

Гострий та хронічний тонзиліт

Лекція для лікарів-інтернів за спеціальністю
«Отоларингологія»
кафедри оториноларингології з
офтальмологією ПДМУ

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ



Специфічний

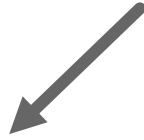
(Ураження мигдаликів
специфічними
гранульомами –
туберкульоз, сифіліс,
склерома)



Неспецифічний

(Захворювання
інфекційно-алергічного
характеру,
морфологічно
виражається
альтерацією, ексудацією
та проліферацією)

ХРОНІЧНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ



Компенсована



Декомпенсована

Рецидивуючий тонзиліт
(повторна поява гострого
тонзиліту з інтервалами
без скарг, в холодний
період місцеві і системні
прояви відсутні)

Рекурентний тонзиліт
(Вимагає повторного
лікування, хронічна
хвороба мигдаликів і
аденоїдів, запалення зверх
фізіологічного)

Мигдалики належать до лімфоепітеліальних утворень, до яких належать також пейєрові бляшки, солітарні фолікули та апендикс (MALT система)

**Анатомофункціональна одиниця –
криптолімфон:**

1. Ділянка прозору крипти з її змістом
2. Сегмент епітелію крипти що приймає участь у лімфоепітеліальному симбіозі
3. Лімфоретикулярна тканина між криптою та фолікулом (зона міграції лімфоцитів)
4. Фолікул із світлим центром

ΓΛΟΤΤΑ



ФУНКЦІЇ МИГДАЛИКІВ

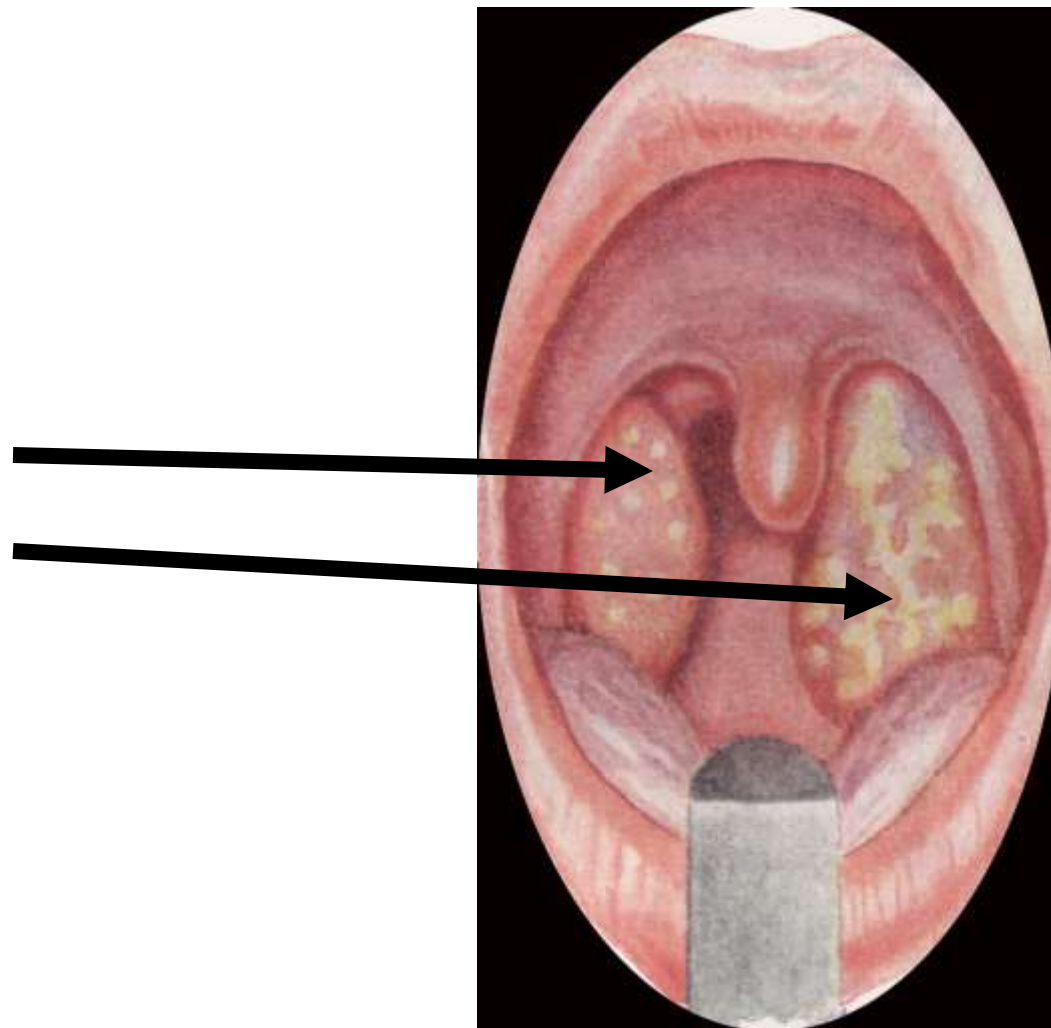
1. Імунна або захисна
2. Кровотворна
3. Нервово-рефлекторна

