**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО**

Зав. кафедрой: к.м.н. Профессор Вахрушев С.Г.

Преподаватель: к.м.н. Доцент Петрова М.А.

Реферат

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ (Паратонзиллярный абсцесс, хронический тонзиллит)**

Выполнила: Ординатор 2 ого года Цыбденова Г.Б..

Красноярск 2023

**Содержание**

[Паратонзиллярный абсцесс 3](#_Toc134955644)

[Классификация 3](#_Toc134955645)

[Этиология 3](#_Toc134955646)

[Патогенез 4](#_Toc134955647)

[Клиника 4](#_Toc134955648)

[Лечение 5](#_Toc134955649)

[Немедикаментозное лечение 5](#_Toc134955650)

[Медикаментозное лечение 6](#_Toc134955651)

[Хирургическое лечение 6](#_Toc134955652)

[Хронический тонзиллит 8](#_Toc134955653)

[Классификация 8](#_Toc134955654)

[Этиология 8](#_Toc134955655)

[Патогенез 9](#_Toc134955656)

[Симптомы 10](#_Toc134955657)

[Диагностика 10](#_Toc134955658)

[Лечение 11](#_Toc134955659)

[Неоперативное лечение 11](#_Toc134955660)

[Немедикаментозное 12](#_Toc134955661)

[Медикаментозное 12](#_Toc134955662)

[Хирургическое лечение 12](#_Toc134955663)

[Показания к тонзиллэктомии 13](#_Toc134955664)

[Противопоказания к тонзиллэктомии 13](#_Toc134955665)

[Операция 15](#_Toc134955666)

[Тонзиллярные осложнения 18](#_Toc134955667)

[Паратонзиллит 19](#_Toc134955668)

[Классификация 19](#_Toc134955669)

[Этиология 19](#_Toc134955670)

[Патогенез. 19](#_Toc134955671)

[Клиника 20](#_Toc134955672)

[Диагностика 20](#_Toc134955673)

[Лечение 21](#_Toc134955674)

[Немедикаментозное: 21](#_Toc134955675)

[Медикаментозное: 21](#_Toc134955676)

[Хирургическое 22](#_Toc134955677)

[Сопутствующие заболевания 23](#_Toc134955678)

[Ретрофарингеальный абсцесс 24](#_Toc134955679)

[Клиника 25](#_Toc134955680)

[Заключение 27](#_Toc134955681)

[Использованная литература 28](#_Toc134955682)

# Паратонзиллярный абсцесс

Паратонзиллярный абсцесс (окологлоточный абсцесс) – нагноение клетчатки парафарингеального пространства (В.Т. Пальчун и соавт. Оториноларингология. М. «Медицина».2002.С 230).

# **Классификация**

Различают клинико-морфологические формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную и абсцедирующую. Каждая из этих форм может существовать отдельно, либо быть лишь стадией, фазой, которая затем переходит в другую. В зависимости от места образования и расположения паратонзиллит может быть передневерхним (передним), задним, нижним и боковым (наружным).

# Этиология

Заболевание возникает в результате проникновения в паратонзиллярное пространство вирулентной инфекции при наличии благоприятных условий для распространения и развития. В качестве возбудителя чаще всего выступают стрептококки группы A (Streptococcus pyogenes), при этом возможно участие непатогенных и условно-патогенных штаммов. Примерно так же часто возбудителем инфекции выступают стафилококки (Staphylococcus aureus), несколько реже Escherichia colli, Haemophilus Influenzae, Klebsiella, дрожжевые грибы рода Candida. В последние годы была показана важная роль в развитии паратонзиллита анаэробной инфекции, причем именно в группе тех больных, у которых были выделены возбудители обладающие анаэробными свойствами: Prеvotella, Porphyro, Fusobacterium, Peptostreptococcus spp. - отмечалось наиболее тяжелое клиническое течение заболевания. Наиболее часто высеваемые из полости абсцесса микроорганизмы (Streptococcus viridans и Klebsiella pneumoniae) были обнаружены в трети случаев. У больных, течение заболевания которых было осложнено сахарным диабетом, более чем в половине случаев обнаруживалась Klebsiella pneumoniae. На современном этапе в двух третях всех случаев абсцессов обнаруживались штаммы β- лактамазопродуцирующих микроорганизмов.

# Патогенез

В большинстве случаев паратонзиллит развивается как осложнение ангины, несколько реже - как очередное обострение хронического тонзиллита. Наиболее частым местом проникновения инфекции из миндалины в паратонзиллярное пространство выступает верхний полюс миндалины. Это связано с тем, что в области верхнего полюса вне капсулы миндалины расположены слизистые железы Вебера, которые вовлекаются в воспаление при хроническом тонзиллите. Отсюда инфекция может распространиться непосредственно в паратонзиллярную область, которая в области верхнего полюса содержит рыхлой клетчатки больше, чем в других отделах. Иногда в паратонзиллярном пространстве в толще мягкого нёба располагается добавочная долька; если она оставлена при тонзиллэктомии, то оказывается замурованной рубцами, что создает условия для развития здесь абсцессов. Возможен также одонтогенный путь развития паратонзиллита, связанный с кариозным процессом преимущественно задних зубов нижней челюсти (вторые моляры, кубы мудрости), периоститом альвеолярного отростка. При этом инфекция распространяется по лимфатическим сосудам непосредственно на паратонзиллярную клетчатку, минуя нёбные миндалины

