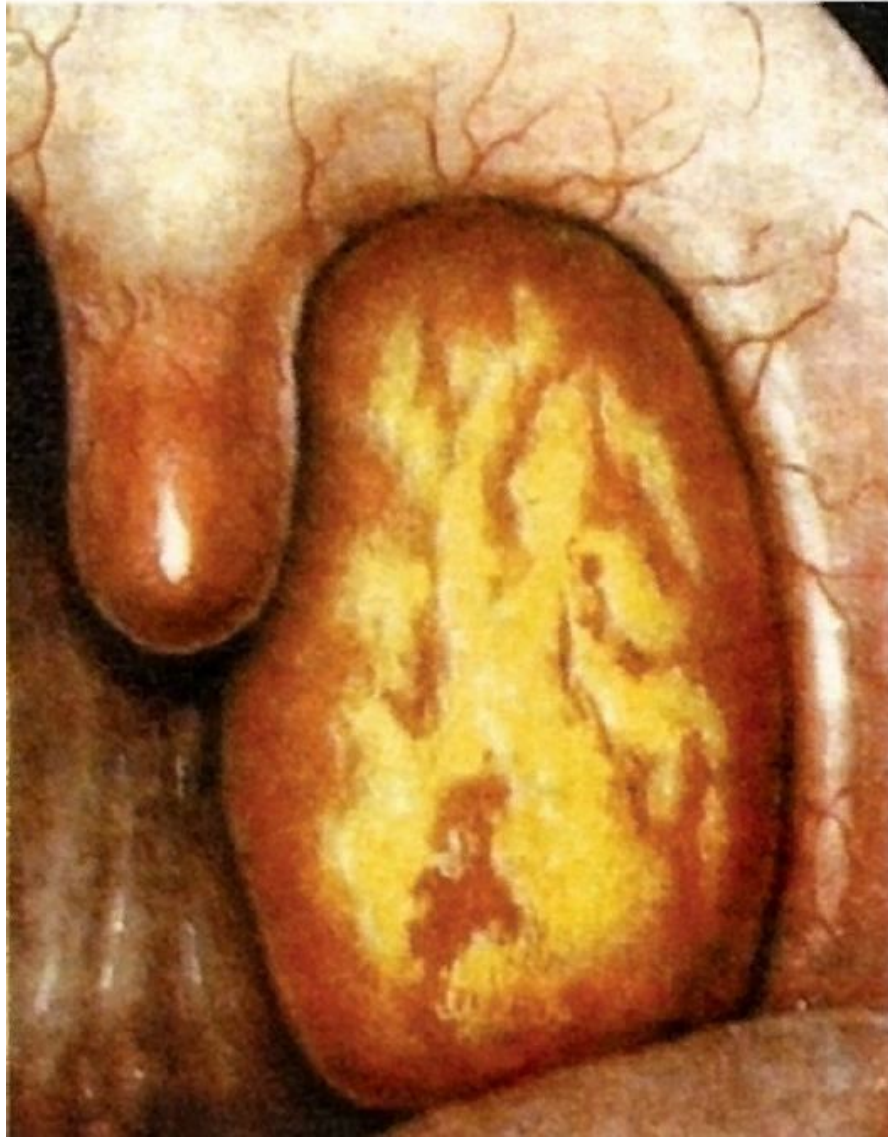
Фолликулярная ангина



Лакунарная ангина

характеризуется развитием гнойно-воспалительного процесса в устьях лакун с дальнейшим их распространением на поверхности миндалин. Начало воспаления и клиническое течение практически такие же, как и при фолликулярной форме ангины, однако лакунарная ангина может протекать более тяжело. При ангине воспаление развивается, как правило, в обеих миндалинах, но интенсивность и особенности его могут быть разными; у одного и того же больного можно одновременно наблюдать признаки фолликулярной и лакунарной ангины.

Лакунарная ангина



Ангина при дифтерии.

- ***Ангина при дифтерии.*** Дифтерия - острое инфекционное заболевание, протекающее с общей интоксикацией, развитием воспаления в миндалинах, сопровождающееся образованием фибринозной (крупозной) пленки на их поверхности и слизистой оболочке ротоглотки.

Ангина при дифтерии.

Клиника. Заболевание начинается остро с подъемом температуры. Клиническое течение болезни широко варьирует в отношении как тяжести, так и разнообразия симптомов. Различают следующие формы заболевания:

- *'локализованная, с разновидностями:*
пленчатая, островчатая, катаральная;
- *'распространенная, с поражением глотки, носа, гортани;*
- • *токсическая, с разновидностями:*
геморрагическая и гангренозная.

