

КМ-ОРЛ-24

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Оториноларингологии с офтальмологией

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
по специальности «Лечение болезней глотки»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по группе
научных специальностей 3.1 клиническая медицина,
научной специальности 3.1.3. оториноларингология

Владикавказ 2024

УДК 616.21/28(035)
ББК 56.8

Методические материалы предназначены для обучения аспирантов ФГБОУ ВО СОГМА
Минздрава России
составлены в соответствии с учебным планом по группе научных специальностей
3.1 клиническая медицина,
научной специальности 3.1.3. оториноларингология

Утверждены на заседании ЦКУМС ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол №3.

СОСТАВИТЕЛЬ:

зав. кафедрой оториноларингологии
с офтальмологией ФГБОУ ВО СОГМА, д. м. н., доцент Э. Т. ГАПШОЕВА

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Заведующая кафедрой фармакологии
и клинической фармакологии
доктор медицинских наук,
профессор Л. З. Болиева

Профессор кафедры внутренних
болезней №5 А. С. Цогоев

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ

Болезни уха, носа, горла (глотки, гортани, трахеи) и пограничных анатомических областей в структуре общей заболеваемости населения составляют 35—40 % (в детском возрасте до 50 %) всех первично обратившихся за медицинской помощью. Такие заболевания, как ангина и хронический тонзиллит, по частоте занимают второе место после гриппа и, кроме того, приводят к многочисленным тяжелым осложнениям со стороны внутренних органов и инвалидности. Поэтому не только оториноларинголог, но и врач любого профиля должен хорошо ориентироваться как в диагностике, так и в неотложной помощи при заболеваниях уха, горла, носа.

При подготовке высококвалифицированных врачей особое значение имеет учебно-методическое пособие, в котором отражена информация по методике изучения учебной дисциплины по оториноларингологии (разделы, темы), содержащее учебную информацию в виде иллюстративного материала (схемы, рисунки, таблицы), так как диагностика заболеваний уха, горла и носа проводится в основном визуально.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Оториноларингология является специальной клинической дисциплиной, занимающейся изучением морфолого-физиологических особенностей и патологии уха, верхних дыхательных путей и смежных с ними областей. К ней относится большая часть анализаторов и, прежде всего — слуховой, играющий важнейшую роль в процессе познания окружающего мира и формирования речевой функции, составляющей деятельность второй сигнальной системы. В компетенцию оториноларингологии входят также вестибулярный, обонятельный и вкусовой анализаторы.

Оториноларингологическая служба занимает важное место в системе здравоохранения, поскольку обеспечивает диагностическую и лечебную помощь 12—15% общего числа больных, причем более 60% обращений приходится на детей и взрослых молодого, наиболее трудоспособного возраста. Ухо и верхние дыхательные пути в первую очередь подвергаются влиянию различных факторов окружающей среды, в том числе, переохлаждения, шума, вибрации, ионизирующего излучения, пыли, различных химических соединений, углового и прямолинейного ускорения, часто во много раз превышающего пороги возбудимости вестибулярного анализатора. ЛОР-органы нередко поражаются при острых и хронических инфекционных заболеваниях. Возникающие кохлеовестибулярные нарушения могут приводить к длительной нетрудоспособности больных. Заболевания уха и верхних дыхательных путей нередко сопровождаются поражением других органов и систем организма. Все это определяет социальную значимость специальности.

Оториноларингология — дисциплина в значительной степени профилактическая, поэтому в снижении ЛОР-заболеваемости большое значение имеет правильная организация работы оториноларинголога по диспансеризации совместно с врачами других специальностей — прежде всего терапевтом, педиатром и стоматологом. Все перечисленное делает очевидным необходимость тщательного изучения основ оториноларингологии аспирантами медицинских вузов.

Согласно учебному плану на всю дисциплину предусмотрено 72 часа, из них 20 часов лекций, 22 часа практических занятий и 30 часов - самостоятельной работы аспирантов. Занятия проводятся на кафедре оториноларингологии и в клинике болезней уха, носа и горла, или базовых учреждениях кафедры, отделении опухолей головы и шеи онкологического диспансера, поликлиниках. В течение цикла аспиранты работают в перевязочной, посещают операционную, кабинеты эндоскопической техники и физических методов лечения. Аспиранты ведут амбулаторный прием больных, заполняют соответствующую медицинскую документацию, выполняют диагностические и лечебные манипуляции.

1. Цель и задачи освоения дисциплины (модуля)

1.1. Цель изучения дисциплины состоит в овладении знаниями учебной дисциплины и осознании наиболее сложных проблем по специальности 14.01.03. болезни уха, горла и носа, а также принципами лечения и профилактики оториноларингологических болезней.

При этом **задачами** дисциплины являются:

- приобретение общепрофессиональной подготовки аспиранта-оториноларинголога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических

проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний;

- сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения аспиранта-оториноларинголога, с целью самостоятельного ведения больных
- обучение высокотехнологичной специализированной медицинской помощи;
- совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умений оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения;
- совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов;
- обучение аспирантов выбору оптимальных методов эндоскопического оториноларингологического обследования при ЛОР-заболеваниях и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;
- обучение аспирантов проведения полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с различными нозологическими формами болезней;
- обучение аспирантов оказания неотложной помощи при ургентных состояниях;
- обучение аспирантов выбора оптимальных схем лечебно-профилактической помощи в системе здравоохранения при наиболее часто встречающихся ЛОР-заболеваниях;
- обучение аспирантов оформлению медицинской документации (медицинской карты стационарного или амбулаторного больного, листка нетрудоспособности, статистического талона и т.д.);
- ознакомление аспирантов с принципами организации и работы лечебно-профилактических учреждений различного типа;
- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров;
- формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов;
- формирование у аспиранта навыков общения с коллективом.

1.2. Место учебной дисциплины (модуля) в структуре ООП академии

Дисциплина вариативной части, относится к дисциплинам, направленным на подготовку к сдаче кандидатского экзамена отрасли науки и научной специальности.

1.2.1. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу аспирантуры:

Научно-исследовательская деятельность в области клинической медицины.

Преподавательская деятельность в области клинической медицины.

1.2.2. Для изучения данной учебной дисциплины (модуля) необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

Знания:

- принципы врачебной этики и деонтологии, основы законодательства и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- организацию отоларингологической помощи в стране, организационную работу скорой и неотложной помощи;
- основы топографической анатомии областей тела и, в первую очередь, головы, шеи, пищевода;
- основные вопросы нормальной и патологической физиологии ЛОР-органов у здоровых и больных людей;
- причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления, влияние производственных факторов на состояние ЛОР-органов, этиологию опухолей, морфологические проявления предопухолевых процессов, морфологическую классификацию опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма, профилактику и терапию шока и кровопотери, принципы терапии,

клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей ЛОР- органов, их клинику, принципы лечения и профилактику, клиническую симптоматику, диагностику предраковых заболеваний, физиологию и патологию системы гемостаза, коррекцию нарушений свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов, общие и специальные методы исследования в оториноларингологии

- основы применения эндоскопии и рентгенодиагностики для обследования и лечения оториноларингологических больных, роль и назначение биопсии в оториноларингологии, вопросы асептики и антисептики в оториноларингологии;

- основы иммунологии и генетики в оториноларингологии, принципы, приемы и методы обезболивания в оториноларингологии, основы интенсивной терапии и реанимации у больных с ЛОР-патологией, основы инфузионной терапии в оториноларингологии, характеристику препаратов крови и кровезаменителей, основы фармакотерапии в оториноларингологии, основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации, основы патогенетического подхода при проведении терапии в оториноларингологии, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в оториноларингологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;

- основы рационального питания и принципы диетотерапии в оториноларингологии, новые современные методы профилактики и лечения оториноларингологической патологии, основы онкологической настороженности в целях профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов, вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в оториноларингологии, организацию, проведение диспансеризации оториноларингологических больных, анализ ее эффективности, особенности санэпидрежима в отделениях оториноларингологического стационара, поликлиники, показания к госпитализации ЛОР-больных, оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой, хирургический инструментарий, применяемый при различных оториноларингологических операциях, принципы работы с мониторами,

- вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны, правовые вопросы деятельности врача-оториноларинголога.

Умения:

- получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;

- оценить тяжесть состояния, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную первую помощь;

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.), уметь интерпретировать их результаты.

- провести дифференциальную диагностику заболеваний ЛОР-органов, обосновать клинический диагноз, план ведения больного, показания и противопоказания к операции,

- обосновать методику обезболивания, обосновать наиболее целесообразный план операции при данной патологии и выполнить ее в необходимом объеме, разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику послеоперационных осложнений;

- провести диспансеризацию населения и оценить ее эффективность, проводить санитарно-просветительную работу - оформить необходимую медицинскую документацию, составить отчет о своей работе, дать ее анализ.

При неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях аспирант должен уметь:

- Клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния.
- Определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи; начало лечения и определение необходимости консультации соответствующего врача-специалиста.
- Флегмонозные заболевания глотки,

2. Экспертиза трудоспособности и реабилитация больных при травмах и заболеваниях глотки;
3. Производственный травматизм ЛОР-органов;
4. Вопросы анестезиологии и реаниматологии при травмах, инородных телах и заболеваниях ЛОР-органов;
5. Общие принципы и особенности обезболивания
6. Вопросы реанимации

Специальные умения:

Аспирант-оториноларинголог обязан знать профилактику, диагностику и лечение следующих заболеваний:

- Анафилактический шок;
- Острая кровопотеря;
- Острая сердечная и дыхательная недостаточность;
- Острые интоксикации.

Навыки:

Методы исследования:

- Передняя, средняя и задняя риноскопия
- Фарингоскопия
- Вскрытие паратонзиллярного абсцесса
- Вскрытие заглоточного абсцесса
- Удаление инородных тел глотки и носоглотки
- Вскрытие флегмоны шеи

Поликлиника

- Организация амбулаторно-поликлинической помощи
- Организация работы оториноларинголога
- Диспансеризация в работе оториноларинголога
- Принципы реабилитации больных и инвалидов (КЭК и МСЭК)
- Принципы санаторно-курортного отбора больных в условия поликлиники
- Лечебно-диагностическая работа
- Первичная и вторичная профилактика заболеваний ЛОР-органов
- Использование лекарственных методов лечения в условиях поликлиники (электропроцедуры, ультразвук, бальнеотерапия, грязелечение и др.)
- Анализ деятельности оториноларинголога
- Санитарно-просветительная работа, в том числе пропаганда здорового образа жизни

ЗАНЯТИЕ №1

Тема: Заболевания глотки. Острые воспалительные заболевания глотки.

Классификация тонзиллитов. Ангина. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови.

Актуальность. Заболевания глотки встречаются в клинической практике очень часто и могут быть диагностированы врачами любой специальности. Тонзиллярная патология является общемедицинской проблемой, представляющей интерес не только для оториноларингологов, но и терапевтов, инфекционистов, педиатров, ревматологов и др.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об этиологии и патогенезе заболеваний глотки, методах хирургического лечения их;
знать Острый фарингит. Особенности острого бактериального, вирусного, грибкового фарингита.

Методы лечения и профилактики. Возрастные особенности острых воспалительных заболеваний глотки. Ангина. Формы ангины. Клиническое течение. Грибковая ангина (кандидамикоз глотки). Методы лечения в зависимости от формы, тяжести и течения. Ангина при инфекционных заболеваниях. Дифференциальная диагностика между ангиной и дифтерией. Ангина при заболевании крови. Дифференциальная диагностика с дифтерией.

Ангина язычной миндалины. Клиника, диагностика, лечение, осложнение. Ангина глоточной миндалины. Симптоматика, осложнения, методы лечения.;

уметь выполнять фарингоскопию, поставить правильно диагноз заболевания глотки, провести дифференциальную диагностику острого первичного тонзиллита с поражениями миндалин при инфекционных заболеваниях и патологии системы крови, своевременно выявить осложнения, выбрать лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР - кабинет в поликлинике.

Обснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, глоточный ватодержатель, стерильный тампон для взятия мазка из ротоглотки, инсуффлятор, пульверизатор для орошения глотки, канюля для промывания лакун небных миндалин, гальванокаутер и криоапликаторы, скальпель для вскрытия паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, носовой корнцанг, тонзиллотом, аденотом, конхотом.

Таблица 1

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Острый фарингит. Особенности острого бактериального, вирусного, грибкового фарингита. Методы лечения и профилактики.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Составить дифференциально-диагностическую таблицу острого бактериального, вирусного, грибкового фарингита.
2. Возрастные особенности острых воспалительных заболеваний глотки.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить возрастные особенности острых воспалительных заболеваний глотки.
3. Ангина. Формы ангины. Клиническое течение. Грибковая ангина (кандидамикоз глотки). Методы лечения в зависимости от формы, тяжести и течения.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите
4. Ангина при инфекционных заболеваниях. Дифференциальная диагностика между ангиной и дифтерией.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите

5. Ангина при заболевании крови. Дифференциальная диагностика с дифтерией.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите
6. Ангина язычной миндалины. Клиника, диагностика, Лечение, осложнение.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить комплекс лечебных мероприятий при ангине язычной миндалины
7. Ангина глоточной миндалины. Симптоматика, осложнения, методы лечения.	Уметь правильно поставить диагноз, назначить лечение, предупредить осложнения и поражения других органов и систем	Составить дифференциально-диагностическую таблицу лакунарной ангины и дифтерии зева. Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите

Блок информации

Этиология и классификация острых фарингитов

По этиологическому фактору острые фарингиты можно разделить на вирусные, бактериальные, грибковые, аллергические, травматические (следствие попадания инородного тела или хирургического вмешательства) и вызванные воздействием раздражающих факторов (горячей жидкости или пара, кислот, щелочей, облучения и др.).