# Клиника

В большинстве случаев процесс односторонний; двусторонний паратонзиллит, но данным различных авторов, бывает в 1-10% случаев. Тонзиллогенный паратонзиллит развивается обычно через несколько дней после закончившейся ангины или очередного обострения хронического тонзиллита. Заболевание начинается с появления резкой, чаще односторонней боли в горле при глотании, которая в дальнейшем становится постоянной и усиливается при попытке проглотить слюну. Возможна иррадиация боли в ухо, зубы соответствующей стороны. Состояние больного обычно тяжёлое и непрерывно ухудшается: появляются головная боль, разбитость, слабость; температура тата повышается до фебрильных цифр. Отмечается дурной запах изо рта. Возникает выраженный в различной степени тризм тонический спазм жевательной мускулатуры. Появление тризма, по мнению большинства авторов, свидетельствует о формировании паратонзиллярного абсцесса. На поражённой стороне значительно припухают и становятся резко болезненными при пальпации регионарные лимфатические узлы. Из-за вовлечения в воспалительный процесс мышц шеи и шейных лимфатических узлов движения гало вы и шеи становятся болезненными; нередко больной предпочитает держать голову наклонённой в поражённую сторону. При глотании жидкая пища частично попадает в носоглотку, нос и гортань. Речь становится невнятной и гнусавой.

Температурная реакция обычно бывает выраженной, особенно в первые дни и в период абсцедирования. В отдельных случаях, особенно при рецидивирующем паратонзиллите, температура субфебрильная. После вскрытия абсцесса, которое может наступить самостоятельно обычно на 3-6-й день от начала заболевания, состояние больного резко улучшается, снижается температура. При затяжном течении прорыв гноя может наступить на 2-3-й нед. При глубоком расположении абсцесса спонтанного его вскрытия часто не происходит, возможно распространение нагноения в окологлоточное пространство.

# Лечение

Показания к госпитализации: больные при наличии признаков абсцедирования подлежат стационарному лечению. Если в начальных стадиях паратонзиллита, когда есть отёк и инфильтрация тканей, оправдано консервативное лечение, то при наличии признаков абсцедирования безусловно показано хирургическое вмешательство (вскрытие абсцесса или, при наличии показаний, выполнение абсцесс тонзиллэктомии).

Немедикаментозное лечение: возможно применение различных тепловых процедур, УВЧ-терапии в начале заболевания (в стадии отёка и инфильтрации), а также после достижения адекватного дренирования гнойного процесса (в стадии купирования воспалительных явлений). Однако на стадии абсцедирования тепловые процедуры не показаны. Применяют полоскания горла растворами дезинфицирующих средств, растворами ромашки, шалфея, раствором соли и т.д.

Медикаментозное лечение: выделенные возбудители проявляют наибольшую чувствительность к таким препаратам, как амоксициллин в сочетании с клавулановой кислотой, ампициллин в сочетании с сульбактамом, цефалоспорины II-III поколений (цефазолин, цефуроксмм), линкозамиды (клиндамицин); эффективно их сочетания с метронидазолом, особенно в тех случаях, когда предполагается участие анаэробной флоры. Одновременно проводят детоксикационную и притивовоспалительную терапию назначают жаропонижающие средства и анальгетики. С учетом выявленного у больных паратонзиллитом дефицита всех звеньев иммунного статуса показано применение препаратов, обладающих иммуномодулирующим эффектом (азоксимер, дезоксирибонуклеинат натрия).

Хирургическое лечение. При созревании абсцесса, обычно на 4-6-й день, не следует дожидаться его самостоятельного вскрытия и опорожнения. В таких случаях целесообразно вскрыть гнойник, тем более что самопроизвольно образовавшегося отверстия часто не вполне достаточно для быстрого и стойкого опорожнении абсцесса.

Вскрытие производят после местного обезболивания смазыванием или пульверизацией глотки 10% раствором лидокаина, иногда дополненным квфндьтрядоая тканей 1% раствором прокаина или 1-2% раствором лидокаина. Разрез делают на участке наибольшего выбухания. Если такого ориентира нет, то в месте, где обычно происходит самопроизвольное вскрытие

* в участке перекреста двух линий: горизонтальной, идущей по нижнему краю мягкого нёба здоровой стороны через основание язычка, и вертикальной, которая проходит вверх от нижнего конца передней дужки больной стороны.

В последние десятилетия всё более широкое признание и распространение и клиниках получила активная хирургическая тактика в лечении паратонзиллита - выполнение абсцесстонзиллэктомии. При обращении пациента с паратонзиллярным абсцессом или паратонзиллитом в стадии инфильтрации к вряч) операцию производят в первые сутки или даже часы ("горячий" период), либо в ближайшие 1-3 дня («теплый» период).

