

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
кафедра оториноларингології**

**ГОСТРІ ТА ХРОНІЧНІ
ЗАПАЛЬНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ ГЛОТКИ**

Доповідач: професор Гасюк Ю.А.

План лекції:

- Морфофункціональні особливості лімфаденоїдного глоткового кільця.
- Класифікація тонзилітів
- Гострі первинні тонзиліти
- Дифтерія глотки
- Ускладнення гострих первинних тонзилітів
- Виразково-плівчаста ангіна Симановського-Венсана-Плаута
- Хронічний тонзиліт
- Аденоїдні розрощення
- Гіпертрофія піднебінних мигдаликів

Лімфаденоїдне глоткове кільце В.Вальдейєра

*(Німецький гістолог та анатом Вільгельм
Вальдейєр (1836-1921))*

6 мигдаликів:

- 2 – піднебінні (1, 2)**
- 1 – глотковий (3)**
- 2 – трубні (5, 6)**
- 1 – язиковий (4)**

криптолімфон -

анатомофункціональна одиниця піднебінних
мигдаликів

- **1. Ділянка прозору крипти з її вмістом,** що прилягає до епітелію.
- **2. Сегмент епітелію крипти,** що приймає участь у лімфоепітеліальному симбіозі.
- **3. Лімфоретикулярна тканина між криптою та фолікулом,** тобто зона міграції лімфоцитів до прозору крипти.
- **4. Фолікул,** лімфоцитарна мантія якого спрямована до епітелію.

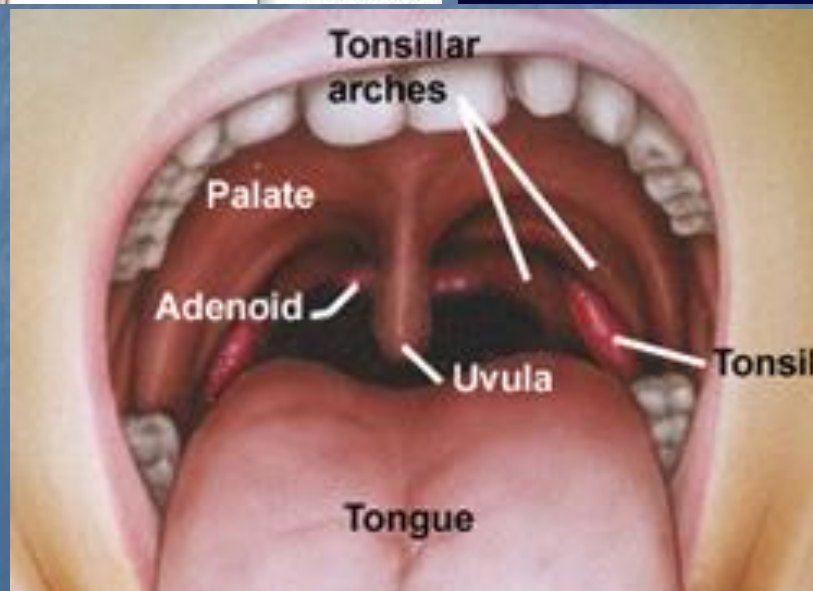
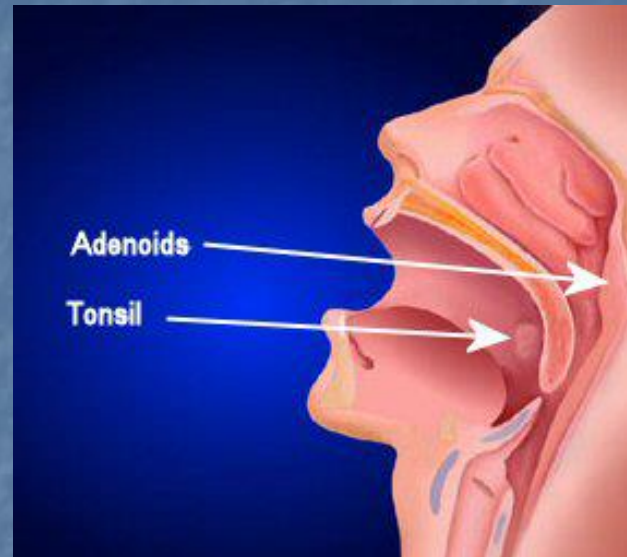
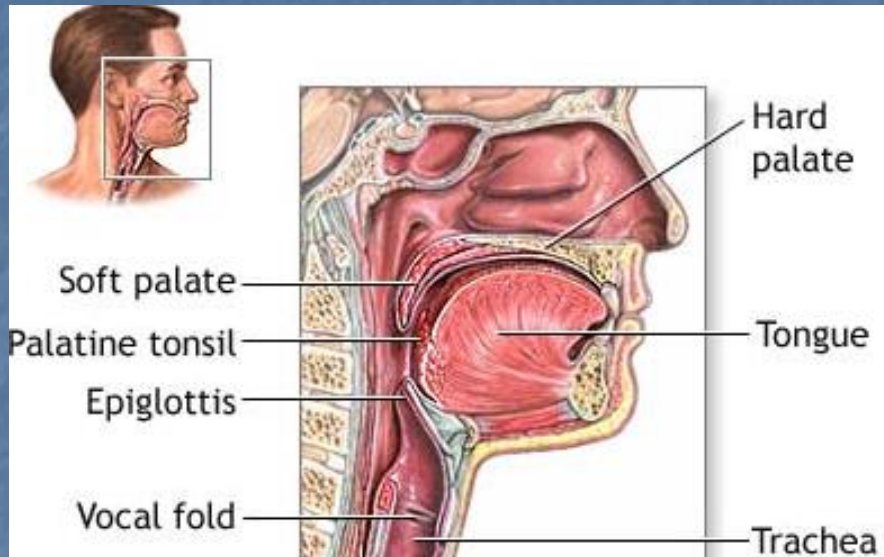
Функції піднебінних мигдаликів:

- Імунна (захисна) функція. формування *місцевого* та *системного* імунітету.
- **М.І.** – система мононуклеарних фагоцитів, система комплементу, білки гострої фази, інтерферони, лізоцим.
- **С.І.** – виконують інформаційну функцію, приймаючи участь у продукції антитіл та формуванні "клітин імунної пам'яті".
- Кровотворна функція. У периферичних лімфоїдних органах відбувається розмноження Т- та В-лімфоцитів

Функції піднебінних мигдаликів (продовження):

- **Рецепторна (нервово-рефлекторна) функція мигдаликів.**
- Піднебінні мигдалики містять рецепторні закінчення, нервові клітини та їх скупчення, що подібні до мікрогангліїв. Тому вони можуть бути джерелом імпульсації для інших органів. Зміни серцевої діяльності внаслідок подразнення піднебінних мигдаликів отримали назву тонзилокардіального рефлексу.

Глотка



Глотка:



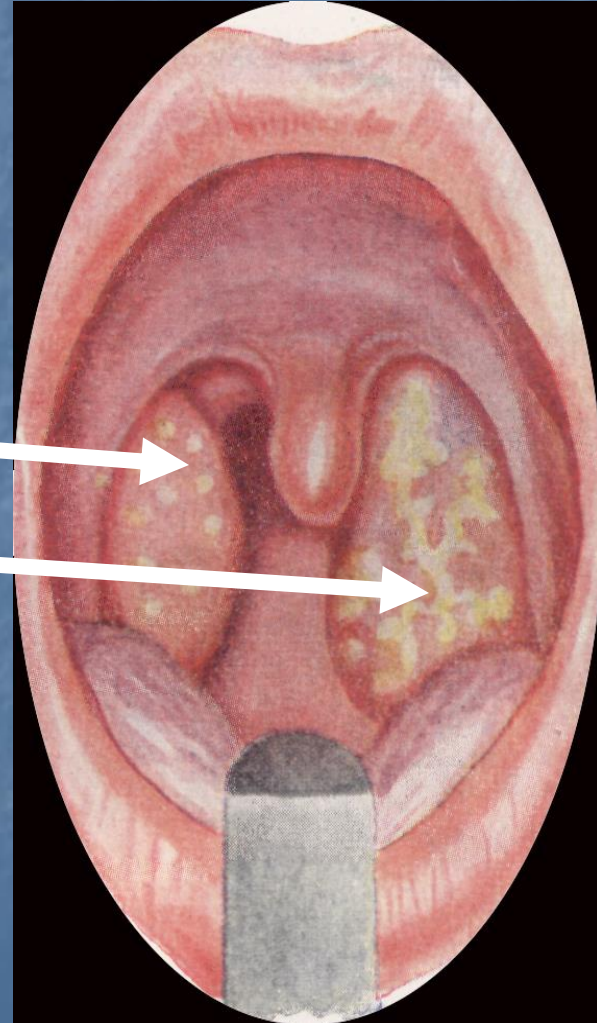
КЛАСИФІКАЦІЯ ТОНЗИЛІТІВ

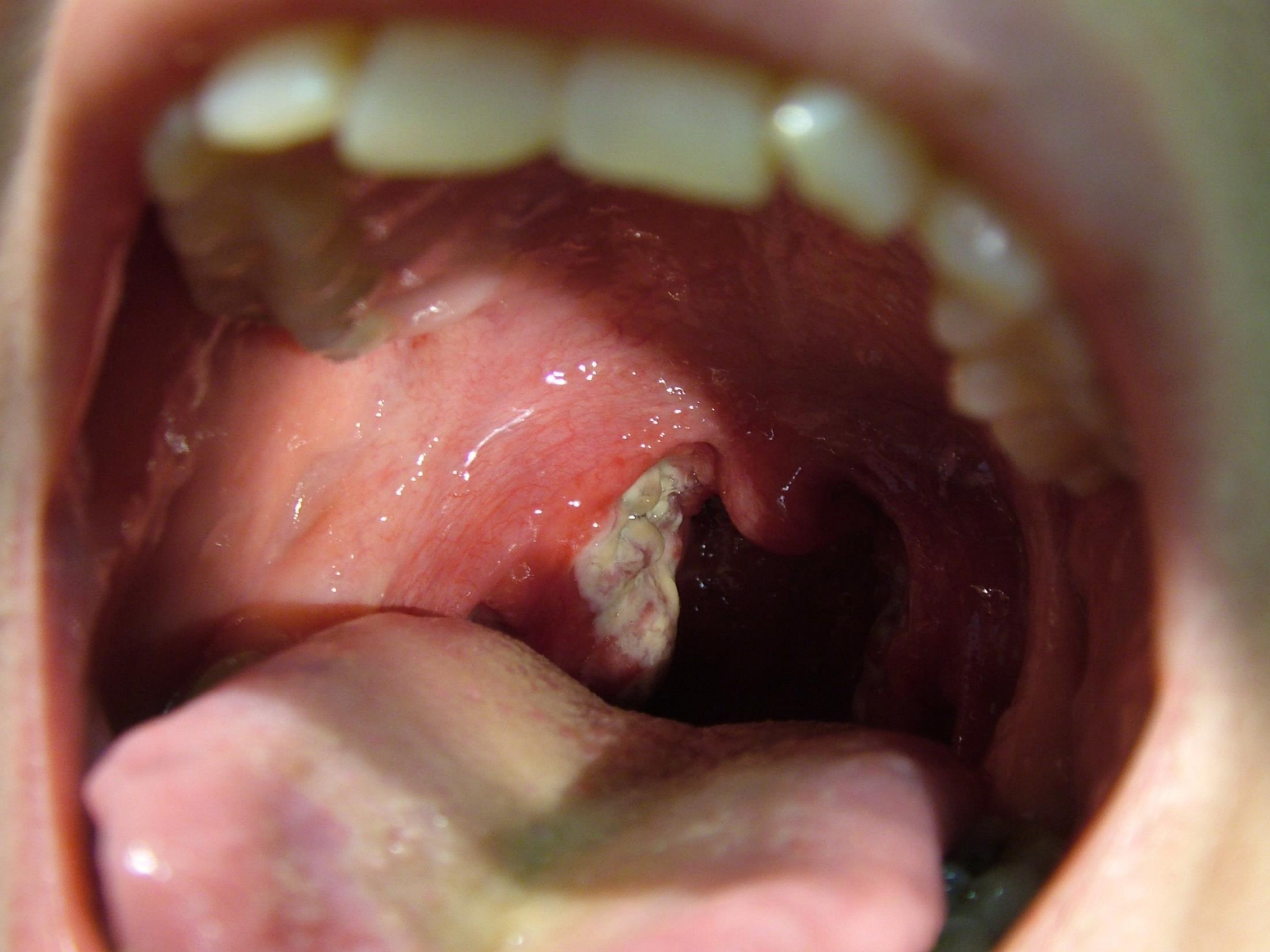
І.Б.СОЛДАТОВА

- **I. Гострі**
- **1. Первинні:**
- катаральна, лакунарна, фолікулярна, виразково-плівчаста ангіни.
- **2. Вторинні:**
- а) при гострих інфекційних захворюваннях — дифтерії, скарлатині, туляремії, черевному тифі;
- б) при захворюваннях системі крові — інфекційному мононуклеозі, агранулоцитозі, аліментарно-токсичній алейкії, лейкозах.
- **II. Хронічні**
- **1. Неспецифічні:**
- а) компенсована форма;
- б) декомпенсована форма.
- **2. Специфічні:**
- при інфекційних гранульомах — туберкульозі, сифілісі, склеромі.

