

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

Реферат на тему:

Хронический Тонзиллит

Зав.кафедрой: Д.м.н., проф. Вахрушев С. Г
Проверила: К.м.н. Петрова М.А.
Выполнил: Ординатор 2 года обучения
Аббосов Н.Н

Хронический тонзиллит

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

Небные миндалины представляют собой скопление лимфоидной ткани, находящейся у человека между небными дужками у входа в полость глотки, и являются частью лимфаденоидного кольца Вальдейера – Пирогова. Масса миндалин составляет менее 0,05% массы всей лимфоидной ткани. Филогенетически они, как и другие компоненты лимфоидного кольца, появляются только у млекопитающих.

Строение миндалин прогрессивно усложняется в филогенетическом ряду, у человека они наиболее сложно устроены.

Небные миндалины – орган информации лимфоидного аппарата об антигенном составе окружающей среды.

Этиология и патогенез

В историческом плане хронический тонзиллит уже давно рассматривается как заболевание инфекционно-аллергического генеза (Б.С. Преображенский, 1966). Однако этиология и патогенез хронического тонзиллита на сегодняшний день до конца не изучены.

Пусковыми моментами в развитии заболевания являются повторные воспалительные процессы, приводящие к местной иммунодепрессии, которая в значительной степени касается способности клеток миндалин к образованию антител и уровня цитотоксической активности иммунокомпетентных клеток, снижения рецепции и продукции цитокиновых молекул в их ткани. При хроническом воспалении в миндалинах появляются клетки, обладающие способностью ингибировать естественную цитолитическую активность клеток крови, а также по-видимому, и самих миндалин. Происходит антигенная "перегрузка" ткани миндалин, что приводит к явлению конкуренции антигенов. Немаловажную роль играют токсические субстанции микроорганизмов и общие аллергические реакции.

Развитию хронического тонзиллита способствует также стойкое нарушение носового дыхания (аденоиды у детей, искривление носовой перегородки, увеличение нижних носовых раковин, полипы носа и др.). Причинами местного характера нередко являются инфекционные очаги в близлежащих органах: кариозные зубы, гнойные гаймориты, хронические аденоидиты.

Клиническая картина хронического тонзиллита. Классификация

Классификация хронического тонзиллита Л. А. Луковского (1941, 1955, 1966).

Предлагает различать три формы хронического тонзиллита:

А. Компенсированную.

Б. Субкомпенсированную.

В. Декомпенсированную.

При компенсированной форме нет ни видимой реакции со стороны всего организма, ни обострений (повторных ангин). В этой фазе хронического тонзиллита, по мнению Л. А. Луковского, аллергизации организма еще нет. Эта форма представляет собой дремлющий очаг хронической инфекции миндалин.

Субкомпенсированная форма характеризуется отсутствием тяжелых обострений и видимой реакции организма, однако наблюдаются частые обострения (повторные ангины). В силу значительного снижения общей реактивности организма и его аллергизации имеется состояние неустойчивой, неполной компенсации.

К декомпенсированному хроническому тонзиллиту относятся формы как протекающие с местными и общими осложнениями (паратонзиллит, парафарингит, гнойный медиастенит, тонзиллярный сепсис, тонзиллогенная интоксикация, кардиотонзиллярный синдром), так и формы хронического тонзиллита, протекающие с тонзиллогенными инфекционно-аллергическими заболеваниями органов и систем (ревматизм, нефрит, псориаз и др.).

Классификация хронического тонзиллита Б. С. Преображенского (1964).

I. Простая форма. К ней относятся случаи хронического тонзиллита, протекающие лишь с местными симптомами, субъективными жалобами и объективными признаками заболевания, с частыми ангинами, а в других случаях – без повторных ангин ("безангинный" хронический тонзиллит).

II. Токсикоаллергическая форма. Возникает в результате нарушения защитно-приспособительных механизмов. Те или иные местные изменения сопровождаются общими явлениями. Сюда относятся формы хронического тонзиллита, протекающие с субфебрилитетом, с явлениями тонзиллогенной интоксикации; нередко констатируется тонзилло-кардиальный синдром и т.д. Важность токсико-аллергических проявлений неодинакова, и поэтому целесообразно различать I степень (с более легкими явлениями) и II степень (со значительно выраженными явлениями).

Классификация тонзиллитов И. Б. Солдатов (1975).

I. Острые.

1. Первичные: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангина.

2. Вторичные:

а) при острых инфекционных заболеваниях – дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе;

б) при заболеваниях системы крови – инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкемии, лейкозах.