Следует отметить, что послеоперационный период при этом протекает менее тяжело и менее болезненно, чем после вскрытия абсцесса или выполнения операции в поздние сроки. Показания для выполнения абсцесстонзиллэктомии у больного с абсцедирующей или инфильтративной формами паратонзиллита следующие:

* рецидивирующие в течение ряда лет ангины, что свидетельствует о наличии у больного хронического тонзиллита: указание больного с паратонзиллитом на диагностированный у него ранее хронический тонзиллит;
* повторные пиратонзиллиты и анамнезе;
* неблагоприятная локализация абсцесса, например боковая, когда его не удается эффективно вскрыть и дренировать;
* отсутствие изменений состояния больного (тяжёлое или тяжесть нарастает) даже после вскрытия абсцесса и получения гноя;
* появление признаков осложнения паратонзиллита - сепсиса, парафарингита, флегмоны шеи, медиастинита.

Вопрос о том, несколько оправдано удаление при абсцесстонзиллэктомии второй миндалины, на противоположной абсцессу стороне, решается индивидуально. Однако проведённые в последние гады исследования свидетельствуют о значительных патологических изменениях в ткани интактной миндалины, аналогичных изменениям при выраженном (токсико-аллергическая форма II степени) хроническом воспалительном процессе. Это свидетельствует о целесообразности одномоментного удаления обеих миндалин.

# Хронический тонзиллит

Хронический тонзиллит - длительное воспаление глоточных и небных миндалин (от [лат.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) tonsillae — миндалевидные железы) развивается после перенесённой [ангины](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9_%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D1%82) и других инфекционных болезней, сопровождающихся воспалением слизистой оболочки зева ([скарлатина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0), [корь](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D1%8C), [дифтерия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%84%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F)), или без предшествующего острого заболевания (Овчинников А.Ю. и соавт. [Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания](http://www.rmj.ru/articles_1862.htm). Русский Медицинский Журнал. «РМЖ» 2011.)

Классификация в настоящее время все еще действует принятая на VII Всесоюзном съезде оториноларингологов (1975) классификация, предложенная на этом съезде И.Б. Солдатовым:

* Острые тонзиллиты.
	+ Первичные: катаральная, лакунарная. фолликулярная, язвенно- пленчатая ангины.
	+ Вторичные: при острых инфекционных заболеваниях - дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе;

при заболеваниях системы крови - инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.

* Хронические тонзиллиты.
	+ Неспецифические:

компенсированная форма; декомпенсированная форма.

* + Специфические: при инфекционных гранулемах - туберкулезе, сифилисе, склероме.

Этиология

Причина возникновения хронического тонзиллита - патологическое преобразование (развитие хронического воспаления) физиологического процесса формировании иммунитета в ткани нёбных миндалин, где имеющийся в норме ограниченный процесс воспаления стимулирует выработку антител.

Нёбные миндалины - часть иммунной системы, которая состоит из трех барьеров: лимфо-кровяного (костный мозг), лимфо-интерстициального (лимфатические узлы) и лимфо-эпителиального (лимфоидиые скопления, в том числе и миндалины, в слизистой оболочке различных органов: глотки, гортани, трахеи и бронхов, кишечника). Масса нёбных миндалин составляет незначительную часть (около 0,01) лимфоидного аппарата иммунной системы.

Патогенез очаговой инфекции в миндалинах рассматривают по трём направлениям: локализация очага, характер инфекции и воспаления и защитные механизмы. Одним из объяснений исключительной активности метастазирования инфекции из хронического тонзиллярного очага (по сравнению с другими локализациями очаговой инфекции) считают наличие широких лимфатических связей миндалин с основными органами жизнеобеспечения, в том числе с сердцем и с почками, что приводит к поражению данных систем. Важным звеном патогенеза хронического тонзиллита (тесно связанным с локализацией очага инфекции) считают своеобразные закономерности хронизации воспаления в тонзиллярном очаге с участием β-гемолитического стрептококка, отличающегося исключительной, не характерной для других микроорганизмов, агрессией в организме. Хроническое очаговое воспаление становится источником постоянного распространения в региональный и общий кровоток инфекционных, токсических и метаболических продуктов, что вызывает общую реакцию и превращает местный процесс в общую болезнь.

Следующей особенностью тонзиллярной очаговой инфекции считают свойства микрофлоры очага: среди всех микроорганизмов, встречающихся в миндалинах при хроническом тонзиллите и вегетирующих в криптах, только β-гемолитический и в какой-то мере зеленящий стрептококки способны формировать очаг агрессивный инфекции по отношению к отдалённым органам бета-гемолитический стрептококк и продукты его жизнедеятельности тропны к отдельным органам: сердцу, суставам, мозговым оболочкам и тесно

связаны со всей иммунологической системой организма. Другую микрофлору в криптах миндалин рассматривают как сопутствующую.

Говоря о патогенезе хронического тонзиллита, важно также отметить, что естественная роль нёбных миндалин в формировании иммунитета совершенно извращается, поскольку при хроническом воспалении в миндалинах происходит образование новых антигенов под влиянием патологических белковых комплексов (вирулентных микробов, эндо- и экзотоксинов, продуктов деструкции тканевых и микробных клеток и др.), что вызывает образование аутоантител против собственных тканей

# Симптомы

Одним из наиболее достоверных признаков заболевания считают наличие ангин в анамнезе. При этом у больного обязательно нужно выяснить, каким повышением температуры тела сопровождаются боли в горле и в течение какого периода времени. Ангины при хроническом тонзиллите могут быть ярко выражены (сильная боль в горле при глотании, значительная гиперемия слизистой оболочки глотки, с гнойными атрибутами на небных миндалинах соответственно формам, фебрильная температуря тела и др.), но у взрослых нередко такой классической симптоматики ангины не бывает. В таких случаях обострения хронического тонзиллита протекают без выраженной остроты всех симптомов: температура соответствует малым субфебрильным значениям (37,2-37,4 С), боль в горле при глотании незначительная, наблюдают умеренное ухудшение общего самочувствия. Длительность заболевания обычно составляет 3-4 дня.

