**1. Классификация хронического тонзиллита**

**Классификация хронического тонзиллита (по Б.С. Преображенскому – В.Т. Пальчуну)**

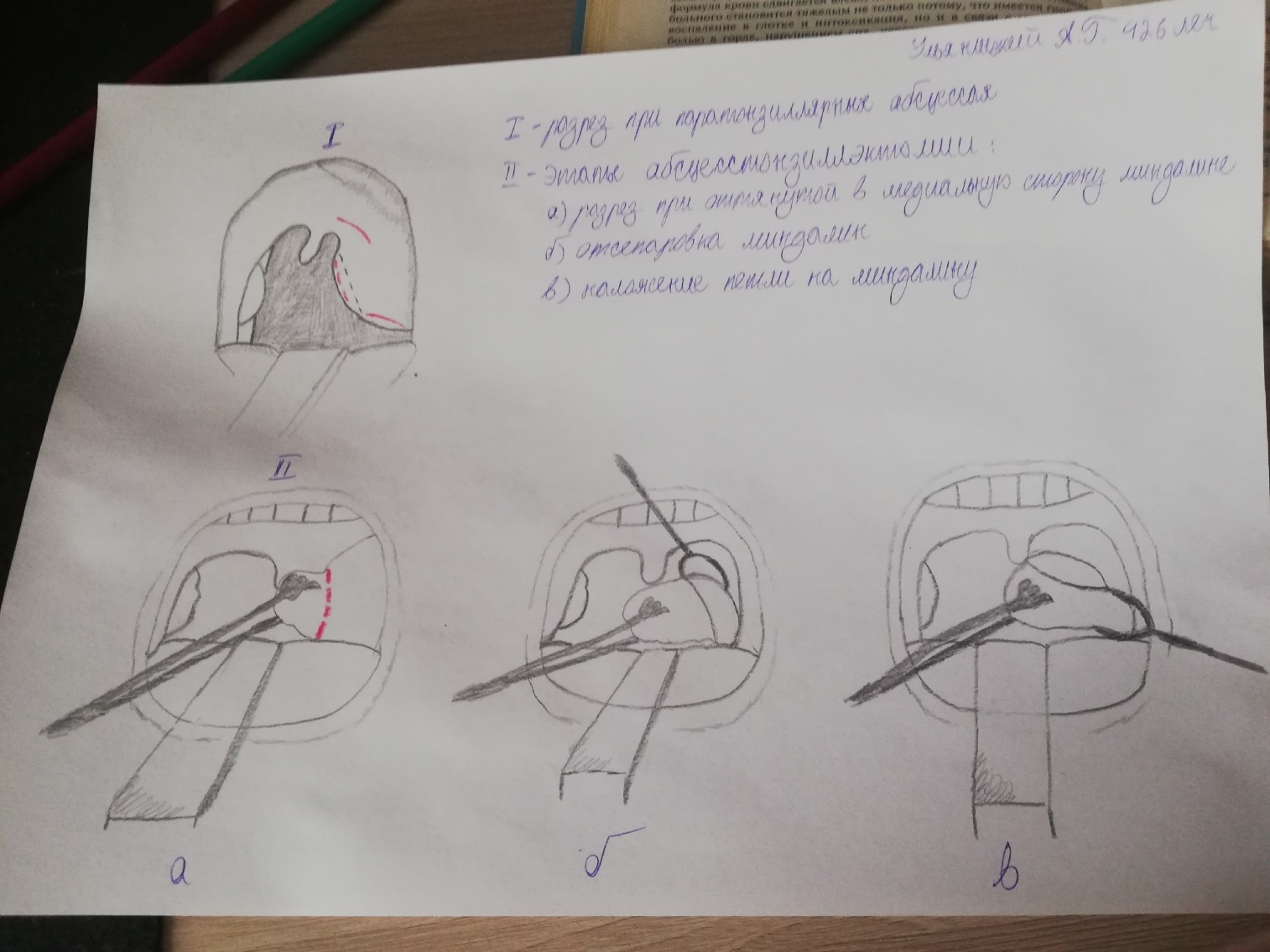
**Хронический тонзиллит**

|  |  |
| --- | --- |
| **Простая форма**  Сопутствующие заболевания  Простая форма характеризуется местными признаками и у 96% больных – ангинами в анамнезе  Местные признаки   1. Жидкий гной или казеозно-гнойные пробки в лакунах; подэпителиально 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. | **Токсико-аллергическая форма**  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 (переодическая) 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 первой степени с более выраженным 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, нарушение сердечного ритма 4. Субфебрильная температура (длительная) 5. Функциональные нарушения острого или хронического характера почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем, регистрируемые клинически и с помощью функциональных лабораторных исследований.   *Сопряженные заболевания*  Сопряженные заболевания имеют единые с хроническим тонзиллитом этиологические и патогенетические факторы   * Местные (паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, фарингит) * Общие (острый и хронический тонзиллогенный сепсис; ревматизм, инфектартрит, приобретенные заболевания сердца, мочевыделительной системы, суставов и других органов, и систем инфекционно-аллергического природы |

**2. Дифференциальная диагностика ангин с дифтерией**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Клинические признаки** | **Лакунарная ангина** | | **Дифтерия зева** |
| Общее состояние | Средней тяжести | | Тяжелое (при распространенной форме), с тенденцией к ухудшению. Больной апатичен, вял, землистый оттенок кожных покровов |
| Температура | 39–40° | | От субфебрильной до 38–38,6°, постоянная |
| Пульс | Соответствует температуре (подъем на 1 градус – учащение пульса на 10 ударов) | | В начале брадикардия, затем тахикардия. Пульс аритмичный, слабого наполнения |
| Жалобы | На сильную боль при глотании | | Боль при глотании умеренная |
| Фарингоскопическая картина: | | | |
