**План**

Введение

. Определение

. Этиология и патогенез

. Источники заражения и пути передачи

. Классификация по Солдатову

. Специфические фарингоскопические признаки

. Виды лечения

Список литературы

**Введение**

Нагрянула осень. Похолодание, резкая смена температуры в квартире, повышенная влажность - все это предпосылки для развития различных заболеваний. Частыми «гостями» становятся озноб, слезоточивость и боль в горле, которые обычно спадают через несколько дней. Но иногда покраснение в горле может перейти из безвредной ситуации в серьезное инфекционное заболевание - ангину.

Хронический тонзиллит нельзя отделять от ангины, ибо, как уже говорилось, ангина при спорадических заболеваниях в большинстве случаев является обострением хронического тонзиллита, а недолеченная ангина нередко переходит в хронический тонзиллит.

**1. Определение**

**Хронический тонзиллит** - это хроническое воспаление нёбных миндалин. Нёбные миндалины - орган, принимающий активное участие в формировании иммунобиологических защитных механизмов организма.

**Ангина** - это воспаление миндалин. Миндалины с медицинской точки зрения - это лимфатические образования разного размера - от вишневой косточки до голубиного яйца. Они расположены по обе стороны гортани, а в поперечном сечении очень похожи на лимфатические узлы. Имеют неровную поверхность с вогнутыми областями, расположенными на них. Миндалины играют важную роль в организме, контролируя уровень лимфоцитов в крови и помогая бороться с различными микроорганизмами. Как только уровень бактерий увеличивается - они воспаляются, давая сигнал о том, что организм инфицирован.

Известно, что новорожденный имеет четыре миндалины во рту. Две из них небные, которые можно увидеть на внутренней стороне горла, третья - нозофорингальная миндалина со временем исчезает по мере роста ребенка. Процесс, который происходит между шестым и двенадцатым годом зависит от конкретных особенностей ребенка. И четвертая - лингвальная миндалина, которая находится у основания языка. Именно она может являться «домом», из которого в организм постоянно проникают возбудители болезни - микроорганизмы и продукты их преобразования. Эта миндалина часто является источником возникновения многих заболеваний и формирования неспецифической и специфической чувствительности организма. Также специалисты видят именно в ней причину возникновения хронического тонзиллита.

Медицинский термин, **острый тонзиллит** (от латинского языка - тонзиллит: «тонзил» - миндалина и «инис» - воспаление). Ангина - это острое инфекционное заболевание миндалин, которое характеризуется воспалением и увеличением лимфатических узлов. Наиболее часто наблюдается в холодные месяцы года и заболеваемость является самой высокой среди детей от 3 до 7 лет, потому что у них еще недостаточно хорошо развита иммунная система.

**Хронический тонзиллит** - хроническое воспаление лакунарного аппарата и лимфоидной ткани небных миндалин, обычно проявляющееся повторными обострениями (ангинами) и приводящее к развитию системных инфекционно-аллергических и аутоиммунных заболеваний в других органах.

**Хронический аденоидит** - воспалительный процесс в глоточной миндалине, обычно сопровождающийся обострениями, гиперплазией лимфоидной ткани миндалины и затруднением носового дыхания.

Хронический тонзиллит диагностируют у 20% взрослых и у 12-15% детей. Хронический аденоидит наблюдается в основном у детей, у взрослых встречается редко. Обострения заболевания чаще возникают в осенне-зимний период, а также при эпидемиях ОРВИ. Факторами риска при хроническом тонзиллите являются повторные переохлаждения, инфекции верхних дыхательных путей, неполноценное питание, постоянное переутомление.