# Диагностика

Физикальное обследование: диагноз хронического тонзиллита устанавливают на основании субъективных и объективных признаков заболевания. Токсико-аллергическая форма всегда сопровождается регионарным лимфиденитом - увеличением лимфатических узлов у углов нижней челюсти и впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Наряду с определением увеличении лимфатических узлов, необходимо отметить их болезненность при пальпации, наличие которой указывает на вовлечение их в токсико-аллергический процесс. Разумеется, что для клинической оценки необходимо исключить другие очаги инфекции в этом регионе (зубах, дёснах, охолоносовых пазухах и др.), Хроническая очаговая инфекция в миндалинах в силу свое локализации, лимфогенных и иных связей с органами и системами жизнеобеспечения, характера инфекции (бета-гемолитический стрептококк и др.) всегда оказывает токсико-аллергическое воздействие на весь организм и постоянно создаёт угрозу возникновения осложнений в виде местных и общих заболеваний. В связи сзтим для установления диагноза хронического тонзиллита необходимо выявить и оценить имеющиеся у больного общие сопряжённые заболевания.

Лабораторные исследования: необходимо сделать клинический анализ крови, мазок с поверхности миндалин на определение микрофлоры.

В дифференциальной диагностике нужно иметь в виду, что некоторые местные и общие признаки, характерные для хронического тонзиллита, могут быть вызваны другими очагами инфекции, например фарингитом, воспалением дёсен, кариесом зубов. При этих заболеваниях также можно наблюдать воспаление нёбных дужек и регионарный лимфаденит: процессы названной локализации могут быть этиологически связаны с ревматизмом, неспецифическим полиартритом и т.д.

# Лечение

Лечение хронического тонзиллита определяется стадией развития воспалительного процесса и подразделяется на три вида - неоперативное,

«полухирургическое» и хирургическое.

Неоперативное лечение применяется главным образом при неосложненных формах хронического тонзиллита. Оно, в первую очередь, заключается в ликвидации хронических эктратонзиллярных очагов инфекции, находящихся в полости рта (кариес зубов, пиорея, хронический гингивит, пародонтит и др.) и лишь затем в систематическом вымывании из крипт казеозных масс и гноя различными антисептическими растворами при помощи шприца и специальной миндаликовой канюли с изогнутым концом. В качестве промывной жидкости используют растворы фурацилииа, йодинола, гипертонического раствора натрия хлорида, цитраля и др. Эффективным средством при лакунарной форме хронического тонзиллита является 0,25-1% раствор карбамида пероксида - комплекс мочевины с перекисью водорода (1-

1. таблетки на стакан теплой воды) или раствором фугентина. Местное медикаментозное лечение дополняют физиотерапевтическим: УФО миндалин через специальный тубус, УВЧ-терапия на область регионарных лимфатических узлов, УЗ- и лазеротерапия. Плазмаферез применяют также при ревматоидном артрите - одном из наиболее частых метатонзиллярных осложнений.

Немедикаментозное: назначают сантиметровую волновую терапию аппаратами "Луч-2", "Луч-3" или ультразвуковое воздействие с помощью аппарата «ЛОР-1А», «ЛОГ3», «УЭТ-13-01-Л». Отдельным курсом проводят ультрафиолетовое облучение миндалин. Одновременно на регионарные лимфатические узлы назначают 10 сеансов УВЧ.

Медикаментозное: при простой форме заболевания проводят консервативное лечение и течение 1-2 лет 10-дневными курсами. В тех случаях, когда по оценке местных симптомов эффективность недостаточная или возникло обострение (ангина), может быть принято решение о повторном курсе лечения. Однако отсутствие убедительных признаков улучшения и тем более возникновение повторных ангин считают показанием к удалению нёбных миндалин. При благоприятных результатах курсы консервативной терапии проводятся 2-3 раза в год. Положительные результаты консервативного лечения хронического тонзиллита имеют лишь временный оздоравливающий эффект; вылечить заболевание консервативными методами, как правило, не удается.

Хирургическое лечение (тонзиллэктомию) проводят при неэффективности консервативной терапии и при токсико-аллергической форме II степени хронического тонзиллита.

Показания к тонзиллэктомии (удалению миндалин) достаточно многочисленны, но не менее многочисленны и противопоказания к этому хирургическому вмешательству.

При определении показаний к тонзиллэктомии (удалению миндалин) основываются на следующих критериях:

* Анамнез: общее состояние, частота обострений хронического тонзиллита, степень обострения, наличие или отсутствие местных и общих осложнений, нарушения трудоспособности, связанные с заболеванием горла и др.
* Данные фарингоскопии: объективные признаки хронического тонзиллита, свидетельствующие о наличии выраженных органических изменений небных миндалин, а также данные осмотра других ЛОР-органов, регионарных лимфатических узлов.
* Данные обследования внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, системы крови, мочевыделительной системы, ревматоидных факторов и др., могущих свидетельствовать о наличии метатоизиллярных осложнений). Необходимо проведение обязательных для предоперационной подготовки лабораторных исследований для исключения специфических инфекционных заболеваний, противопоказаний со стороны свертывающей системы крови и др.

