



КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

Зав. кафедрой –

**Д.М.Н., профессор Вахрушев
С.Г.**

**Проверил: КМН., доцент,
Петрова М.А.**

Реферат на тему:

Хронический тонзиллит, диагностика и лечение

Реферат на тему:

Выполнил:

Врач-ординатор

Арзамазов Л.А.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	3
2. Определение.....	4
3. Эпидемиология.....	4
4. Профилактика.....	4
5. Скрининг.....	5
6. Классификация.....	5
7. Диагностика.....	6
8. Лечение.....	10
8.1 Немедикаментозное лечение.....	11
8.2 Медикаментозное лечение.....	12
8.3 Хирургические методы лечения.....	15
9. Прогноз.....	16
10. Заключение.....	16
11.Список рекомендуемой литературы.....	17

ВВЕДЕНИЕ

Среди миндалин лимфаденоидного глоточного кольца хроническое воспаление небных миндалин встречается намного чаще, чем все остальных вместе взятых, поэтому под термином "хронический тонзиллит" всегда подразумевают хронический воспалительный процесс в небных миндалинах. По данным разных авторов, хронический тонзиллит среди взрослого населения встречается в 4-10% случаев, а среди детского - около 12-15%.

Под влиянием неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды снижается сопротивляемость организма, нарастают вирулентность и патогенность микрофлоры в лакунах миндалин, что ведет к возникновению ангины и хронического воспаления в миндалинах.

При хроническом тонзиллите в миндалинах обнаружено около 30 сочетаний различных микробов, однако в глубоких отделах лакун обычно нет большой полиморфности флоры; чаще здесь обнаруживается монофлора - различные формы стрептококка (особенно гемолитического), стафилококка и др. При хроническом тонзиллите в миндалинах могут встречаться ассоциации непатогенных микробов. В детском возрасте в удаленных миндалинах нередко находят аденовирусы, которые могут играть определенную роль в этиологии и патогенезе хронического тонзиллита. Таким образом, хронический тонзиллит следует относить к собственно инфекционным заболеваниям, обусловленным, в большинстве случаев, аутоинфекцией.

Наиболее часто хронический тонзиллит начинается после ангины. При этом острое воспаление в тканях миндалин не претерпевает полного обратного развития, воспалительный процесс продолжается и переходит в хроническую форму. В редких случаях хронический тонзиллит начинается без предшествующих ангин. Возникновению и развитию его часто способствует постоянное аутоинфицирование из хронических очагов инфекции (кариозные зубы, хроническое воспаление в области носа и околоносовых пазух и др.), а также бактериальная и тканевая местная и общая аутоаллергия.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Хронический тонзиллит - общее инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкого хронического воспаления нёбных миндалин, характеризующееся рецидивирующим течением и возникающее чаще как осложнение инфекционной патологии (ангина, кариес зубов и др.).

Код по МКБ-10

- I35.0. Хронический тонзиллит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Одно из самых распространенных заболеваний по всем регионам России. По данным различных авторов, среди взрослого населения распространенность составляет 8-42%, а в детском возрасте - 15-63%.

ПРОФИЛАКТИКА

Индивидуальная профилактика состоит в своевременной санации полости рта, повышении устойчивости организма к инфекционным воздействиям и неблагоприятным факторам окружающей среды, прежде всего к переохлаждениям. Общественная профилактика направлена на борьбу с микробной и любой другой загрязненностью окружающей среды, включая борьбу за оздоровление труда и быта.

В раннем выявлении и лечении хронического тонзиллита первостепенное значение принадлежит профилактическим осмотрам и диспансеризации. Своевременное диагностирование простой формы хронического тонзиллита в детском возрасте, когда морфологические изменения в нёбных миндалинах еще не столь выражены - залог успешного лечения заболевания консервативными методами. Неэффективность консервативной терапии при хроническом тонзиллите в значительной степени объясняется тем, что лечение начинают в далеко зашедших стадиях, когда в тканях нёбных миндалин уже развились необратимые морфологические изменения. Именно поэтому в борьбе с хроническим тонзиллитом на первый план должны быть поставлены профилактические мероприятия, такие как различные закаливающие процедуры, обтирания и душ с постепенным снижением температуры, обтирания холодной водой, занятие физической культурой, УФО-облучение, курортно-климатические факторы, правильный режим, рациональное питание, назначение витаминов, препаратов железа, кальция и др. Санационные мероприятия проводит врач в процессе периодически осуществляемых профилактических осмотров взрослых и детей, при этом выделяют и лечат заболевания десен, зубов, гнойные синуситы, отиты, нарушение носового дыхания и др.