Ангина при дифтерии.

- **Диагностика.** Все виды ангин следует считать подозрительными на дифтерию, тем более при наличии налетов. Типичный дифтеритический налет в виде пленки серовато-белого или желтовато-серого цвета появляется к концу 2 сут болезни. Пленка толстая, удаляется с трудом, не растирается на предметном стекле, опускается на дно сосуда с жидкостью - тонет. После удаления пленка повторно формируется на месте снятой.
- Температура тела при дифтерии чаще ниже, чем при банальной ангине, в то время как общее состояние тяжелое, прогрессивно ухудшается.

Ангина при дифтерии.

Лечение. Больные с дифтерией или с подозрением на дифтерию подлежат незамедлительной госпитализации в инфекционный стационар, а в санэпидстанцию направляется экстренное извещение. Вводить сыворотку в амбулаторных условиях опасно из-за возможных тяжелых токсических, аллергических, сердечно-сосудистых осложнений.

Ангина при скарлатине.

Скарлатина - одна из клинических форм стрептококкового инфекционного заболевания, протекающая остро с симптомами общей интоксикации, ангиной и характерной мелкоточечной сыпью на коже.

Ангина при скарлатине чаще наблюдается у детей и протекает бурно, с выраженной интоксикацией, могут наблюдаться судороги, потеря сознания.

Ангина при скарлатине.

Воспалительные изменения в глотке возникают обычно до появления сыпи, часто одновременно с рвотой и сопровождаются головной болью, повышением температуры до 38-40 °С. Уже в первые часы заболевания отмечается резкая гиперемия слизистой оболочки глотки, распространяющаяся на твердое нёбо, где иногда наблюдается резкая ограничительная линия; к 3-4 дню язык становится ярко-красным с выступающими сосочками (малиновый). В последующем процесс локализуется на нёбных миндалинах, где наблюдается воспалительная реакция в широком диапазоне - от катаральной до гнойно-геморрагической ангины.

Ангина при скарлатине.

Лечение. Применяют массивные дозы антибиотиков группы пенициллина внутрь или парентерально, в возрастной дозировке 5-7 дней. Одновременно назначают симптоматические средства: анальгетики, антигистаминные препараты, полоскания полости рта и глотки антисептиками.

Ангина при кори.

Корь - острое высококонтагиозное инфекционное заболевание, возникающее обычно у детей, протекающее с интоксикацией, воспалением слизистой оболочки дыхательных путей и лимфаденоидного глоточного кольца, конъюнктивитом, пятнистопапулезной сыпью на коже.

Ангина при кори

Патогномичным признаком кори, наблюдающимся за 3-4 дня до появления высыпаний на коже, являются пятна Филатова-Коплика, возникающие на внутренней поверхности щек. Это беловатые пятнышки величиной 1-2 мм, окруженные красным ободком; в количестве 10-20 штук, не сливаются друг с другом и исчезают 2-3 дня спустя.

Герпетическая ангина

- острое инфекционное заболевание, патогномичным признаком которого являются склонные к изъязвлению везикуло-папулезные высыпания на задней стенке глотки или на мягком нёбе и миндалинах.

Герпетическая ангина

Клиника. Герпетическая ангина начинается остро, появляется лихорадка, температура повышается до 38-40 °С, возникают боли в горле, усиливающиеся при глотании, головная боль, слабость. Важным симптомом при этой форме ангины является наличие одностороннего конъюнктивита. В редких случаях, особенно у детей младшего возраста, могут отмечаться симптомы серозного менингита.

Герпетическая ангина

Лечение носит симптоматический характер. При назначении лечения учитывается неэффективность антибактериальной терапии. Полагают, что если в течение 24 ч от начала применения антибиотиков существенного улучшения не наступает, то, скорее всего, не бактериальная, а гриппозная ангина.

Моноцитарная ангина

(инфекционный мононуклеоз, болезнь Филатова, доброкачественный лимфобластоз и др.) - острая инфекционная болезнь с преимущественно воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризующаяся поражением системы макрофагов и протекающая с лихорадкой, тонзиллитом, полиаденитом, гепатоспленомегалией, лейкоцитозом с преобладанием базофильных мононуклеаров.

