ПЛАН.

1. Определение понятия «хронического тонзиллита».
2. Этиология заболевания.
3. Классификация.
4. Методы консервативного лечения.
5. Тонзиллэктомия.
6. Профилактика хронического тонзиллита.

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 ге-молитического), стафилококка и др. При хроническом тонзиллите в миндалинах могут встречаться ассоциации непатогенных микробов. В детском возрасте в удаленных миндалинах нередко находят адено-вирусы, 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.

**Клиническая картина и классификация.** Наиболее достоверным признаком хронического тонзиллита являются частые ангины в анамнезе. Среди больных хроническим тонзиллитом «безангинная форма», по данным разных авторов, встречается у 2—4%. Следует отметить, что ни один из объективных признаков хронического тонзиллита не является полностью патогномонич-ным. Для диагностики заболевания необходима совокупная оценка всех симптомов, так как каждый признак в отдельности может быть обусловлен другим заболеванием — глотки, зубов, челюстей, носа и др. Нельзя ставить диагноз хронического тонзиллита в момент обострения (ангины), поскольку все фарингоскопические симптомы будут отражать остроту процесса, а не хроническое его течение. Лишь через 2—3 недели после окончания обострения целесообразно производить оценку объективных признаков хронического воспаления небных миндалин.

В наибольшей мере современным представлениям о хронической очаговой инфекции, о токсических и аллергических процессах при хроническом тонзиллите соответствует классификация Б. С. Преображенского (1970), которая несколько изменена и дополнена В. Т. Пальчуном (1974) (табл. 1).

Чаще всего обострения хронического тонзиллита бывают 2—3 раза в год, однако нередко ангины возникают 5—6 раз в год. В ряде случаев они встречаются относительно редко: 1—2 раза в течение 3—4 лет, однако и такую частоту следует считать большой. Нередко больные любое побаливание в горле даже без повышения температуры тела называют ангиной, поэтому в каждом случае необходимо уточнять характер перенесенных в прошлом заболеваний горла, причину их возникновения, влияние на общее состояние организма, длительность течения, особенности лечения.

Иногда ангины могут быть обусловлены не хроническим процессом в миндалинах, а воздействием эндогенных факторов при пониженной реактивности организма или воспалительной патологии носа и его околоносовых пазух, носоглотки и т. д. Встречаются «безангинные формы» хронического тонзиллита, поэтому выявление местной симптоматики играет определяющую роль в диагностике заболевания.

Жалобы больных, как правило, выражены нерезко; наиболее частой является жалоба на частые ангины в анамнезе, другие жалобы — неприятный запах изо рта, ощущение неловкости или инородного тела в горле при глотании, сухость, покалывание и др. бывают не только при хроническом тонзиллите, но и при различных формах фарингита, кариозных зубах и т. д. Чаще дети жалуются на покалывание или небольшую стреляющую боль в ухе при нормальной отоскопической картине.

Нередки жалобы на быструю утомляемость, вялость, головную боль, понижение трудоспособности, субфебрильную температуру. У многих больных, кроме ангин в. анамнезе, жалоб нет.

Фарингоскопическими признаками хронического тонзиллита являются местные проявления длительного воспаления в миндалинах. На поверхность миндалины и окружающей ткани при хроническом тонзиллите длительное время попадает гнойное содержимое из лакун, которое, являясь раздражителем, вызывает хроническое воспаление этой ткани. При внешнем осмотре небных миндалин и окружающей ткани наиболее часто определяются признаки Гизе — гиперемия краев небных дужек, Преображенского — валикообраз-ное утолщение (инфильтрация или гиперплазия) краев передних и задних дужек, Зака — отечность верхних отделов передних и задних дужек. При одновременном течении хронического тонзиллита и хронического фарингита эти признаки имеют меньшее значение. Нередким симптомом заболевания являются сращения и спайки миндалин с небными дужками и треугольной складкой.