Гострі тонзиліти (Ангіни):

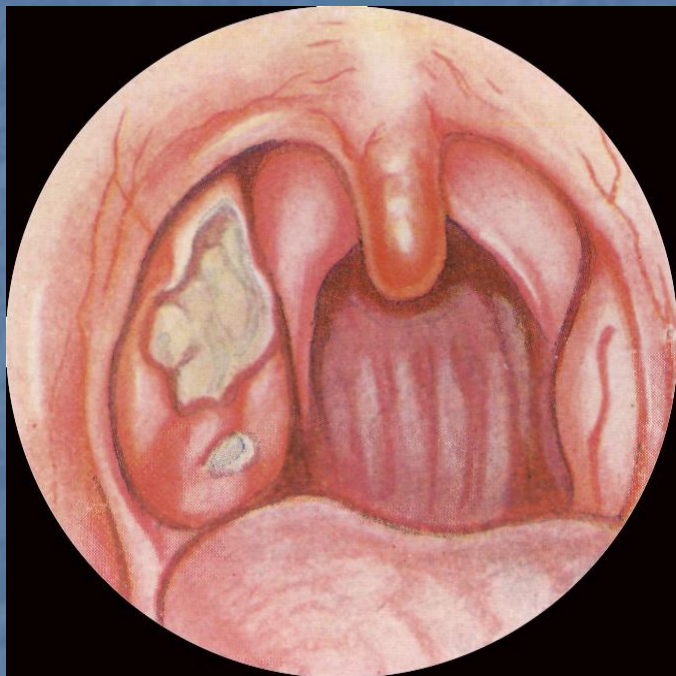
- Катаральна
- Фолікулярна
- Лакунарна







Ангіна Симановського - Венсана



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 шиї: зігріваючий компрес.
- 8. **Симптоматичні засоби:** анальгетики, жарознижуючі, серцеві.

ДИФТЕРІЯ ГЛОТКИ



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.

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

```
graph TD; A[ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ] --> B[Специфічний]; A --> C[Неспецифічний];
```

Специфічний – ураження мигдаликів інфекційними гранульомами (туберкульозом, сифілісом, склеромою).

Неспецифічний – захворювання інфекційно-алергічного характеру

- **Етіологія.** асоціація гемолітичного стрептокока групи А, стафілокока та аденовірусів.
- **Патогенез.** Формування вогнища хронічного запалення в мигдаликах та розвиток тонзилогенних процесів в організмі

Згідно класифікації І.Б. Солдатова *(прийнята 7-м з'їздом*

оториноларингологів СРСР, М.Тбілісі, 1975р.), розрізняють

компенсовану та
декомпенсовану форми.

При **компенсованій** формі наявні лише місцеві ознаки хронічного запалення мигдаликів.

Декомпенсована форма комбінується з рядом патологічних станів організму.

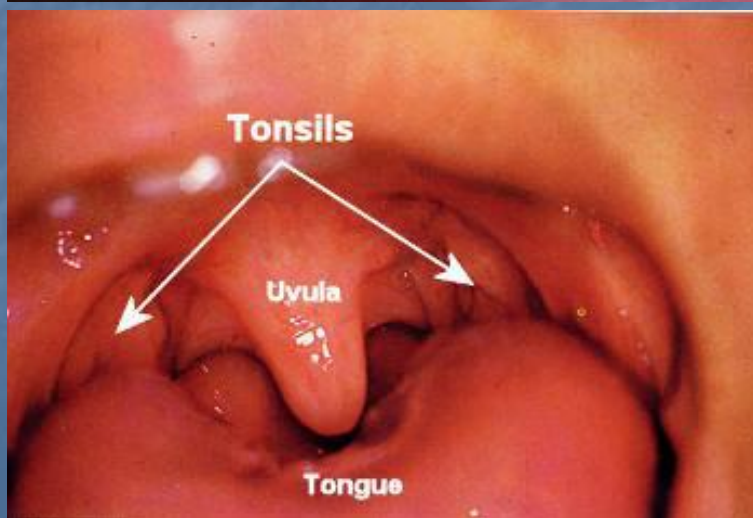
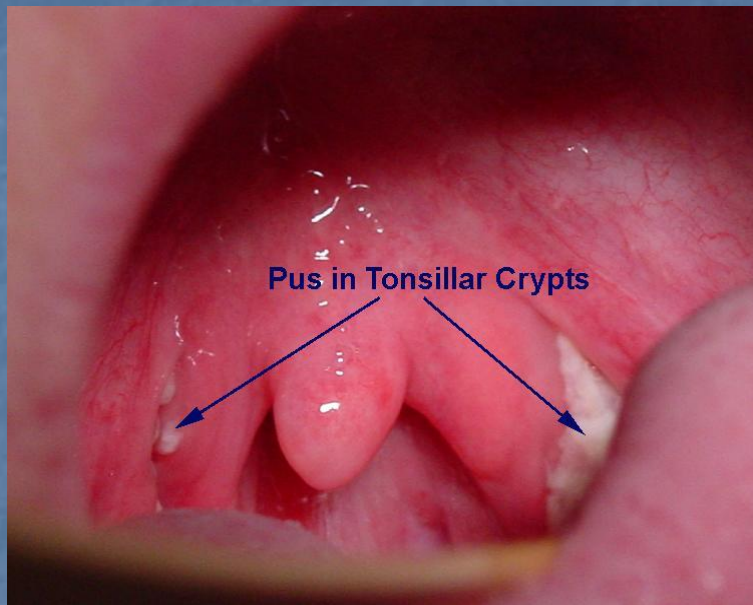
Гіпертрофія піднебінних мигдаликів



