

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат

Хронический тонзиллит

Зав. Кафедры: Д. м. н. Вахрушев С. Г.

Проверил: К. м. н. Болдырева О. В.

Выполнил: ординатор Малашковец АС

Красноярск 2018

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия: асс., К.М.Н. кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны. На реферат ординатора второго года обучения специальности Оториноларингология Малашковец Александра Сергеевича. По теме: «Хронический тонзиллит».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность;	нет
2. Наличие орфографических ошибок;	много
3. Соответствие текста реферата по его теме;	мало
4. Владение терминологией;	много
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	мало

6. Логичность доказательной базы;	no
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	no
8. Круг использования известных научных источников;	no
9. Умение сделать общий вывод.	no

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 19-12-10

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Аннотация к реферату

Тема: Хронический тонзиллит

Руководитель: К. м. н. Болдырева О. В.

Автор: ординатор Малашковец А.С.

Дисциплина: оториноларингология

Цель реферата: проанализировать литературу Пальчун В.Т, Самура Б.А, Агроскин С. И., Лялина Н. А и др.

Задача: подчеркнуть особенности данных заболеваний, методы диагностики и лечения.

Содержание

Введение

Понятие

Классификация

Симптомы и диагностика

Лечение

Профилактика

Заключение

Список литературы

Введение

Воспаление глоточных миндалин, которые в народе называют гландами, может являться как ангиной, так тонзиллитом. Как их различить? Ангина это острое заболевание, которое сопровождается сильнейшей интоксикацией - поднятием температуры до 39 градусов, головными и мышечными болями, резкими болями в горле при глотании, общей слабостью. Тонзиллит - это хронический процесс, многие люди переносят его обострения "на ногах" особо не придавая значения его симптомам: небольшому повышению температуры, першению и боли в горле, незначительному общему недомоганию, чем совершают большую ошибку.

По данным российского Минздрава, тонзиллитом страдает всё население. Предпосылками к возникновению и развитию хронического тонзиллита являются особенности строения небных миндалин (гланд), нарушение естественных биологических процессов и защитных механизмов в миндалинах. Под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды (если человека "продуло", промокли ноги, на фоне вирусных простудных заболеваний) микроорганизмы, которые "живут" в миндалинах (а это естественный процесс) активизируются и начинают бурно размножаться, приводя к воспалению. При хроническом тонзиллите в миндалинах можно обнаружить до нескольких десятков (обычно около 30) видов микроорганизмов - грибов и бактерий, но основной причиной заболевания является стрептококк.

Хронический тонзиллит. Понятие

Хронический тонзиллит - общее инфекционное заболевание, при котором очаговая инфекция находится в небных миндалинах, вызывая хронический воспалительный процесс. Хронический тонзиллит характеризуется периодическими обострениями в виде ангин, но может и быть безангинная форма хронического тонзиллита. Формирование хронического воспалительного очага в миндалинах и развитие тонзиллогенных процессов происходят в результате длительного взаимодействия микробов на лимфоидную ткань миндалин. В полости рта имеются благоприятные условия для существования и размножения бактерий. Такие же условия имеются в небных миндалинах, которые пронизаны глубокими щелями – лакуны (крипты), где скапливается около 30 различных микробов, и откуда всегда нарушен дренаж. Поэтому хронический тонзиллит обусловлен аутоинфекцией, т.е. собственной инфекцией, а сдерживающим фактором является иммунитет. У детей раннего возраста преобладает вирусная инфекция. Хронический тонзиллит также заразное заболевание, как и ангина. Микрофлора больного человека обладает повышенной активностью, поэтому источником инфицирования детей могут стать их родители или наоборот. Хронический тонзиллит чаще развивается после перенесённой ангины, после которой воспалительный процесс скрыто продолжается и переходит в хронический процесс. Но в ряде случаев хронический тонзиллит возникает без предшествующих ангин.

Классификация тонзиллитов

I. Острые

1. Первичные ангины

- а) лакунарная
- б) катаральная
- в) фолликулярная
- г) язвенно-плёночная

2. Вторичные

- а) при острых инфекционных заболеваниях – дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе
- б) при заболеваниях системы крови – инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, лейкозе

II. Хронические

1. Неспецифические

- а) компенсированная форма
- б) декомпенсированная форма

2. Специфические

при инфекционных гранулёмах – туберкулёзе, сифилисе, склероме

Признаки хронического тонзиллита.