Профилактический осмотр пациентов, поставленных на диспансерный учет, проводят 2 раза в год, целесообразнее весной и осенью, тогда же

проводят курсы консервативного лечения. Пациента снимают с диспансерного учета через 3 года после последнего курса консервативного лечения хронического тонзиллита при отсутствии обострений (ангин) и через 6 мес после тонзиллэктомии.

СКРИНИНГ

Проведение мезофарингоскопии позволяет выявить заболевание более чем в 90% случаев. Микробиологическое исследование с выделением основного этиологического фактора β -гемолитического стрептококка группы А является безусловным показанием для назначения антибактериальной терапии. Титр антистрептолизина-О служит скрининговым фактором системной активности процесса, а также фактором, во многом определяющим форму хронического тонзиллита.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Современным представлениям о хроническом тонзиллите соответствует классификация Б.С. Преображенского, дополненная и измененная В.Т. Пальчуном (2002), согласно которой выделяется несколько форм хронического тонзиллита:

- простая;
- токсико-аллергическая:
 - I степень тяжести;
 - II степень тяжести.

ДИАГНОСТИКА

Диагностику выполняют на основании совокупной оценки жалоб, всех клинических симптомов, анамнеза заболевания, данных фарингоскопии, общеклинического обследования, лабораторных и функциональных исследований.

Анамнез.

Наиболее достоверными признаками хронического тонзиллита служат данные анамнеза, указывающие на частые ангины. Однако необходимо помнить о возможности «безангинных форм» хронического тонзиллита, когда на фоне выраженных фарингоскопических признаков хронического процесса ангины у пациента не бывает. Нередко больные переносят обострения в виде длительных фарингеальных расстройств: ощущение инородного тела, дискомфорт на фоне общей астенизации.

Характерным клиническим проявлением хронического тонзиллита служат симптомы, обусловленные гнойным или казеозно-гнойным содержимым, накапливающимся в лакунах миндалин. Это содержимое в виде жидкого гноя или пробок - продукт инфекционного воспаления (жизнедеятельности патогенной микрофлоры, слущивающегося эпителия крипт, лейкоцитов). Содержимое крипт может быть причиной неприятного запаха изо рта (при отсутствии кариозных зубов, нарушения пищеварения), ощущения дискомфорта в глотке (боль при глотании, покалывание, сухость, першение, кашель). Иногда дети отмечают боль в ухе, при нормальной отоскопической картине, и в области шейных лимфатических узлов. Нередко наблюдаются частые головокружения, головная боль, повышенная потливость, снижение переносимости умственных и физических нагрузок, беспокойный сон, снижение массы тела, понижение аппетита, субфебрильная температура тела, появление или усиление болей в суставах, области сердца.

Физикальное обследование.

К объективным клиническим признакам относятся: фарингоскопические признаки поражения миндалин; местные и общие патологические процессы, в разных сочетаниях сопровождающие хронический тонзиллит; нарушение реактивности организма.

Один из важных симптомов хронического тонзиллита - увеличение или болезненность регионарных лимфатических узлов: подчелюстных, ретромандибулярных, передних и задних шейных.

Простая форма хронического тонзиллита

Основными клиническими признаками простой формы хронического тонзиллита служат местные признаки, легко выявляемые при выполнении мезофарингоскопии. К ним относятся: изменение величины, цвета и поверхности миндалин и дужек; расширение просвета лакун, содержание в