Острые вирусные фарингиты

Самой распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является катаральный фарингит при ОРВИ. Известно, что примерно 70% фарингитов вызываются вирусами, среди которых отмечают риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа. Наиболее типичным возбудителем острого фарингита являются риновирусы. Исследования последних лет показывают, что их значение стремительно растет, и теперь риновирусы ответственны более чем за 80% случаев ОРВИ в период осенних эпидемий. Вирусное инфицирование часто является лишь первой фазой заболевания, и оно «прокладывает путь» для последующей бактериальной инфекции.

Вирусы – возбудители острого фарингита (в порядке убывания частоты):

Основные:

- Риновирусы
- Коронавирусы
- Аденовирусы
- Вирус гриппа
- Вирус парагриппа

Редко-встречающиеся:

- Респираторный синцитиальный вирус
- Вирусы простого герпеса (типы 1 и 2)
- Энтеровирусы
- Вирус Коксаки

- Вирус Эпштейна–Барра
- Цитомегаловирус

Вирус иммунодефицита человека

Острые бактериальные фарингиты

Некоторые авторы делят острый фарингит на катаральную и гнойную формы. Катаральная форма характеризуется преимущественными жалобами на боли в области глотки, сопровождающимися субфебрильной температурой и умеренными явлениями ухудшения общего состояния. Катаральные фарингиты практически всегда бывают вирусной этиологии.

Для гнойных фарингитов характерно более выраженное ухудшение состояния, подъем температуры до 37,5–38,0°C. При гнойных фарингитах чаще доминирует бактериальная этиология.

В целом, бактериальные фарингиты составляют не более 15% всех острых фарингитов.

Чаще всего бактериальные фарингиты вызываются β-гемолитическим стрептококком группы А.

Однако, некоторые другие бактериальные микроорганизмы могут также явиться причиной острых бактериальных фарингитов Group C beta-hemolytic streptococcus; Group G beta-hemolytic streptococcus; Anaerobes (Peptostreptococcus, Fusobacterium, and Bacteroides spp.); Arcanobacterium haemolyticum; Chlamydia pneumoniae; Corynebacterium diphtheriae; Corynebacterium haemolyticum; Mycoplasma pneumoniae; Neisseria gonorrhoeae; Francisella tularensis (tularemia); Yersinia enterocolitica; Haemophilus influenzae (epiglottitis).

Бактериальные фарингиты, вызванные β-гемолитическим стрептококком группы А возникают преимущественно в конце зимы или начале весны. Для них характерно внезапное начало (инкубационный период от момента заражения составляет от 2 до 5 дней), выраженные боли в области глотки, увеличение и болезненность региональных лимфоузлов, ознобы, подъем температуры до 37,5–38,0°C. При фарингоскопии кроме резко выраженной гиперемии глотки можно видеть белые гнойные налеты на поверхности лимфоидных фолликулов.

Микотические поражения глотки

Микотические поражения ротоглотки занимают второе место в общей структуре грибковых поражений ЛОР-органов. Основным возбудителем микотического поражения ротоглотки являются дрожжеподобные грибы рода Candida, вызывающие заболевание у 93% больных (В.Я.Кунельская, 1989). Причинами фарингомикозов могут быть самые разные представители рода Candida: C.albicans, C.stellatoidea, C.parapsilosis, C.brumptii, C.intermedia, C.tropicalis, C.pseudotropicalis, C.guilliermondii и др. Из всех этих видов наиболее патогенным является Candida albicans, встречающаяся в половине всех случаев. Значительных клинических отличий при поражении различными видами грибов рода Candida выявить не удается. Разница в течении заболевания в основном зависит от реактивности организма.

Основной локализацией кандидозного поражения глотки является миндалина, при этом чаще встречаются двусторонний процесс, хотя в ряде случаев возможно и одностороннее поражение миндалин. Кандидозные ангины составляют 10% от всех форм ангин.

Кандидоз миндалин обычно начинается с несильных болевых ощущений или чувства дискомфорта глотки (першение, дисфагия, жжение, ощущение инородного тела). Общее состояние при этом меняется мало, отмечается недомогание, чувство разбитости, температура остается в пределах субфебрильной.

Объективная картина также помогает в дифференциальной диагностике с бактериальными поражениями миндалин. При микозах глотки воспалительные явления выражены слабо, слизистые оболочки миндалин лишь слегка гиперемированы, всегда наблюдаются множественные налеты небольших размеров серого или белого цвета. Налеты могут быть творожными, крошковатыми, пористыми, они обычно легко снимаются, обнажая гладкую слизистую оболочку, слегка гиперемированную.

Иногда, при выраженных процессах, налеты могут быть плотными и после их удаления обычно обнажается эрозивная и легкокровоточащая слизистая, что требует дифференциального диагноза с дифтерией.

Региональные лимфоузлы при кандидозах увеличиваются незначительно и малоблезненны. Для кандидоза миндалин характерно распространение налетов за пределы миндалинковой

ткани: на мягкое небо, на слизистую оболочку щек, корень языка, дужку, заднюю стенку глотки.

При кандидозе миндалин и слизистой оболочки полости рта наблюдаются периодические обострения, связанные со своеобразием жизнедеятельности гриба-возбудителя. Течение кандидоза миндалин чаще всего затяжное и носит подострый характер.

При плесневых микозах глотки, встречающихся несравнимо реже, чем кандидозы, клиническая картина несколько отличается, в основном характером патологических налетов и выраженностью местных симптомов.

Так, при аспергиллезе больных беспокоит сильная боль в горле, иногда иррадиирующая в ухо. Температура тела при этом остается субфебрильной. При аспергиллезе процесс, как правило, односторонний, миндалина обычно гиперемирована и увеличена в объеме. Налеты желтоватого или беловатого цвета покрывают миндалину и переднюю дужку и снимаются, хотя не так легко, как при кандидозе. При этом обнажается эрозивная слизистая. Лимфатические узлы при аспергиллезе чаще увеличены.

Клинические проявления острых фарингитов

Задняя стенка глотки едва ли не с момента рождения человека подвергается самым разнообразным неблагоприятным воздействиям: это и травмирующее воздействие грубой пищи, термические и химические факторы, никотин у активных и пассивных курильщиков, и различные пылевые частицы, пылевые и пыльцевые аллергены у лиц с затрудненным носовым дыханием, воздействие различных микроорганизмов и множество других раздражающих факторов. Несмотря на обилие крупных кровеносных сосудов, отходящих от аорты для кровоснабжения головы и шеи, кровоснабжение слизистой оболочки задней стенки глотки недостаточно. Пока лимфоидная ткань (носоглоточная, небные, язычная миндалины) молода и хорошо кровоснабжается, слизистая оболочка глотки легче переносит травмирующие факторы. Когда же начинается атрофия лимфоидной ткани в силу возрастных изменений, или после удаления небных миндалин, кровоснабжение задней стенки глотки прогрессивно ухудшается. Сухая слизистая легко травмируется, в микротрещины легко проникают микроорганизмы из глотки, носа и полости рта и вызывают воспаление.

Воспаление задней стенки глотки, называемое фарингитом, имеет разные проявления, чаще всего встречаются гипертрофические или гранулезные и субатрофические. Гранулезные, как правило, бывают у детей, подростков, людей молодого возраста. Воспалительная реакция у них протекает бурно, на задней стенке глотки появляется большое количество грануляций среднего и крупного размера. При этом больного беспокоит боль в глотке при глотании, причем, слюну проглотить больнее, чем пищу, характерно ощущение инородного тела в глотке, может повышаться температура тела до 37-37,5 градусов. Субатрофические фарингиты протекают длительно, вяло, температура не поднимается. Больного беспокоит сухость и першение в глотке, болезненность при глотании, сухой кашель. Это, разумеется, связано с состоянием слизистой оболочки задней стенки глотки. Она истонченная, сухая, с мелкими грануляциями, нередко имеется инъеция сосудов. Такие фарингиты чаще наблюдаются у лиц более старшего возраста. Чаще ими страдают курильщики, лица, перенесшие тонзиллэктомию, работники вредных производств (связанных с пылью, агрессивными химическими веществами, термическими факторами), лица «речевых» профессий: преподаватели, работники детских дошкольных учреждений, дикторы и другие. В последние годы субатрофические фарингиты стали встречаться и у лиц молодого возраста.

Дифференциальная диагностика острых фарингитов

Итак, для клинической картины острого фарингита характерны першение, сухость, дискомфорт и боли в горле при глотании (особенно при пустом глотке), реже – общее недомогание, подъем температуры. При воспалении тубофарингеальных валиков боль обычно иррадирует в уши. При пальпации может отмечаться болезненность и увеличение верхних шейных лимфоузлов. При фарингоскопии видны гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные для ангины признаки воспаления небных миндалин. Следует помнить, что острый фарингит может быть первым проявлением некоторых инфекционных болезней: кори, скарлатины, коревой краснухи.

Фарингит часто развивается при постоянно затрудненном носовом дыхании. Он может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают там ненужный анемизирующий

эффект. Симптомы фарингита могут присутствовать при так называемом постназальном синдроме. В этом случае дискомфорт в горле связан со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Помимо постоянного покашливания данное состояние может вызывать у детей появление свистящих хрипов, что требует дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой.

При упорных, не поддающихся обычной терапии болях в горле требуется проведение дифференциальной диагностики с рядом синдромов, развивающихся при некоторых системных заболеваниях и болезнях нервной системы. Синдром Plummer–Vinson возникает у женщин в возрасте от 40 до 70 лет на фоне железодефицитной анемии. Синдром Шегрена – аутоиммунное заболевание, сопровождающееся, помимо выраженной сухости слизистой оболочки желудочно–кишечного тракта, диффузным увеличением слюнных желез. Для синдрома Eagle (стилалгии) характерны сильные постоянные, часто односторонние боли в горле, вызванные удлинением шиловидного отростка, который расположен на нижней поверхности височной кости и может прощупываться над верхним полюсом небной миндалины. Целый ряд невралгий (языкоглоточного или блуждающего нерва) также может быть причиной болей в горле, особенно у пожилых людей.

В таблице 4 представлена дифференциальная диагностика различных состояний, которые могут быть причинами болей в горле.

В дифференциальной диагностике острых фарингитов большое значение имеет целенаправленный сбор анамнеза и уточнение характера жалоб.

Уточняют локализацию (шея, глотка) и характер боли (поверхностная болезненность, першение, распирающее, давление). Просят указать место наибольшей болезненности. Расспрашивают о других симптомах — лихорадке, инфекциях верхних дыхательных путей, кашле, боли в ушах, затруднении носового дыхания, выделениях из носа, металлическом привкусе во рту.

Выясняют, страдает ли больной бронхиальной астмой (и пользуется ли ингаляциями кортикостероидов), курит ли, не работает ли с раздражающими веществами. Выясняют, против каких заболеваний проводилась иммунизация, особо уточняют, проводилась ли иммунизация против дифтерии.

Анамнез помогает дать ответ на главный вопрос: вызвана ли боль в горле фарингитом или нет.

При осмотре больного оценивают общее состояние, обращают внимание на бледность кожных покровов (при лейкозе), затруднение носового дыхания (при инфекционном мононуклеозе), характерный запах изо рта (при стрептококковой ангине).

Дифференциальная диагностика при боли в горле

Самая вероятная причина

Вирусный фарингит

Наиболее опасные заболевания, имитирующие острые фарингиты

Сердечно-сосудистые (иррадиация болей в области глотки)

Стенокардия

инфаркт миокарда

Злокачественные новообразования

рак ротоглотки и полости рта

Инфекции

острый эпиглоттит (дети до 4 лет)

перитонзиллярный абсцесс

окологлоточный и заглоточный абсцессы

дифтерия

ВИЧ-инфекция

Болезни крови

агранулоцитоз, острый лейкоз

Источники неверного диагноза

Инородные тела

Инфекционный мононуклеоз

Кандидозный стоматит у грудных детей при ингаляциях кортикостероидов

Болезни, передающиеся половым путем

фарингит, вызванный *Neisseria gonorrhoeae*
фарингит, вызванный вирусом простого герпеса 2 типа
сифилис
Острый тиреоидит

Раздражение верхних дыхательных путей (табачным дымом, химическими веществами)

Дыхание ртом

Редкие причины

- системная склеродермия
- саркоидоз
- срединная гранулема лица
- туберкулез

Состояния, вызывающие боли в горле

Сахарный диабет (кандидозный стоматит)

Побочное действие лекарственных средств и интоксикация

Анемия

Болезни щитовидной железы (острый тиреоидит)

Болезни позвоночника

Психические нарушения и симуляция

При пальпации проверяют, есть ли болезненность и увеличение регионарных лимфоузлов. Исследуют ушные раковины и области придаточных пазух носа. После этого осматривают полость рта, небные миндалины и дужки, заднюю стенку глотки. Отмечают язвы, объемные образования, налет на миндалинах, отечность и гиперемию мягкого неба, небных миндалин, язычка и дужек, глотки.

Небольшие молочно-белые пятна на слизистой рта и мягком небе характерны для кандидозного стоматита. Большие желтоватые пленки, покрывающие небные миндалины, наблюдаются при инфекционном мононуклеозе. Обширный отек и гиперемия слизистой рта, налет на миндалинах наблюдаются при ангине, вызванной *Streptococcus pyogenes*

Установить правильный диагноз и назначить лечение не всегда просто. При постановке диагноза прежде всего следует опираться на клинические и эпидемиологические данные.