Місцеві ознаки хронічного тонзиліту:

- 1. Гіперемія та валикоподібне потовщення країв піднебінних дужок (симптоми Гізе і Преображенського).
- 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 — збільшення защеlepних лімфатичних вузлів.
- При встановленні діагнозу слід мати на увазі:
- Підщелепні лімфатичні вузли не є регіонарними для піднебінних мигдаликів.
- Розмір піднебінних мигдаликів не є ознакою хронічного тонзиліту, а лише свідчить про гіпертрофію піднебінних мигдаликів.

Хронічний тонзиліт



Лікування хронічного ТОНЗИЛІТУ:

- **Консервативне** — при компенсованій формі та при декомпенсації, що заключається в рецидивах ангін.
- **Напівхірургічне:** *гальванокаустика, діатермокоагуляція, кріовплив на піднебінні мигдалики, лакунотомія.* Напівхірургічне лікування показане при декомпенсованій формі, яка заключається в рецидивах ангін та неефективному консервативному лікуванні.
- **Хірургічне** — *тонзилектомія.* Хірургічне лікування проводиться у випадках безрезультатного консервативного лікування декомпенсованої форми та при декомпенсації у вигляді ураження віддалених органів та систем організму.

Схема консервативного лікування:

- **1. Підвищення реактивності організму:** *загартування, раціональне харчування, курортно-кліматичне лікування, вітамінотерапія.*
- (Препарати **мікробного** походження — імудон, ІРС-19, рібомуніл, бронхомунал; **рослинного** походження — тонзилгон Н; гомеопатичні — умкалор, тонзилотрен, інфлюцид.)
- **2. Гіпосенсибілізуючі** засоби: препарати кальцію, антигістамінні препарати, амінокапронова кислота.
- **3. місцева санація мигдаликів:** промивання лакун, відсмоктування вмісту лакун, змащування мигдаликів розчином Люголя, введення лікарських паст в лакуни, інтра- і паратонзиллярне введення розчинів антибіотиків.
- **4. Фізіотерапія:** УВЧ, "ЛУЧ-2" на щелепні лімфатичні вузли; ультразвукове озвучення піднебінних мигдаликів; фонофорез інтерферону, лізоциму; солюкс; грязелікування; опромінення мигдаликів гелій-неоновим лазером.
- Консервативне лікування - курсамб два рази на рік (**весною** та **восени**).

Профілактика хронічного тонзиліту



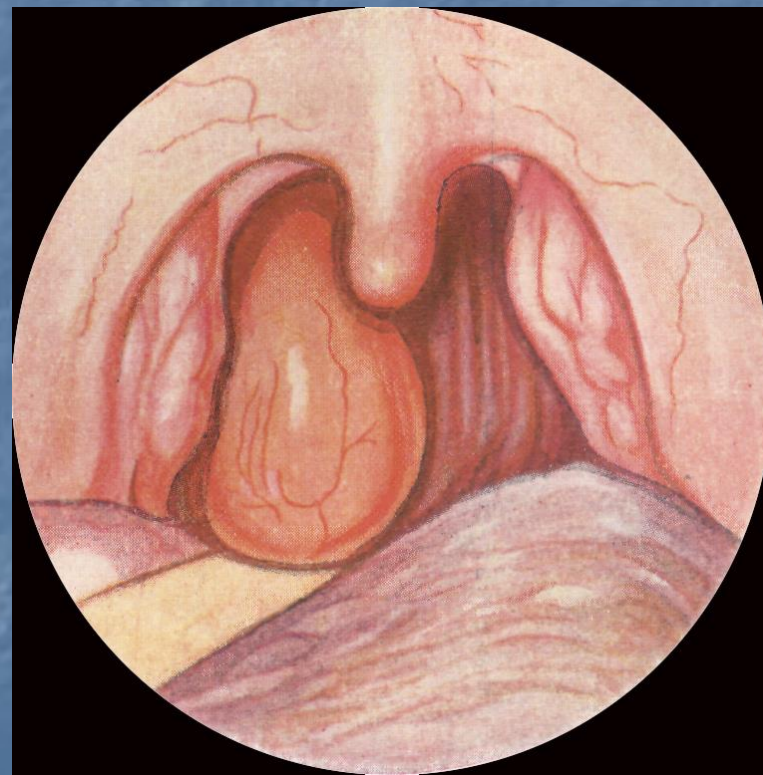
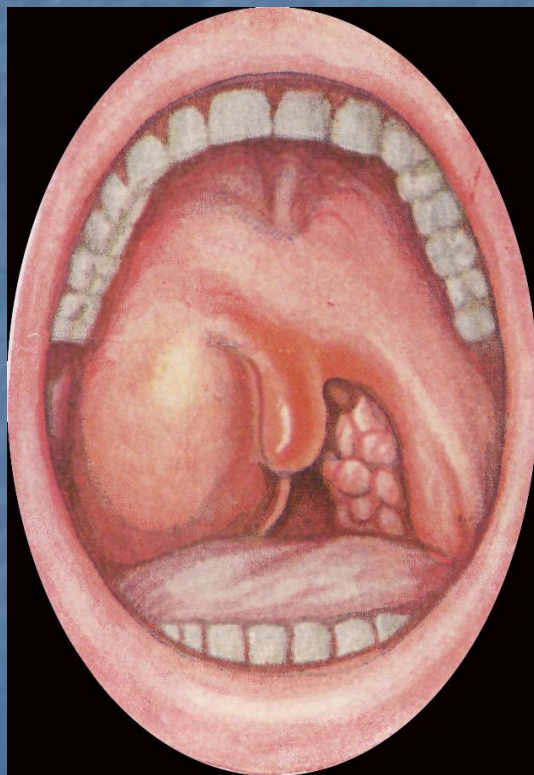
Підвищення
загальної
реактивності
організму