криптах гнойвидных масс; наличие спаек и сращений между миндалинами и дужками. Увеличение небных миндалин (их гипертрофия) не является абсолютным признаком хронического тонзиллита. В частности, у детей до пятилетнего возраста оно чаще всего связано с особенностями физиологического развития и нередко миндалины увеличены при отсутствии воспалительных изменений. Миндалины могут быть атрофичными, гипертрофированными и нормального размера. При хроническом тонзиллите у взрослых миндалины чаще небольших размеров с гладкой поверхностью, но нередко их поверхность может быть рыхлой, бугристой или склерозированной. Цвет слизистой оболочки миндалин при хроническом тонзиллите может иметь цианотичный оттенок, что определяется венозным застоем. Из-за постоянного раздражения слизистой оболочки вследствие наличия гнойного содержимого в лакунах отмечаются гиперемия и отечность небных дужек, а также наличие рубцовых спаек дужек с миндалинами. Эти факторы обуславливают такие симптомы, как признак Гизе - гиперемия передних дужек, признак Зака - отечность верхних краев передних дужек, признак Преображенского - валикообразное утолщение (инфильтрация) краев передних небных дужек. Наличие гноя или казеозно-гнойного содержимого в лакунах миндалин, полученное при надавливании шпателем на переднюю дужку, служит важнейшим симптомом хронического тонзиллита. Как правило, фарингоскопические признаки при хроническом тонзиллите встречаются в комплексе, что делает их убедительными.

При простой форме могут быть частые ангины, 1-2 раза в год, при этом в стадии ремиссии общее состояние пациента остается хорошим. Со стороны других органов нет выраженных нарушений, отсутствуют клинические признаки интоксикации в силу компенсаторно-адаптационных процессов организма.

Помимо этого, при простой форме хронического тонзиллита возможно наличие сопутствующих заболеваний: гипертонической болезни, гипертиреоза, сахарного диабета, туберкулеза, эпилепсии, болезни ЖКТ и др.

Токсико-аллергическая форма

При токсико-аллергической форме хронического тонзиллита при сохранении клинических признаков простой формы хронического тонзиллита могут быть гематологические, биохимические, иммунологические и другие патологические изменения. В зависимости от выраженности этих изменений различают I и II степени выраженности токсико-аллергических изменений.

I степень характеризуется признаками простой формы и общими токсико-аллергическими проявлениями: периодической субфебрильной температурой, признаками тонзиллогенной интоксикации (периодическая или постоянная слабость, разбитость, недомогание, быстрая утомляемость, пониженная трудоспособность, плохое самочувствие). Возможны периодические боли в суставах, шейный лимфаденит. Функциональные

нарушения сердечной деятельности выявляются только в период обострения и не определяются при объективном исследовании (ЭКГ и др.).

II степень характеризуется признаками I степени с более выраженными токсико-аллергическими проявлениями: функциональными нарушениями сердечной деятельности, регистрируемыми на ЭКГ. При этом боли в области сердца бывают как во время ангины, так и вне обострения хронического тонзиллита, часто отмечаются сердцебиение, нарушение сердечного ритма, длительная субфебрильная температура, функциональные нарушения почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем, регистрируемые клинически и с помощью лабораторных исследований.

Необходимо помнить, что при наличии сопряженного заболевания всегда диагностируется II степень.

Сопряженность общих заболеваний с хроническим тонзиллитом определяют по наличию или отсутствию единства в их этиологии, в том числе и в этиологии обострений. Наличие таких факторов свидетельствует о сопряженности заболеваний. Например, для хронического тонзиллита и ревматизма (нефрита, инфекционного полиартрита и т.д.) характерен один из этиологических факторов, чаще всего β -гемолитический стрептококк группы А или, реже, другой микробный возбудитель. При такой сопряженности связь между заболеваниями выражается в виде непосредственного воздействия одного заболевания на другое, особенно в периоды обострения каждого из них. Именно это положение обуславливает хирургическую тактику в отношении лечения очаговой инфекции в миндалинах.

Местные сопряженные заболевания:

- паратонзиллит;
- парафарингит;
- фарингит и др.

Общие сопряженные заболевания:

- острый и хронический тонзиллогенный сепсис;
- ревматизм;
- инфекционный полиартрит;
- приобретенные заболевания сердца;
- приобретенные заболевания мочевыделительной системы;
- приобретенные заболевания суставов;
- приобретенные заболевания других органов и систем инфекционно-аллергической природы и др.

Лабораторные исследования.