Моноцитарная ангина

Клиника. Для заболевания характерна клиническая триада симптомов: лихорадка, ангиноподобные изменения в глотке, аденогепатоспленомегалия и гематологические изменения - лейкоцитоз с большим количеством атипичных мононуклеаров (моноцитов и лимфоцитов). Характерно раннее увеличение региональных (шейных, подчелюстных, затылочных); а затем и отдаленных лимфатических узлов - подмышечных, паховых, абдоминальных и др. Заболеванию предшествует инкубационный период, обычно длящийся 4-5, а иногда до 10 дней. В продромальной стадии отмечается общее недомогание, нарушение сна, потеря аппетита. Заболевание начинается с высокой температуры тела - до 39-40 °С, которая может носить как постоянный, так и скачкообразный характер.

Моноцитарная ангина

- Важным и постоянным симптомом заболевания являются возникновение острых воспалительных изменений в глотке, главным образом в области нёбных миндалин. Вначале картина может напоминать изменения при простых формах ангин, однако налеты грязно-серого характера могут оставаться на нёбных миндалинах в течение нескольких недель и даже месяцев. В дальнейшем налеты переходят на слизистую оболочку нёбных дужек, язычка, глотки, напоминая при этом картину дифтерии.
- Одним из наиболее характерных признаков при мононуклеозе является появление в крови большого количества (60-80%) измененных мононуклеаров, которые достигают максимума к 6-10-му дню, затем их число медленно снижается. Со стороны красной крови патологии, как правило, не определяется. СОЭ обычно повышена до 20-30 мм/ч

Агранулоцитарная ангина

- язвенно-некротическое поражение нёбных миндалин и глотки, сопровождающееся исчезновением гранулоцитов (базофилов, эозинофилов и нейтрофилов) в периферической крови с сохранением моноцитов и лимфоцитов и одновременным резким уменьшением количества лейкоцитов, иногда до $0,2-0,5 \times 10^9/\text{л}$.

Агранулоцитарная ангина

Клиника. Различают *молниеносные, острые и подострые формы* агранулоцитоза. При острой форме агранулоцитоза заболевание может развиваться в течение суток. На первый план выступают общие симптомы: общее тяжелое состояние, высокая температура с ознобом. Одновременно развиваются некротические и язвенные изменения нёбных миндалин, но может вовлекаться в процесс и слизистая оболочка полости рта, глотки, гортани. Некротический процесс может распространяться в глубь мягких тканей на кость. Некротизированные ткани распадаются и отторгаются, оставляя глубокие дефекты ткани. Это сопровождается сильными болями в горле, нарушением глотания, обильным слюноотечением, гнилостным запахом изо рта.

В крови отмечается выраженная лейкопения и нейтропения. В течение нескольких дней число нейтрофильных гранулоцитов нередко падает до нуля; в этом случае лейкоциты периферической крови представлены только лимфоцитами и моноцитами. Красная кровь меняется мало, количество тромбоцитов почти не меняется.

Агранулоцитарная ангина

Ангина при лейкозе. Лейкоз - прогрессирующее системное заболевание крови, при котором образуются очаги патологического гемопоэза в различных органах и периферической крови, появляются незрелые формы лейкоцитов. Заболевание может носить острый или хронический характер.

Ангина при лейкозе.

Ангина при лейкозе. Лейкоз - прогрессирующее системное заболевание крови, при котором образуются очаги патологического гемопоэза в различных органах и периферической крови, появляются незрелые формы лейкоцитов. Заболевание может носить острый или хронический характер.

Ангина при лейкозе.

Клиника. *Лейкоз* проявляется некротическими и септическими осложнениями вследствие нарушения фагоцитарной функции лейкоцитов, резко выраженным геморрагическим диатезом, тяжелой прогрессирующей анемией. Изменения со стороны нёбных миндалин могут возникать как в начале заболевания, так и на более поздних стадиях. На фоне септического течения на нёбных миндалинах и слизистой глотки и гортани появляются катаральные, а в последующем фибринозные и язвенно-некротические изменения, увеличение регионарных лимфатических узлов. Эти изменения сопровождаются

резкой дисфагией, зловонным запахом изо рта. Переход процесса на окружающие ткани сопровождается некрозом костной ткани, расшатыванием зубов. Характерны кровотечения из носа, десен. В последующем отмечаются явления