| Состояние миндалин | Двусторонняя умеренная | Резкое припухание небных миндалин, отек, включая инфильтрация миндалин дужки, мягкое небо, язычок. Процесс может быть од односторонним. | |
| Налеты | Распространены в пределах миндалин, поверхностные, легко снимаются | | Выхолят за пределы миндалин, распространяются на дужки, мягкое небо, боковые и задние стенки глотки. Налеты глубокие, снимаются с трудом (в типичных случаях), оставляя эрозивную кровоточащую поверхность |
| Цвет налетов | Желтый | Серо-белый, грязно-серый | |
| Региональные лимфоузлы | Увеличены, отдельные, легко прощупываются, резко болезненные | | Значительное двустороннее припухание подчелюстных лимфоузлов с самого начала заболевания. Отек подкожной клетчатки шеи, сглаженность ее контуров |
| Бактериологическое исследование | Кокковая форма, отрицательное на наличие дифтерийных палочек | | Положительное (в большинстве случаев) на наличие дифтерийных палочек Лефлера |

Ангина и дифтерия начинаются примерно одинаково: появляются налеты на миндалинах (на гландах) в ротоглотке. Но дифтерия – несравнимо более опасное заболевание, протекающее с осложнениями и даже возможным смертельным исходом. Надо сказать, что через 1–2 дня при ангине обычно температура снижается и боль в горле стихает. А при дифтерии, наоборот, температура повышается до 40 градусов, нарастает слабость, общее состояние больного ухудшается.

**3. Паратонзиллярный абсцесс (клиника, диагностика, рисунок сделать по вскрытию абсцесса)**

I – разрез при паратонзиллярных абсцессах

II – этапы абсцесстонзиллэктомии:

а) разрез при оттянутой в медиальную сторону миндалине

б) отсепаровка миндалин

в) наложение петли на миндалину

**Паратонзиллярный** абсцесс – острое гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки. Основные симптомы заболевания – односторонние болевые ощущения «рвущего» характера, усиливающиеся при глотании, повышенное слюноотделение, тризм, резкий запах изо рта, интоксикационный синдром. Диагностика основывается на сборе анамнестических сведений и жалоб больного, результатах фарингоскопии, лабораторных и инструментальных методах исследования. В терапевтическую программу входит антибактериальная терапия, промывание ротовой полости антисептическими средствами, хирургическое опорожнение абсцесса, при необходимости – абсцесстонзиллэктомия.