Лабораторные методы диагностики (анализ крови, бактериологическое, цитологическое, биохимическое исследование и др.) играют вспомогательную роль в диагностике хронического тонзиллита, но необходимы для оценки общесоматического состояния, определения формы хронического тонзиллита и выявления сопутствующих заболеваний. Необходимый минимум включает клинический анализ крови, биохимический анализ крови (белок и его фракции, креатинин, мочевина, печеночные ферменты, калий, натрий, глюкоза, антистрептолизин-О), общий анализ мочи. По показаниям: исследование иммунного статуса, микробиологическое исследование содержимого лакун небных миндалин.

При микробиологическом исследовании содержимого лакун небных миндалин и отпечатков с их поверхности чаще обнаруживается β -гемолитический стрептококк серологической группы А (*S. pyogenes*). Необходимо помнить, что результаты посева во многом зависят от качества полученного материала. Мазок берут с помощью стерильного тампона, материал доставляется в лабораторию в течение 1 ч, при больших сроках нужно использовать специальные среды. До забора материала не следует полоскать рот или использовать дезодорирующие средства как минимум 6 ч. Подтверждение стрептококкового характера тонзиллита (инфекции β -гемолитическим стрептококком группы А) и выявление степени выраженности токсико-аллергических проявлений проводятся также при определении антистрептолизина-О и других антител. При выполнении иммунологического исследования - снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, увеличение количества полиморфно-ядерных и появление дегенеративных форм лейкоцитов. При проведении патоморфологического исследования - наличие эпителиальных клеток с признаками дистрофии и дегенерации. Диагностическое значение, особенно у детей, имеют гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитопения, лейкопения, увеличение СОЭ, изменение иммунологических показателей сыворотки крови.

Дифференциальная диагностика

Проводится дифференциальная диагностика с хроническим катаральным фарингитом, различными формами ангины.

Показания к консультации других специалистов

С целью выявления очагов инфекции в полости рта - консультация стоматолога. При наличии общих сопряженных заболеваний обязательна консультация терапевта, при необходимости ревматолога.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- ликвидация или уменьшение числа ангин;
- исчезновение или уменьшение степени выраженности фарингоскопических объективных признаков;
- уменьшение величины или исчезновение болезненности при пальпации регионарных лимфатических узлов;
- исчезновение токсико-аллергических симптомов хронического тонзиллита;
- достижение ремиссии в течение сопутствующего заболевания.

Показания к госпитализации.

Госпитализация осуществляется в плановом порядке для выполнения тонзиллэктомии. Обязательным показанием для госпитализации служат развившиеся осложнения: паратонзиллит, парафарингит и т.д.

В зависимости от клинической формы хронического тонзиллита применяют консервативное или хирургическое лечение. Консервативное лечение проводится при простом тонзиллите и токсико-аллергической форме I степени. При неэффективности повторных, как правило двух тщательно проведенных, курсов лечения следует назначать тонзиллэктомию. Консервативное лечение показано и при противопоказаниях к хирургическому лечению. Наличие симптомов, подтверждающих токсико-аллергическую форму II степени, служит прямым показанием к удалению миндалин.

Консервативное лечение хронического тонзиллита должно быть комплексным и этапным, направленным на санацию небных миндалин, осуществляться патогенетически обоснованным применением медикаментозных препаратов (противовоспалительных, десенсибилизирующих, иммуностимулирующих, витаминов), физиотерапевтических и других средств, воздействующих на весь комплекс факторов, лежащих в его основе заболевания. Перед началом лечения проводят санацию очагов инфекции, способствующих развитию хронического тонзиллита: в полости рта, носа, ОНП и носоглотки.

Следует также отметить, что эффективность консервативного лечения хронического тонзиллита (промывание лакун миндалин, физиотерапевтические процедуры и др.) имеют лишь временный ограниченный оздоравливающий эффект, излечить заболевание консервативно, как правило, не удастся. Таким образом, консервативное лечение хронического тонзиллита может рассматриваться лишь в качестве паллиативного метода лечения. К сожалению, в практике часто игнорируются более чем столетний клинический опыт и научные данные,

свидетельствующие об отсутствии сколько-либо серьезных общих и местных отрицательных последствий для организма удаления небных миндалин.