ГОСТРІ ТОНЗИЛІТИ (АНГІНИ):

Катаральна

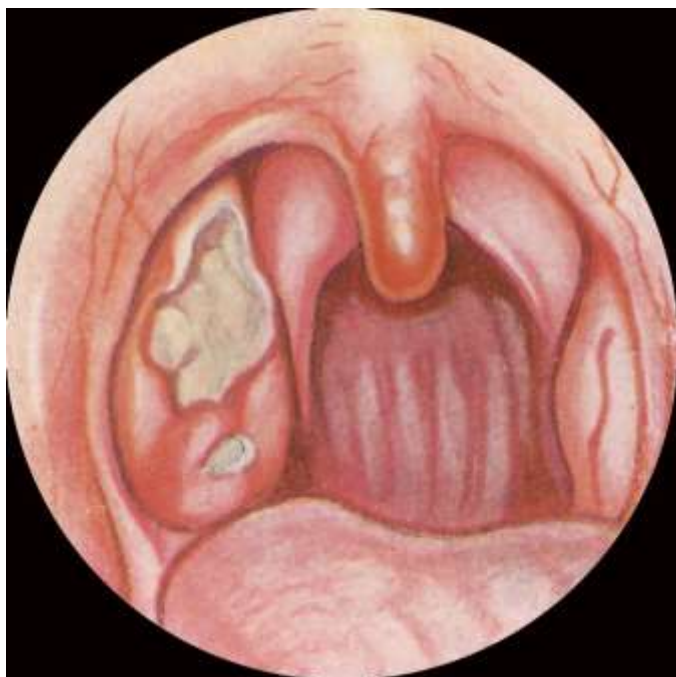
Фолікулярна

Лакунарна









ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ АНГІН:

1. обстеження:

- а) **мазок** із глотки та носа на наявність палички дифтерії (BL);
- б) **загальний аналіз крові**, (ангіна може бути симптомом захворювання крові)

2. **Режим:** ліжковий режим та ізоляція в домашніх умовах. При важкому стані – госпіталізація у інфекційне відділення.

3. **Дієта:** рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча. Рекомендовано багато пити.

4. **Протизапальна терапія.** Призначають антибіотики.

5. **Гіпосенсибілізуючі засоби** (антигістамінні препарати, препарати кальцію) і вітаміни групи В та вітамін С.

6. **Полоскання глотки** дезінфікуючими теплими розчинами: гівалекс, стоматидін, настоїв шавлію, ромашки.

7. **Теплові процедури** на ділянку ший: зігріваючий компрес.

8. **Симптоматичні засоби:** анальгетики, жарознижуючі, **серцеві**.



ДИФТЕРІЯ ГЛОТКИ

Збудник - корінебактерія дифтерії (паличка Лефлера).

Збудники дифтерії поділяються на **токсигенні** та **нетоксигенні** штами.

Єдине **джерело інфекції** є людина (хворий, реконвалісцент, бактеріоносіє).

Тривалість перебування збудника в організмі реконвалісцента 2-7 тижнів (може сягати 90 діб). У більшості випадків - до 20-25 днів.

Ведучий механізм передачі — повітряно-крапельний, можливе зараження через побутові предмети, іграшки. Дуже рідко — через їжу.

Інкубаційний період - від 2 до 10 днів.

Вхідні ворота - частіше є слизова оболонка піднебінних мигдаликів, рідше — інших відділів глотки, носа, гортані, ще рідше — очей, статевих органів (вульви, вагіни) або ураженої поверхні шкіри.

Дифтерія — гостре антропонозне токсико-інфекційне захворювання, для якого характерні місцеве фібринозне запалення слизових оболонок, явище загальної інтоксикації та ураження серцево-судинної і нервової систем.

ДИФТЕРІЯ ГЛОТКИ (ПРОДОВЖЕННЯ)

За ступенем токсикозу виділяють такі форми дифтерії: **субтоксичну, токсичну, гіпертоксичну та геморагічну.**

Субтоксична форма дифтерії може бути **локалізованою** та **поширеною**.