Санація хронічних
вогнищ інфекції —
лікування *каріозних*
зубів, парадонтозу,
гнійних синуїтів

УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРИХ ПЕРВИННИХ ТОНЗИЛІТІВ:

- **1. Паратонзиліт та паратонзилярний абсцес (флегмонозна ангіна).**
- **2. Латерофарингеальний абсцес.**
- **3. Внутрішньомигдаликовий абсцес.**
- **4. Аденофлегмона шиї.**
- **5. Розлита флегмона шиї.**
- **6. Тонзилогенний медіастиніт**
- **7. Тонзилогенний сепсис.**

Паратонзиллярний та заглотковий абсцеси

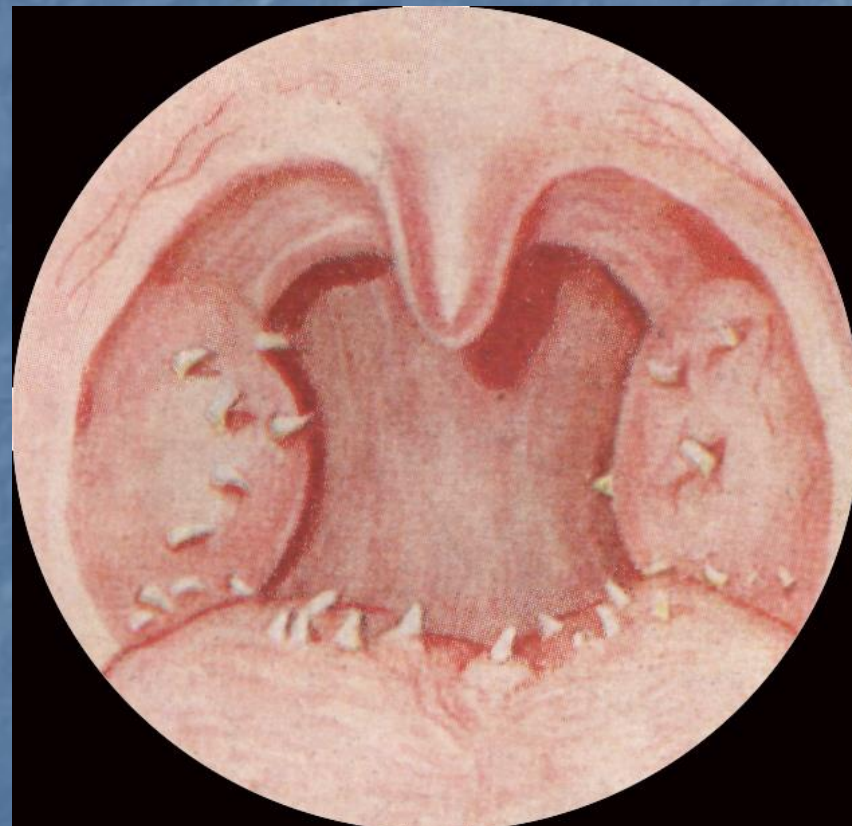
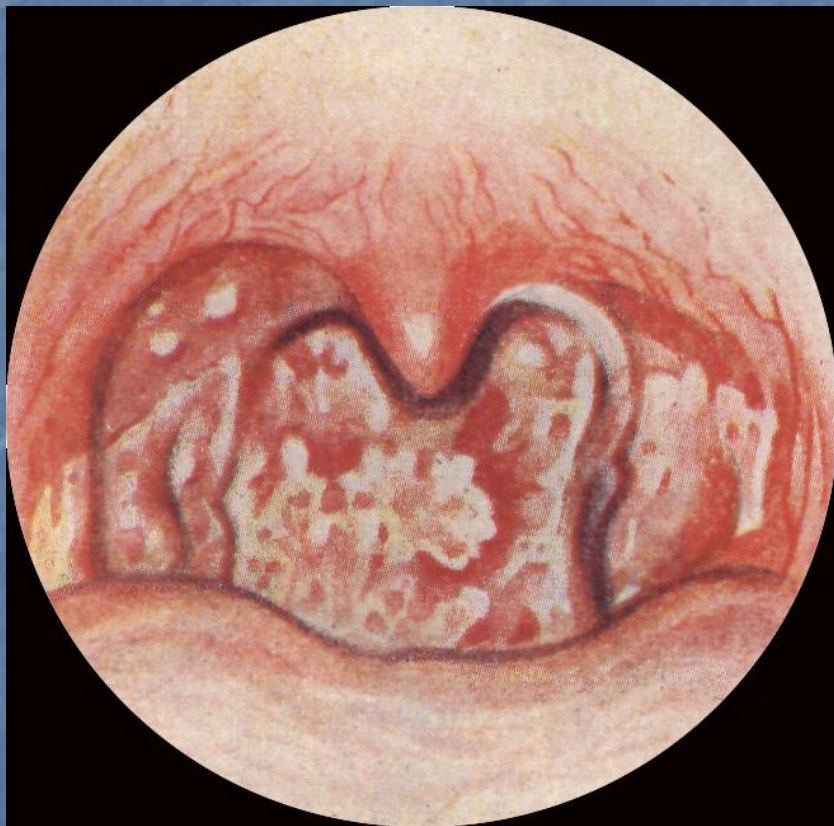