Признаки хронического компенсированного тонзиллита:

- ангины 1-3 раза в год, после которых может длительное время держаться небольшое повышение температуры, слабость, утомляемость,
- могут быть боли в суставах, сердце, изменения со стороны почек,
- неприятный запах изо рта,
- небные миндалины увеличены или резко уменьшены, в углублениях миндалин (лакунах) видны светлые пробки, которые при надавливании выдавливаются как паста из тюбика

Признаки **хронического декомпенсированного тонзиллита**:

- ангины более трех раз в год, при этом часто воспаление распространяется на близлежащие ткани (паратонзиллярный абсцесс),
- возникновение заболеваний, связанных с **хроническим тонзиллитом**, таких как ревматизм, гломерулонефрит и т.д.,
- постоянное чувство усталости, утомляемости, небольшое повышение температуры.

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

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

Поскольку названные клинические формы не являются строго стабильными (компенсированная может перейти в декомпенсированную и наоборот), основным требованием к повышению эффективности борьбы с хроническим тонзиллитом является выяснение механизма перехода одной из указанных клинических форм в другую и условий, определяющих этот переход.

Важной особенностью рассматриваемой классификации является принцип формулировки диагноза хронического тонзиллита.

В диагнозе необходимо указывать не только клиническую форму заболевания, но если она декомпенсированная, то и конкретный вид или виды декомпенсации.

Симптомы и диагностика

Симптомы

Инкубационный период при остром тонзиллите составляет от нескольких часов до 2-4 дней. Для этого заболевания характерны острое начало с повышением температуры до 37,5–39°C, познабливание или озноб, головная боль, общее недомогание, боль в горле, усиливающаяся при глотании; нередко боли в мышцах и суставах. У детей могут быть тошнота, рвота, боли в животе. Длительность периода заболевания (без лечения) составляет примерно 5-7 дней. В дальнейшем при отсутствии осложнений основные клинические проявления болезни (лихорадка, симптомы интоксикации, воспалительные изменения в миндалинах) быстро исчезают, нормализуется картина крови. Увеличение лимфоузлов может сохраняться до 10-12 дней.

Под влиянием различных факторов (слабый организм, сильный возбудитель, неправильное лечение, отсутствие лечения, хронические заболевания) острый тонзиллит может перейти в хронический. Хронический тонзиллит характеризуется периодическими обострениями (после переохлаждения, эмоционального стресса и др. факторов). Хронический тонзиллит представляет собой очаг инфекции в организме. Этот очаг сильно ослабляет организм и может способствовать распространению инфекции на другие органы (наиболее часто поражаются сердце и почки, т.к. стрептококк обладает сродством к тканям почек и сердца).

Осложнения тонзиллита

Тонзиллит опасен осложнениями, связанными с распространением инфекции по организму:

- ревматизм сердца и суставов;
- гломерулонефрит;
- образование пролапсов клапанов сердца;
- гнойное воспаление тканей ротоглотки (паратонзиллярный абсцесс);
- воспаление легких;

- воспаление среднего уха, на этой почве – снижение слуха;
- обострение аллергических заболеваний;
- ухудшается общее самочувствие, появляются головные, мышечные, суставные боли.

Диагностика

Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картины, фарингоскопии и лабораторных данных.

В анамнезе больного будут наблюдаться ангины с частотой 2-6 раз в год. В ряде случаев они встречаются редко: 1-2 раза в течение 3-4 лет. Нередко больные любое побаливание в горле даже без повышения температуры тела называют ангиной, поэтому в каждом случае необходимо уточнять характер перенесённых в прошлом заболеваний горла, причину их возникновения, влияние на общее состояние организма, длительность течения, особенности лечения.

Иногда ангины могут быть обусловлены не хроническим процессом в миндалинах, а воздействием эндогенных факторов при пониженной реактивности организма или воспалительной патологии носа и его околоносовых пазух, носоглотки и т.д. Встречаются «безангинные формы» хронического тонзиллита, поэтому выявление местной симптоматики играет определяющую роль в диагностике заболевания.

Жалобы больных, как правило, выражены нерезко; наиболее частой является жалоба на частые ангины в анамнезе, другие жалобы – неприятный запах изо рта, ощущение неловкости или инородного тела в горле при глотании, сухость, покашливание и др. бывают не только при хронических тонзиллитах, но и при различных формах фарингита, кариозных зубах и т.д. Чаще дети жалуются на покалывание или небольшую стреляющую боль в ухе при нормальной отоскопической картине.

Нередки жалобы на быструю утомляемость, вялость, головную боль, субфебрильную температуру.