**2. Этиология и патогенез**

Общепринятой теории патогенеза хронического тонзиллита и хронического аденоидита не существует. Основное значение имеет наличие патогенной микрофлоры в лакунах небных миндалин (Streptococcus pyogenes группы А, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumonia и аденовирусов). Особенности строения небных миндалин, имеющих глубокие извитые лакуны, проникающие в толщу паренхимы, создают условия для длительного контакта ткани миндалин с чужеродными белками и токсинами патогенных микроорганизмов. После перенесенных ангин возникают спайки и сращения, которые перекрывают просвет лакун и препятствуют удалению их содержимого - остатков пищи, слущенного эпителия и микроорганизмов. На фоне изменений иммунной реактивности организма это приводит к стойкой воспалительной реакции в небных миндалинах, хронической интоксикации и сенсибилизации (аллергия к антигенам S. pyogenes группы А выявляется у 83% больных хроническим тонзиллитом), вызывающей развитие системных инфекционно-аллергических заболеваний с поражением сердца, сосудов, суставов, почек и др.

**Клиническая картина хронических болезней миндалин**

I. Главным признаком хронического тонзиллита являются повторные обострения (ангины), хотя возможно и бессимптомное течение хронического тонзиллита, в частности, безангинная форма. Для декомпенсированной формы хронического тонзиллита характерны частые рецидивы ангин, повторные паратонзиллиты и паратонзиллярные абсцессы, интоксикация, длительный субфебрилитет и наличие системных инфекционно-аллергических заболеваний, к которым относят:

• ревматизм;

• гломерулонефрит, очаговый нефрит;

• инфекционно-аллергический артрит;

• пустулезный псориаз;

• хроническую крапивницу;

• эндо-, мио- и перикардит;

• полисерозит;

• полиневрит, иридоциклит;

• заболевания сосудов (рецидивирующий тромбангиит, узелковый периартериит).

II. Хронический аденоидит характеризуется частыми повторными инфекциями верхних дыхательных путей, постоянной заложенностью носа и стеканием слизисто-гнойного отделяемого из носоглотки по задней стенке глотки, что у детей часто приводит к возникновению упорного кашля. ГМ при задней риноскопии выглядит отечной, увеличенной, с патологическим экссудатом в сглаженных лакунах. Слизистая оболочка носа при передней риноскопии застойно гиперемирована, синюшная.

**Диагноз и рекомендуемые клинические исследования**

I. Диагностика хронического тонзиллита в период ремиссии основывается на сборе анамнеза и результатах фарингоскопии. К местным признакам хронического тонзиллита относятся:

• гиперемия и утолщение краев небных дужек;

• казеозно-гнойный экссудат в лакунах миндалин;

• рубцовые спайки между дужками и небными миндалинами;

• рубцовые изменения небных миндалин;

• увеличение регионарных лимфоузлов.

**Лабораторная диагностика:**

• в общем анализе крови могут определяться гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитопения, лейкопения, увеличение СОЭ. Однако чаще хронический тонзиллит не сопровождается изменениями в периферической крови;

• бактериологическое исследование мазков с поверхности небных миндалин;

• цитоморфологическое исследование отделяемого лакун.

• методы специфической диагностики инфекции, вызванной S. pyogenes группы А;

• иммуносерологические тесты (определение титров антистрептолизина, анти-ДНКазы В, антистрептокиназы.

При развитии системных инфекционно-аллергических заболеваний проводится дополнительное обследование у кардиолога или ревматолога.

II. В связи с неспецифичностью клинических проявлений диагностика хронического аденоидита в основном базируется на данных передней и задней риноскопии и эндоскопического исследования носоглотки. Осмотр полости носа и носоглотки у маленьких детей обычно представляет большие сложности из-за их беспокойного поведения. В большинстве случаев все же удается осмотреть носоглотку, если использовать тонкий (диаметром 2,7 мм или 1,9 мм) эндоскоп с углом зрения 00 или 300. Данное исследование выполняют после анемизации и анестезии слизистой оболочки носа, проводя при этом эндоскоп только по общему носовому ходу между перегородкой и нижней носовой раковиной. По своей информативности эндоскопическое исследование намного превосходит данные, которые дают передняя и задняя риноскопия, и позволяет практически полностью отказаться от рентгенографии носоглотки в боковой проекции, которая связана с ненужной лучевой нагрузкой.

Культуральное исследование мазков имеет ограниченное значение в связи с высоким риском примеси путевой микрофлоры.