Важным и одним из наиболее частых признаков хронического тонзиллита является наличие жидкого казеозного или в виде пробок гнойного содержимого в лакунах миндалин, иногда имеющего неприятный запах. Нужно иметь в виду, что в норме миндалины содержат эпидермальные пробки, которые бывает трудно отличить от патологических. Для получения содержимого лакун с диагностической целью наиболее распространен метод выдавливания. Одним шпателем врач отдавливает язык книзу, как при фарингоскопии, а тупым концом другого надавливает на переднюю дужку так, что сдавливает область прикрепления миндалины к боковой стенке глотки. Давление производится в течение 2—3 с мягко, но так, чтобы миндалина слегка сместилась в медиальную сторону. Этим методом следует пользоваться с осторожностью, так как при излишне грубом давлении можно ранить слизистую оболочку небной дужки и способствовать распространению инфекции. Другие методы (зондирование лакун, диагностическое вымывание и отсасывание их содержимого) применяются реже.

Среди местных .признаков хронического тонзиллита довольно частым является увеличение регионарных лимфатических узлов, располагающихся у угла нижней челюсти и по переднему краю груди-но-ключично-сосцевидной мышцы. Увеличение и болезненность при пальпации этих узлов указывают на высокую активность воспалительного процесса в миндалинах. При оценке этих симптомов нужно иметь в виду, что данные лимфатические узлы являются регио-нарными как для миндалин, так и для глотки, носа и околоносовых пазух, корня языка. Поэтому их увеличение следует относить только за счет хронического тонзиллита лишь при отсутствии патологии в указанных органах.

**Лабораторные методы диагностики** хронического тонзиллита как местного, так и общего характера не имеют существенного значения в распознавании самого заболевания, однако они играют определенную роль в оценке влияния хронического очага инфекции в миндалинах на различные органы и системы и в целом на весь организм.

Хронический тонзиллит следует дифференцировать с гипертрофией небных миндалин, доброкачественными и злокачественными опухолями, камнем миндалины, хроническим фарингитом, туберкулезом и сифилитическим процессом миндалин, лептотрихозом, грибковым поражением миндалины, вторичными изменениями тонзиллярной ткани при мононуклеозе, агранулоцитозе и других заболеваниях крови.

**Лечение и диспансеризация.** Тактика лечения хронического тонзиллита в основном обусловливается его формой: при простом тонзиллите, как правило, следует начинать с консервативной терапии и лишь отсутствие эффекта после 3—4 курсов указывает на необходимость удаления миндалин. При токсико-аллергической форме показана тонзиллэктомия, однако I степень этой формы позволяет провести консервативное лечение, которое должно быть ограничено 1—2 курсами. Если отсутствует достаточно выраженный положительный эффект, назначают тонзиллэктомию. Токсико-аллергические явления II степени являются прямым показанием к удалению миндалин.

Все больные хроническим тонзиллитом подлежат диспансерному наблюдению. Основа диспансеризации — раннее выявление заболевания и своевременное систематическое лечение его согласно указанной выше тактике. Необходимы также профилактика вредных воздействий условий труда и быта, проведение санитарно-про-светительной работы.

Основа консервативного лечения хронического тонзиллита — местное воздействие на миндалины и общеукрепляющая терапия. Для местной терапии, как правило, применяется одновременно несколько методов лечения, т. е. проводится комплексная терапия.

##### Методы консервативного лечения

Промывание лакун миндалин (метод разработан Н. В. Белоголововым) различными антисептическими растворами — фурациллина, борной кислоты, лактата этакредина (риванола), перманганата калия, а также минеральной и щелочной водой, пелоидином, интерфероном, иодинолом и др. — производятся с помощью специального шприца с длинной изогнутой канюлей, конец которой вводят в устье лакуны, после чего нагнетают промывную жидкость. Она вымывает содержимое лакуны и изливается в полость рта и глотки, а затем отплевывается больным. Эффективность метода зависит от механического удаления из лакун гнойного содержимого, а также воздействия на микрофлору и ткань миндалины веществами, заключенными в промывной жидкости. Курс лечения состоит из 10—15 промываний лакун обеих миндалин, которые производятся обычно через день. После промывания следует смазать поверхность миндалины раствором Люголя или 5% раствором колларгола. Повторный курс проводится через 3 месяца. Промывание антибиотиками не следует применять в связи с возможностью формирования сенсибилизации к ним, а также утраты чувствительности микрофлоры к данному антибиотику, тем более, что антибиотики не имеют каких-либо преиму-*Таблица I.*