**Общие сведения**

Термин «паратонзиллярный абсцесс» используется для обозначения финальной стадии воспаления – образования гнойной полости. Синонимические названия – «флегмонозная ангина» и «острый паратонзиллит». Заболевание считается одним из наиболее тяжелых гнойных поражений глотки. Более чем в 80% случаев патология возникает на фоне хронического тонзиллита. Чаще всего встречается у лиц в возрасте от 15 до 35 лет. Представители мужского и женского пола болеют с одинаковой частотой. Для данной патологии характерна сезонность – заболеваемость увеличивается в конце осени и в начале весны. В 10-15% паратонзиллит приобретает рецидивирующее течение, у 85-90% больных обострения наблюдаются чаще одного раза в год.

**Причины паратонзиллярного абсцесса**

Основная причина развития – проникновение патогенной микрофлоры в ткани, окружающие небные миндалины. Паратонзиллярный абсцесс редко диагностируется в качестве самостоятельного заболевания. Пусковыми факторами являются:

Бактериальные поражения глотки. Большинство абсцессов околоминдаликовых тканей возникает в виде осложнения острого тонзиллита или обострения хронической ангины, реже – острого фарингита.

Стоматологические патологии. У некоторых пациентов болезнь имеет одонтогенное происхождение – причиной становится кариес верхних моляров, периостит альвеолярных отростков, хронический гингивит и пр.

Травматические повреждения. В редких случаях формирование абсцесса в прилегающих к миндалине тканях происходит после инфицирования ран слизистой оболочки этой области.

В роли возбудителей обычно выступают Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, несколько реже – Escherichia coli, Haemophilus influenzae, различные пневмококки и клебсиеллы, грибы рода Candida. К факторам, увеличивающим риск развития патологии, относятся общее и местное переохлаждение, снижение общих защитных сил организма, аномалии развития миндалин и глотки, табакокурение.

**Патогенез**

Паратонзиллярный абсцесс в большинстве случаев осложняет течение одной из форм тонзиллита. Образованию гнойника верхней локализации способствует наличие более глубоких крипт в верхней части миндалины и существование желез Вебера, которые активно вовлекаются в процесс при хронической ангине. Частые обострения тонзиллита приводят к формированию рубцов в районе устьев крипт и небных дужек – происходит сращение с капсулой миндалины. В результате нарушается дренирование патологических масс, создаются условия для активного размножения микрофлоры и распространения инфекционного процесса внутрь клетчатки. При одонтогенном происхождении заболевания патогенная микрофлора проникает в околоминдаликовые ткани вместе с током лимфы. При этом поражение небных миндалин может отсутствовать. Травматический паратонзиллит является результатом нарушения целостности слизистой оболочки и проникновения инфекционных агентов из полости рта непосредственно вглубь тканей контактным путем.

**Классификация**

В зависимости от морфологических изменений в полости ротоглотки выделяют три основные формы паратонзиллярного абсцесса, которые также являются последовательными стадиями его развития:

* Отечная. Характеризуется отечностью околоминдаликовых тканей без выраженных признаков воспаления. Клинические симптомы зачастую отсутствуют. На этом этапе развития заболевание идентифицируется редко.
* Инфильтрационная. Проявляется гиперемией, местным повышением температуры и болевым синдромом. Постановка диагноза при этой форме происходит в 15-25% случаев.
* Абсцедирующая. Формируется на 4-7 день развития инфильтрационных изменений. На этой стадии наблюдается выраженная деформация зева за счет массивного флюктуирующего выпячивания.

С учетом локализации гнойной полости принято выделять следующие формы патологии:

* Передняя или передневерхняя. Характеризуется поражением тканей, расположенных над миндалиной, между ее капсулой и верхней частью небно-язычной (передней) дужки. Наиболее распространенный вариант болезни, встречается в 75% случаев.
* Задняя. При этом варианте абсцесс формируется между небно-глоточной (задней) дужкой и краем миндалины, реже – непосредственно в дужке. Распространенность – 10-15% от общего числа больных.
* Нижняя. В этом случае пораженная область ограничена нижним полюсом миндалины и латеральной стенкой глотки. Наблюдается у 5-7% пациентов.
* Наружная или боковая. Проявляется образованием абсцесса между боковым краем небной миндалины и стенкой глотки. Наиболее редкая (до 5%) и тяжелая форма патологии.