**Дифференциальный диагноз**

I. Необходимо проводить дифференциальную диагностику между хроническим тонзиллитом и не воспалительной гипертрофией небных миндалин. Сам размер небных миндалин никогда не свидетельствует в пользу хронического тонзиллита. У детей наличие увеличенных небных миндалин свидетельствует лишь о бурно протекающих процессах формирования естественного иммунитета. У детей и небных миндалин и ГМ имеют большие размеры; с возрастом они подвергаются процессу инволюции.

Неспецифический хронический тонзиллит в редких случаях требует дифференциальной диагностики со специфическими процессами (туберкулезом, сифилисом и др.).

При выраженной (особенно односторонней) гипертрофии небных миндалин нельзя забывать о вероятности онкологических и лимфопролиферативных заболеваний (рак, лимфосаркома).

II. Хронический аденоидит следует дифференцировать с острым и хроническим риносинуситом и аллергическим ринитом. Необходима рентгенография или компьютерная томография околоносовых пазух и эндоскопическое исследование носоглотки, которое позволяет отличить истинную гипертрофию ГМ от ее увеличения, вызванного воспалительным или аллергическим отеком. В последнем случае поверхность ГМ бывает рыхлой, слизистая оболочка имеет бледно-серый цвет.

Для проведения правильного дифференциального диагноза между гипертрофией ГМ и хроническим аденоидитом требуется повторное эндоскопическое исследование после курса противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии (например, местными глюкокортикоидными препаратами).

**3. Источники заражения и пути передачи ангины**

**Характерные симптомы ангины:**

ь сильная боль в горле, жжение и раздражение;

ь увеличение миндалин, налет в виде белой слизи на их мембранах;

лихорадка;

ь затруднение дыхания или глотания, особенно у детей младшего возраста;

ь головная боль;

ь боли в мышцах и суставах;

ь плохое дыхание и отсутствие аппетита;

ь рвота.

При наличии предрасполагающих факторов, ангина может легко передаваться от носителя вирусной или бактериальной инфекции. Такие факторы могут включать: иммунодефицит человека (врожденный или приобретенный), создание благоприятных условий для развития стенокардии, различные местные факторы, такие, как заложенность носа, при которой человек вынужден дышать ртом. Иногда источники заражения кроются в плохих санитарных условиях проживания. Грязь, пыль, непроветриваемое помещение - все это может способствовать развитию ангины. Может сослужить плохую службу и неправильное питание - рацион с низким содержанием белка, витаминов и минералов. Однако наиболее частые пути передачи ангины - воздушно-капельный и контактный. Причиной ангины могут быть стрептококки и стафилококки, реже пневмококки, бациллы Фриндлендера и другие.

Наибольшая активность миндалин в этих защитных механизмах проявляется в детском возрасте и протекающие в них воспалительные процессы ведут к выработке стойкого иммунитета.

Однако часто повторяющиеся воспаления миндалин из-за бактериальной инфекции, тормозят выработку иммунитета и становятся причиной развития хронического тонзиллита. Кроме этого выработка иммунитета иногда задерживается в связи с неправильно проводимым лечением антибиотиками, а также при необоснованном приёме препаратов снижающих температуру тела, когда она не высокая (37-37,5).

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.

Большое значение в развитии и течении хронического тонзиллита имеет снижение иммунитета, защитных сил организма и аллергическое состояние, которое в свою очередь, может предшествовать или, наоборот, быть следствием хронического тонзиллита.

**Заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом.**

Их достаточно много. Такие заболевания непосредственно или косвенно могут быть связаны с хроническим воспалением миндалин. Прежде всего, это коллагеновые болезни (ревматизм, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит), ряд заболеваний кожи (псориаз, экзема, полиморфная экссудативная эритема), нефрит, тиреотоксикоз, поражения периферических нервов (плексит, радикулит). Длительная тонзиллогенная интоксикация может способствовать развитию тромбоцитопенической пурпуры и геморрагического васкулита.