Грибковая ангина

- воспаление слизистой оболочки нёбных миндалин, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*, чаще *Candida albicans* (рис. 3.14). В полости рта у здорового человека эти грибы встречаются как сапрофитирующая флора, однако при инфекционных заболеваниях, снижении общей резистентности организма, нарушении питания, нерациональной антибиотикотерапии могут приводить к угнетению жизнеспособности кишечной палочки и стафилококков - антагонистов дрожжеподобных грибов, что ведет к бурному

Грибковая ангина



Грибковая ангина

- **Клиника и диагностика.**
- Грибковые ангины характеризуются острым началом с умеренным повышением температуры тела, однако признаки общей интоксикации организма выражены слабо. Больного беспокоят болезненность в горле, першение, сухость.
- При *фарингоскопии* на фоне разлитой гиперемии слизистой оболочки нёбных миндалин появляются белые пятнышки в виде островков творожистых масс. Последние распространяются на дужки, язычок, корень языка.
- В мазках со слизистой оболочки глотки обнаруживаются скопления дрожжевых клеток

Грибковая ангина

Лечение. Необходимо отменить антибиотики, назначить антимикотические средства: дифлюкан, орунгал, низорал, витамины группы В, С, К. Пораженные участки смазывают растворами пимафуцина, ламизила, батрофена.

Язвенно-некротическая ангина (Симановского-Венсана)

**Язвенно-некротическая ангина
(Симановского-
ПлаутаВенсана)** характеризуется
поверхностными язвами одной нёбной
миндалины, покрытыми грязно-зеленым
налетом, имеющими гнилостный
запах. Впервые была описана отечественным
клиницистом Н.П. Симановским (1890) и
зарубежными учеными Венсаном (Vincent) в
1897 г. Встречается редко.

Язвенно-некротическая ангина (Симановского-Венсана)

Этиология. Возбудителем заболевания является симбиоз бактерий - веретенообразной палочки (*B. fusiformis*) и спирохеты полости рта (*Spirochaeta buccalis*), которые обычно являются сапрофитами на слизистой оболочке полости рта у здоровых людей.

Язвенно-некротическая ангина (Симановского-Венсана)

Предрасполагающими к развитию ангины Симановского-Венсана могут явиться различные факторы, снижающие общую и местную резистентность организма - перенесенные острые и хронические инфекционные заболевания, заболевания крови, авитаминоз. Из местных предрасполагающих факторов можно назвать кариозные зубы, болезни десен, ротовое дыхание и др.

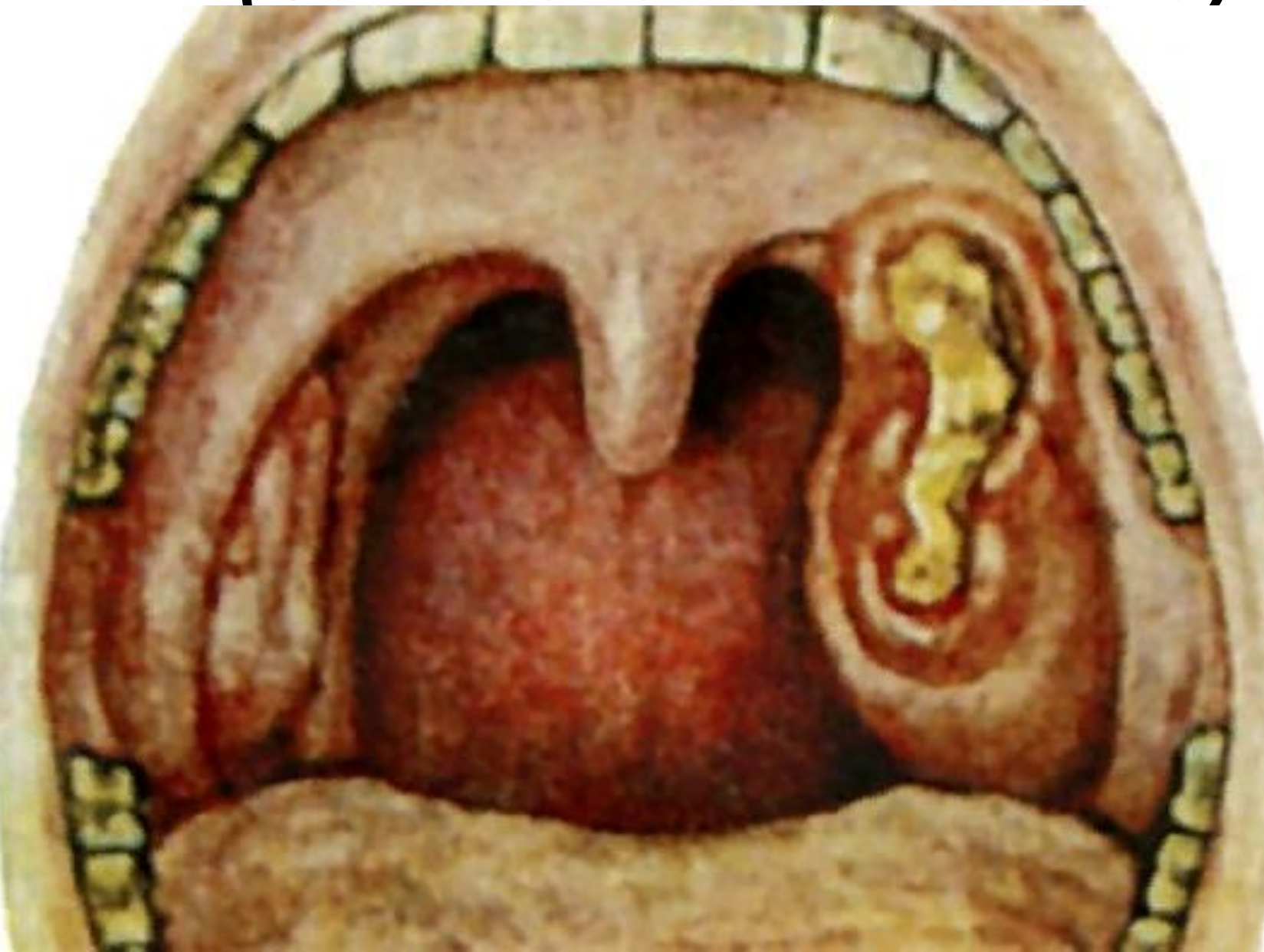
Язвенно-некротическая ангина (Симановского-Венсана)