Поставить диагноз только по внешнему виду слизистой глотки и небных миндалин очень трудно. Разлитая гиперемия задней стенки глотки и отечные небные миндалины, покрытые налетом, наблюдаются как при стрептококковой, так и при вирусной инфекции.

Следует помнить, что примерно в 70% случаев причина боли в горле — вирусный фарингит. При вирусных инфекциях воспаление менее выражено, налета на небных миндалинах обычно нет.

Для уточнения диагноза проводят следующие лабораторные исследования:

- микроскопия мазка с поверхности небных дужек и задней стенки глотки,
- общий анализ крови,
- для исключения сахарного диабета определяют уровень глюкозы плазмы.

Мнения по вопросу «Делать ли мазок?» различны. Одни авторы считают, что мазок с поверхности небных дужек и задней стенки глотки нужен во всех случаях. Другие полагают, что мазки делать не нужно, и ставят диагноз на основании клинической картины. Третьи проводят мазки только в сомнительных случаях. Мы согласны скорее с последними и проводим мазки только при подозрении на дифтерию, или на стрептококковую ангину.

При определении *Streptococcus pyogenes* чувствительность посева с поверхности небных дужек и задней стенки глотки составляет 90%.

Боль в горле у детей имеет ряд особенностей. Обычно боль в горле у детей — это проявление вирусной инфекции (реже — бактериальной). Другие причины боли в горле у детей:

- стоматит (особенно герпетический и афтозный),
- острый эпиглоттит,
- острый трахеит или ларинготрахеит (круп),
- ларингит,
- кандидозный стоматит (характерен металлический привкус во рту),

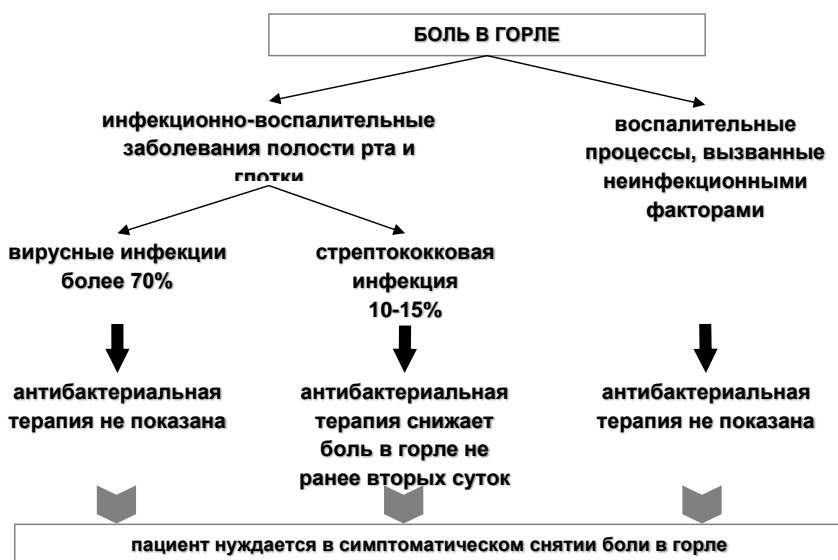
- инородные тела в верхних дыхательных путях,
- стекание отделяемого из носа по задней стенке глотки, например при остром аденоидите,
- раздражение слизистой верхних дыхательных путей:
 - сухим воздухом,
 - дымом, в том числе при пассивном курении.

Боль в горле у пожилых также имеет некоторые специфические черты

У пожилых тоже распространены вирусные инфекции верхних дыхательных путей. Однако жалобы на боль в горле в этом возрасте требуют от врача большой настороженности. В каждом случае необходимо тщательное обследование для исключения рака ротоглотки: для него характерны боль при глотании, иррадиирующая в ухо, и охриплость голоса. Другие причины боли в горле у пожилых:

- опоясывающий лишай (сыпь обычно появляется и на лице),
- кандидозный стоматит (характерен металлический привкус во рту, обязательно исключают сахарный диабет).

Принципы этиотропной терапии острых фарингитов



Лечение острых фарингитов складывается из этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Основные направления терапии острых фарингитов:

- Устранение болевого синдрома
- Устранение явлений дисфагии
- Устранение явлений першения, раздражения глотки, сухого кашля

Ликвидация других явлений воспаления

В качестве этиотропной применяют группу антисептиков и антибиотиков, хотя роль последних, учитывая преимущественно вирусный характер фарингитов, весьма сомнительна.

В качестве патогенетической терапии используются в основном противовоспалительные препараты.

Наиболее полно представлена симптоматическая терапия, заключающаяся в основном в назначении анальгезирующих и местноанестезирующих препаратов.

Традиционная терапия острых фарингитов:

- Местные антисептические препараты
- Местноанестезирующие препараты
- Противовоспалительные препараты

Системные антибиотики

Сложность ситуации с терапией острых фарингитов заключается в том, что до сих пор отсутствуют стандарты лечения данной патологии, четко регламентирующие назначения того или иного препарата, той или иной схемы лечения. Основная группа лекарственных средств, выпускаемых для лечения острых фарингитов, относится к группе безрецептурного отпуска и применяется пациентами самостоятельно, без согласования с врачом. Врачу также бывает трудно ориентироваться в безбрежном море препаратов для купирования боли в горле.

Основные препараты для местной антимикробной терапии, представленные на российском рынке, перечислены в табл. 5. В состав этих препаратов обычно входит одно или несколько антисептических средств (хлоргексидин, гексетидин, бензидамин, амбазон, тимол и его производные, спирты, препараты йода и др.), эфирные масла, местные анестетики (лидокаин, тетракаин, ментол), реже – антибиотики (фюзафюнгин, фрамицетин) или сульфаниламиды, дезодорирующие средства. Препараты также могут содержать лизаты бактерий (Имудон), природные антисептики (экстракты растений, продукты пчеловодства), синтезированные факторы неспецифической защиты слизистых оболочек, обладающие еще и противовирусным действием (лизоцим, интерферон), витамины (аскорбиновая кислота).

Таблица 2

Препараты для лечения острых фарингитов

N	Название	Производитель	Международное название
1.	Септолете Д (пастилки) без сахара	KRKA	Бензалкония хлорид + Ментол + эфирные масла
2.	Септолете (пастилки)	KRKA	Бензалкония хлорид + Ментол + эфирные масла
3.	Септолете плюю (пастилки)	KRKA	Цетилпиридиния хлорид + Бензокаин
4.	Астрасепт пастилки апельсин/ментол, вишня/ментол, медово-лимонный, ментол/эвкалипт	Fermentapharma Biotech Ltd	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
5.	Биопарокс инг.	Servier	Fusafungine
6.	Вокадин, Раствор	Wockhardt	Povidone-iodine
7.	Гексализ таблетки для рассасывания	Laboratories Bouchara-Recordati	Biclotymol + dliisozyme + enoxolone
8.	Гексаспрей, Аэрозоль	Laboratories Bouchara-Recordati	Biclotymol (производное тимола)
9.	Гексорал, Аэрозоль, раствор	Parke-Davis	Hexetidine
10.	Горпилс пастилки апельсиновые, клубничные, лимонно-медовые, лимонные, ментолово-эвкалиптовые	Gepach Int.	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
11.	Грамидин с анестетиком таблетки д/рассасывания	Щелковский витам.з-д	Gramicidin S
12.	Дрилл, Пастилки	Pierre Fabre	Clorhexidine + tetracaine
13.	Имудон, Таблетки	Solway Pharma	Смесь лизатов бактерий

N	Название	Производитель	Международное название
14.	Ингалипт аэрозоль	Мосхимфармпрепараты Фармстандарт (ICN) Октябрь г. Санкт-Петербург Алтайвитамины Випс-Мед	
15.	Йокс, Аэрозоль	Galena	Povidone-iodine + allantoin
16.	Каметон аэрозоль	Мосхимфармпрепараты Алтайвитамины Фармстандарт (ICN) Октябрь г. Санкт-Петербург	Camphore + Menthol + Chlorbutanol + Eucalyptus oleum
17.	Камфомен, Аэрозоль	Мосхимпрепараты	Nitrofuraz, menthol, растит.масла
18.	Колдакт лорпилс таблетки д/рассасывания апельсин, лимон	Ranbaxy	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
19.	Колдрекс Лари Плюс, Пастилки	GlaxoSmithKline	Dicloline
20.	Коризалия таблетки п/о гомеопатические	Boiron Laboratoires	
21.	Ларипронт, Таблетки	Heinrich Mack	Dequalinium chloride + lysozime
22.	Лизобакт таблетки д/рассасывания	Акрихин	
23.	Лорпилс таблетки д/рассасывания со вкусом ананаса, апельсина, лимона	Lotus Laboratories Pvt.Ltd	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
24.	Мирамистин, Раствор	Инфамед	Myramistin
25.	Нео-ангин Н таблетки д/горла без сахара, с сахаром	Divapharma-Knufinke	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol + Menthol
26.	Октенисепт, Раствор	Schulke-Mayr	Octenisept
27.	Повидон-йод, Раствор	Zorka Pharma	Povidone-iodine
28.	Пропосол, Аэрозоль	Мосхимпрепараты	Прополис + глицерин + этиловый спирт
29.	Ринза Лорсепт таблетки д/рассасывания апельсиновые, лимонные, медово-лимонные, черносмородиновые	Unique Pharmaceutical Lab.	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
30.	Ромазулан, Раствор	Biofarm	Экстракт и масло ромашки аптечной
31.	Ротокан, Раствор	Вилар	Экстракты ромашки, календулы, тысячелистника
32.	Себедин, таблетки	Polfa	Clorhexidine + ascorbic acid
33.	Септогал, таблетки	Jadran	Bensalconium chloridum + menthol + эфирные масла
34.			
35.			
36.			

N	Название	Производитель	Международное название
37.	Стопангин раствор, спрей	Galena	
38.	Стрепсилс Плюс спрей фл., леденцы, медово-лимонный леденцы, ментол/эвкалипт леденцы, с витамином С леденцы, с лимоном и травами леденцы б/сахара	Boots Healthcare	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
39.	Тантум верде, арозоль	CSC	Benzidamine
40.	Трависил сироп фл. таблетки д/рассасывания лимонные, мятные, мандариновые	Plethico Pharmaceuticals Ltd	
41.	Фалиминт, драже	Berlin-Chemie	Acetylamino nitropropoxybenzene
42.	Фарингомед карамель апельсин, банан, малина, мед-лимон	Материя Медика	
43.	Фарингосепт таблетки д/рассасывания со вкусом лимона	Terapia S.A. Акрихин	Ambazone
44.	Фитолор пастилки от кашля апельсин, лимон	Mareechi Exports Pvt.	
45.	Фурацилин, раствор	Татхимпрепараты	Nitrofurazone
46.	Шалфей Доктор Тайсс раствор д/местного применения таблетки	Dr.Theiss Naturwaren GmbH	Salviae officinalis foliorum extract
47.	Шалфей пастилки, таблетки	Natur Produkt Europe B.V.	
48.	Эвкалимин, раствор	Вилар	Экстракты листьев и побегов эвкалипта
49.	Эвкалипт-М пастилки, таблетки д/рассасывания	Natur Produkt Europe B.V.	Eucalypti folia
50.	Элюдрил, раствор	Pierre Fabre	Chlorhexidine + chlorbutanole + docusate sodium + chlorophormium

Помимо фармакотерапии, в лечении острых фарингитов большое значение продолжают играть традиционные средства домашней и народной медицины.

При остром и обострении хронического фарингита, не сопровождающихся выраженными расстройствами общего состояния, бывает достаточно симптоматического лечения, включающего щадящую диету, горячие ножные ванны, согревающие компрессы на переднюю поверхность шеи, молоко с медом, паровые ингаляции и полоскание горла. Курение следует прекратить.

Отношение к традиционному полосканию горла далеко не однозначное. По статистике больше 90% пациентов, обращающихся к врачу с фарингитом, сами многократно энергично полоскали глотку раствором соды, соли, в лучшем случае, настоями трав.

Слизистая оболочка глотки в норме должна вырабатывать слизь и должна быть покрыта слизью. Это нормальное физиологическое состояние данной ткани организма. Слизь является важным компонентом организма и, в частности, слизистой оболочки глотки. У слизи много предназначений. Самое элементарное из них - механическая защита эпителия слизистой от повреждающих факторов, попадающих в глотку. Например, микробы, попадая в толщу слизи,

теряют активность и даже погибают из-за отсутствия там свободного кислорода. Также известно, что слизистая оболочка глотки, небные миндалины, вырабатывают интерферон, лизоцим, иммуноглобулины, что, по сути является местным иммунитетом. Слизь содержит различные иммунокомпетентные клетки, в частности, лимфоциты.

Пациенты, которые для лечебных, по их мнению, целей полощут глотку, используют различные прижигающие жидкости, наносят большой вред слизистой оболочке глотки и организму в целом. Воспаленная, сухая, покрытая микротрещинами слизистая глотки не в состоянии защитить организм от проникновения в глубжележащие ткани и кровеносное русло болезнетворных микробов. Это способствует распространению инфекции в организме, нарушениям в иммунной системе, особенно страдает местный иммунитет, способствует возникновению вторичного иммунодефицита.

Все вышесказанное в первую очередь касается агрессивных антисептических растворов (концентрированного перманганата калия, фурацилина), концентрированных растворов соли или даже соды.

В то же время элиминация патогенного возбудителя при полоскании может принести определенную пользу.

Полоскание растворами или же свежими настоями таких трав и растений как мята, ромашка, календула, эвкалипт приводит к купированию явлений воспаления и облегчению симптомов острого фарингита.

В традиционной терапии острых фарингитов издавна использовалось полоскание глотки морской водой.