II. Хронические.

1. Неспецифические:

- а) компенсированная форма;
- б) декомпенсированная форма.

2. Специфические: при инфекционных гранулемах – туберкулезе, сифилисе, склероме.

Патологоанатомическая классификация хронического тонзиллита (В. Н. Зак, 1933).

1. Хронический поверхностный тонзиллярный лакунит, язвенный или неязвенный. Воспалительный процесс локализуется преимущественно в лакунах миндалин.

2 А. Хронический паренхиматозный тонзиллит (обостренный). Наибольшие изменения наблюдаются в лимфаденоидной ткани (очаги размягчения, смазанность границ фолликулов).

2 Б. Поверхностный хронический паренхиматозный склеротический тонзиллит. На первый план выступает обильное разрастание соединительной ткани в паренхиме миндалин.

3. Глубокий хронический паренхиматозный склеротический тонзиллит.

Развитие рубцовой ткани наблюдается главным образом в области "капсулы" и паротонзиллярной ткани.

Наиболее характерной жалобой больных хроническим тонзиллитом являются повторяющиеся ангины. Кроме того, больные жалуются на постоянные или периодические боли при глотании, боли в области подчелюстных лимфатических узлов, першение в горле, ощущение "полноты" в одной из миндалин, неприятный запах изо рта, откашливание гнойных пробок. В ряде случаев беспокоят боли в области сердца и в суставах. Нередко больные предъявляют жалобы на слабость, утомляемость, повышенную температуру.

Что же происходит с миндалинами при их хроническом воспалении? Изменения чаще всего локализуются в лакунах миндалин, поражается мягкая лимфоидная ткань, которая заменяется на более твердую соединительную ткань. Появляются рубцовые сращения в миндалинах, суживаются и закрываются некоторые лакуны миндалин и как следствие образуются замкнутые гнойные очаги. В лакунах накапливаются так называемые пробки, представляющие собой скопление слущенного эпителия слизистой оболочки лакун, частиц пищи, живых и погибших микробов, лейкоцитов. Кроме пробок может быть и жидкое гнойное содержимое. При хроническом тонзиллите миндалины могут увеличиваться, но могут оставаться и небольшими. В лакунах миндалин создаются весьма благоприятные условия для сохранения и размножения патогенных микробов. Своей жизнедеятельностью они поддерживают воспалительный процесс в миндалинах. Микробы распространяются нередко по лимфатическим путям. Отсюда и увеличение шейных лимфоузлов.

Наиболее достоверными местными признаками хронического тонзиллита являются:

- 1. Гиперемия и валикообразное утолщение краёв небных дужек.
- 2. Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками.

3. Разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины.

4. Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.

5. Регионарный лимфаденит - увеличение шейных лимфоузлов.

Диагноз ставят при наличии двух и более вышеперечисленных местных признаков тонзиллита.

Ряд заболеваний непосредственно или косвенно может быть связан с хроническим воспалением миндалин. Прежде всего, это коллагенозы (ревматизм, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит), ряд заболеваний кожи (псориаз, экзема, полиморфная экссудативная эритема), нефрит, тиреотоксикоз, поражение периферических нервов (плексит, радикулит). Длительная тонзиллогенная интоксикация может способствовать развитию тромбоцитопенической пурпуры и геморрагического васкулита.

Лечение

Различают два основных метода лечения: хирургический и консервативный.

Консервативное лечение показано при компенсированной форме, а также при декомпенсированной, проявляющейся повторными ангинами, и в случаях, когда имеются противопоказания для хирургического лечения. Методов консервативного лечения предложено достаточно много.

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 санлирующее 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, настойка прополиса с маслом 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 небо-глоточную. Распатором или элеватором через разрез проникают в паратонзиллярное пространство, за капсулу миндалины, отсепаровывают последнюю от небо-язычной дужки экстракапсулярно от верхнего полюса до нижнего. Затем захватывают миндалину зажимом и отделяют ее от небо-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.

Список литературы

1. С.И. Мостовой и соав. Хронический тонзиллит. Киев, 1973.
2. М.В. Иванова Хронический тонзиллит у детей. Москва, 1973.
3. Г.З. Пискунов и соав. Классификации и дифференциально-диагностические таблицы в оториноларингологии. Курск, 2000.
4. И.Б. Солдатов и соавт. Руководство по отоларингологии. Москва, 1997.
5. Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита. Киев, 1999.
6. Ресурсы всемирной сети INTERNET.