Клиника. Часто единственной жалобой является ощущение неловкости и инородного тела при глотании. Возможно наличие гнилостного запаха изо рта, повышенное слюноотделение. Общее состояние ухудшается немного, температура тела обычно нормальная, лишь в редких случаях заболевание начинается с высокой температуры и озноба. На стороне поражения могут быть увеличены регионарные лимфатические узлы, умеренно болезненные при пальпации. Продолжительность заболевания от 1 до 3 нед, иногда несколько месяцев. Язвы в области миндалины обычно заживают без больших рубцовых деформаций

Язвенно-некротическая ангина (Симановского-Венсана)

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с дифтерией глотки, сифилисом, туберкулезной язвой, системными заболеваниями крови, опухолями миндалин. Данные бактериологического исследования, специфические пробы и характерный анамнез позволяют уточнить диагноз.

Язвенно-некротическая ангина (Симановского-Венсана)



Язвенно-некротическая ангина (Симановского-Венсана)

Лечение. Проводят общую и местную терапию: уход за полостью рта, санация кариозных зубов и околодесневых карманов, нередко являющихся очагами фузоспириллеза. Производят очищение язвы миндалин от некроза и обработку ее антисептиками.

Учитывая спирохетоцидное действие пенициллина, эффективна пенициллинотерапия в течение 6-8 дней.

Необходима общеукрепляющая терапия, борьба с авитаминозом.

При склонности к рецидивам и безуспешности

ФЛЕГМОНОЗНАЯ АНГИНА (ИНТРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС).

Абсцессы внутри миндалин встречаются сравнительно редко. Их возникновение связано с гнойным расплавлением участка миндалины, как правило, одностороннего характера. Наряду с банальными формами ангины, приводящих к абсцессу внутри миндалин, причинными факторами могут быть и травмы твердой пищей.

Флегмонозная ангина (интратонзиллярный абсцесс).

При флегмонозной ангине миндалина гиперемированна, увеличена, ее поверхность напряжена, пальпация болезненна. Небольшие внутриминдаликовые абсцессы могут протекать бессимптомно или сопровождаться незначительными местными и общими явлениями, в отличие от паратонзиллярного абсцесса, который, как правило, протекает с бурной клинической симптоматикой. Созревший абсцесс может прорваться через лакуну в полость рта или в паратонзиллярную клетчатку.

Флегмонозная ангина (интратонзиллярный абсцесс).