**Симптомы паратонзиллярного абсцесса**

Первый симптом поражения околоминдаликовой клетчатки – резкая односторонняя боль в горле при глотании. Только в 7-10% случаев отмечается двухстороннее поражение. Болевой синдром довольно быстро становится постоянным, резко усиливается даже при попытке глотнуть слюну, что является патогномоничным симптомом. Постепенно боль приобретает «рвущий» характер, возникает иррадиация в ухо и нижнюю челюсть. Одновременно развивается выраженный интоксикационный синдром – лихорадка до 38,0-38,5° C, общая слабость, ноющая головная боль, нарушение сна. Умеренно увеличиваются нижнечелюстные, передние и задние группы шейных лимфоузлов. Наблюдается стекание слюны с угла рта в результате рефлекторной гиперсаливации. У многих пациентов определяется гнилостный запах изо рта.

Дальнейшее прогрессирование приводит к ухудшению состояния больного и возникновению тонического спазма жевательной мускулатуры – тризму. Этот симптом является характерным для паратонзиллярного абсцесса. Наблюдаются изменения речи, гнусавость. При попытке проглатывания жидкая пища может попадать в полость носоглотки, гортань. Болевой синдром усиливается при повороте головы, вынуждая больного держать ее наклоненной в сторону поражения и поворачиваться всем телом. Большинство пациентов принимают полусидячее положение с наклоном головы вниз или лежа на больном боку.

У многих больных на 3-6 день происходит самопроизвольное вскрытие полости абсцесса. Клинически это проявляется внезапным улучшением общего состояния, снижением температуры тела, незначительным уменьшением выраженности тризма и появлением примеси гнойного содержимого в слюне. При затяжном или осложненном течении прорыв происходит на 14-18 день. При распространении гнойных масс в окологлоточное пространство вскрытие гнойника может не наступить вовсе, состояние больного продолжает прогрессивно ухудшаться.

**Осложнения**

К наиболее частым осложнениям относятся диффузная флегмона шеи и медиастинит. Они наблюдаются на фоне перфорации боковой стенки глотки и вовлечения в патологический процесс парафаренгиального пространства, откуда гнойные массы распространяются в средостение или к основанию черепа (редко). Реже встречается сепсис и тромбофлебит пещеристого синуса, возникающий при проникновении инфекции в мозговой кровоток через миндаликовые вены и крыловидное венозное сплетение. Аналогичным образом развиваются абсцессы головного мозга, менингит и энцефалит. Крайне опасное осложнение – аррозивное кровотечение вследствие гнойного расплавления кровеносных сосудов окологлоточного пространства.

**Диагностика**

Из-за наличия ярко выраженной патогномоничной клинической картины постановка предварительного диагноза не вызывает трудностей. Для подтверждения отоларингологу обычно достаточно данных анамнеза и результатов фарингоскопии. Полная диагностическая программа включает в себя:

**Сбор анамнеза и жалоб.** Зачастую абсцесс образуется на 3-5 день после излечения острой спонтанной ангины или купирования симптомов хронической формы болезни. Врач также акцентирует внимание на возможных травмах области ротоглотки, наличии очагов инфекции в ротовой полости.

**Общий осмотр.** Многие пациенты поступают в медицинское учреждение с вынужденным наклоном головы в больную сторону. Выявляется ограничение подвижности шеи, увеличение регионарных лимфатических узлов, гнилостный запах из ротовой полости и фебрильная температура тела.

**Фарингоскопия.** Наиболее информативный метод диагностики. Позволяет визуально определить наличие флюктуирующего шаровидного выпячивания околоминдаликовой клетчатки, покрытого гиперемированной слизистой оболочкой. Часто на его поверхности имеется небольшой участок желтоватого цвета – зона будущего прорыва гнойных масс. Образование может вызывать асимметрию зева – смещение язычка в здоровую сторону, оттеснение небной миндалины. Локализация гнойника зависит от клинической формы патологии.

**Лабораторные тесты.** В общем анализе крови отмечаются неспецифические воспалительные изменения – высокий нейтрофильный лейкоцитоз (15,0×109/л и более), увеличение СОЭ. Выполняется бактериальный посев для идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным средствам.

**Аппаратные методы визуализации.** УЗИ области шеи, КТ шеи, рентгенография мягких тканей головы и шеи назначаются с целью дифференциальной диагностики, исключения распространения патологического процесса в парафарингеальное пространство, средостение и т. д.