Терапевтическую (лечебную) ценность морской воды определяют ее физико-химические особенности. При этом ее следует рассматривать как естественный раствор, находящийся в эквilibriumированном (уравновешенном) состоянии, то есть когда токсичность отдельных солей погашается присутствием других солей.

Роль воспаления в патогенезе острых фарингитов.

Принципы противовоспалительной терапии

Как известно, воспаление является нормальной реакцией слизистой оболочки околоносовых пазух, направленной на уничтожение вирусов и бактерий. Это сложная комплексная местная сосудисто-тканевая защитно-приспособительная реакция целостного организма на действие патогенного раздражителя.

Основными компонентами воспаления являются:

- альтерация с выделением медиаторов
- сосудистая реакция с экссудацией
- пролиферация

После фагоцитоза макрофагом бактериального антигена, происходит его разрушение, сопровождающееся выделением свободных радикалов и повреждение ими тканей.

В ответ на это высвобождаются медиаторы воспаления, в свою очередь вызывающие пролиферацию лейкоцитов, активацию Т-лимфоцитов и дальнейшее усиление воспаления.

К основным медиаторам воспаления (а в настоящий момент их известно более 50) относят гистамин, простагландины, лейкотриены и цитокины. И простагландины и лейкотриены являются конечным продуктом метаболизма фосфолипидов клеточной мембраны. На первом этапе под воздействием фосфолипазы А₂ происходит метаболизм фосфолипидов клеточной мембраны до арахидоновой кислоты. В дальнейшем циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты приводит к образованию простагландинов и тромбоксана, а липооксигеназный - к образованию лейкотриенов.

К провоспалительным цитокинам воспаления относятся интерлейкины (IL₁, IL₃, IL₄, IL₅, IL₆), фактор некроза опухолей (TNF_α).

Противовоспалительная терапия направлена в первую очередь на блокаду каскада медиаторных реакций, усиливающих воспалительную реакцию. Это ведет к купированию таких основных симптомов воспаления при острых фарингитах как боль, отек, расширение сосудов слизистой оболочки. Поэтому противовоспалительная терапия должна являться непременным звеном терапии острых фарингитов.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) ингибируют биосинтез простагландинов, угнетают активность циклооксигеназы, угнетают перекисное окисление липидов, влияют на кининовую систему. Все это делает их мощным средством в комплексном лечении острого фарингита.

Нестероидные противовоспалительные средства по механизму своего действия делятся на две группы.

Первая группа - активные ингибиторы синтеза простагландинов (ибупрофен, флурбипрофен, диклофенак). Они наиболее активны при остром воспалении.

Вторая группа - сравнительно слабые ингибиторы синтеза простагландинов (индометацин, пироксикам, фенилбутозан). Эти препараты мало активны при остром воспалении, но весьма эффективны при хроническом.

Естественно, при лечении острых фарингитов предпочтение отдается препаратам первой группы.

Особняком от двух перечисленных групп системных противовоспалительных препаратов стоит фенспирид. Он обладает сильным противовоспалительным действием, которое обусловлено блокадой H_1 - рецепторов и антагонизмом с медиаторами воспаления, снижением выработки провоспалительных веществ (цитокины, $TNF\delta$, метаболиты арахидоновой кислоты, свободные радикалы).

Механизм действия фенспирида направлен непосредственно на метаболизм арахидоновой кислоты, что позволяет одновременно блокировать как образование простагландинов, так и лейкотриенов, в отличие от нестероидных противовоспалительных средств, влияющих только на циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты и не препятствующих образованию такого сильного воспалительного медиатора, чем лейкотриены.

Фенспирид, не являясь стероидным противовоспалительным средством, лишен упомянутых выше неблагоприятных побочных механизмов глюкокортикостероидов.

По месту своего приложения, фенспирид разработан специально для слизистых оболочек дыхательных путей, и поэтому при выборе средств системной противовоспалительной терапии острых фарингитов имеет преимущества перед другими противовоспалительными препаратами.

Из противовоспалительных препаратов системного действия в лечении острых фарингитов имеет значение только фенспирид (эриспал). В последние годы он все чаще используется для лечения острых фарингитов.

В противовоспалительной терапии фарингитов чаще используются топические противовоспалительные препараты, преимущественно нестероидные.

Таблица 3

Противовоспалительные и анальгезирующие свойства НПВП

<p>По силе противовоспалительного действия различные НПВП могут быть расположены в следующей последовательности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>индометацин</i> • <i>флурбипрофен</i> • <i>диклофенак натрия</i> • <i>тироксикам</i> • <i>кетопрофен</i> • <i>напроксен</i> • <i>ибупрофен</i> • <i>амидопирин, аспирин</i> 	<p>По анальгезирующему эффекту НПВП располагаются в несколько иной последовательности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>диклофенак натрия</i> • <i>индометацин</i> • <i>флурбипрофен</i> • <i>амидопирин</i> • <i>тироксикам</i> • <i>пирпрофен</i> • <i>напроксен</i> • <i>ибупрофен</i> • <i>аспирин</i> • <i>кетопрофен</i>
--	---

Значение антибактериальной терапии

При лечении пациентов с болью в горле в медицинской практике разных стран мира по-

прежнему широко применяют антибиотики. В американском руководстве по рациональному применению антибиотиков при остром фарингите у взрослых отмечается, что в США антибиотики назначают примерно 75% взрослых пациентов с острым фарингитом, хотя этиология острого фарингита в большинстве случаев вирусная, и лишь примерно у 5-15% взрослых пациентов заболевание вызвано (β -гемолитическим стрептококком группы А (group A β -hemolytic streptococcus/GABHS)). Только в последнем случае антибиотикотерапия при боли в горле оправдана.

Учитывая чрезвычайную актуальность проблемы повсеместного роста резистентности к антибиотикам, обусловленной прежде всего их широким и нерациональным применением, важность отказа от антибактериальных средств у иммунокомпетентных взрослых пациентов с острым фарингитом без тяжелой коморбидности красной нитью проходит в современных доказательных клинических рекомендациях по ведению пациентов с болью в горле.

Применять антибиотики с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания не следует, в большинстве случаев достаточной бывает адекватная анальгезия. Учитывая высокий риск развития побочных эффектов при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), не рекомендуется применять их рутинно при боли в горле.

Рекомендуется применение симптоматических средств — анальгетиков/антипиретиков, а также домашних средств — полоскания, леденцы, лед и другие отвлекающие методы.

В ряде случаев, при бактериальных фарингитах, возможно назначение местной антибактериальной терапии.

В чем преимущества местной антибактериальной терапии
острых фарингитов?

- Непосредственное воздействие на очаг инфекции
- Оптимальная концентрация лекарственного препарата в очаге
- Отсутствие системного воздействия
- Меньший риск селекции резистентных штаммов нормальной микрофлоры

В отличие от антисептиков, количество местных антибактериальных препаратов очень ограничено. Для лечения острых фарингитов может быть использован только местный ингаляционный антибиотик «Биопарокс».

В состав Биопарокса входит уникальный ингредиент – фузафунгин, антибиотик грибкового происхождения, единственный представитель своего класса. Он имеет хорошо адаптированный антибактериальный спектр от грамположительных кокков к более специфическим микроорганизмам – грамотрицательным коккам, грамположительным и грамотрицательным палочкам, анаэробным возбудителям, микоплазмам и даже плесневым грибкам.

Стойкий антибактериальный эффект обеспечивается также активацией интрелейкина-2, что в свою очередь повышает активность натуральных киллеров.

Помимо антибактериального действия, фузафунгин обладает и местным противовоспалительным действием вследствие ограничения продукции свободных радикалов и снижения высвобождения провоспалительных цитокинов.

Благодаря своей сильной местной противовоспалительной активности фузафунгин довольно быстро и эффективно купирует основные симптомы воспаления глотки – боль и дисфагию.

Антисептики в терапии острых фарингитов

Гораздо чаще, чем антибиотики, в терапии острых фарингитов используют химические соединения, обладающие антимикробным действием – антисептики.

Антисептики могут назначаться в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и леденцов для рассасывания. Главными требованиями к наносимым на слизистую оболочку препаратам являются:

- широкий спектр антимикробного действия, желателен включающий противовирусную активность;
- отсутствие токсического эффекта и низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек;

- низкая аллергенность;
- отсутствие раздражающего действия на слизистую.

Следует помнить о токсичности хлоргексидина, входящего в состав многих препаратов (антиангин, дринл, себидин, элюдрил) и не допускать их неограниченного бесконтрольного приема пациентами (особенно детьми).

Назначение ряда лекарств ограничивает их высокая аллергенность и раздражающее действие. Сюда относятся препараты, содержащие производные йода (йодиол, йокс, вокадин, повидон–йод), прополис (пропосол), сульфаниламиды (бикарминт, ингалипт). Препараты, содержащие растительные антисептики и эфирные масла, эффективны и безвредны, но их назначение противопоказано у пациентов, страдающих аллергией к пыльце растений, а количество лиц с этим заболеванием в некоторых географических зонах составляет до 20% в популяции.

Разумеется, самые эффективные местные препараты не заменят полностью потребности в системном введении антибиотиков при ангине и фарингитах, вызванных бета-гемолитическим стрептококком.

Гексетидин (Гексорал), который активен в отношении большинства бактерий – возбудителей фарингита и тонзиллита, а также грибов. Помимо антимикробного, гексетидин обладает кровоостанавливающим и анальгезирующим действием, что обосновывает его использование не только после тонзиллэктомии и вскрытия паратонзиллярного абсцесса, но и после обширных операций в глотке (например, операций при синдроме обструктивного апноэ сна и др.). Сочетание упомянутых выше эффектов с дезодорирующим действием препарата выгодно у больных с опухолями верхних дыхательных путей, в частности, получающих лучевую терапию.

Октенисепт обладает широким спектром антимикробного действия, охватывающим грамположительные и грамотрицательные бактерии, хламидии, микоплазмы, грибки, простейшие, а также вирусы простого герпеса, гепатита В и ВИЧ. Действие препарата начинается уже через минуту и длится в течение часа. Октенисепт не оказывает токсического действия и не всасывается через неповрежденную слизистую оболочку. Оториноларингологи используют раствор октенисепта, распыляя данный раствор на слизистые оболочки при помощи инсуффлятора.

Биклотимол выпускается в виде аэрозоля (**Гексаспрей**), а также входит в состав таблеток для рассасывания **Гексализ**, содержащих помимо биклотимола природный антисептик лизоцим. Биклотимол обладает также местным обезболивающим и противовоспалительным эффектом.

Для лечения острых фарингитов широко используется препарат **Стрепсилс Плюс** – комбинация антисептиков с аппликационным анальгетиком лидокаином. В качестве антисептика в препарате стрепсилс плюс используется комбинация амилметакрезола и 2,4-Дихлорбензилового спирта.

Пастилки **Септолете** содержат хлорид бензалкония, который с 1930 года используется в качестве противомикробного средства широкого спектра действия и является антисептиком из группы четвертичных соединений аммония. Благодаря эмульгационным особенностям он деполаризует цитоплазматическую мембрану микробной клетки, и таким образом увеличивает ее проницаемость и способствует распаду.

Хлорид бензалкония обладает широким спектром действия. Он эффективен прежде всего в отношении грамположительных бактерий, но оказывает также мощное фунгицидное действие на *Candida albicans* и на некоторые липофильные вирусы.

Добавлено примечание ((M1)): Как

Добавлено примечание ((M2)): Так и грамотрицательных

Добавлено примечание ((M3)): Убрать данный абзац

Топические лизаты в терапии острых фарингитов

Имудон принципиально отличается от всех препаратов, применяющихся для местного лечения фарингита. Он представляет собой поливалентный антигенный комплекс, в состав которого входят лизаты 10 бактерий, а также двух возбудителей грибковых инфекций (*Candida albicans* и *Fusiformis fusiformis*), чаще всего вызывающих воспалительные процессы в полости рта и в глотке. Имудон активизирует фагоцитоз, способствует увеличению количества иммунокомпетентных клеток, повышает содержание лизоцима и секреторного IgA в слюне. Получены данные, свидетельствующие о том, что назначение имудона при остром, а также катаральной, гипертрофической и субатрофической формах хронического фарингита более эффективно, чем

традиционные методы лечения, такие как ингаляции щелочных и антибактериальных препаратов, прижигание гранул раствором нитрата серебра и применение других противовоспалительных и анальгезирующих препаратов. При необходимости имудон хорошо сочетается с местными или системными антибиотиками, способствуя сокращению сроков выздоровления и поддержанию местной иммунной защиты, что особенно важно при антибиотикотерапии. Имудон выпускается в форме таблеток для рассасывания.

Биологическая терапия острых фарингитов

Биологическая терапия острых фарингитов, основанна на рациональном использовании комплексных гомеопатических препаратов (Хеель, Германия).

В качестве противовирусного средства, используют препарат **Энгистол** (сублингвальные таблетки), который назначают параллельно с противоангинозным средством **Ангин – Хель СД** (сублингвальные таблетки). При этом препараты принимаются в режиме иницирующей терапии, соблюдая возрастные дозировки (для взрослых - 1 табл. под язык через 15 мин. в течение 2 часов - в первый день лечения, в последующие – сохраняется 3-х разовый прием в день). Противовирусную терапию может усилить биологический спрей **Эуфорбиум композитум Назентропфен С**. Репарационный – аспект биологического лечения острых фарингитов может быть дополнен парентеральным курсовым введением препарата **Мукоза композитум** (ампулы, на курс –10, в режиме 2 внутримышечные инъекции в неделю), или способом «питьевых ампул», растворяя 1 ампулу в 1 стакане воды и выпивая весь раствор в течение дня вне еды мелкими глотками, за 8-16 приемов.