Лечение хирургическое - широкое вскрытие абсцесса. При рецидивировании показана односторонняя тонзиллэктомия в остром периоде - абсцесстонзиллэктомия. Одновременно назначается противовоспалительная антибактериальная терапия, антигистаминные средства, анальгетики.

Ангина глоточной миндалины (аденоидит)

Аденоидит (ретроназальная ангина) - острое воспаление глоточной миндалины, встречается в основном у детей, что связано с разрастанием в этом возрасте аденоидной ткани. В относительно редких случаях ангина глоточной миндалины появляется и у взрослых, когда эта миндалина не претерпела возрастной инволюции. Воспалительный процесс обычно распространяется с миндалины на слизистую оболочку верхнего и среднего отделов глотки.

Ангина глоточной миндалины (аденоидит)

Этиология. Причиной возникновения острого аденоидита является активизация сапрофитной флоры носоглотки под влиянием переохлаждения, вирусной инфекции, а также других общих инфекционных заболеваний.

Ангина глоточной миндалины (аденоидит)

Клиника. Острый аденоидит у детей раннего возраста начинается с повышения температуры тела до 40 °С и нередко с появления общих симптомов интоксикации - рвоты, жидкого стула. Носовое дыхание затруднено, появляются слизисто-гнойные выделения из носа, увеличиваются регионарные лимфатические узлы, голос с носовым оттенком. Появление кашля указывает на раздражение гортани и трахеи слизисто-гнойным отделяемым из носоглотки, что может стать причиной трахеобронхита. Нередко к острому аденоидиту присоединяется ангина тубарных миндалин, боковых валиков, лимфоидных гранул (фолликулов) глотки.

Ангина глоточной миндалины (аденоидит)

При объективном исследовании на резко гиперемированной задней стенке ротоглотки видна характерная для этого заболевания полоска слизисто-гнойного секрета, стекающего из носоглотки. Нередко одновременно наблюдается гиперемия задних нёбных дужек. При передней риноскопии после анемизации слизистой оболочки носа можно увидеть гиперемированную и отечную аденоидную ткань, покрытую слизисто-гнойной пленкой. При задней риноскопии глоточная миндалина резко набухшая, гиперемирована, на ее поверхности могут быть точечные или сливные гнойные налеты. Общий вид соответствует картине при катаральной, фолликулярной или лакунарной ангине.

Ангина глоточной миндалины (аденоидит)

Лечение. Необходима общая и местная противовоспалительная терапия. Назначаются антибиотики (ампициллин, аугментин, эритромицин и др.), антигистаминные средства (гисманал, кларитин, кестин, зиртек и др.), анальгетики, препараты, содержащие парацетомол (парацетомол, солпадеин и др.). При местной терапии необходимо восстановить носовое дыхание, для чего назначают сосудосуживающие и антисептические средства в виде капель в нос на 6-7 дней (галазолин, нафтизин, 2% р-р протаргола, хлорофиллипт и др.), секретолитики в виде аэрозолей (ринофлуимуцил и др.). При наличии аденоидов II-III степени через 3-4 нед после обострения рекомендована операция - удаление аденоидов (аденотомия)

ОСЛОЖНЕНИЯ АНГИН

Различают *общие и местные* осложнения ангин. Среди общих осложнений на первом месте по частоте стоит ревматизм и поражения сердца (тонзиллокардиальный синдром). Нередки осложнения ангин со стороны почек (тонзиллоренальный синдром), суставов, возможно поражение кроветворных органов, желудочно-кишечного тракта, развитие сепсиса. В основе возникновения и особенностей течения общих осложнений ангины и хронического тонзиллита лежит инфекционный агент - В-гемолитический стрептококк и сопутствующая микрофлора при их взаимодействии с макроорганизмом.

Осложнения ангины

паратонзиллит

Паратонзиллит (*paratonsillitis*) - заболевание, характеризующееся развитием воспаления (отечного, инфильтративного или с абсцедированием) в паратонзиллярной клетчатке - между капсулой миндалина и глоточной фасцией, покрывающей констрикторы глотки. В паратонзиллярной клетчатке в результате проникновения вирулентной инфекции из небных миндалин возникает соответствующая клиническая картина. В большинстве случаев паратонзиллит развивается как осложнение ангины у больных хроническим тонзиллитом; последний диагностируется более чем у 80% больных с паратонзиллитом. Паратонзиллит относится к частым заболеваниям в молодом и зрелом возрасте (от 15 до

Осложнения ангины паратонзиллит



Осложнения ангины паратонзиллит

Наличие паратонзиллита в стадии абсцедирования является показанием для экстренного оперативного вмешательства - вскрытия паратонзиллярного абсцесса, или абсцесстонзиллэктомия, с одновременным назначением противовоспалительной терапии.