Немедикаментозное лечение

Среди консервативных методов лечения хронического тонзиллита значительное место занимают физиотерапевтические методы. Однако необходимое условие их применения при данной патологии - промывание лакун миндалин от патологического содержимого, ибо под влиянием физических факторов усиливаются резорбция и явления интоксикации при наличии гнойного или казеозно-гнойного содержимого в лакунах. Для промывания лакун используют шприц с длинной изогнутой канюлей. При этом в качестве антисептических противомикробных растворов используют антисептики - калия перманганат, йодинол*, мирамистин*, а также иммуностимулирующие средства - левамизол, интерферон, лизоцим* и др. Курс лечения состоит из 10-12 процедур. После промывания поверхность миндалин смазывают раствором люголя* или 5% раствором колларгола*.

Механизм терапевтического действия ультразвуковой терапии при хроническом тонзиллите обусловлен местным стимулирующим действием ультразвуковых колебаний, приводящих к нормализации морфологических, функциональных и защитно-приспособительных свойств миндалин. Установлено стимулирующее действие терапевтических доз ультразвука на факторы неспецифической резистентности, выражающееся в увеличении титра комплемента и лизоцима, а также на защитно-приспособительные реакции миндалинковой ткани, способствующее восстановлению ее функции и повышению резистентности к патогенным воздействиям. Терапевтический эффект ультразвука при хроническом тонзиллите связан с восстановлением нормального тонуса и функции вегетативной нервной системы. Ультразвуковую терапию проводят аппаратами «ЛОР-1-А», «ЛОР-3», «УЗТ-13-01-Л», «Тонзиллор».

Не всегда возможно адекватно санировать глубокие отделы лакун миндалин с помощью такого распространенного способа лечения хронического тонзиллита, как промывание лакун шприцом с раствором антисептика. Более эффективным представляется промывание лакун миндалин под отрицательным давлением раствором мирамистина* или других антисептиков с помощью приборов «Утес», «Тонзиллор». Таким способом достигается тройное действие: освобождение глубоких отделов лакун от патологического содержимого, воздействие на патогенную микрофлору и гидромассаж миндалин.

Одним из распространенных физических методов лечения хронического тонзиллита является ультрафиолетовое облучение миндалин. Этот метод проводится интегральным и коротковолновым спектром через тубус. Во время ультрафиолетового облучения не рекомендуются смазывание миндалин, промывание лакун антибиотиками, сульфаниламидными препаратами.

В комплексном лечении хронического тонзиллита наряду с другими физическими факторами (ультразвук, ультрафиолетовые лучи, УВЧ и др.) показаны аэрозоли биологически активных препаратов: сок каланхоэ, пелоидин, интерферон, лизоцим*, 3% водно-спиртовая эмульсия прополиса - повышающие барьерные функции миндалин и оказывающие бактерицидное действие.

Широкий круг биологического действия низкоэнергетических гелий-неоновых лазерных установок в красном и инфракрасном диапазонах и низкоинтенсивного некогерентного красного света послужил основанием для использования этих физических методов для лечения больных хроническим тонзиллитом. Лечение осуществляется лазерными установками ЛГ-38, ЛГ-52, «Ягода» и др. Доказано, что лазерный луч снижает сенсibilизацию, оказывает стимулирующее действие на митоз клеток, усиливает разрастание эпителия и пролиферативную активность элементов, что, в свою очередь, способствует разрастанию капилляров и, следовательно, улучшению кровоснабжения. Под воздействием лучей красного света повсеместно активируется фагоцитоз, ускоряется восстановление процессов кроветворения, увеличивается проницаемость сосудов, усиливается микроциркуляция, возрастает содержание эритроцитов в сторону более стойких клеток. Эффективно местное применение лазерного излучения в комплексе с гипербарической оксигенацией, которая оказывает saniрующее действие на нёбные миндалины, стимулирует защитные силы организма, устраняет дисбаланс в иммунном статусе больных хроническим тонзиллитом.

Курс консервативной терапии проводят 2 раза в год, но при частых рецидивах ангин число курсов может быть доведено до 3-4. Эффективность комплексной консервативной терапии непосредственно после нескольких курсов лечения составляет 75-80%, но в последующем наступает возобновление симптомов заболевания у многих пациентов.

Медикаментозное лечение

Доминирующую роль в лечении обострения хронического тонзиллита, ангины, играет системная антибиотикотерапия, которая является обязательной для назначения при токсико-аллергической форме I.