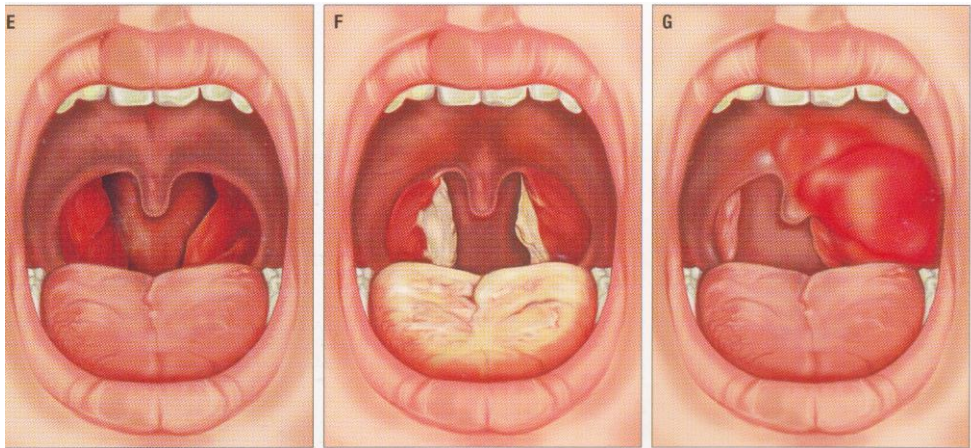
В комплексной биологической терапии острых фарингитов используют гомеопатические препараты группы «биологических антибиотиков» - **Эхинацея композитум СН** (ампулы), **Траумель С** (капли, таблетки и ампулы). Первый препарат весьма эффективен при стафилококковых и стрептококковых инфекционных процессах, а второй – проявляет не только антибактериальную активность в отношении Staph. Aureus, но и оказывает антимикотическое действие на грибы рода Candida albicans.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ (по И. Б. Солдатову)

1. Острые

1. Первичные: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангины.
2. Вторичные: а) при острых инфекционных заболеваниях — дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе; б) при заболеваниях системы крови — инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.

Острые первичные тонзиллиты — островоспалительные заболевания, в клинической картине которых ведущим звеном являются симптомы поражения миндалин. В зависимости от морфологических изменений выделяются определенные формы острых первичных тонзиллитов, основные из которых — катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая. Острые вторичные тонзиллиты представляют собой поражения миндалин при острых инфекционных заболеваниях (главным образом при дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе) и заболеваниях системы крови (преимущественно при инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах).



**Рис. 2. Е – Ангина катаральная.
 F – Ангина лакунарная.
 G – Паратонзиллярный абсцесс.**

ЗАНЯТИЕ №2

Тема: Классификация тонзиллитов. Ангина. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови.

Актуальность. Заболевания глотки встречаются в клинической практике очень часто и могут быть диагностированы врачами любой специальности. Тонзиллярная патология является общемедицинской проблемой, представляющей интерес не только для оториноларингологов, но и терапевтов, инфекционистов, педиатров, ревматологов и др. Социальная значимость ее определяется высоким уровнем заболеваемости ангиной и хроническим тонзиллитом, особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного возраста. Тонзиллиты могут вызывать тяжелые осложнения, способствовать возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, дающих наиболее высокую общую смертность.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об этиологии и патогенезе заболеваний глотки, методах хирургического лечения их;

знать Классификацию тонзиллитов. Острые первичные тонзиллиты — катаральная, лакунарная, фолликулярная и язвенно-пленчатая ангины. Осложнения ангин: паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, латерофарингеальный абсцесс, тонзиллогенный медиастинит и сепсис. Острые вторичные тонзиллиты — ангины при инфекционных заболеваниях (дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе) и при заболеваниях системы крови (инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах). Лечебные мероприятия при острых тонзиллитах и их осложнениях. Острый фарингит, дифференциальная диагностика с катаральной ангиной;

уметь выполнять фарингоскопию, поставить правильно диагноз заболевания глотки, провести дифференциальную диагностику острого первичного тонзиллита с поражениями миндалин при инфекционных заболеваниях и патологии системы крови, своевременно выявить осложнения, выбрать лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР - кабинет в поликлинике.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, глоточный ватодержатель,

стерильный тампон для взятия мазка из ротоглотки, инсуффлятор, пульверизатор для орошения глотки, канюля для промывания лакун небных миндалин, гальванокаутер и криоаппликаторы, скальпель для вскрытия паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, носовой корнцанг, тонзиллотом, аденотом, конхотом.

Таблица 4

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля	Источники информации
1 Классификация тонзиллитов.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Начертить схему классификации по И. Б. Солдатову	Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология-Москва «Медицина». – 2002
2. Острые первичные тонзиллиты — катаральная, лакунарная, фолликулярная и язвенно-пленчатая ангины	Уметь правильно поставить диагноз, назначить лечение, предупредить осложнения и поражения других органов и систем	Составить дифференциально-диагностическую таблицу лакунарной ангины и дифтерии зева. Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите. Нарисовать фарингоскопическую картину лакунарной, фолликулярной и язвенно-пленчатой ангины	
Острые вторичные тонзиллиты — ангины при инфекционных заболеваниях (дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе) и при заболеваниях системы крови (инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах).	Уметь правильно поставить диагноз, назначить лечение, предупредить осложнения и поражения других органов и систем	Составить дифференциально-диагностическую таблицу лакунарной ангины и дифтерии зева. Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите. Нарисовать фарингоскопическую картину ангины при инфекционном мононуклеозе	
Осложнения ангин: паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, латерофарингеальный	Уметь правильно поставить диагноз, назначить лечение, предупредить осложнения и	Нарисовать фарингоскопическую картину при правостороннем паратонзиллярном абсцессе	

абсцесс, тонзиллогенный медиастинит и сепсис. Лечебные мероприятия при острых тонзиллитах и их осложнениях.	поражения других органов и систем		
---	-----------------------------------	--	--

Блок информации

Этиология

Среди бактериальных возбудителей острого тонзиллита и фарингита наибольшее значение имеет БГСА. Реже острый тонзиллит вызывается стрептококками групп С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского–Плаута–Венсана), крайне редко – микоплазмы и хламидии.

Причиной вирусного острого фарингита и в меньшей степени тонзиллита могут быть аденовирусы, рино- и коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа, Эпштейна–Барра, Коксаки А и др.

Эпидемиология

БГСА передается воздушно-капельным путем. Источниками инфекции являются больные, реже – бессимптомные носители. Вероятность заражения увеличивается при высокой обсемененности и тесном контакте. Стрептококковый тонзиллит возникает чаще у детей в возрасте 5–15 лет. Наибольшая заболеваемость – в зимне-весенний период.

Фарингиты, вызванные вирусом гриппа, корона- и респираторно-синцитиальными вирусами, возникают преимущественно в зимние месяцы.

Клиническая картина

Инкубационный период при остром стрептококковом тонзиллите составляет от нескольких часов до 2–4 дней. Характерны острое начало с повышением температуры тела до 37,5–39°C, познабливание или озноб, головная боль, общее недомогание, боль в горле, усиливающаяся при глотании, нередко артралгии и миалгии. У детей могут быть тошнота, рвота, боли в животе.

Развернутая клиническая картина наблюдается, как правило, на 2-е сутки с начала заболевания, когда общие симптомы достигают максимальной выраженности. При осмотре выявляется покраснение небных дужек, язычка и задней стенки глотки. Миндалины гиперемированы, отечны, часто с гнойным налетом желтовато-белого цвета. Налет рыхлый, пористый, легко удаляется шпательем с поверхности миндалин без кровотокающего дефекта.

У всех больных отмечаются уплотнение, увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфатических узлов на уровне угла нижней челюсти (регионарный лимфаденит).

Кровь: лейкоцитоз – $(9-12) \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ (иногда до 40–50 мм/ч), появление С-реактивного белка.

Длительность периода разгара (без лечения) составляет 5–7 дней. В дальнейшем, при отсутствии осложнений, основные клинические проявления болезни (лихорадка, симптомы интоксикации, воспалительные изменения в миндалинах) быстро исчезают, нормализуется картина периферической крови. Симптомы регионарного лимфаденита могут сохраняться до 10–12 дней.

Дифференциальная диагностика острых стрептококковых тонзиллитов, основанная только на клинических признаках, нередко трудна даже для опытных врачей. Однако необходимо отметить, что наличие респираторных симптомов (кашель, ринит, охриплость голоса и др.), а также сопутствующие конъюнктивит, стоматит или диарея указывают на вирусную этиологию острого тонзиллита.

В отличие от скарлатины для острого стрептококкового тонзиллита не характерны какие-либо высыпания на коже и слизистых оболочках.

При локализованной дифтерии ротоглотки налет с миндалин снимается с трудом, не растирается на предметном стекле, не растворяется в воде, а медленно оседает на дно сосуда. После удаления налета отмечается кровоточивость подлежащих тканей.

Ангинозная форма инфекционного мононуклеоза, как правило, начинается с распространенного поражения лимфатических узлов (шейных, затылочных, подмышечных, абдоминальных, паховых). Симптоматика тонзиллита развивается на 3–5-й день болезни. При исследовании периферической крови выявляется лейкоцитоз с преобладанием мононуклеаров (до 60–80%).

Ангина Симановского–Плаута–Венсана характеризуется слабо выраженными признаками общей интоксикации и явлениями одностороннего язвенно некротического тонзиллита. При этом возможно распространение некротического процесса на мягкое и твердое небо, десны, заднюю стенку глотки и гортань.

Осложнения. Тонзиллиты и фарингиты любой этиологии могут осложняться инфекциями соседних органов (средний отит, синусит, бронхит и др.). Однако особую опасность представляют осложнения стрептококкового тонзиллита, которые делятся на:

1. *ранние (гнойные)*, развивающиеся на 4–6-й день от начала заболевания, – отит, синусит, паратонзиллярный абсцесс, шейный лимфаденит;
2. *поздние (негнойные)*, развивающиеся в стадии реконвалесценции (на 8–10-й день от начала болезни – постстрептококковый гломерулонефрит, токсический шок) или через 2–3 нед после купирования симптомов тонзиллита (ревматическая лихорадка).

Риск развития ревматической лихорадки существенно нарастает при контакте с ревматогенными штаммами БГСА, а также при наличии данного заболевания, в том числе ревматических пороков сердца, в анамнезе у пациента и/или членов его семьи.

Следует отметить, что немотивированная задержка восстановления трудоспособности, слабость, нестойкий субфебрилитет, артралгии, сердцебиение и нерезко повышенная СОЭ, сохраняющиеся после перенесенного тонзиллита, в сочетании с ростом титров противострептококковых антител (антистрептолизин О, антистрептокиназа, антистрептогиалуронидаза, анти-ДНКазы В) могут свидетельствовать о дебюте острой ревматической лихорадки.

Показано, что в $\frac{1}{3}$ случаев ревматическая лихорадка является следствием стрептококкового тонзиллита, протекающего со стертой клинической симптоматикой (удовлетворительное общее состояние, температура тела нормальная или субфебрильная, небольшое першение в глотке, исчезающее через 1–2 дня), когда большинство больных не обращается за медицинской помощью, а лечится самостоятельно без применения соответствующих антибиотиков.

Микробиологическая диагностика

Микробиологическую диагностику стрептококкового тонзиллита следует проводить у пациентов при наличии:

- клинических и эпидемиологических признаков (возраст, сезон), указывающих на инфекцию, вызванную БГСА;
- контакта с больным, у которого доказана стрептококковая этиология тонзиллита;

- высокой степени распространения стрептококковых инфекций в регионе.

Диагностика острого стрептококкового тонзиллита включает микробиологическое исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки

За рубежом широкое распространение получили методы экспресс-диагностики стрептококкового антигена в мазках с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки. Современные тестовые системы позволяют получать результат через 15–20 мин с высокой специфичностью (95–100%), но меньшей, чем при культуральном исследовании, чувствительностью (60–95%).

Экспресс методы дополняют, но не заменяют культуральный метод, так как отрицательный результат экспресс-диагностики не исключает стрептококковую этиологию заболевания. Кроме того, только при выделении возбудителя можно определить его чувствительность к антибиотикам.

Показания к антибактериальной терапии

Назначение антибактериальной терапии оправданно только при стрептококковой этиологии острого тонзиллита. Необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию бактериальной резистентности к антибиотикам, а также может осложняться нежелательными лекарственными реакциями.

Антибактериальная терапия может быть начата до получения результатов бактериологического исследования при наличии эпидемиологических и клинических данных, указывающих на стрептококковую этиологию острого тонзиллита.

Чувствительность β-гемолитических стрептококков группы А к антибиотикам

β-гемолитические стрептококки группы А отличаются высокой чувствительностью к пенициллинам и цефалоспорином. β-лактамы остаются единственным классом антибиотиков, к которым у БГСА не развилась резистентность. Основной проблемой является резистентность к макролидам, которая в России составляет 13–17%, при этом распространение получил М-фенотип резистентности, характеризующийся устойчивостью к макролидам и чувствительностью к линкосамидам – линкомицину и клиндамицину.

Резистентность к тетрациклинам и сульфаниламидам в России превышает 60% [7]. Кроме того, тетрациклины, сульфаниламиды, ко-тримоксазол не обеспечивают эрадикации БГСА и поэтому их не следует применять для лечения острых стрептококковых тонзиллитов, вызванных даже чувствительными к ним *in vitro* штаммами.

Чувствительность клинических штаммов БГСА приведена в табл.1.