Осложнения ангины паратонзиллит

- ***В тех случаях, когда в анамнезе у больного выявляются частые ангины или при затяжном течении процесса, отсутствии эффекта от предыдущих вскрытий абсцессов, при появившихся признаках осложнений - сепсиса, парафарингита, флегмоны шеи, медиастинита и др., показана абсцесстонзиллэктомия.***
- При наличии хронического тонзиллита и частых ангины в анамнезе удаляются обе миндалины, при этом первой удаляется пораженная миндалина.

Осложнения ангины

Парафарингеальный абсцесс

нагноение клетчатки парафарингеального пространства, относится к тяжелым и опасным заболеваниям. Наиболее частой причиной инфицирования является прогрессирующее течение паратонзиллита, вторичные осложнения после перенесенной ангины, обострение хронического тонзиллита, одонтогенные процессы, воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух, травма слизистой оболочки глотки.

Осложнения ангин

Парафарингеальный абсцесс

Клиника. Характерна резкая односторонняя боль в горле, усиливающаяся при глотании, тризм жевательной мускулатуры - больной с трудом открывает рот. Голова наклонена в «больную» сторону. Инфильтрация и резкая болезненность при пальпации боковой поверхности шеи, увеличенные болезненные лимфоузлы на стороне поражения. Общее состояние тяжелое, высокая температура - до 40 °С. Велика опасность распространения гнойного процесса по ходу сосудисто-нервного пучка в средостение, возможны сосудистые нарушения - флебит, тромбофлебит яремной вены, кровотечение из эрозированных крупных сосудов.

Осложнения ангин

Парафарингеальный абсцесс

При *фарингоскопии* - отек и гиперемия боковой стенки глотки с распространением на мягкое небо, язычок; нёбная миндалина на стороне поражения выпирает кнаружи.

Осложнения ангин

Парафарингеальный абсцесс

Лечение. При парафарингеальном абсцессе необходимо экстренное оперативное вмешательство, которое может осуществляться двумя подходами.

Наружный подход применяют при распространенном процессе. Производят разрез вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, затем углубляются послойно до парафарингеального пространства у угла нижней челюсти. Раскрытие гнойника должно быть широким, а при больших его размерах вскрытие производят с разных сторон для обеспечения полного дренирования. После вскрытия абсцесса и опорожнения полость промывают раствором антибиотиков и дренируют перчаточной резиной. Накладывают повязку. перевязки делают дважды в сутки. В послеоперационном периоде назначают антибиотики, детоксикационную терапию, симптоматические средства.

Осложнения ангин

Парафарингеальный абсцесс

Внутриротовой способ - вскрытие абсцесса через тонзиллярную нишу производят тупо в месте наибольшего выбухания щипцами Гартмана или мягким сосудистым зажимом. Следует иметь в виду возможность травмирования крупных сосудов, поэтому вмешательство требует большой осторожности.

Необходимо также учитывать, что вскрытие через тонзиллярную нишу имеет ограниченные возможности дренирования и при большом гнойнике неприемлемо. В некоторых случаях наружный подход сочетают с наложением сквозной контрапертуры в области тонзиллярной ниши.

Одновременно назначают антибактериальную противовоспалительную терапию, симптоматические средства и др.