Рациональный подход к выбору антибактериального препарата при хроническом тонзиллите, как и при любых воспалительных заболеваниях, крайне важен. При этом необходимо учитывать, что пациент уже неоднократно принимал антибиотики и, как показывает практика, часто бесконтрольно, исходя из своих «знаний» или по рекомендации знакомых.

Как указывалось выше, основным возбудителем ангины служит β -гемолитический стрептококк группы А. Возбудитель отличается высокой чувствительностью к β -лактамам, но при этом нельзя забывать о том, что в условиях сформировавшегося хронического воспалительного процесса в

пораженных миндалинах микроорганизмы находятся в принципиально иных условиях в сравнении с острым воспалением. В условиях хронического воспаления наблюдается явление незавершенного фагоцитоза, когда микроорганизмы, располагаясь внутриклеточно, персистируют и размножаются непосредственно в фагоцитарных клетках, то есть защищены таким образом от воздействия как антибиотиков, в частности β -лактамов, так и антисептиков. Еще одна проблема хронического воспаления - существование микроорганизмов в составе биопленок, состоящих из полисахаридных структур (гликокаликса), напоминающих капсулу бактерий, которые также делают традиционную терапию β -лактами неэффективной ввиду невозможности проникновения данных препаратов в структуру биопленки. И наконец, доказанный факт возможной интернализации (проникновения) β -гемолитического стрептококка группы А в структуру эпителия, также нивелирующий активность традиционных антибактериальных препаратов. Исходя из изложенного, представляется целесообразным назначение препаратов, которые обладают активностью в отношении основного патогена (β -гемолитический стрептококк группы А), способны накапливаться внутри фагоцитов, проникать в структуру биопленок и эпителия, оказывая при этом бактерицидный эффект в терапевтических концентрациях. Всем этим требованиям удовлетворяют препараты современных макролидов, в частности препарат klaritromitsin в виде формы с замедленным высвобождением (фромилд Уно*), обеспечивающей оптимальные фармакокинетические свойства кларитромицина в условиях хронического воспаления. Кроме антибактериального эффекта макролиды, ингибируя окислительный взрыв и влияя на выработку цитокинов, обладают противовоспалительным действием. Установлено стимулирующее влияние макролидов на нейтрофильный фагоцитоз и киллинг. После приема внутрь и всасывания макролиды поступают в кровоток и связываются с фагоцитами, с которыми они переносятся в очаг воспаления и создают там бактерицидную концентрацию. Для макролидных антибиотиков характерен также выраженный постантибиотический эффект. Кроме того, фармакокинетические особенности «новых» макролидов повышают комплаентность течения.

При этом необходимо отметить, что старые макролиды, такие как эритромицин, не удовлетворяют требованиям, предъявляемым к препаратам для лечения ангины. Эритромицин неустойчив в кислой среде желудка, поэтому для него характерна нестабильная биодоступность, зависящая от приема пищи и других факторов. При приеме эритромицина создаются менее высокие концентрации в тканях (включая миндалины); наконец, отмечена худшая, чем у других макролидов, переносимость - прием этого препарата нередко вызывает диарею, боли в животе.

Учитывая доказанные неантимикробные эффекты макролидов, а также предотвращая развитие грозных системных осложнений инфекции β -

гемолитическим стрептококком группы А, необходимо назначение антибиотиков курсом на 14 сут.

Нужно помнить о том, что тетрациклины, сульфаниламиды и котримоксазол не обеспечивают эрадикации β -гемолитического стрептококка группы А ввиду высокого уровня приобретенной устойчивости, и поэтому их категорически не следует применять для лечения острых стрептококковых тонзиллитов.

При выборе дозы и метода введения препаратов необходимо учитывать степень тяжести заболевания и наличие осложнений, при этом нужно обратить внимание на то, что показанием к назначению системной антибиотикотерапии при хроническом тонзиллите прежде всего являются абсолютные противопоказания к выполнению тонзиллэктомии. Наряду с этим должны присутствовать симптомы усугубления токсико-аллергической реакции организма. При этом не следует забывать о значительном снижении резорбирующей способности небных миндалин на фоне хронического воспаления. Явления перилакунарного склероза также не способствуют системно введенным антибиотикам достижению мишени-патогена, локализованного интралакунарно. В силу этих причин крайне деликатно следует относиться к прогностической оценке эффективности антибиотикотерапии при хроническом тонзиллите.