Показания к тонзилэктомии:

* повторяющаяся ангина с резкими повышениями температур;
* осложнения хронического тонзиллита со стороны некоторых внутренних органов;
* развитие заглоточных и паратонзиллярных абсцессов на фоне ангин;
* при постоянных очагах инфекции, когда консервативное лечение не приносит положительных результатов;

Противопоказания к тонзиллэктомии (удалению миндалин) делятся на абсолютные и относительные.

К абсолютным противопоказаниям относятся заболевания, отрицательно влияющие на систему свертывания крови и состояние сосудистой стенки (гемофилия, лейкемия, агранулоцитоз, злокачественное малокровие, цинга, болезнь Ослера). Тонзиллэктомия (удаление миндалин)

противопоказана при распространенном атеросклерозе, выраженной артериальной гипертензии, гиперазотемии, острой печеночной недостаточности, декомпеисированных состояниях сердечно-сосудистой системы, острой сердечно-легочной недостаточности, а также свежие случаи сифилиса и туберкулез в активной фазе, при выраженных нарушениях эндокринных функций (гипертиреоз, тимико-лимфатический статус, недостаточность инсулярной системы поджелудочной железы и функций коры надпочечников). Противопоказаниями к тонзиллэктомии (удаления миндалин) служат острые детские инфекции, грипп, аденовирусная инфекция, герпетические заболевания, ревматоидные состояния в стадии обострения.

К относительным противопоказаниям относятся такие состояния больного, которые в данный момент препятствуют проведению какого-либо планового хирургического вмешательства (в том числе и тонзиллэктомия (удаление миндалин)). К этим состояниям относятся снижение функции свертывающей системы крови, банальная (алиментарная) анемия, менструации, беременность на первых и последних 3 мес., некоторые органические заболевания нервной системы (но согласованию с неврологом), психастенические состояния и некоторые психические болезни (по согласованию с психотерапевтом и психиатром). При тонзиллогенном сепсисе возможно проведение тонзиллэктомии (удаления миндалин) на фоне массивной антибиотикотерапии и других методов лечения сепсиса. При обострении хронического тонзиллита (ремиттирующей ангине) проведение тонзиллэктомии (удаления миндалин) возможно лишь через 10-14 дней после исчезновения острых признаков заболевания. Относительным противопоказанием к тонзиллэктомии (удалению миндалин) является паратонзиллярный абсцесс в стадии инфильтрации, однако в последние годы получает распространение операция абсцесс-тонзиллэктомия, которая предотвращает возможность возникновения непредсказуемых осложнений метатонзиллярного абсцедирования (флегмоны глотки, шеи, медиастинит, сепсис и др.), сосудистые перитонзиллярные аномалии, субатрофические и атрофические процессы в верхних дыхательных путях,

При рассмотрении вопроса о тонзиллэктомии (удалению миндалин) у лиц голосовых профессий следует рассматривать несколько аспектов: облигатность оперативного вмешательства и три варианта ее исхода - улучшение голосовой функции, сохранение ее без изменений и ухудшение ее. Во всех случаях решение необходимо принимать совместно с фониатром при полной осведомленности пациента о возможных исходах данного оперативного вмешательства.

Удаление небных миндалин не рекомендуют проводить детям младше 3-4 лет. В некоторых случаях при массивной врожденной гипертрофии миндалин, причиняющих механические затруднения, выражающиеся в нарушении дыхания, глотания и фонации, возможна тонзиллотомия с сохранением части паренхимы небных миндалин.

Операция

Подготовка к тонзиллэктомии (удалению миндалин) предусматривает исследование состояния свертывающей системы крови (коагулограмма, время кровотечения, показатели гемограммы, в том числе количества тромбоцитов, и др.), наряду с проведением комплекса других лабораторных исследований, стандартных для любого хирургического вмешательства, представляющего собой определенный фактор риска в отношении возможного кровотечения и других вероятных осложнений. При отклонении этих показателей от нормальных лимитов, исследуют их причину и принимают меры к восстановлению их до нормального уровня. Тонзиллэктомия требует особых оперативных навыков, точности манипуляций, умения оперировать при повышенном глоточном рефлексе и нередко при обильном кровотечении. У каждого опытного хирурга существуют свой стиль оперирования и собственные приемы, выработанные в процессе практической работы. В техническом отношении тонзиллэктомия (удаление миндалин) состоит из нескольких этапов.