Паратонзиллярный абсцес

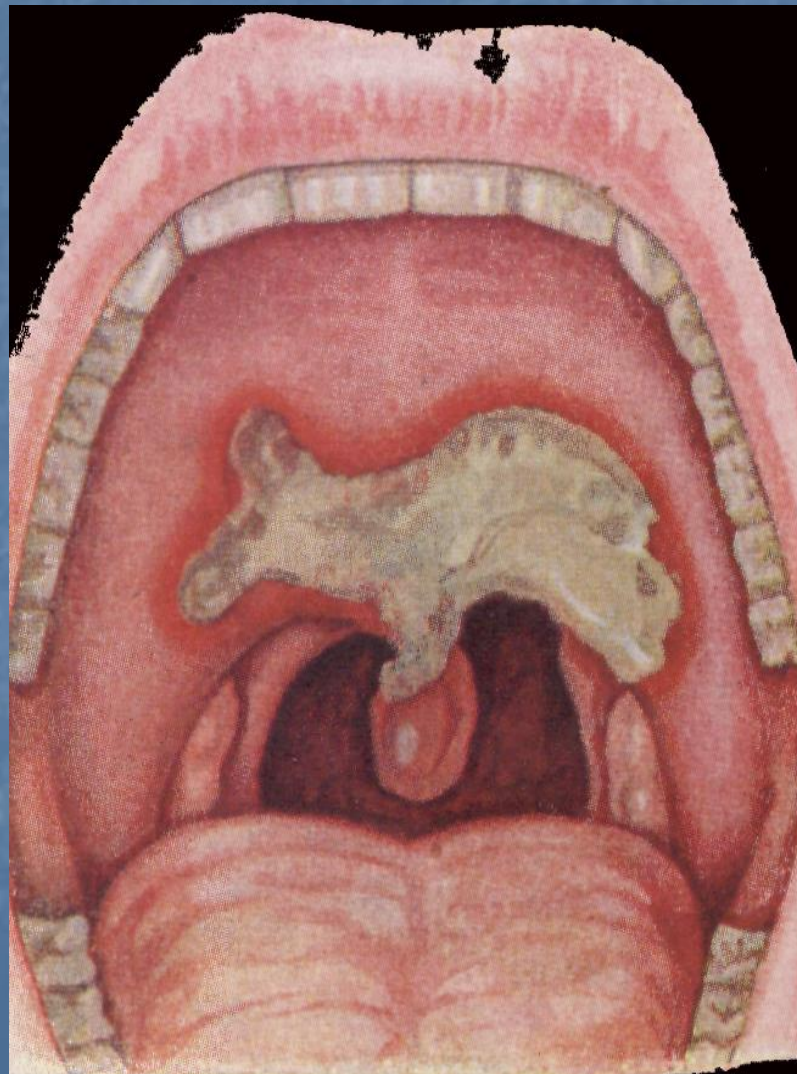




Туберкульоз та фарингомікоз глотки



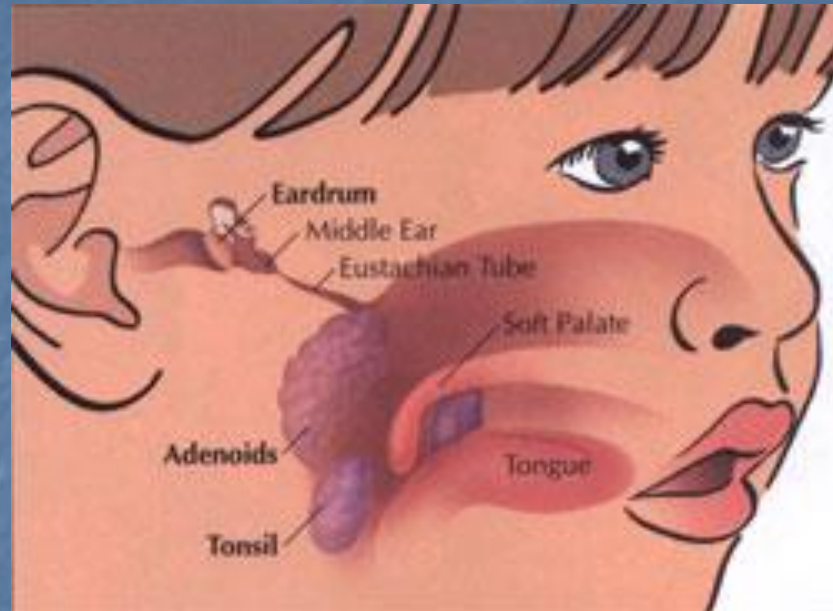
Сифіліс глотки