Хронический тонзиллит нередко бывает причиной длительного повышения невысокой температуры (субфебрилитет), патологических слуховых ощущений (шума в ушах), ухудшает течение вазомоторной дисфункции носа, вегетативно-сосудистой дистонии, вестибулярной дисфункции и др.

Одновременно с хроническим тонзиллитом у больного могут быть и другие заболевания, которые классифицируют как сопряженные или сопутствующие (нефрит, инфекционный полиартрит, ревматизм и др.).

**Осложнения после болезни**

Самым распространенным и самым неприятным осложнением является развитие абсцесса. Подобный абсцесс развивается вскоре после перенесенного острого тонзиллита. В большинстве случаев, у пациентов наблюдаются такие симптомы, как боль в горле и лихорадка, хотя ангины уже нет. Но на этот раз боль значительно сильнее, нарушается глотательная функция, лимфатические узлы значительно увеличены, возникают проблемы с голосом и связками. При этом нужно обязательно убирать гной, после чего состояние больного значительно улучшается. Если не принимать необходимые меры, инфекция может перейти в стадию более сложного парафарингального абсцесса. Это может быть вызвано острым тонзиллитом, травмами гортани, стоматологическими заболеваниями, воспалением слюнных желез.

Кроме того, могут развиваться и другие заболевания, такие как воспаление внутреннего уха (отит), лимфаденит (воспаление лимфатических узлов по краю нижней челюсти и шеи), ревматические заболевания, аутоиммунные заболевания почек, остеомиелит.

**4. Классификация хронического тонзиллита по И.Б. Солдатову (1975)**

• **Неспецифическая форма:**

компенсированная;

декомпенсированная.

• **Специфические формы (инфекционные гранулемы)**

туберкулезная;

сифилитическая;

склерома.

**В зависимости от размеров ГМ при задней риноскопии выделяют три степени ее гипертрофии:**

I. ГМ достигает средней трети сошника;

II. ГМ достигает нижней трети сошника;

III. ГМ достигает нижнего края сошника, закрывая все хоаны.

. Специфические фарингоскопические признаки

**Наиболее достоверными местными признаками хронического тонзиллита являются:**

1. Гиперемия и валикообразное утолщение краёв нёбных дужек.

. Рубцовые спайки между миндалинами и нёбными дужками.

. Разрыхленные или рубцово-изменённые и уплотнённые миндалины.

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

. Регионарный лимфаденит - увеличение шейных лимфоузлов.

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

**Принято выделять две основные формы тонзиллита**: компенсированная и декомпенсированная.

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

При **декомпенсированной** имеются не только местные признаки хронического воспаления, а бывают ангины, паратонзиллиты, паратонзиллярные абсцессы, заболевания отдалённых органов и систем (сердечнососудистой, мочеполовой и др.)

Любые формы хронического тонзиллита могут явиться причиной аллергизации и инфицирования всего организма. Находящиеся в лакунах бактерии и вирусы при соответствующих условиях (охлаждение, снижение сопротивляемости организма и др. причины) вызывают местные обострения в виде ангин и даже паратонзиллярных абсцессов.

Наиболее достоверным признаком хронического тонзиллита являются частые ангины в анамнезе жалобы больных, как правило выражены не резко: неприятный запах изо рта, ощущение неловкости или инородного тела в горле при глотании, сухость, покалывание и др. у многих больных кроме ангин в анамнезе, жалоб нет.

**Фарингоскопическими признаками** хронического тонзиллита являются местные проявления длительного воспалительного процесса в миндалинах. при внешнем осмотре небных миндалин определяются гиперемия краев небных дужек, валикообразное утолщение краев передних и задних дужек, особенно в верхних их отделах, отечность верхних отделов передних и задних дужек. нередким симптомом заболевания являются сращения и спайки небных дужек с миндалинами и треугольной складкой. миндалины при хроническом их воспалении могут быть разрыхлены, особенно у детей.