Таблица 5

Чувствительность *Streptococcus pyogenes*

Антибиотик	Пограничные концентрации	Устойчивость, %	Умеренная устойчивость, %	Чувствительность, %	МПК ₉₀	Диапазон МПК
Пенициллин	S<0,125 R>4	0	0	100,0	0,016	0,012–0,032
Амоксициллин	S<0,5 R>2	0	0	100,0	0,023	0,016–0,032
Цефуросим	S<0,5 R>2	0	0	100,0	0,023	0,016–0,125
Тетрациклин	S<2,0 R>8	60,2	1,0	38,8	128,0	0,125–256,0
Эритромицин	S<0,25 R>1	9,7	2,9	87,4	0,75	0,016–3,0

Азитромицин	S<4,0 R>16	9,7	7,8	82,5	1,5	0,064–16,0
Рокситромицин	-	9,7	7,8	82,5	1,5	0,064–12,0
Клиндамицин	S<0,25 R>1	0	1,9	98,1	0,125	0,047–0,38

Цель антибиотикотерапии

Целью антибактериальной терапии острых стрептококковых тонзиллитов является эрадикация БГСА, что ведет не только к ликвидации симптомов инфекции, но и к предотвращению ее распространения и предупреждает ранние и поздние осложнения.

Выбор антибиотиков

Учитывая повсеместную высокую чувствительность БГСА к β -лактамным антибиотикам, препаратами I ряда для лечения острого стрептококкового тонзиллита являются пенициллин (феноксиметилпенициллин), аминопенициллины и оральные цефалоспорины.

У пациентов с доказанной аллергией на β -лактамы антибиотики следует применять макролиды, а при непереносимости последних – линкосамиды.

Рекомендуемые препараты, дозы и схемы приема представлены в табл.2

Таблица 6

Суточные дозы и режим введения антибиотиков при остром стрептококковом тонзиллите

Антибиотик	Взрослые	Дети	Связь с приемом пищи	Длительность лечения, дни
Препараты выбора				
Пенициллины:				
феноксиметилпенициллин ¹	1,5 г в 3 приема	0,375 г в 2 приема (<25 кг), 750 мг в 2 приема (>25 кг)	За 1 ч до еды	10
бензатинпенициллин ²	2,4 млн ЕД внутримышечно	600 тыс.ЕД внутримышечно (<25 кг), 1,2 млн ЕД внутримышечно (>25 кг)	-	Однократно
амоксциллин	1,5 г в 3 приема	0,375 г в 2 приема (<25 кг), 750 мг в 2 приема (>25 кг)	Независимо	10
Цефалоспорины:				
цефадроксил	1 г в 2 приема	30 мг/кг в 1 прием	Независимо	10
При непереносимости β-лактамных антибиотиков				
Макролиды:				
эритромицин ³	1,5 г в 3 приема	40 мг/кг в 3 приема	За 1 ч до еды	10
азитромицин	0,5 г – 1-й день, затем 0,25 г в 1 прием	12 мг/кг в 1 прием	За 1 ч до еды	5

спирамицин	6 млн ЕД в 2 приема	3 млн ЕД в 2 приема	Независимо	10
кларитромицин	0,5 г в 2 приема	15 мг/кг в 2 приема	Независимо	10
рокситромицин	0,3 г в 2 приема	5 мг/кг в 2 приема	За 1 ч до еды	10
мидекамицин	1,2 г в 3 приема	50 мг/кг в 2 приема	За 1 ч до еды	10

При непереносимости макролидов и β -лактамовых антибиотиков

Линкосамиды:

линкомицин	1,5 г в 3 приема	30 мг/кг в 3 приема	За 1 ч до еды	10
клиндамицин	0,6 г в 4 приема	20 мг/кг в 3 приема	Запивать большим количеством воды	10

¹ Рекомендуется преимущественно для лечения детей, учитывая наличие лекарственной формы в виде суспензии.

² Целесообразно назначать при: а) сомнительной компетентности (исполнительности) пациента в отношении перорального приема антибиотиков; б) наличии ревматической лихорадки в анамнезе у больного или ближайших родственников; в) неблагоприятных социально-бытовых условиях; г) вспышках А-стрептококковой инфекции в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, училищах, воинских частях и т.п.

³ Для эритромицина характерно наиболее частое по сравнению с другими макролидами развитие нежелательных реакций, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта

Неэффективность терапии острого стрептококкового тонзиллита

Под неэффективностью терапии острого стрептококкового тонзиллита понимаются сохранение клинической симптоматики заболевания и положительные результаты микробиологических исследований по окончании курса лечения антибиотиками I ряда.

Неудачи при лечении чаще отмечаются у больных, получавших феноксиметилпенициллин. Они отчасти могут быть обусловлены недостаточной исполнительностью пациента в соблюдении предписанной схемы терапии (прием препарата сразу после еды, уменьшение суточной дозы и т.п.). В подобных ситуациях показано однократное введение бензатинпенициллина дозах, приведенных в табл.2. В остальных случаях рекомендуется повторный курс лечения одним из препаратов, представленных в 5

Таблица 7

Антибактериальная терапия рецидивирующего стрептококкового тонзиллита

Антибиотик	Суточная доза		Связь с приемом пищи	Длительность лечения, дни
	Взрослые	Дети		
Амоксициллин/клавуланат	1,875 г в 3 приема	40 мг/кг в 3 приема	Независимо	10
Цефуроксим аксетил	0,5 г в 2 приема	20 мг/кг в 2 приема	Сразу после еды	10

Клиндамицин	0,6 г в 4 приема	20 мг/кг в 3 приема	Запивать большим количеством воды	10
Линкомицин	1,5 г в 4 приема	30 мг/кг в 3 приема	За 1–2 ч до еды	10

При исчезновении клинической симптоматики острого тонзиллита и сохраняющемся выделении БГСА повторные курсы антибактериальной терапии целесообразны только при наличии ревматической лихорадки в анамнезе у пациента или членов его семьи.

Ошибки при терапии острого стрептококкового тонзиллита

Ошибками при терапии острого стрептококкового тонзиллита являются:

- пренебрежение микробиологическим исследованием;
- необоснованное предпочтение местного лечения (полоскание и др.) в ущерб системной антибиотикотерапии;
- недооценка клинической и микробиологической эффективности и безопасности пенициллинов;
- назначение сульфаниламидных препаратов (в том числе сублингвально), ко-тримоксазола, тетрациклина, фузидина;
- сокращение курса антибиотикотерапии при клиническом улучшении.

Рецидивирующий стрептококковый тонзиллит

Под рецидивирующим стрептококковым тонзиллитом следует понимать множественные эпизоды острого тонзиллита в течение нескольких месяцев с положительными результатами микробиологических исследований и/или экспресс-методов диагностики антигенов БГСА.

Критериями рецидивирующего стрептококкового тонзиллита являются наличие клинических и эпидемиологических данных, указывающих на стрептококковую этиологию, отрицательные результаты микробиологических исследований между эпизодами заболевания, повышение титров противострептококковых антител после каждого случая болезни.

Носительство В-гемолитического стрептококка группы А

В среднем около 20% детей школьного возраста являются носителями БГСА в весенне-зимнее время.

Для носителей характерно отсутствие иммунологических реакций на микроорганизм. Учитывая низкий риск развития гнойных и негнойных осложнений, а также незначительную роль в распространении БГСА, хронические носители, как правило, не нуждаются в антибактериальной терапии.

ЗАНЯТИЕ №3

Тема: Хронические воспалительные заболевания глотки.

Хронический фарингит. Классификация, этиология, клиника и лечение. Особенности профессиональных заболеваний глотки. Этиология, клиника, меры профилактики.

Актуальность. Заболевания глотки встречаются в клинической практике очень часто и могут быть диагностированы врачами любой специальности. Тонзиллярная патология является общемедицинской проблемой, представляющей интерес не только для оториноларингологов, но и

терапевтов, инфекционистов, педиатров, ревматологов и др. Социальная значимость ее определяется высоким уровнем заболеваемости ангиной и хроническим тонзиллитом, особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного возраста. Тонзиллиты могут вызывать тяжелые осложнения, способствовать возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, дающих наиболее высокую общую смертность.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об этиологии и патогенезе заболеваний глотки, методах хирургического лечения их;

знать хронические воспалительные заболевания глотки.

Хронический фарингит. Классификация, этиология, клиника и лечение. Особенности профессиональных заболеваний глотки. Этиология, клиника, меры профилактики;

уметь выполнять фарингоскопию, поставить правильно диагноз заболевания глотки, провести дифференциальную диагностику острого первичного тонзиллита с поражениями миндалин при инфекционных заболеваниях и патологии системы крови, своевременно выявить осложнения, выбрать лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР - кабинет в поликлинике.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, глоточный ватодержатель, стерильный тампон для взятия мазка из ротоглотки, инсуффлятор, пульверизатор для орошения глотки, канюля для промывания лакун небных миндалин, гальванокаутер и криоапликаторы, скальпель для вскрытия паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, носовой корнцанг, тонзиллотом, аденотом, конхотом.

Таблица 8

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Классификация тонзиллитов	Знать, чтобы использовать в диагностике	Начертить схему классификации по И. Б. Солдатову
2. Острый первичный тонзиллит: 1) формы 2) клинические проявления 3) дифференциальная диагностика с вторичным тонзиллитом 4) осложнения 5) лечение	Уметь правильно поставить диагноз, назначить лечение, предупредить осложнения и поражения других органов и систем	Составить дифференциально-диагностическую таблицу лакунарной ангины и дифтерии зева. Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите. Нарисовать фарингоскопическую картину при правостороннем паратонзиллярном абсцессе
3. Хронический тонзиллит: 1) клинические формы 2) местные признаки 3) методы лечения 4) профилактика и диспансеризация	Знать, чтобы правильно формулировать диагноз хронического тонзиллита в соответствии с классификацией И. Б. Солдатова, и выбрать соответствующую лечебную тактику	Назвать. Перечислить заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом Перечислить Назвать, указать сущность диспансеризации, количество диспансерных: осмотров в течение года и сроки их проведения

4. Фарингит 1) клинические формы 2) методы лечения	Знать, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение	Перечислить Назвать. Выписать рецепт для полоскания глотки при атрофическом фарингите
5. Заглоточный абсцесс	Знать, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение	Назвать в каком возрасте наиболее часто встречается заглоточный абсцесс, нарисовать фарингоскопическую картину с обозначением локализации процесса
6. Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды)		Перечислить методы диагностики. Нарисовать картину носоглотки и обозначить локализацию аденоидов

Блок информации

Хронический тонзиллит – это инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции миндалин, морфологически выражающееся альтерацией, пролиферацией и экссудацией.

Заболеваемость хроническим тонзиллитом составляет 22,1 – 40,1%.

Факторы, способствующие развитию хронического тонзиллита:

1. Общие (снижение реактивности организма, интоксикация, местное и общее охлаждение, нерациональное питание, неблагоприятные условия труда и быта, нарушение носового дыхания и др.).
2. Местные:
 - нарушение дренажной функции миндалин вследствие сужения выводных отверстий лакун (возрастные анатомические особенности строения миндалин, перенесенные ангины, хирургические операции в глотке, травмы миндалин, сопровождающиеся рубцеванием миндалин).
 - Обсеменение миндалин бактериальной флорой (инфекции полости рта, глотки, носа, частые и длительные контакты с инфицированными больными и пр.).
При бактериологическом исследовании миндалин наиболее часто встречаются β -гемолитический стрептококк группы А, другие разновидности стрептококков, стафилококки, их ассоциации. Кроме того, обнаруживают хламидии, микоплазмы, аденовирусы, анаэробы, грибы и др.

Патогенез хронического тонзиллита.

Снижение резистентности

организма

Нарушение дренажной функции миндалин



Местные признаки хронического тонзиллита:

1. Признак Гизе – гиперемия краев небных дужек.
2. Признак В.Н. Зака – инфильтрация или валикообразное утолщение в верхней трети краев дужек. Признак Б.С. Преображенского – валикообразное утолщение на всем протяжении дужек.
3. Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками или рубцово-измененные и уплотненные миндалины.
4. Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.
5. Регионарный лимфаденит – увеличение и уплотнение верхне-шейных и зачелюстных лимфоузлов, умеренная болезненность при пальпации (признаки Блюментеля и Гольдмана).

Лабораторная диагностика хронического тонзиллита:

1. Цитологическое исследование (обнаружение патогенной флоры, снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, увеличение полиморфноядерных лимфоцитов).
2. Оценка иммунного статуса.
 - Ориентировочные тесты (иммуноглобулины основных классов, поглотительная активность циркулирующих фагоцитов).
 - Аналитические тесты (концентрация субпопуляций Т-лимфоцитов, оценка пролиферативного ответа лимфоцитов на митогены, выявление ЦИК, определение подклассов иммуноглобулинов, определение количества интерлейкинов).

Классификация хронических тонзиллитов (И.Б. Солдатов, 1975)

1. Неспецифические:
 - компенсированная форма – имеются признаки хронического тонзиллита, барьерная функция миндалин и реактивность организма выравнивают состояние воспалительного процесса.
 - декомпенсированная форма – признаки хронического тонзиллита сочетаются с нарушением барьерной функции миндалин и проявлениями общей реакции организма (ангины, паратонзиллиты, паратонзиллярные абсцессы, а также заболевания отдаленных органов и систем организма).
2. Специфические: при инфекционных гранулемах – туберкулезе, сифилисе, склероме.

Заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом.

В настоящее время известно около 100 различных заболеваний, развитие которых связано с хроническим тонзиллитом. Сопряженность общих заболеваний с хроническим тонзиллитом определяют по наличию единства в их этиологии. Кроме того, прослеживается отчетливая связь между обострениями хронического тонзиллита и сопряженного заболевания. Патология глотки провоцирует и поддерживает сопряженные болезни других органов и систем. Отсутствие лечебного эффекта или непродолжительная ремиссия при таких заболеваниях часто обусловлены тем, что не проводится адекватная терапия хронического тонзиллита. Наиболее выражены изменения внутренних органов при декомпенсированной форме хронического тонзиллита.