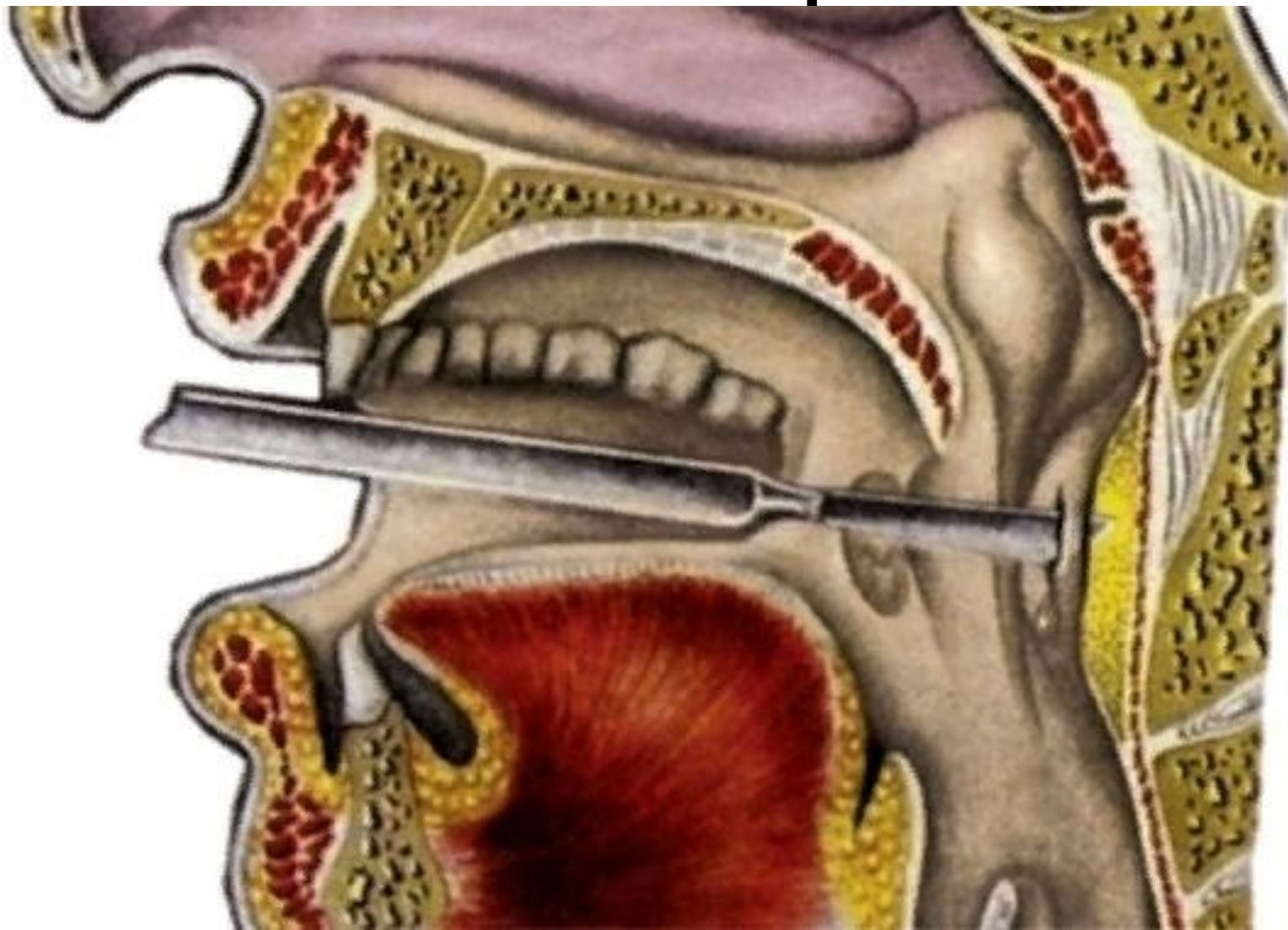
Осложнения ангины **заглоточный абсцесс**

Ретрофарингеальный абсцесс - *гнойное воспаление рыхлой клетчатки между фасцией глоточной мускулатуры и предпозвоночной пластинкой шейной фасции*. Заболевание встречается почти исключительно в детском возрасте в связи с тем, что лимфатические узлы и рыхлая клетчатка в этой области хорошо развиты до 4-летнего возраста, а затем претерпевают инволюцию. Чаще всего заглоточный абсцесс возникает, когда в процесс вовлекаются лимфоидные гранулы задней стенки глотки или в результате заноса инфекции в лимфатические узлы при мелкой травме, остром ринофарингите, острых инфекционных заболеваниях, ангине.

Осложнения ангины **заглоточный абсцесс**

Клиника. Первым признаком заболевания обычно является боль в горле, усиливающаяся при глотании. Ребенок отказывается от пищи, становится плаксивым, беспокойным, нарушается сон. Температура повышается до 39-40 °С. При локализации абсцесса в носоглотке затрудняется носовое дыхание, появляется гнусавость. Расположение гнойника в средней и нижней части глотки может вызвать затруднение дыхания, голос становится хриплым, появляются приступы удушья.

Осложнения ангины заглотоочный абсцесс



Осложнения ангины **заглоточный абсцесс**