Важным и одним из наиболее частых признаков хронического тонзиллита является наличие гнойного содержимого в лакунах миндалин, иногда имеющего неприятный запах нужно иметь в виду, что в норме миндалины содержат эпидермальные пробки, которые трудно отличить от патологических.

Среди местных признаков хронического тонзиллита довольно частым является увеличение регионарных лимфатических узлов, располагающихся по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. увеличение и болезненность при пальпации этих узлов указывают на высокую активность воспалительного процесса в миндалинах.

Субъективные симптомы: привычные боли в глотке при глотании, особенно по утрам; усиление или появление этих болей после приема холодной пищи или жидкости; неловкость при глотании, ощущение в горле полноты или инородного тела. Нередко к этому присоединяются жалобы, обусловленные вторичным (тонзиллогенным) фаринголарингитом (першение в горле, приступы ларингитического кашля, саднение в глубине горла и пр.), которые иногда являются преобладающими. Эти «местные» жалобы часто переплетаются с общими, обусловленными тонзиллогенной интоксикацией (недомогание, быстрая утомляемость, раздражительность, потливость ладоней и подмышечных впадин, привычные головные боли, вечерний субфебрилитет, различного рода дискомфорт в области сердца вплоть до выраженных болей, сердцебиение, перебои, одышка и пр.). Эти общие субъективные расстройства бывают подчас настолько сильно выраженными, что неприятные ощущения со стороны горла отходят на задний план или даже полностью затушевываются.

При объективном исследовании в стадии рецидива хронический тонзиллит может ничем существенно не отличаться от первичной (не рецидивной!) ангины, и без учета анамнеза (частые ангины) подчас нельзя поставить правильный диагноз. Признаки же, обнаруживаемые в межангинозном периоде болезни, можно разделить на две группы: 1) достоверные и 2) относительные. К достоверным признакам хронического тонзиллита надо отнести: а) наличие гнойного или гнойно-казеозного содержимого в лакунах, б) гнойные кисты или хронические микроабсцессы миндалин, в) увеличение и болезненность регионарных к миндалинам лимфоузлов, г) утолщение и застойную гиперемию передних нёбных дужек. Относительными (имеющими лишь относительное значение в диагностике хронического тонзиллита) симптомами надо считать: а) увеличение или атрофию миндалин, б) рубцовые изменения их, в) спайки миндалин с передними дужками, особенно с верхней их частью.

тонзиллит миндалина лакунарный лимфоидный

**6. Виды лечения**

Выбор метода лечения зависит от формы тонзиллита и, если она декомпенсированная, то учитывают вид декомпенсации.

Перед началом лечения следует вылечить кариозные зубы и воспалительные процессы в носу и придаточных пазухах носа.

Различают два основных метода лечения: хирургический и консервативный. В каждом методе имеются ещё свои разновидности, варианты.

Лечение хронического тонзиллита. Уже при первичном осмотре поступающих на работу врач предприятия должен выявить больных хроническим тонзиллитом, пользуясь вышеизложенными методами диагностики и критериями оценки клинических форм хронического тонзиллита. Выявленные больные берутся на учет, и в зависимости от показаний налаживается диспансерное наблюдение за ними и лечение их. Лица, страдающие хроническим тонзиллитом, особенно тщательно должны осматриваться при заступлении их на дежурство на пищеблок и при явлениях обострения болезни не должны допускаться в цехи пищеблока, предназначенные для приготовления пищи. В крайнем случае они могут быть использованы на подсобных работах.

Выбор метода лечения в каждом конкретном случае зависит от формы хронического тонзиллита, общего состояния больного, наличия сопутствующих заболеваний и пр. Лечение всегда должно быть комплексным, но ведущим звеном в нем могут быть то консервативные мероприятия, то хирургическое вмешательство.

В подавляющем большинстве случаев сначала должно быть проведено консервативное лечение, и только при отсутствии эффекта или недостаточном эффекте необходимо поставить вопрос о хирургическом вмешательстве. Исключение составляют те больные, у которых имеются абсолютные и срочные показания к тонзиллэктомии.