При локалізованій формі запальний процес не виходить за межі мигдаликів, при поширеній — процес сягає за їх межі. Локалізована форма може бути **катаральною, плівчастою, острівцевою**. При поширеній формі плівки розповсюджуються на м'яке піднебіння та піднебінні дужки. Після відторгнення нашарувань залишається ерозія, яка злегка *кровоточить*.

Для **токсичної** форми дифтерії глотки характерно виникнення частого, слабкого наповнення, аритмічного пульсу, який є ознакою токсичного ураження серця. Збільшується площа дифтерійних нашарувань, вони переходять у носоглотку, гортань та трахею.

При **геморагічній** формі дифтерії спостерігаються крововиливи у слизову оболонку та покриви шкіри, а дифтерійні нашарування, просочені кров'ю, набувають коричневого кольору.

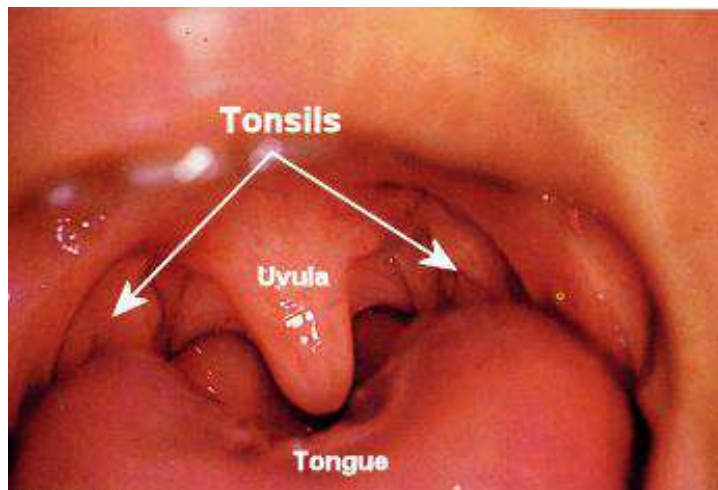
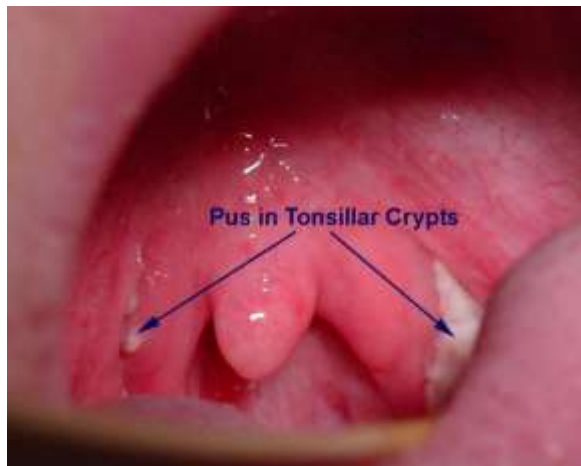
ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ ДИФТЕРІЇ:

- ▶ **Гострий початок** захворювання.
- ▶ **Загальноінтоксикаційний синдром** (окрім катаральної форми).
- ▶ **Рівень температури тіла та інтоксикації не відповідають вираженості місцевих змін.**
- ▶ **Біль у горлі помірний**, не відповідає вираженості місцевих змін.
- ▶ **Голос гугнявий** (виникає обмеження рухливості м'якого піднебіння.)
- ▶ **Набряк у глотці переважає над гіперемією.**
- ▶ **Лімфовузли не завжди збільшені**, збільшені лімфовузли помірно болючі.

Клінічні ознаки хронічного тонзиліту

1. Гіперемія та валикоподібне потовщення країв піднебінних дужок
2. Рубцеві спайки між мигдаликами та піднебінними дужками
3. Розрихлені або рубцево змінені та ущільнені мигдалики
4. Казеозно-гнійні пробки або рідкий гній в лакунах мигдаликів
5. Регіонарний лімфаденіт
6. Неприємний запах з рота
7. Субфебрилітет
8. Підщелепний лімфаденіт

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛИТ



КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ

- засоби, методи, рекомендації
скеровані на підвищення
резистентності організму;
- препарати з гіпосенсибілізуючою
дією;
- засоби імунокорекції:
фармакологічний вплив на імунну
відповідь, методи
фізіотерапевтичного лікування, тощо;
- санація піднебінних мигдаликів
- засоби рефлексорної дії