Фарингоскопическими признаками хронического тонзиллита являются местные проявления длительного воспаления в миндалинах. На поверхность миндалины и окружающей ткани при хроническом тонзиллите длительное время попадает гнойное содержимое из лакун, которое, являясь раздражителем, вызывает хроническое воспаление этой ткани. При внешнем осмотре нёбных миндалин и окружающей ткани наиболее часто определяются признаки Гизе — гиперемия нёбных дужек, Зака — отёчность верхних отделов передних и задних дужек. При одновременном течении хронического тонзиллита и хронического фарингита эти признаки имеют меньшее значение. Нередки симптомом заболевания являются сращения и спайки миндалин с нёбными дужками и треугольной складкой.

Величина миндалин не имеет диагностического значения. У взрослых в большинстве случаев при хроническом тонзиллите миндалины небольших размеров; у детей миндалины чаще большие, однако для детского возраста и в норме характерна гиперплазия лимфоидного аппарата глотки, в том числе и нёбных миндалин. Миндалины при хроническом тонзиллите могут быть разрыхлены, особенно у детей. Через эпителиальный покров нередко просвечивают желтоватые округлые образования размером 1-2 мм. Это нагноившиеся фолликулы, содержащие некротическую ткань, распадающиеся лимфоциты и лейкоциты.

Важным и одним из наиболее частых признаков хронического тонзиллита является наличие казеозного или в виде пробок гноя в лакунах миндалин. В норме миндалины содержат эпидермальные пробки, которые бывает трудно отличить от патологических. Для получения содержимого лакун с диагностической целью наиболее распространён метод выдавливания. Одним шпателем врач отодвигает язык, а другим надавливает на переднюю дужку. Давление производится в течение 2-3 секунд мягко, но так, чтобы миндалина слегка сместилась в медиальную сторону. Другие методы (зондирование лакун, диагностическое вымывание и отсасывание их содержимого) применяются реже.

Частым фарингоскопическим признаком является сращение свободного края передних нёбных дужек с миндалиной, что обусловлено длительным раздражением слизистой оболочки в этой области, гнойным отделяемым, поступающим из лакун.

Среди местных признаков хронического тонзиллита довольно частым является увеличение регионарных лимфатических узлов, располагающихся у угла нижней челюсти. Увеличение и болезненность при пальпации этих узлов указывают на высокую активность воспалительного процесса в миндалинах. Лабораторные методы диагностики хронического тонзиллита как местного так и общего характера не имеют существенного значения в распознавании самого заболевания, однако они играют роль в оценке влияния хронического очага инфекции в миндалинах на различные органы и системы и в целом на весь организм.

Лечение

В настоящее время существуют самые разнообразные методы лечения хронического тонзиллита.

При компенсированной форме тонзиллита применяют консервативные методы, при декомпенсированной форме прибегают к операции - удалению небных миндалин.

Коротко и схематично средства консервативного лечения по характеру их основного действия могут быть сгруппированы следующим образом.

1. Средства, способствующие повышению защитных сил организма: правильный режим дня, рациональное питание с употреблением достаточного количества натуральных витаминов, физические упражнения, курортно-климатические факторы, биостимуляторы, гамма-глобулин, препараты железа и др.
2. Гипосенсибилизирующие средства: препараты кальция, антигистаминные препараты, аскорбиновая кислота, эпислон-аминокапроновая кислота, малые дозы аллергенов и др.
3. Средства иммунокоррекции: левамизол, продигозан, тималин, ИРС-19, бронхомунал, рибомунил и др.
4. Средства рефлекторного воздействия: различного вида новокаиновые блокады, иглорефлексотерапия, мануальная терапия шейного отдела позвоночника (было замечено, что у больных с хроническим тонзиллитом и частыми ангинами встречается нарушение подвижности в черепно-шейном сочленении со спазмом коротких разгибателей шеи, и что блокада на этом уровне увеличивает восприимчивость к повторяющимся тонзиллитам).
5. Средства, оказывающие санирующее воздействие на небные миндалины и их регионарные лимфатические узлы (активные, врачебные манипуляции).

А. Промывание лакун миндалин. Применяется с целью удаления патологического содержимого миндалин (пробки, гной). Промывают обычно шприцом с канюлей, применяя различные растворы. Такими растворами могут быть антисептики, антибиотики, ферменты, противогрибковые, противоаллергические, иммуностимулирующие препараты, биологически активные средства и др. Правильно выполненное промывание способствует уменьшению воспаления в лакунах миндалин, размер миндалин обычно уменьшается.