**Консервативные методы лечения** условно можно разделить на общие и местные. К общим методам принадлежат закаливающие процедуры: физические занятия на свежем воздухе, обтирания комнатной, а затем холодной водой, систематические занятия спортом. Они, безусловно, имеют большое значение в лечении хронического тонзиллита и предупреждении рецидивов ангины, однако надо твердо помнить, что с успехом их можно применять лишь при компенсированном тонзиллите, вне стадии обострения. Все перечисленные средства входят в комплекс военной и физической подготовки молодежи. Следовательно, больные хроническим компенсированным тонзиллитом вне стадии обострения в специальном лечении не нуждаются. Задача врача заключается в том, чтобы он следил за постепенным нарастанием воздействия факторов закаливания и за ходом адаптации к условиям труда и быта.

**Физиотерапевтические процедуры** (коротковолновое УФ-облучение, диатермия на подчелюстную область и пр.), лечебная гимнастика могут быть применены как составные части комплексного течения больных субкомпенсированным хроническим тонзиллитом. Однако такие больные нуждаются в освобождении от всех физических работ, и их лечение проводит ларинголог, либо под его непосредственным руководством (по усмотрению специалиста) - лечащий врач.

К «местным» консервативным методам лечения хронического тонзиллита относятся: смазывания миндалин и их лакун различными растворами (1-5% йодная настойка, люголевский раствор, йодглицерин и пр.), промывание лакун, местное ультрафиолетовое облучение миндалин и многое другое. Из перечисленных методов наибольшее значение имеет промывание лакун. Что же касается жидкости, применяемой для промывания лакун, то могут быть применены растворы самых разнообразных веществ. И здесь, как и при орошении миндалин у больных ангиной, надо ориентироваться не столько на антибактериальное действие препарата (для проявления этого действия требуется больше времени, чем время задержки жидкости в полости рта), сколько на противовоспалительное, успокаивающее, вяжущее. Этим требованиям удовлетворяют те же растворы, которые рекомендованы для орошения миндалин при ангине.

**Промывание миндаликовых лакун** проводит обычно ларинголог. При промывании лакун нёбных миндалин необходимо максимально щадить миндаликовую ткань и в то же самое время стремиться как можно глубже проникнуть в лакуны и вымыть патологическое содержимое. Соблюдение первого условия особенно важно, ибо при грубом разрушении ткани миндалин нередко наблюдается ухудшение общего состояния, кратковременное повышение температуры тела, не исключено даже развитие сепсиса (что, к сожалению, изредка еще встречается). Промывания лакун обычно проводят один раз в три-четыре дня, 5-6 промываний на курс лечения, но лучшие результаты дает ежедневное промывание в течение 8- 10 дней. Терапевтический эффект промываний лакун в значительной мере зависит от доступа к ним. При «ущемленных» миндалинах, больших рубцовых изменениях в них успех, как правило, незначительный. Однако и при хорошем доступе к лакунам и безукоризненной технике промывания эта процедура является лишь составной частью комплексного лечения больных хроническим тонзиллитом.

Что касается хирургического лечения хронического тонзиллита, то оно полностью относится к компетенции ларинголога. Остановимся лишь на принципах терапевтических показаний к тонзиллэктомии (или иным хирургическим методам лечения хронического тонзиллита).**Терапевтические показания к хирургическому лечению хронического тонзиллита** можно условно разделить на: 1) абсолютные и 2) относительные. К абсолютным показаниям надо отнести назревание или возникновение у больного хроническим тонзиллитом метатонзиллярных заболеваний, особенно ревматизма, миокарда, нефрита и холангиогепатита. Хотя при уже развившейся метатонзиллярной болезни тонзиллэктомия не приводит к немедленной ее ликвидации, но облегчает лечение, уменьшает вероятность обострения и рецидивов уже развившегося тонзиллогенного заболевания. К абсолютным показаниям надо отнести также декомпенсированный тонзиллит, не поддающийся консервативному лечению.