# Классификация хронического тонзиллита

**(по Б. С. Преображенскому — В. Т. Пальчуну)**

**Хронический тонзиллит**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Простая форма | Токсико- аллергическая форма | | | |
| Сопутствующие заболевания Простая форма характеризуется местными признаками и у 96% больных — ангинами в анамнезе  Местные признаки   1. Жидкий гной или ка-зеозно-гнойные пробки в лакунах; подэпители-ально расположенные гнойные фолликулы, разрыхленная поверхность миндалин. 2. Признак Гизе — стойкая гиперемия краев передних дужек. 3. Признак Зака — отечность краев верхних отделов небных дужек. 4. Признак Б. С. Преображенского — инфильтрация и гиперплазия краев передних дужек. 5. Сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой. 6. Увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов. 7. Болезненность при пальпации регионарных лимфатических узлов.   Сопутствующие заболевания не имеют единой этиологической и патогенетической основы с хроническим тонзиллитом, патогенетическая связь осуществляется через общую и местную реактивность. | I степень | II степень | | |
| Сопутствующие заболевания | | Сопутствующие заболевания | Сопряженные заболевания |
| **I степень** характеризуется признаками простой формы и общими токсико-аллергическими явлениями.  Токсико-аллергические признаки I степени   1. Субфебрильная температура (периодическая). 2. Тонзиллогенная интоксикация периодические или постоянные слабость, разбитость, недомогание, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, плохое самочувствие. 3. Периодические боли в суставах. 4. Шейный лимфаденит. 5. Функциональные нарушения сердца в виде болей выявляются только в период обострения хронического тонзиллита и не определяются при объективном исследовании (ЭКГ и др.). 6. Отклонения в лабораторных данных (показатели крови и иммунологические) неустойчивы и нехарактерны.   **II степень** характеризуется признаками I степени с более выраженными токсико-аллергическими явлениями; при наличии сопряженного заболевания всегда диагностируется II степень. Токсико-аллергические признаки II степени  1. Функциональные нарушения сердечной деятельности, регистрируемые на ЭКГ. 2. Боли в области сердца бывают как во время ангины, так и вне обострения хронического тонзиллита. 3. Сердцебиение, нарушения сердечного ритма. 4. Субфебрильная температура (длительная). 5. Функциональные нарушения острого или хронического инфекционного характера почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем, регистрируемые клинически и с помощью функциональных и лабораторных исследований.  Сопряженные заболевания Сопряженные заболевания имеют единые с хроническим тонзиллитом этиологические и патогенетические факторы.  **Местные:**   1. Паратонзиллярный абсцесс, 2. Парафарингит. 3. Фарингит  Общие  1. Острый и хронический тонзиллогенный сепсис. 2. Ревматизм, инфектартрит, приоб ретенные заболевания сердца, мо-чевыделительной системы, суставов и других органов и систем инфек-ционно-аллергической природы. | | | |

ществ перед промыванием другими веществами. Противопоказаниями к промыванию лакун являются острое воспаление глотки, носа или миндалин и острые общие заболевания.

Методы выдавливания, отсасывания и удаления содержимого лакун специальным крючком в лечебной практике мало применяются, поскольку они малоэффективны, а иногда и травматичны. Выдавливание содержимого лакун шпателем применяется только в диагностических целях.

К физиотерапевтическим методам лечения хронического тонзиллита относятся: ультрафиолетовое облучение, электромагнитные колебания высоких и средних или сверхвысоких частот (УВЧ и СВЧ), ультразвуковая терапия.

Абсолютным противопоказанием к любому методу физиотерапии являются онкологические заболевания или подозрение на их наличие.