Развитие заболеваний обусловлено воздействием нервно-рефлекторного, бактериемического, токсимического и аллергического факторов. Описаны и изучены афферентные связи небных миндалин со структурами заднего отдела подбугорной области гипоталамуса, которые участвуют в регуляции активного иммунитета. Это определяет центральную детерминацию нарушений иммунологической реактивности при хроническом тонзиллите.

В небных миндалинах протекают аллергические реакции 3 типа (иммунокомплексные). Циркулирующие иммунные комплексы фиксируются на стенках сосудов микроциркуляторного русла, вызывают повышение их проницаемости, выход медиаторов воспаления, активируют протеолитическую активность макрофагов. Это, в свою очередь, приводит к лизису ткани миндалин, распаду белков, которые приобретают антигенные свойства. Таким образом, миндалины становятся местом перманентной сенсибилизации организма.

Токсическое воздействие на организм при хроническом тонзиллите обусловлено диссеминацией токсинов, продуктов жизнедеятельности микроорганизмов гематогенным и лимфогенным путями.

Заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом:

1. Коллагеновые болезни (ревматизм, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит, геморрагический васкулит).
2. Заболевания кожи (псориаз, экзема, полиморфная экссудативная эритема).
3. Заболевания почек (гломерулонефрит).

4. Заболевания щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит Хашимото, острый и подострый тиреоидит и др.).
5. Хроническая интоксикация (стойкий субфебрилитет, общая слабость, длительное недомогание, повышенная утомляемость, снижение аппетита, периодические артралгии, миалгии, боли в области сердца и др.).
6. Вегетосудистая дистония.

Хроническая тонзиллогенная интоксикация способна ослаблять аккомодационный аппарат глаза. Поэтому важной мерой профилактики близорукости является ранняя санация очага хронической инфекции.

Часто отмечают сочетание заболеваний легких и патологии небных миндалин. Хронический тонзиллит может способствовать обострению хронической пневмонии и приводить к более тяжелому течению заболевания.

Описан инфекционно-токсический механизм поражения печени при хроническом тонзиллите. Токсин стрептолизин О способен нарушать процессы окислительного фосфорилирования в митохондриях гепатоцитов. Это приводит к развитию затяжных и хронических форм гепатитов.

Церебральные нарушения при хроническом тонзиллите проявляются в виде гипоталамического синдрома, снижения периферического артериального давления, мигрени, головокружения, метеолабильности и др.

Могут возникать нейро-эндокринные расстройства в виде ожирения или похудения, нарушения аппетита, жажды, гипергидроза, нарушения менструального цикла и снижения потенции.

Хронический тонзиллит отягощает течение шизофрении, болезнь принимает злокачественный характер.

Очаговая инфекция в небных миндалинах может способствовать усугублению нарушений углеводного обмена. Отмечено, что у больных сахарным диабетом адекватная терапия тонзиллита способствует стойкой компенсации болезни.

Доказано, что хронический тонзиллит оказывает неблагоприятное влияние на формирование репродуктивной функции у девочек, а у женщин может развиваться патологии беременности.

Таким образом, больные хроническим тонзиллитом формируют обширную группу риска по многим соматическим заболеваниям и требуют комплексного подхода в лечении сопряженных заболеваний.

Методы лечения хронического тонзиллита:

1. Консервативные.
2. Полухирургические (лакунотомия, гальванокаустика, диатермокоагуляция миндалин, криовоздействие, лазерная деструкция).
3. Хирургические (тонзиллэктомия).

Консервативное лечение хронического тонзиллита показано при компенсированной форме, при декомпенсированной форме, проявляющейся в виде рецидивов ангин, при наличии противопоказаний к хирургическому лечению.

1. Повышение естественной резистентности организма (соблюдение правильного режима дня, рациональное сбалансированное питание, занятия физкультурой, регулярное потребление поливитаминов и микроэлементов, санаторно-курортное лечение, грязелечение, фитотерапия, настойки элеутерококка, жень-шеня и пр.).
2. **Гипосенсибилизирующие средства (препараты кальция, антигистаминные средства и др.).**
3. Средства санирующего воздействия на миндалины и регионарные лимфоузлы (промывание лакун по Белоголовову, с применением аппарата Тонзиллор растворами антисептиков или антибиотиков, интра- и паратонзиллярные инъекции антибиотиков, местные антисептики и

антибиотики в виде различных лекарственных форм, ингаляции фитонцидов, физиолечение: воздействие ультразвуком, электромагнитным полем, УФ-облучение, УВЧ и др.).

4. Средства рефлекторного воздействия (иглорефлексотерапия, мануальная терапия, массаж и пр.).

Курс консервативной терапии проводят не реже 2 раз в год, обычно весной и осенью. При частых рецидивах ангин число курсов может быть 4 раза в год.

Полухирургические методы применяются в случаях неэффективности консервативных методов и при наличии противопоказаний к тонзиллэктомии. Применяются различные физические методы воздействия на миндалины (жидким азотом, высокими температурами, током, лазером), рассекают рубцы, расширяют устья лакун, проводят частичное удаление миндалин.

Показания к тонзиллэктомии.

Декомпенсация хронического тонзиллита в виде:

1. рецидивирующих ангин (4-5 раз в год)
2. рецидивирующих паратонзиллитов и паратонзиллярных абсцессов
3. в случаях местных осложнений ангин в виде заглоточного абсцесса, рецидивирующих шейных лимфаденитов и аденофлегмоны шеи и др.
4. выраженной тонзилогенной интоксикации, фебрильных судорог
5. заболеваний отдаленных органов и систем, связанных с патологией миндалин (в первую очередь – заболевания соединительной ткани).

Относительные показания к тонзиллэктомии:

1. Обструктивная остановка дыхания во сне, орофарингеальная обструкция миндалинами, альвеолярная гиповентиляция или легочное сердце, связанные с гипертрофией миндалин.
2. Обструкция глотки миндалинами, мешающими глотанию.
3. Подозрение на злокачественную опухоль для тотальной биопсии.
4. Постоянное или рецидивирующее кровотечение из миндалин.
5. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей.

Противопоказания к тонзиллэктомии:

1. Заболевания крови (гемофилия, лейкомия, пурпура и др.).
2. Неконтролируемые системные заболевания (выраженная сердечная и почечная недостаточность, стенокардия, высокая степень гипертензии, тяжелая форма сахарного диабета, активная форма туберкулеза).
3. Острые инфекционные заболевания.
4. Беременность.
5. Период менструации.
6. Расщелина неба.

Осложнения тонзиллэктомии:

1. Первичное кровотечение (в течение 24 часов после операции).
2. Вторичное кровотечение (спустя 5-10 суток).
3. Парез мягкого неба:
 - повреждение черепных нервов и их ветвей во время обезболивания
 - поражение черепных нервов, иннервирующих мягкое небо, на уровне их ядер
 - повреждение боковых стенок глотки, сформированных мышцами (поднимающей, напрягающей мягкое небо, сальпинго-глочной)
 - повреждение периферических волокон и нервных окончаний ЧМН во время операции или гематомой

Диспансерное наблюдение.

1. Больные, страдающие компенсированной формой хронического тонзиллита, составляют 3 группу диспансерного учета.
2. Больные, страдающие декомпенсированной формой, составляют 4 группу диспансерного учета.
3. Обследование 1 раз в год (ОАК, ОАМ, консультация терапевта, стоматолога, по показаниям – ревматолога, эндокринолога).
4. Консервативному лечению подлежат больные компенсированной формой не реже 2 раз в год.
5. Оперативному лечению подлежат больные декомпенсированной формой.
6. После тонзиллэктомии больные наблюдаются по поводу имеющегося сопряженного заболевания у профильного специалиста.

Хронические специфические тонзиллиты.

Поражение глотки при туберкулезе.

Туберкулез полости рта, глотки и верхних дыхательных путей является вторичным проявлением туберкулеза при деструктивных и диссеминированных формах, когда подавлена общая и местная резистентность организма.

Пути инфицирования глотки: спутогенный (через мокроту), лимфогенный, гематогенный. Инфицирование плода может возникнуть гематогенным путем при поражении туберкулезом плаценты, при диссеминированном туберкулезе у матери, а также, при заглатывании или аспирации околоплодной жидкости.

При вовлечении в процесс ротоглотки пациенты предъявляют жалобы на боль в горле при глотании твердой и жидкой пищи, неприятный запах изо рта. Отмечается нарушение общего состояния, повышение температуры тела.

Мезофарингоскопия: на гиперемированной и инфильтрированной слизистой оболочке небных миндалин, небных дужек, мягкого неба появляются высыпания милиарных бугорков серо-желтого цвета, которые быстро распадаются с образованием язв. Последние имеют неровные края, розовую окраску, покрыты гнойным налетом, могут сливаться, в результате чего образуется обширная глубокая язва. Кроме того, может присоединиться вторичная инфекция. Развивается регионарный лимфаденит (лимфоузлы увеличены в размерах, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, кожа над ними не изменена).

Диагностика:

1. тщательно собранный анамнез (выявление контакта с источником заражения, проведение вакцинации БЦЖ)
2. объективное обследование
3. туберкулинодиагностика
4. бактериологическое исследование – выявление микобактерий туберкулеза
5. рентгенологическое исследование грудной клетки
6. лабораторные методы исследования.

Лечение проводится совместно с фтизиатрами. Проводится местная противовоспалительная терапия (туалет полости рта и ротоглотки, орошение растворами антисептиков и анестетиков, 2% раствором соды, прижигание язв 5-20% раствором нитрата серебра, обработка язв средствами, улучшающими репарацию: солкосерил, метилурацил, облепиховое масло, олазол и др.).

Сифилис глотки.

Сифилис – общее инфекционное заболевание, склонное без лечения к хроническому течению, рецидивам, при котором поражаются все органы и системы организма.

Возбудитель – бледная трепонема.

Пути заражения: половой, бытовой, при прохождении через родовые пути матери.

При первичном сифилисе на месте внедрения бледной спирохеты через 3 недели появляется твердый шанкр, который не вызывает болезненных ощущений. При поражении ротоглотки

характерно появление шанкра-амигдалита на одной миндалине. Последняя значительно увеличена в размерах, медно-красного цвета, безболезненная, плотная. Шанкр возвышается над поверхностью слизистой, правильной округлой или овальной формы, с резкими границами, размером до 1,5 см в диаметре, с плотным инфильтратом в основании. Впоследствии наблюдается его изъязвление. В случае присоединения вторичной инфекции дно язвы покрыто грязно-серым налетом. Через 6-8 дней с момента появления шанкра заметны увеличенные регионарные лимфоузлы на стороне поражения, пальпация их безболезненная.

Вторичный сифилис развивается в сроки от 2 до 6 месяцев от заражения и совпадает с появлением высыпаний на коже и слизистых оболочках. Вторичные сифилиды не сопровождаются субъективными ощущениями, поэтому могут остаться незамеченными, сохраняются около 3-10 недель и исчезают бесследно.

В глотке появляются эритема и папулы. Слизистая ротоглотки и полости рта приобретает медно-красный цвет, причем, эритема имеет резкие очертания. Папулы локализуются на слизистой небных миндалин, дужек, мягкого неба, могут сливаться в сплошные очаги, распространяться на язык, слизистую полости рта.

В период высыпаний бывают увеличенными регионарные лимфоузлы.

Третичный сифилис развивается в результате недостаточного или неполноценного лечения. Чаще всего проявления третичного сифилиса возникают через 3-5 лет и более от момента заражения. Наиболее часто поражаются кожа, слизистые оболочки, кости, внутренние органы, нервная система.

При поражении глотки характерно образование гумм (малобольные инфильтраты застойно-красного цвета), которые локализуются на мягком и твердом небе и задней стенке глотки. Инфильтраты быстро подвергаются распаду и изъязвлению с последующей деструкцией костной и хрящевой ткани. Гуммозные язвы имеют кратерообразную форму, края валикообразно утолщены, дно покрыто гноем и тканевым детритом. Язвы рубцуются с образованием грубых деформаций (характерно образование лучистых рубцов), может быть сужение зева, приращение небной занавески к задней стенке глотки. Возможно образование перфораций между полостью рта и полостью носа. В результате отмечается дисфагия, нарушение голоса (гнусавость), поперхивание при еде, попадание пищи в нос.

Диагноз сифилиса устанавливают на основании анамнеза, клинической картины, лабораторного (серологические, бактериологические и общеклинические методы), рентгенологического исследований.

Лечение проводится совместно с дерматовенерологом согласно специально разработанным схемам. Местное противовоспалительное лечение включает туалет полости рта и ротоглотки, орошение слизистой растворами антисептиков и антибиотиков, использование ранозаживляющих средств.

Поражение глотки при склероме.

Склерома – хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся поражением верхних и нижних дыхательных путей, разнообразными изменениями в организме больного, серологическими сдвигами, особенностями гистологической структуры инфильтратов. Является эндемическим заболеванием, распространенным на территории Западной Украины, Белоруссии. В России встречается редко.

Возбудитель – клещиелла склеромы (палочка Фриша-Волковича).

Источник инфекции – больной человек.

Пути распространения инфекции – воздушно-капельный, контактный.

Входные ворота – верхние дыхательные пути, где процесс развивается в слизистой оболочке и подслизистом слое.