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ – ТОНЗИЛЕКТОМІЯ

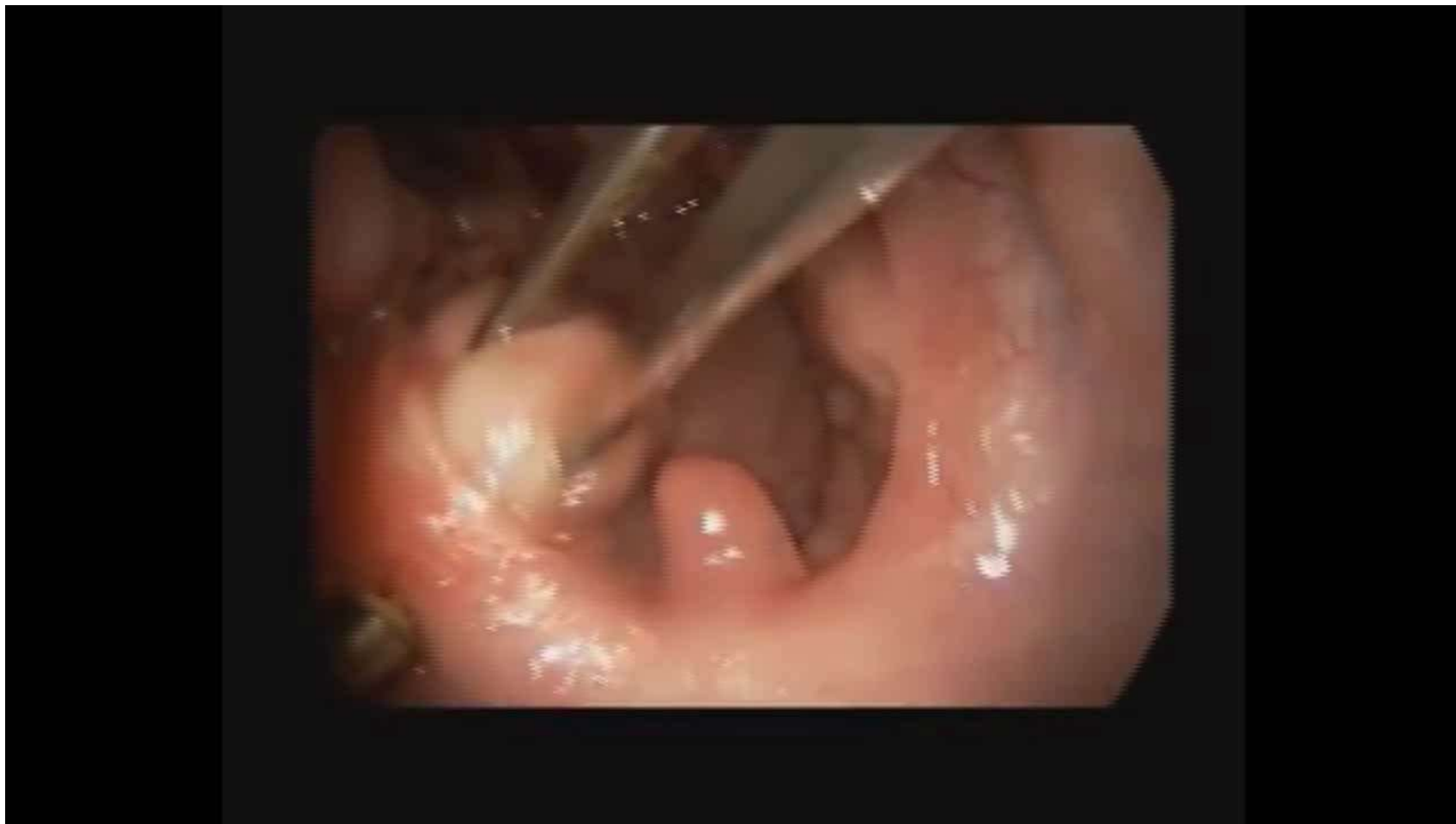
Показання:

1. Згідно з критеріями Paradise: при 7 ангінах за рік, 5 за 2 роки, 3 за останні 3 роки, кожен рік
2. Відсутність ротації піднебінного мигдалика при огляді
3. Постстрептококовий синдром
4. Порушення ковтання чи мови, розлади дихання під час сну

ТОНЗИЛЕКТОМІЯ



КОБЛЯЦІЙНА ТОНЗИЛЕКТОМІЯ



УСКЛАДНЕННЯ ТОНЗИЛЕКТOMІЇ

- кровотеча
- синдром Грізеля
- порушення смаку
- паратонзиллярний і парафарингіальний абсцес
- велофарингіальна недостатність