Б. Отсасывание содержимого лакун миндалин. С помощью электроотсоса и канюли можно удалить жидкий гной из лакун миндалин. А, применив специальный наконечник с вакуумным колпачком и с подведением лекарственного раствора, можно одновременно промыть лакуны.

В. Введение в лакуны лекарственных веществ. Для введения применяется шприц с канюлей. Вводят различные эмульсии, пасты, мази, масляные взвеси. Они задерживаются в лакунах на более длительное время, отсюда и более выраженный положительный эффект. Лекарства по спектру действия такие же, какие применяются для промывания в виде растворов.

Г. Инъекции в миндалины. Шприцом с иглой пропитывают саму ткань миндалин или окружающее ее пространство различными лекарственными средствами. Некоторое время назад в Харькове было предложено делать инъекции не одной иглой, а специальной насадкой с большим количеством маленьких иголок, что оказалось более эффективным, так как ткань миндалин действительно пропитывалась лекарством, в отличие от инъекции только одной иглой.

Д. Смазывание миндалин. Для смазывания предложено довольно большое количество разных растворов или смесей (спектр действия как у препаратов для промывания). Наиболее часто применяемые препараты: раствор Люголя, колларгола, масляный раствор хлорофиллипта и др.

Е. Полоскания горла. Выполняются самостоятельно больным. Бесчисленное количество полосканий предложено народной медициной. В

аптеках тоже можно найти достаточное количество готовых растворов или концентратов для полоскания.

6. Физиотерапевтические методы лечения.

Чаще всего назначают ультразвук, микроволновую терапию, лазеротерапию, СВЧ, УВЧ, индуктотермию, ультрафиолетовое облучение миндалин, магнитотерапию, электрофорез, "Витафон" (аппарат виброакустический), грязелечение, ингаляции. Предложены также методики с местным применением иммуномодулирующих средств, таких как левамизол и др.

Интерес представляет следующая методика. 2 раза в день в течение 10 - 14 дней больным рекомендуется применять смесь для рассасывания: 2 ст. ложки мелко натертой моркови + 1 ст. ложка меда + 5-10-15 (количество зависит от возраста) капель спиртовой настойки прополиса + 0,5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.

Рассмотрим коротко варианты хирургического лечения. Как правило, операцию назначают при декомпенсированной форме тонзиллита и в случаях, когда проводимое неоднократно консервативное лечение не улучшило состояние миндалин.

Противопоказания к тонзиллэктомии: гемофилия, выраженная сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, тяжелая форма сахарного диабета, активная форма туберкулеза, острые инфекционные заболевания, последние месяцы беременности, период менструации. Если накануне была ангина, то следует проводить операцию через 2-3 недели.

Взрослых обычно оперируют под местным обезболиванием, применяя для терминальной анестезии дикаин или пиромекаин, для инфильтрационной – новокаин или тримекаин.

Производят дугообразный разрез по краю небно-язычной дужки с переходом на небно-глоточную. Распатором или элеватором через разрез проникают в паратонзиллярное пространство, за капсулу миндалины, отсепааровывают последнюю от небно-язычной дужки экстракапсулярно от

верхнего полюса до нижнего. Затем захватывают миндалину зажимом и отделяют ее от небно-глоточной дужки. Рубцовые сращения, не поддающиеся тупой сепаровке, рассекают ножницами, делая мелкие насечки. Наложив на миндалину режущую петлю и отклонив ее книзу, отсекают петлей всю миндалину. Тонзиллярную нишу обрабатывают гемостатической пастой. При отделении миндалины учитывают, что вблизи от ее полюсов проходят внутренняя и наружная сонные артерии.

После операции больного укладывают в постель обычно на правый бок, придав возвышенное положение его голове. В первый день разрешается сделать несколько глотков воды. В последующие дни больной получает протертую и жидкую негорячую пищу, ему назначают антибактериальную терапию. К 4-5-му дню больничного режима тонзиллярные ниши очищаются от фибринозного налета. Больного выписывают для амбулаторного наблюдения у оториноларинголога.

К хирургическим методам относится также диатермокоагуляция миндалин (сейчас применяется редко).

В последние годы разработаны новые методы хирургического лечения: тонзиллэктомия при помощи хирургического лазера.

Воздействуют на миндалины и хирургическим ультразвуком. Довольно распространен криохирургический метод (замораживание миндалин). Метод применяется при небольших миндалинах, некоторые врачи предварительно перед замораживанием озвучивают миндалины еще и ультразвуком, что способствует уменьшению реакции тканей на замораживание и улучшение заживления раневой поверхности на миндалинах.