* 1. Через 5-7 мин после анестезии остроконечным скальпелем делают разрез на всю толщу слизистой оболочки (но не глубже!) между передней дужкой (по ее заднему краю) и небными миндалинами. Для этого миндалину захватывают зажимом с кремальерой или щипцами Брюнингса ближе к верхнему полюсу и оттягивают ее внутрь и кзади. Этим приемом складка слизистой оболочки, находящаяся между дужкой и миндалиной распрямляется и натягивается, что облегчает проведение разреза на заданную глубину. Разрез производят по этой складке от верхнего полюса миндалины до корня языка, стараясь не «соскочить» скальпелем на дужку, чтобы ее не поранить. При этом рассекается и треугольная складка слизистой оболочки, находящаяся у нижнего конца передней небной дужки. Если она не рассечена скальпелем, то для освобождения нижнего полюса ее рассекают ножницами перед отсечением миндалины петлей. После того, как произведен разрез слизистой оболочки вдоль передней дужки, аналогичное действие производят в отношении слизистой оболочки, находящейся у верхнего полюса миндалины с переходом на складку слизистой оболочки, лежащую между задним краем задней небной дужки и миндалиной; этот разрез ведут также до нижнего полюса миндалины.
	2. Следующим этапом является отделение миндалины от дужек. Для этого используют крючковидный конец ложки-распатора, который вводят в произведенный ранее разрез между передней дужкой и небными миндалинами, углубляют его и «мягкими» движениями вверх-вниз вдоль дужки, осторожно прижимаясь к миндалине, отделяют ее от передней дужки. 3.Наиболее важным этапом этой части оперативного вмешательства

является экстракапсулярное выделение верхнего полюса миндалины, поскольку все дальнейшее уже не представляет особых технических трудностей. При обычном строении небных миндалин выделение верхнего полюса осуществляется предварительной его отсепаровкой от свода ниши крючковидным распатором и последующим низведением его при помощи ложки-распатора. Определенные трудности с выделением верхнего полюса

возникают при наличии надминдаликовой ямки, в котором находится долька миндалины. В этом случае ложку распатора вводят высоко по боковой стенке глотки между небными дужками выпуклостью латерально, и загребающим движением медиально и вниз удаляют упомянутую выше дольку. Далее, фиксируя миндалину зажимами 1 или 2, слегка вытягивая ее медиально и вниз, высепаровывают из своей ниши при помощи ложки-распатора, постепенно продвигая ложку между ней и стенкой ниши и отодвигая ее в медиальном направлении. На этом этапе никакой спешки не требуется. Более того, при мешающем кровотечении высепаровку следует приостановить и просушить освободившуюся часть ниши сухим марлевым шариком, зажатым при помощи кремальеры зажимом Микулича. Во избежание аспирации марлевых или ватных шариков, отсеченной миндалины и др. все «свободные» объекты в полости рта и глотки необходимо надежно фиксировать зажимами с замками. Нельзя, например, отсекать петлей небные миндалины, фиксируя ее лишь усилием руки щипцами Брюнигса, которые не имеют замка. При необходимости кровоточащий сосуд клипируют зажимом Пеана или Кохера, при необходимости перевязывают его или подвергают диатермокоагуляции. Далее завершают выделение миндалины до самого низа, включая и нижний се полюс, так, чтобы она осталась фиксированной лишь на лоскуте слизистой оболочки. После этого для достижения гемостаза некоторые авторы рекомендуют отсепарованную (но еще не удаленную) небнуюминдалину вновь разместить тыльной поверхностью в ее нишу и прижать на 2-3 мин. Объяснение этому приему основано на предположении о том, что на поверхности удаленной миндалины (именно тыльной ее стороне, обращенной к нише) выделяются биологически активные вещества, которые повышают свертываемость крови и способствуют более быстрому тромбообразованию.

1. Завершающим этапом тонзиллэктомии (удаления миндалин) является отсечение миндалины при помощи петлевого тонзиллотома. Для этого в петлю тонзиллотома вставляется зажим с кремальерой, при помощи которого надежно захватывают свисающую на ножке небную миндалину. При потягивании ее зажимом петлю надевают на нее и продвигают до латеральной стенке глотки, при этом следят, чтобы петля не зажала часть миндалины, а охватывала только лоскут слизистой оболочки. Затем петлю медленно затягивают, пережимая и раздавливая находящиеся на ее пути сосуды, и финальным усилием миндалину отсекают и направляют на гистологическое исследование.
2. Далее производят гемостаз. Для этого крупный сухой ватный шарик, фиксированный зажимом Микулича, вставляют в нишу и прижимают его к ее стенкам на 3-5 мин, в течение которых, как правило, кровотечение из мелких артериол и капилляров прекращается. Некоторые авторы практикуют обработку ниш марлевым шариком с этиловым спиртом, мотивируя этот прием способностью спирта коагулировать мелкие сосуды.

# Тонзиллярные осложнения

Тонзиллярные осложнения. Различают общие и местные осложнения ангин. Среди общих осложнений на первом месте по частоте стоит ревматизм и поражения сердца (тонзиллокардиальный синдром). Нередки осложнения со стороны почек (тонзиллоренальный синдром), суставов, возможны поражения кроветворных органов, желудочно – кишечного тракта, развитие сепсиса. В основе возникновения и особенностей течения общих осложнений ангины и хронического тонзиллита лежит инфекционный агент – β – гемолитический стрептококк и сопутствующая микрофлора при их взаимодействии с макроогранизмом. Наиболее частым местным осложнением ангины является паратонзиллит. Из других метсных осложнений возможно развитие заглоточного (ретрофарингеального абсцесса), окологлоточного (парафарингеального) абсцесса, острого шейного лимфаденита, острого среднего отита, отека и стеноза гортани.