Одновременно с антибактериальной терапией целесообразно назначение антигистаминных препаратов [лоратадин (кларитин*), фексофенадин (телфаст*), дезлоратадин (эриус*) и др.], витаминов, особенно С и В группы. Оправдано назначение иммуномодуляторов, в частности препарата комплексного действия полиоксидоний* (схема применения внутримышечно 6 мг 1 раз в день через 2 дня на 3-й, всего пять инъекций). Он обладает иммуномодулирующим, детоксикационным, антиоксидантным действием и увеличивает иммунную резистентность организма. Иммуностимулирующее действие препарата определяется его влиянием на макрофагальное звено иммунитета и на усиление антителообразования. Полиоксидоний активирует миграцию макрофагов, повышает их переваривающую способность в отношении патогенных микроорганизмов. Кроме того, данный препарат ведет к увеличению эффективности кооперативного взаимодействия лимфоцитов в реакциях антителообразования, а также позволяет предотвратить срыв противоинфекционного иммунитета в случае истощения резервных возможностей макрофагального звена при длительно текущем инфекционном процессе, который лежит в основе хронического тонзиллита. Также полиоксидоний* обладает высокими адсорбционными возможностями, проявляющимися в выраженной детоксикационной способности, тем самым снижая проявления тонзиллогенной интоксикации.

Хирургические методы лечения

Щадящие паллиативные операции при хроническом тонзиллите, такие как рассечение лакун крючкообразным скальпелем, гальванокаутером, лазером, не имеют стойкого положительного эффекта и часто приводят к ухудшению течения заболевания, поэтому они не нашли широкого применения.

Тонзиллотомия - частичное удаление гипертрофированных небных миндалин. Данное оперативное вмешательство показано детям, у которых увеличенные миндалины сходятся по средней линии и нарушают проглатывание пищи, ухудшают дикцию, вызывают кашель. Производится тонзиллотомия с помощью тонзиллотомы обычно в условиях стационара. Часто эта операция выполняется вместе с аденотомией.

Тонзиллэктомия - удаление небных миндалин. Операция проводится «тупым» путем при помощи распатора, как правило, под местной анестезией в условиях стационара.

Показания к тонзиллэктомии:

- Хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма II степени.
- Хронический тонзиллит, осложненный паратонзиллитом, парафарингитом, тонзиллогенным сепсисом, при которых тонзиллэктомия может быть выполнена в острый период.
- Подозрение на злокачественную опухоль для тотальной биопсии.
- Хроническая ронхопатия и апноэ.
- Отсутствие эффекта консервативной терапии простой формы и токсикоаллергической формы I степени хронического тонзиллита.

При направлении в стационар с целью проведения хирургического лечения хронического тонзиллита подготовку больного к операции проводят в амбулаторных условиях. Выполняют клинический анализ крови, в том числе исследование количества тромбоцитов, время свертывания крови и время кровотечения, общий анализ мочи. Необходим осмотр стоматолога, педиатра, терапевта и при выявлении патологии - осмотр соответствующим специалистом. Для детей обязательным является обследование носоглотки.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО

Диспансерному наблюдению подлежат больные хроническим тонзиллитом, токсико-аллергической формы I и II степени с обязательным контролем и проведением курсов необходимой терапии.

ПРОГНОЗ

При своевременной консервативной терапии пациента с простой формой хронического тонзиллита и проведенной тонзиллэктомией при I степени токсико-аллергической формы хронического тонзиллита - полное выздоровление. При II степени после тонзиллэктомии наступает значительный регресс в течении сопутствующих заболеваний.

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 РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крюков А.И., Лучшева Ю.В., Баландин А.В., Димова А.Д. Рациональная антибиотикотерапия при ангине и хроническом тонзиллите // Consilium medicum. - 2005. - № 4. - С. 297-300.
2. Крюков А.И., Товмасян А.С., Жуховиц-кий В.Г. Биопленки в этиологии и патогенезе хронического тонзиллита // Вестник оториноларингологии. - 2008. - № 3. - С. 71-73.
3. Овчинников Ю.М. Оториноларингология. - М.: 1995.
4. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатов. - М.: Медицина, 1997.