Патологию дифференцируют с дифтерией, скарлатиной, опухолевыми заболеваниями, аневризмой сонной артерии. В пользу дифтерии свидетельствует наличие грязно-серого налета на слизистых оболочках, отсутствие тризма и обнаружение палочек Леффлера по данным бак. посева. При скарлатине выявляются мелкоточечные кожные высыпания, в анамнезе присутствует контакт с больным человеком. Для онкологических поражений характерно сохранение нормальной температуры тела или незначительный субфебрилитет, отсутствие выраженного болевого синдрома, медленное развитие симптоматики. При наличии сосудистой аневризмы визуально и пальпаторно определяется пульсация, синхронизированная с ритмом сердца.

**Лечение паратонзиллярного абсцесса**

Основная цель лечения на стадии отека и инфильтрации – уменьшение воспалительных изменений, при образовании абсцесса – дренирование полости и санация очага инфекции. Из-за высокого риска развития осложнений все терапевтические мероприятия осуществляются только в условиях стационара. В план лечения входит:

**Медикаментозная терапия.** Всем пациентам назначают антибиотики. Препаратами выбора являются цефалоспорины II-III поколения, аминопенициллины, линкозамиды. После получения ре зультатов бактериального посева схему лечения корректируют с учетом чувствительности возбудителя. В качестве симптоматической терапии применяют жаропонижающие, обезболивающие и противовоспалительные препараты, иногда проводят инфузионную терапию. Для полоскания ротовой полости используют растворы антисептиков.

**Оперативные вмешательства.** При наличии сформировавшегося гнойника в обязательном порядке выполняют вскрытие паратонзиллярного абсцесса и дренирование полости под регионарной анестезией. При рецидивирующем течении хронической ангины, повторных паратонзиллитах или неэффективности предыдущей терапии осуществляют абсцесстонзиллэктомию – опорожнение гнойника одновременно с удалением пораженной небной миндалины.

**Прогноз и профилактика**

Прогноз при паратонзиллярном абсцессе зависит от своевременности начала лечения и эффективности проводимой антибиотикотерапии. При адекватной терапии исход заболевания благоприятный – полное выздоровление наступает спустя 2-3 недели. При возникновении внутригрудных или внутричерепных осложнений прогноз сомнительный. Профилактика заключается в своевременной санации гнойных очагов: рациональном лечении ангины, кариозных зубов, хронического гингивита, воспаления аденоидных вегетаций и других патологий, прохождении полноценного курса антибактериальной терапии.

**4. Ангиофиброма носоглотки**

**Юношеская (ювенильная) ангиофиброма носоглотки** - доброкачественная опухоль, которая растет во внутренней полости носа; встречается почти исключительно у мальчиков в период полового созревания. Ее основу составляют соединительная ткань (фиброма) и сосудистая ткань различной зрелости (ангиома).

Ювенильная ангиофиброма относится к одной из наиболее часто встречаемых опухолей носоглотки у подростков: 1 на 50 – 60 тысяч ЛОР-пациентов или 0,5% всех опухолей головы и шеи.

Ангиофиброма, формально являясь доброкачественным новообразованием, имеет черты злокачественных опухолей в силу локализации, склонности к рецидивам и прорастанию в граничащие с носоглоткой и полостью носа структуры (крылонебная ямка, передняя и средняя черепные ямки, орбита).

Интракраниальный (внутричерепной) рост наблюдается в 10-20% случаев. Наиболее опасным и прогностически неблагоприятным является распространение опухоли вокруг перекреста зрительных нервов и гипофиза, что делает ее неоперабельной.

**Типы ангиофибром в зависимости от источника роста опухоли:**

1. Сфеноэтмоидальный (начинает расти из клиновидной кости, решетчатой кости, глоточно-основной фасции).
2. Базальный (свод носоглотки) – встречается наиболее часто.
3. Птеригомаксиллярный (крыловидный отросток клиновидной кости).

**Классификация ювенильной ангиофибромы (Fisch, 1983; Andrews, 1989)**

Данная классификация используется практически всеми современными авторами, публикующими статьи по данной проблеме.

* I стадия – опухоль ограничена полостью носа;
* II стадия – распространение в крылонебную ямку или верхнечелюстную, решетчатую, или клиновидную пазухи;
* IIIa стадия – распространение в орбиту или подвисочную ямку без интракраниального (внутричерепного) роста;
* IIIb – стадия IIIa с экстрадуральным (без вовлечения твердой мозговой оболочки) распространением;
* IVa стадия – интрадуральное распространение без вовлечения кавернозного синуса, гипофиза или зрительного перекреста;
* IVb стадия – вовлечение кавернозного синуса, гипофиза или зрительного перекреста.