Относительные показания - это умеренные расстройства функций различных органов и систем (умеренная тонзиллогенная интоксикация). В таких случаях целесообразно провести пробное консервативное лечение хронического тонзиллита (промываниями лакун, например). Если при этом наряду со стиханием воспалительного процесса в миндалинах исчезнут и явления дисфункции других органов, то имеются все основания рассчитывать на положительный эффект тонзиллэктомии.

Опыт ряда врачей военных округов и крупных госпиталей показал, что при частых ангинах (более одного-двух рецидивов в год) только тонзиллэктомия дает стойкий положительный результат. Однако надо подчеркнуть, что тонзиллэктомия может привести к обострению метатонзиллярных заболеваний, нередко протекающих латентно у здорового на вид субъекта. Поэтому не только в сложных случаях, но и у каждого больного вопрос о показаниях и противопоказаниях к тонзиллэктомии должен решаться после совместной консультации терапевта (или инфекциониста) и отоларинголога.

**Общие принципы лечения**

Показано соблюдение правильного режима дня, богатое витаминами питание, регулярное санаторно-курортное лечение. Используются десенсибилизирующие лекарственные средства и различные иммуномодуляторы, но их применение имеет скорее общую, а не целевую направленность. Существуют данные об эффективности длительных курсов фитотерапии.

I. Стандартным методом лечения компенсированной (простой) формы хронического тонзиллита является промывание лакун миндалин растворами антисептиков. Непременным условием является регулярность такого лечения, курсы повторяются 1-2 раза в год, обычно весной и осенью.

Диоксидин, 1% раствор, промывание миндалин 20 мл через день, всего 7-10 процедур или

Мирамистин, 0,01% раствор, промывание миндалин 20 мл через день, всего 7-10 процедур или

Нитрофурал, 0,02% раствор, промывание миндалин 20 мл через день, всего 7-10 процедур или

Хлоргексидин, 1% раствор, промывание миндалин 20 мл через день, всего 7-10 процедур

Противорецидивное лечение дополняют физиотерапевтическими процедурами: ультравысокочастотная и микроволновая терапия, ультразвук, ультрафиолетовое облучение области миндалин. Комплексное лечение нередко приводит к длительной ремиссии заболевания.

Единственным эффективным способом лечения хронического тонзиллита на сегодняшний день является двухсторонняя тонзиллэктомия. Абсолютными показаниями к этой операции являются:

• хронический тонзиллит с рецидивами ангин > 2-4 раз в год;

• паратонзиллярный абсцесс;

• тонзиллогенный сепсис;

• системные инфекционно-аллергические заболевания, развившиеся на фоне хронического тонзиллита;

• выраженная гипертрофия миндалин, являющаяся причиной обструктивного апноэ во сне;

• подозрение на опухоль небных миндалин.

Относительные показания:

• неэффективность консервативного лечения (рецидивы ангин);

• устойчивый запах изо рта, вызванный образованием пробок в лакунах;

• носительство Corynebacterium diphtheriae;

• туберкулез шейных лимфоузлов.

II. При хроническом аденоидите возможен курс эмпирической антибиотикотерапии с учетом типичных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей.

Амоксициллин внутрь по 0,5-1 г 3 р/сут 10-15 сут (взрослым); 30-60 мг/кг/сут в 3 приема (детям) или

Амоксициллин/клавуланат внутрь по 0,375-0,625 г 3 р/сут; по 1 г 2 р/сут 10- 15 сут (взрослым); по 20- 45 мг/кг/сут (рассчитывают по амоксициллину) в 3 приема (детям) или

Кларитромицин внутрь по 0,25- 0,5 г 2 р/сут; по 0,5 г 1 р/сут 10-15 сут (взрослым); по 15 мг/кг/сут в 2 приема (детям) или

Рокситромицин внутрь по 0,15 г 2 р/сут или 0,3 г 1 р/сут 10- 15 сут (взрослым); 5-8 мг/кг/ сут в 2 приема (детям) или

Цефтибутен внутрь 0,4 г 1 р/сут 10-15 сут (взрослым); по 9 мг/кг/сут в 1-2 приема (детям) или