# Паратонзиллит

Паратонзиллит - тяжелое инфекционное заболевание всего организма с острыми воспалительно-гнойными проявлениями в околоминдаликовой клетчатке. Развивается как осложнение острой ангины или (чаще) хронического тонзиллита в фазе обострения (Драгомирецкий В.Д. Паратонзиллит. – Киев: Здоровье, 1982).

# **Классификация**

Различают клинико-морфологические формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную и абсцедирующую. В зависимости от места образования и расположения паратонзиллит может быть передневерхним (передним), задним, нижним и боковым (наружным).

# **Этиология**

Заболевание возникает в результате проникновения в паратонзиллярное пространство вирулентной инфекции при наличии благоприятных условий для распространения и развития. В качестве возбудителя чаще всего выступают стрептококки группы A (Streptococcus pyogenes), при этом возможно участие непатогенных и условно-патогенных штаммов. Примерно так же часто возбудителем инфекции выступают стафилококки (Staphylococcus aureus), несколько реже Escherichia colli, Haemophilus Influenzae, Klebsiella, дрожжевые грибы рода Candida. В последние годы была показана важная роль в развитии паратонзиллита анаэробной инфекции, причем именно в группе тех больных, у которых были выделены возбудители обладающие анаэробными свойствами: Prеvotella, Porphyro, Fusobacterium, Peptostreptococcus spp. - отмечалось наиболее тяжелое клиническое течение заболевания.

# Патогенез.

В большинстве случаев паратонзиллит развивается как осложнение ангины, несколько реже - как очередное обострение хронического тонзиллита. Наиболее частым местом проникновения инфекции из миндалины в паратонзиллярное пространство выступает верхний полюс миндалины. Это связано с тем, что в области верхнего полюса вне капсулы миндалины расположены слизистые железы Вебера, которые вовлекаются в воспаление при хроническом тонзиллите. Отсюда инфекция может распространиться непосредственно в паратонзиллярную область, которая в области верхнего полюса содержит рыхлой клетчатки больше, чем в других отделах. Иногда в паратонзиллярном пространстве в толще мягкого нёба располагается добавочная долька; если она оставлена при тонзиллэктомии, то оказывается замурованной рубцами, что создает условия для развития здесь абсцессов.

Возможен также одонтогенный путь развития паратонзиллита, связанный с кариозным процессом преимущественно задних зубов нижней челюсти (вторые моляры, кубы мудрости), периоститом альвеолярного отростка. При этом инфекция распространяется по лимфатическим сосудам непосредственно на паратонзиллярную клетчатку, минуя нёбные миндалины

# Клиника

В большинстве случаев процесс односторонний; двусторонний паратонзиллит, но данным различных авторов, бывает в 1-10% случаев. Тонзиллогенный паратонзиллит развивается обычно через несколько дней после закончившейся ангины или очередного обострения хронического тонзиллита. Заболевание начинается с появления резкой, чаще односторонней боли в горле при глотании, которая в дальнейшем становится постоянной и усиливается при попытке проглотить слюну. Возможна иррадиация боли в ухо, зубы соответствующей стороны. Состояние больного обычно тяжёлое и непрерывно ухудшается: появляются головная боль, разбитость, слабость; температура тата повышается до фебрильных цифр. Отмечается дурной запах изо рта. Возникает выраженный в различной степени тризм тонический спазм жевательной мускулатуры. Появление тризма, по мнению большинства авторов, свидетельствует о формировании паратонзиллярного абсцесса.

# Диагностика

При формировании абсцесса, обычно к 3-5-му дню, в месте наибольшего выпячивания намечается флуктуация и нередко происходит спонтанное вскрытие абсцесса, чаще через переднюю дужку или надминдаликовую ямку. Задний пара тонзиллит локализуется в клетчатке между задней нёбной дужкой и миндалиной: воспалительный процесс может распространиться на заднюю дужку и ткани бокового валика глотки. Возможно распространение коллатерального отёка на верхний отдел гортани, что может привести к её стенозу рубцеванию. Для нижнего паратонзиллита характерны менее выраженные фарингоскопические признаки отёк и инфильтрация нижнего отдела передней нёбной дужки. Обращает на себя внимание резкая болезненность при надавливании на участок языка, близкий к инфильтрированной дужке. При осмотре с помощью гортанного зеркала определится припухлость нижнего полюса миндалины; нередко гиперемия и инфильтрация распространяются на боковую поверхность корня языка, возможен коллатеральный отёк язычной поверхности надгортанника.

# Лечение

Показания к госпитализации: больные при наличии признаков абсцедирования подлежат стационарному лечению. Если в начальных стадиях паратонзиллита, когда есть отёк и инфильтрация тканей, оправдано консервативное лечение, то при наличии признаков абсцедирования безусловно показано хирургическое вмешательство (вскрытие абсцесса или, при наличии показаний, выполнение абсцесс тонзиллэктомии).

Немедикаментозное: возможно применение различных тепловых процедур, УВЧ-терапии в начале заболевания (в стадии отёка и инфильтрации), а также после достижения адекватного дренирования гнойного процесса (в стадии купирования воспалительных явлений). Однако на стадии абсцедирования тепловые процедуры не показаны. Применяют полоскания горла растворами дезинфицирующих средств, растворами ромашки, шалфея, раствором соли и т.д.