**Симптомы и протекание ювенильной ангиофибромы носоглотки**

Наиболее ранние и распространены следующие признаки:

* повторяющиеся носовые кровотечения;
* односторонняя заложенность носа;
* нарастающее затруднение носового дыхания;
* гипосмия и аносмия (снижение и исчезновение обоняния);
* гнусавость;
* снижение слуха на одно (чаще) или оба уха;
* нарастающие головные боли;
* деформация лицевого скелета (на поздних стадиях приводит к смещению окружающих тканей).

В зависимости от направления роста ангиофибромы могут возникнуть:

* асимметрия лица;
* деформация мягких и костных тканей, окружающих опухоль;
* нарушение кровоснабжения головного мозга;
* сдавление нервных окончаний;
* расстройство функции зрения (снижение остроты зрения, экзофтальм (смещение глазного яблока вперед (выпученные глаза), иногда со смещением в сторону), ограничение подвижности глазных яблок, двоение в глазах (диплопия) и др.).

При агрессивном росте опухоли, она может прорасти в полость черепа, что может стать причиной летального исхода.

**Диагностика ювенильной ангиофибромы носоглотки:**

1. Сбор жалоб и анамнеза.
2. Риноскопия.
3. Эндоскопия полости носа и носоглотки.
4. Рентгенография
5. КТ, МРТ.
6. Билатеральная каротидная ангиография.
7. Биопсия. Цитологический тест биоптата необходим для уточнения диагноза и вида опухоли.
8. Осмотр офтальмологом, невропатологом, нейрохирургом и онкологом.

Анализ на биопсию тканей стараются проводить только в стационаре (в операционном блоке), потому что после взятия биопсии может возникнуть кровотечение из сосудов носа.

**Дифференциальная диагностика ювенильной ангиофибромы носоглотки с такими заболеваниями, как:**

* аденоиды у детей;
* опухоль мозга;
* хоанальные полипы;
* саркома;
* папиллома.

**Лечение ангиофибромы носоглотки**

Лечение только хирургическое! Для уменьшения травматичности удаление ангиофибромы производят с применением эндоскопических методов. Заболевание может прогрессировать в течение нескольких лет, но в некоторых случаях проявляет себя как злокачественное новообразование, то есть отличается быстрым ростом. Поэтому при подозрении на ангиофиброму носоглотки и установленном диагнозе хирургическую операцию проводят как можно раньше.

**Виды операций:**

* операция с применением доступов к опухоли через естественные пути (через нос или рот);
* операция с применением щадящего доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением разреза под губой) - операция по Денкеру;
* операция с применением расширенного доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением лицевого разреза) – операция по Муру, по Веберу-Фергюссону;
* операция с применением доступа через небо - операция по Оуэнсу.

Во время операции обычно наблюдается сильное кровотечение, ввиду чего необходимо массивное переливание крови. Для снижения кровопотери перед удалением опухоли часто производят перевязку наружной сонной артерии.

**В послеоперационном периоде ЛОР-врач прописывает:**

* антибиотики (защита от возможного инфицирования);
* переливание растворов, восполняющих кровопотерю;
* медикаменты, способствующие свертываемости крови.

Зачастую специалисты рекомендуют курс лучевой терапии, чтобы минимизировать риск повторов заболевания.

Ювенильная ангиофиброма носоглотки не предполагает профилактических мер – предупредить образование опухоли нельзя. Однако, чтобы не запускать течение начавшейся болезни, следует безотлагательно обратиться к ЛОР-врачу при первых же характерных проявлениях.

**Прогноз при ювенильной ангиофиброме носоглотки**

Прогноз болезни, как правило, благоприятный. Своевременная хирургическая операция в сочетании с лучевой терапией, приводят к полноценному излечению онкобольного.

В редких случаях негативный результат противоопухолевого лечения наблюдается в форме рецидива или малигнизации (озлокачествления) новообразования. Поэтому прооперированным пациентам рекомендуется проходить ежегодные осмотры у отоларинголога.