Цефуроксим внутрь по 0,25-0,5 г 2 р/сут10-15 сут (взрослым); по 30-40 мг/кг/сут в 2 приема (детям)

Одновременно назначают общеукрепляющую терапию, физиотерапевтические процедуры, носовые души, местно используют антисептики и сосудосуживающие лекарственные средства:

Ксилометазолин, 0,1% спрей, интраназально по 1-2 дозе в каждую ноздрю 2 р/сут не более 10 сут (взрослым); 0,05% спрей, по 1-2 дозе в каждую ноздрю 2 р/сут (детям) или

Нафазолин, 0,1% капли, интраназально по 1-2 капли в каждую ноздрю 2-4 р/сут не более 10 сут (взрослым); 0,05% капли, по 1-2 капли в каждую ноздрю 2-4 р/сут (детям) или

Оксиметазолин, 0,05% капли, интраназально по 1-2 капли в каждую ноздрю 2-4 р/сут не более 10 сут (взрослым); 0,025% капли, по 1-2 капли в каждую ноздрю 2-4 р/сут (детям)

При неэффективности консервативного лечения и выраженной гипертрофии ГМ, сопровождающейся постоянным затруднением носового дыхания и развитием кондуктивной тугоухости, методом выбора является ее удаление - аденотомия. У детей эту операцию лучше выполнять под общим обезболиванием в условиях непосредственного визуального контроля (с помощью эндоскопов, зеркал и специальных роторасширителей). Популярные до сих пор "слепые" операции под местной анестезией не дают возможности полностью удалить лимфоидную ткань, закрывающую просвет носоглотки и задних отделов полости носа, и часто ведут к рецидивам заболевания.

**Оценка эффективности лечения**

Критериями эффективности лечения хронического тонзиллита являются: уменьшение количества обострений, предотвращение развития осложнений. Критерий эффективности лечения хронического аденоидита - снижение выраженности клинических проявлений.

Осложнения и побочные эффекты лечения

Местные сосудосуживающие лекарственные средства при длительном применении вызывают развитие "синдрома рикошета": их применение свыше 10 дней может вызывать развитие медикаментозного ринита.

**Заключение**

Можно знать многое об ангине - возбудителях, источниках заражения, путях передачи, симптомах - и при этом периодически заболевать этим неприятным недугом. В данном случае знание не защищает от инфицирования, однако дает преимущество в борьбе с ним. При правильном подходе и своевременном лечении ангина может совсем не доставлять хлопот и проходить быстро и без последствий.

При своевременном и адекватном лечении прогноз благоприятный. В отсутствие лечения высок риск развития системных инфекционно-аллергических заболеваний. Следует отметить, что фармакотерапия не может гарантировать избавление от тонзиллогенной интоксикации и развития системных инфекционно-аллергических осложнений, так как персистенция патогенной микрофлоры в миндалинах не устраняется. Даже антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры не гарантирует 100-процентный положительный результат.

Даже безобидные препараты могут вызывать аллергию и плохо переноситься организмом. Поэтому, перед применением, всегда смотрите инструкцию по применению препарата, противопоказания для приёма. Это же относится и к препаратам растительного применения и продуктам пчеловодства. Физиопроцедуры, тоже имеют свои противопоказания, будьте внимательны, консультируйтесь с физиотерапевтом.

**Список литературы**

1. Константинова Н. П., Морозова С.В. Хронический тонзиллит: проблемы и перспективы лечения. Ежемесячный научно-практический публицистический журнал «Врач», 1999, № 12

. 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 1992

. Клячко Л.Л., Анхимова Е.С Проблемы иммунололгии в оториноларингологии. М-лы Всерос. Симпозиума. С.-Петербург 1994.

. Бажора Ю.И., Драгомирецкий В.Д. Местный иммунитет слизистой оболочки верхних дыхательных путей и его нарушения при хроническом тонзиллите. Одесский мед. институт. 1988.

. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Никитин К.А. Ангина и хронический тонзиллит. Санкт-Петербург,