Профилактика

Профилактика хронического тонзиллита — это прежде всего повышение сопротивляемости организма, закаливание, а также своевременное лечение сопутствующих заболеваний, устранение очагов инфекции, устранение причин, способствующих возникновению хронического тонзиллита.

Полноценному питанию уделяется наиболее пристальное внимание так как оно способствует повышению защитных сил организма ребенка.

В пищевой рацион должны включаться такие овощи как цветная и белокочанная капуста, морковь, чеснок, зеленый и репчатый лук, из ягод — облепиха, брусника, клюква, смородина, из фруктов — лимоны, абрикосы, яблоки и т. д.

Весьма полезным являются систематические утренние зарядки с последующими водными процедурами, пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой, спортом. Большое внимание должно быть уделено своевременному лечению болезненных проявлений со стороны зубов, носа, носоглотки, придаточных пазух, ушей.

Меры индивидуальной профилактики хронического тонзиллита. В индивидуальной профилактике хронического тонзиллита большое значение имеет своевременная санация полости рта, верхних дыхательных путей и уха, восстановление носового дыхания и т. д.

Через 7—10 дней после перенесенной ангины целесообразно назначать проведение профилактического курса (10—14 дней) промываний лакун и смазываний миндалин 1% йод-глицерином, 0,16% грамицидин-глицерином или грамицидинмедом, 10% танин-глицерином и др., но не обычными антибиотиками (пенициллин, стрептомицин и т. д.). Необходимо рекомендовать урегулирование режима больного, общеукрепляющее лечение и обогащение пищи витаминами (А, В_х, В₂, С, Р), особенно в зимнее и весеннее время.

Закаливание организма проводится вначале при помощи воздушных ванн по 5—10—15 минут, а затем обтираний тела водой сначала температуры, близкой к температуре тела, затем постепенно следует понижать ее до комнатной температуры с последующим энергичным растиранием тела грубым полотенцем. Следует закаливать и слизистую оболочку глотки путем систематических полосканий рта и глотки водой комнатной температуры во время утреннего туалета. Профилактикой осложнений при обострениях хронического тонзиллита являются постельный режим до понижения температуры, молочно-растительная диета, обогащаемая витаминами, выписка на работу лишь после контрольных исследований мочи и РОЭ; необходимо также повторное контрольное исследование мочи на 12—14-й день.

При «летучих» болях в суставах или остающейся повышенной РОЭ назначают лечение салициловыми препаратами в течение 2 недель и решают вопрос о радикальном лечении миндалин.

Меры коллективной профилактики хронического тонзиллита:

- 1) улучшение общественного питания, особенно в закрытых коллективах с обогащением пищи витаминами;
- 2) борьба за соблюдение санитарно-гигиенических норм чистоты атмосферного воздуха городов, поселков и помещений, за чистоту водоемов и источников водоснабжения;
- 3) широкая пропаганда научно-популярных знаний об ангине, хроническом тонзиллите и мерах борьбы с ними;
- 4) массовые профилактические обследования состояния верхних дыхательных путей и полости рта различных организованных групп населения с последующей санацией полости рта, диспансеризацией и оздоровлением больных хроническим тонзиллитом.

Заключение

Выявление и лечение хронического тонзиллита в настоящее время является важной задачей здравоохранения, которая входит составной частью в общий план борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Хронический тонзиллит является чрезвычайно важным патогенетическим фактором, резко отягощающим течение не только ревматизма, но и других сопряжённых и сопутствующих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, почечных, лёгочных, эндокринных. Следовательно, в общем комплексе профилактики и лечения различных заболеваний борьба с хроническим тонзиллитом является важным и необходимым звеном.

Список литературы

1. Пальчун В.Т., Учебник оториноларингологии, Москва, 2000.
2. Андамова О.В., Рымша М.А., Дергачев С.В. Сравнительная характеристика консервативных методов лечения хронического тонзиллита. // Мат. Научно-практ. Конф. ГОКБ. Новосибирск 1997; 247.
3. Бабич Н.Ф., Арефьева Е.С. К оценке иммунного статуса у больных хроническим тонзиллитом. Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. М-лы науч.-практ. Конф. Оториноларингол. Иркутск – Москва 2006, с.111–112.
4. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии. Рос. Ринол 1999; №1.
5. Клячко Л.Л., Анхимова Е.С. Проблемы иммунологии в оториноларингологии. Всерос. Симпозиума. С.–Петербург 2007;8.
6. Лесков В.П., Чередеев А.Н. Клиническая иммунология для врачей. М.1997.