Критерии эффективности консервативного лечения хронического тонзиллита должны основываться на наблюдении после него. Такими критериями являются: а) прекращение обострении хронического тонзиллита; б) исчезновение объективных местных признаков хронического тонзиллита или значительное уменьшение их выраженности; в) исчезновение или значительное уменьшение общих токсико-аллергических явлений, обусловленных хроническим тонзиллитом.

Необходимо учитывать, что улучшение по какому-то одному из перечисленных критериев и даже полный успех по двум, хотя по праву и относится к положительной динамике, но не может, считаться основанием для снятия больного с диспансерного учета и прекращения лечения. Только полное излечение, регистрируемое в течение 2-х лет, позволяет прекратить активное наблюдение. Если регистрируется лишь улучшение течения заболевания (например, урежение ангин), то в соответствии с принятой лечебной тактикой производят тонзиллэктомию. Удаление миндалин является радикальным методом лечения хронического тонзиллита. После тонзиллэктомии больной находится под наблюдением в течение 6 месяцев.

Тонзиллэктомия (полное удаление миндалин с прилежащей соединительной тканью — капсулой) может иметь следующие показания:

1) хронический тонзиллит простой и токсико-аллергической формы I степени при отсутствии эффекта от консервативного лечения;

2) хронический тонзиллит токсико-аллергической формы II степени;

3) хронический тонзиллит, осложненный паратонзиллитом;

4) тонзиллогенный сепсис.

Абсолютными противопоказаниями к тонзиллэктомии являются тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения II—III степени, почечная недостаточность с угрозой уремии, тяжелый сахарный диабет с опасностью развития комы, высокая степень гипертонии с возможным развитием сосудистых кризов, гемофилия (геморрагические диатезы) и другие заболевания крови и сосудистой системы (болезнь Верльгофа, болезнь Ослера и др.), сопровождающиеся кровотечением и не поддающиеся лечению, острые общие заболевания, обострения общих хронических заболеваний.

Временно противопоказано удаление миндалин при наличии кариозных зубов, воспаления десен, гнойничковых заболеваний, во время менструации, в последние недели беременности.

При хирургическом лечении хронического тонзиллита подготовка больного к операции проводится в основном в амбулаторных условиях. Она включает лабораторные исследования (общий анализ крови, в том числе определение количества тромбоцитов, время свертываемости крови и время кровотечения, анализ мочи), измерение артериального давления, ЭКГ, осмотр стоматологом, терапевтическое обследование, при выявлении патологии — осмотр соответствующим специалистом.

В подавляющем большинстве случаев тонзиллэктомия выполняется под местным обезболиванием в сидячем положении. При необходимости ее делают под ингаляционным интубационным наркозом.

Тонзиллэктомию начинают с проникновения узким распатором за капсулу миндалины. Далее элеватором отсепаровывают на всем протяжении переднюю дужку и верхний полюс миндалины, затем элеватором отсепаровывают заднюю дужку. С помощью зажима миндалину отводят медиально и отсепаровывают большой острой ложкой до нижнего полюса. Нижний полюс отсекают петлей. На кровоточащие сосуды накладывают зажимы, а затем кетгутовые лигатуры. По окончании операции добиваются полного гемостаза, с этой целью ниши обрабатывают гемостатической пастой. Больного отправляют на сидячей каталке в палату и укладывают в постель, обычно на правый бок. На шею кладут пузырь со льдом, который через 1-2 минуты переменно смещается то на одну, то на другую сторону шеи. В первый день после операции больной не ест, при сильной жажде разрешается сделать несколько глотков воды. Постельный режим продолжается 1-2 суток.

Профилактика хронического тонзиллита осуществляется в двух аспектах – индивидуальном и общественном. Индивидуальная профилактика состоит в укреплении организма, повышении его устойчивости к инфекционным воздействиям и неблагоприятным условиям внешней среды, прежде всего, к холоду.

Общественная профилактика является проблемой гигиенической и направлена на борьбу с микробной и иной засоренностью окружающей среды, включая также борьбу за оздоровление труда и быта.