Инкубационный период длительный, признаки заболевания возникают через 3-5 лет. Заболевание развивается постепенно, принимает хроническое течение, протекает без болей и повышения температуры. Больные предъявляют жалобы на общую слабость, утомляемость, головную боль, потерю аппетита и др. Излюбленная локализация поражений при склероме – места

физиологических сужений (передние отделы носа, область хоан, подголосовая полость гортани, бифуркация трахеи и бронхов).

Выделяют следующие формы заболевания: скрытая, атрофическая, инфильтративная, рубцовая и смешанная.

При скрытой (начальной) форме в глотке появляются катаральные явления (гиперемия, отек слизистой задней стенки глотки, скопление густого, вязкого слизистого отделяемого).

При атрофической форме слизистая задней стенки глотки сухая, истонченная, как лакированная, покрыта вязкой слизью и корками. Больные предъявляют жалобы на першение в глотке, дискомфорт, сухость, ощущение “комка” в глотке, кашель, желание “прочистить горло”.

Инфильтративная форма характеризуется образованием инфильтратов красного или серо-розового цвета в области мягкого неба, на свободном крае небно-глоточных дужек, боковых стенках глотки и в своде носоглотки. Отличительным признаком склеромных инфильтратов являются отсутствие изъязвления и длительность течения заболевания.

Впоследствии, на месте бывших инфильтратов образуется рубцовая ткань (рубцовая форма склеромы), что приводит к сужению зева, приращению мягкого неба к задней стенке глотки, заращению носоглотки.

При смешанной форме отмечают сочетание атрофических изменений слизистой оболочки, инфильтратов и рубцовых изменений.

Диагноз склеромы устанавливают на основании анамнеза, клинической картины, результатов бактериологического и гистологического исследований.

Лечение: стрептомицин, левомецетин, тетрациклин внутримышечно, в виде ингаляций, симптоматическое лечение, хирургическое лечение (иссечение инфильтратов и рубцов с целью восстановления дыхания).

ЗАНЯТИЕ №4

Тема: Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней.

Гипертрофия небных и глоточной миндалин.

Актуальность. Заболевания глотки встречаются в клинической практике очень часто и могут быть диагностированы врачами любой специальности. Тонзиллярная патология является общемедицинской проблемой, представляющей интерес не только для оториноларингологов, но и терапевтов, инфекционистов, педиатров, ревматологов и др. Социальная значимость ее определяется высоким уровнем заболеваемости ангиной и хроническим тонзиллитом, особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного возраста. Тонзиллиты могут вызывать тяжелые осложнения, способствовать возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, дающих наиболее высокую общую смертность.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об этиологии и патогенезе заболеваний глотки, методах хирургического лечения их;

знать Классификация хронических тонзиллитов: специфические при инфекционных гранулемах и неспецифические. Хронический неспецифический тонзиллит — статистические сведения, патогенез, достоверные местные признаки. Компенсированная и декомпенсированная формы, примеры формулировки диагноза. Заболевания, связанные с тонзиллитом. Консервативные методы лечения хронического тонзиллита, показания к хирургическому лечению. Тонзиллэктомия, тонзиллотомия, гальваноакустика, диатермокоагуляция миндалин, криовоздействие, лазерная лакунотомия и деструкция. Возможные осложнения операций. Роль общегигиенических и санационных мероприятий в профилактике тонзиллитов. Диспансеризация больных хроническим тонзиллитом. Гипертрофия небных и глоточной миндалин — симптоматика и лечение. Острый аденоидит у детей грудного и раннего возраста.;

уметь выполнять фарингоскопию, поставить правильно диагноз заболевания глотки, провести дифференциальную диагностику острого первичного тонзиллита с поражениями миндалин при инфекционных заболеваниях и патологии системы крови, своевременно выявить осложнения, выбрать лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР - кабинет в поликлинике.

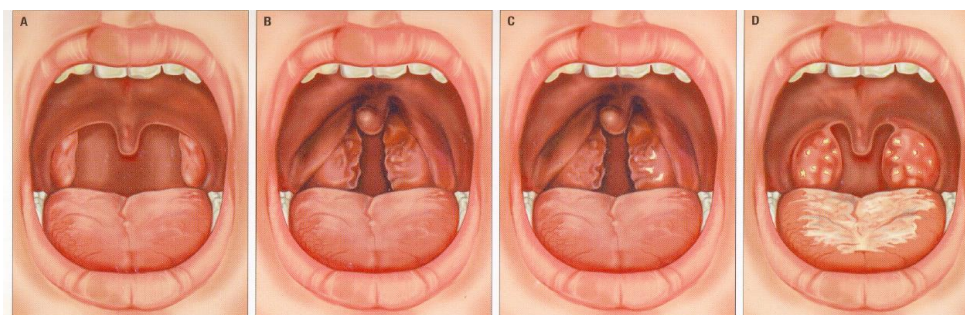
Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, глоточный ватодержатель, стерильный тампон для взятия мазка из ротоглотки, инсуффлятор, пульверизатор для орошения глотки, канюля для промывания лакун небных миндалин, гальванокаутер и криоаппликаторы, скальпель для вскрытия паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, носовой корнцанг, тонзиллотом, аденотом, конхотом.

Таблица 9

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Классификация тонзиллитов	Знать, чтобы использовать в диагностике	Начертить схему классификации по И. Б. Солдатову
2. Острый первичный тонзиллит: 1) формы 2) клинические проявления 3) дифференциальная диагностика с вторичным тонзиллитом 4) осложнения 5) лечение	Уметь правильно поставить диагноз, назначить лечение, предупредить осложнения и поражения других органов и систем	Составить дифференциально-диагностическую таблицу лакунарной ангины и дифтерии зева. Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите. Нарисовать фарингоскопическую картину при правостороннем паратонзиллярном абсцессе
3. Хронический тонзиллит: 1) клинические формы 2) местные признаки 3) методы лечения 4) профилактика и диспансеризация	Знать, чтобы правильно формулировать диагноз хронического тонзиллита в соответствии с классификацией И. Б. Солдатов, и выбрать соответствующую лечебную тактику	Назвать. Перечислить заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом Перечислить Назвать, указать сущность диспансеризации, количество диспансерных: осмотров в течение года и сроки их проведения
4. Фарингит 1) клинические формы 2) методы лечения	Знать, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение	Перечислить Назвать. Выписать рецепт для полоскания глотки при атрофическом фарингите
5. Заглоточный абсцесс	Знать, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение	Назвать в каком возрасте наиболее часто встречается заглоточный абсцесс, нарисовать фарингоскопическую картину с обозначением локализации процесса
6. Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды)		Перечислить методы диагностики. Нарисовать картину носоглотки и обозначить локализацию аденоидов

Блок информации



**Рис. 3. А – Глотка в норме.
В – Гипертрофия небных миндалин.
С – Хронический тонзиллит, гипертрофия небных миндалин.
D - Хронический тонзиллит.
Примеры формулировки диагноза**

Среди осложнений острых тонзиллитов наибольшее практическое значение имеют паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, латерофарингеальный абсцесс, тонзиллогенный медиастинит, тонзиллогенный сепсис.

Паратонзиллит является следствием распространения острого воспалительного процесса с небных миндалин на паратонзиллярную клетчатку и характеризуется ее воспалительной инфильтрацией (инфильтрация может наблюдаться как с одной стороны, так и с обеих).

Паратонзиллярный абсцесс возникает вследствие гнойного расплавления паратонзиллярного инфильтрата. При этом небные дужки и прилегающая часть мягкого неба на пораженной стороне набухают, резко суживая зев и смещая язычок в здоровую сторону (заболевание чаще одностороннее). Температура тела резко повышается, глотание становится очень болезненным, принятие пищи затруднено. Характерным симптомом является боль при открывании рта, что обусловливается тризмом жевательных мышц. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными при пальпации. В зависимости от локализации абсцесса в паратонзиллярной клетчатке различают передний, боковой, верхний и задний паратонзиллярные абсцессы.

Латерофарингеальный (парафарингеальный) абсцесс — гнойник в боковом окологлоточном пространстве, сопровождается пастозностью тканей под углом нижней челюсти, высокой, иногда ремиттирующей температурой. Фарингоскопически — выпячивание боковой стенки глотки.

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

Тонзиллогенный сепсис — самое тяжелое из осложнений острых тонзиллитов. Может развиваться как дальнейшая фаза приведенных осложнений (поздняя форма), так и непосредственно в любой стадии острого тонзиллита в связи с генерализацией септической инфекции (ранняя форма). Отмечается резкое повышение температуры тела, часто с большими размахами и

потрясающими ознобами. Регионарные лимфатические узлы, как правило, увеличены и болезненны. В ряде случаев определяется болезненность по ходу внутренней яремной вены, в дальнейшем могут возникать метастатические гнойники в различных органах. Анализ крови обнаруживает высокий лейкоцитоз, выраженный нейтрофильный сдвиг влево.

Литература

1. Атлас оперативной оториноларингологии. Под ред. Погосова В.С. М.: Медицина, 1983 г.
2. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология / В.И.Бабияк, Я.А.Накатис – СПб: Гиппократ, 2005 – Часть 4. Глотка – с.412-445.
3. Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. Руководство для врачей. - 2002 г. – 727 с.
4. Наседкин А.Н., Зенгер В.Г. Лазеры в оториноларингологии. М.: Медицина, 2000 г.
5. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита. /А.С.Лопатин // РМЖ, Том 9 № 16-17, 2001 – с.58-61
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, горла и уха. М. Медицина, 2003 г.
7. Овчинников А.Ю. Острый и хронический фарингит // Вестн. оторинолар. – 1991 - №4 – с.8-10
8. Оториноларингология национальное руководство.- под ред. чл. кор. РАМН В. Т. Пальчун.- Москва изд. Гр. «ГОЭТАР-Медиа» 2009 г. – 954 с.
9. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. – М. «Медицина» - 2002 г. – 571 с.
10. Соболев И.М. Острые и хронические неспецифические воспалительные заболевания глотки, гортани и трахеи // Руководство по оториноларингологии – Медгиз, 1963 – том 3, глава 9 – с.228-255
11. Фарингит / М.С.Плужников, Н.В. Панова, М.Я.Левин и др. – СПб: Диалог, 2006, - 120 с.
12. Юрьев К.Л. Новый подход к симптоматическому лечению при боли в горле / К.Л. Юрьев // Украинский медицинский часопис - №6 (50) – XI/XII 2005 - стр.65-69.
13. Antibiotics for sore throat. / C.B.Del Mar, P.P.Glasziou, A.B.Spinks / The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD 000023. pub2.
14. Bartlett J.G. IDCP guidelines: management of upper respiratory tract infections. Pharyngitis // Infect. Dis. Clin. Pract. – 1997. – Vol. 6. – P. 212 – 215.
15. Bisno A.L. Acute pharyngitis: etiology and diagnosis // Pediatrics. – 1996. – Vol. 97, suppl. – P. 949 – 954.
16. Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. et al. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: a practical guideline // Clin. Infect. Dis. – 1997. – Vol. 25. – P. 574 – 583.
17. Bloomington M.N. Acute pharyngitis. / M.N. Bloomington // Institute for Clinical Systems Improvement (SCSI), Institute for Clinical Systems Improvement (2005) - 33 - 50p.
18. Cowan D.L. Acute and chronic infection of the pharynx and tonsils / D.L. Cowan, J. Hibbert / – Scott-Brown's Otolaryngology, Sixth edition – Oxford, 1997 – vol. 5 – chapter 4 – p. 1-24.

19. Dagnelie C.F. Sore Throat in General Practice. A Diagnostic and Therapeutic Study. / C.F. Dagnelie // Thesis. Rotterdam, 1994.
20. Dajani A., Taubert K., Ferrieri P. et al. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the American Heart Association // *Pediatrics*.– 1995.– Vol.96.– P.758 –764.
21. Gerber M.A. Comparison of throatcultures and rapid strep tests for diagnosis of streptococcal pharyngitis // *Pediatr.Infect.Dis.J.*– 1989. –Vol.8.– P.820 –824.
22. Gerber M.A. //Emerging concerns of streptococcal pharyngitis. Proceedings of the 6th International Congress for Infectious Diseases, April 26 –30,1994.
23. Gwaltney J.M. Pharyngitis. / J.M. Gwaltney // In: Mandell G.L., Bennet J.E., Dolin R., editors, Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th Edition. NY: Churchill Livingstone – 1996, 566–9.
24. Hansaker D.H. Etiology of Infectious Diseases of the Upper Respiratory Tract. / D.H.Hansaker, J.L.Boone // In: Ballenger J.J., Snow J.B., editors, Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. 15th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, 69–83.
25. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. / Cooper R.J., Hoffman J.R., Bartlett J.G. at al.// American Academy of Family Physicians; American College of Physicians — American Society of Internal Medicine; Centers for Disease Control (2001) *Ann. Intern. Med.*, 134(6): 509—517.
26. Ressel G. Principles of appropriate antibiotic use: Acute pharyngitis. Part IV. *Am. Fam. Physician* / G. Ressel // Centers for Disease Control and Prevention, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, American Academy of Family Physicians, Infectious Diseases Society of America (2001) 64(5): 870-875.
27. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), SIGN Publication – 1999, Number 34, p.23
28. Snow V., Mottur-Pilson C., Cooper R.J., Hoffman J.R.; Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. *Ann. Intern. Med.*, 2001, 134(6): 506-508.
29. Strachounski L., Krechikova O., Bolmstrom A. Susceptibility patterns of clinical isolates of *Streptococcus pyogenes* in Russia. Proceedings of the 37 th ICCAC, 1997.
30. van Duijn H., Kuyvenhoven M., Welschen I., den Ouden H., Slootweg A., Verheij T. Patients' and doctors' views on respiratory tract symptoms. *Scand. J. Prim. Health Care* 2002, 20(4): 201-202.