Аденоїдні вегетації (задня риноскопія)



Аденоїдні вегетації



Аденоїдит



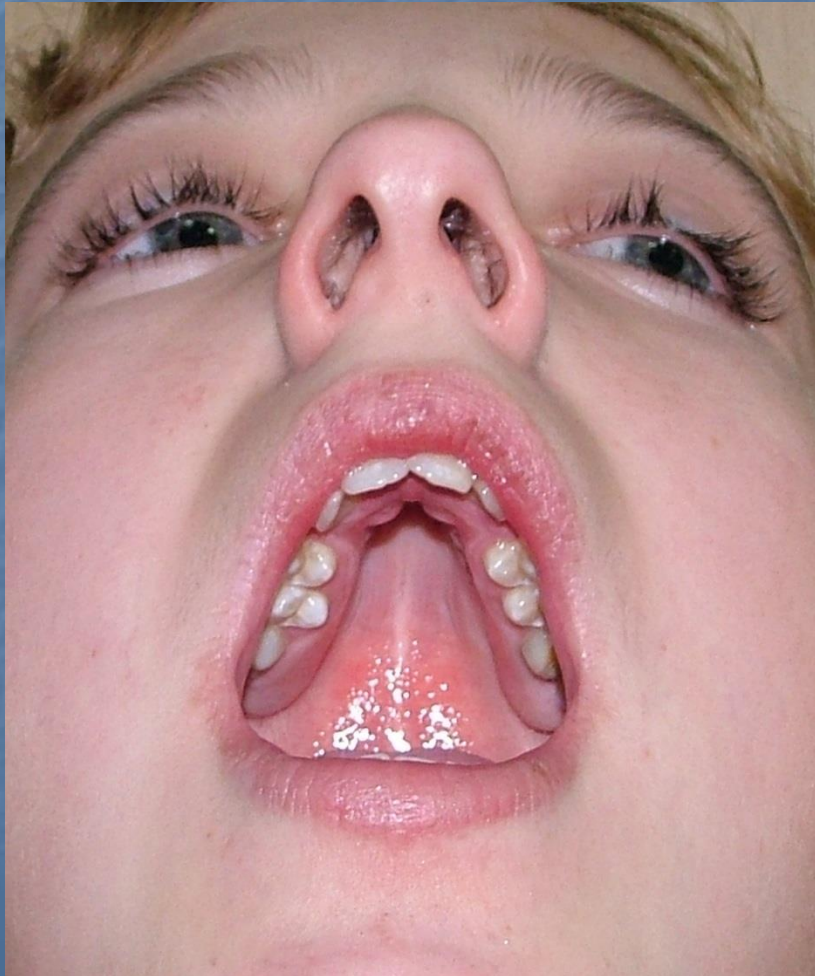
Аденоїдит



Аденоїди



Готичне піднебіння



Аномалія прикусу



Дякуємо за увагу!