Медикаментозное: выделенные возбудители проявляют наибольшую чувствительность к таким препаратам, как амоксициллин в сочетании с клавулановой кислотой, ампициллин в сочетании с сульбактамом, цефалоспорины II-III поколений (цефазолин, цефуроксмм), линкозамиды (клиндамицин); эффективно их сочетания с метронидазолом, особенно в тех случаях, когда предполагается участие анаэробной флоры Одновременно проводят детоксикационную и притивовоспалительную терапию назначают жаропонижающие средства и анальгетики. С учетом выявленного у больных паратонзиллитом дефицита всех звеньев иммунного статуса показано

применение препаратов, обладающих иммуномодулирующим эффектом (азоксимер, дезоксирибонуклеинат натрия).

Хирургическое: при созревании абсцесса, обычно на 4-6-й день, не следует дожидаться его самостоятельного вскрытия и опорожнения. В таких случаях целесообразно вскрыть гнойник, тем более что самопроизвольно образовавшегося отверстия часто не вполне достаточно для быстрого и стойкого опорожнении абсцесса.

В последние десятилетия всё более широкое признание и распространение и клиниках получила активная хирургическая тактика в лечении паратонзиллита - выполнение абсцесстонзиллэктомии. При обращении пациента с паратонзиллярным абсцессом или паратонзиллитом в стадии инфильтрации к вряч) операцию производят в первые сутки или даже часы ("горячий" период), либо в ближайшие 1-3 дня («теплый» период). Следует отметить, что послеоперационный период при этом протекает менее тяжело и менее болезненно, чем после вскрытия абсцесса или выполнения операции в поздние сроки.

Показания для выполнения абсцесстонзиллэктомии у больного с абсцедирующей или инфильтративной формами паратонзиллита следующие:

* рецидивирующие в течение ряда лет ангины, что свидетельствует о наличии у больного хронического тонзиллита: указание больного с паратонзиллитом на диагностированный у него ранее хронический тонзиллит;
* повторные паратонзиллиты и анамнезе;
* неблагоприятная локализация абсцесса, например боковая, когда его не удается эффективно вскрыть и дренировать;
* отсутствие изменений состояния больного (тяжёлое или тяжесть нарастает) даже после вскрытия абсцесса и получения гноя;
* появление признаков осложнения паратонзиллита - сепсиса, парафарингита, флегмоны шеи, медиастинита.

# Сопутствующие заболевания

Окологлоточный абсцесс (abscessus parapharyngeus: синоним парафарингеальный абсцесс) — ограниченное гнойное воспаление клетчатки окологлоточного пространства. Развивается преимущественно у взрослых. (Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания, М., 1970. С. 164,).

Этиология. Возбудителями чаще являются стрептококки, представитель неклостридиальной анаэробной микрофлоры — веретенообразная палочка, кишечная палочка, золотистый стафилококк. В большинстве случаев О. а. является осложнением острого паратонзиллярного абсцесса реже — [мастоидита](http://www.curemed.ru/medarticle/articles/24283.htm). Может возникнуть в результате прорыва гноя из абсцесса самой небной миндалины в паратонзиллярное, а затем и окологлоточное пространство. Иногда О. а. развивается при травме глотки или после тонзилэктомии.. (Шустер М.А., Чумаков Ф.И. и Калина В.О. Неотложная помощь в оториноларингологии, М., 1989.)

Клиника. Характерна резкая односторонняя боль в горле, усиливающаяся при глотании, тризм жевательной мускулатуры - больной с трудом раскрывает рот. Голова наклонена в «больную» сторону. Инфильтрация и резкая болезненность при пальпации боковой поверхности шеи, увеличенные болезненные лимфоузлы на стороне поражения. Общее состояние тяжелое, высокая температура - до 40 °С. Велика опасность распространения гнойного процесса по ходу сосудисто-нервного пучка в средостение, возможны сосудистые нарушения - флебит, тромбофлебит яремной вены, кровотечение из эрозированных крупных сосудов. При фарингоскопии - отек и гиперемия боковой стенки глотки с распространением на мягкое небо, язычок; нёбная миндалина на стороне поражения выпирает кнаружи.

Лечение. При парафарингеальном абсцессе необходимо экстренное оперативное вмешательство, которое может осуществляться двумя подходами.

Наружный подход применяют при распространенном процессе. Производят разрез вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, затем углубляются послойно до парафарингеального пространства у угла нижней челюсти. Раскрытие гнойника должно быть широким, а при больших его размерах вскрытие производят с разных сторон для обеспечения полного дренирования. После вскрытия абсцесса и опорожнения полость промывают раствором антибиотиков и дренируют перчаточной резиной. Накладывают повязку. Перевязки делают дважды в сутки. В послеоперационном периоде назначают антибиотики, детоксикационную терапию, симптоматические средства.

Внутриротовой способ - вскрытие абсцесса через тонзиллярную нишу производят тупо в месте наибольшего выбухания щипцами Гартмана или мягким сосудистым зажимом. Следует иметь в виду возможность травмирования крупных сосудов, поэтому вмешательство требует большой осторожности. Необходимо также учитывать, что вскрытие через тонзиллярную нишу имеет ограниченные возможности дренирования и при большом гнойнике неприемлемо. В некоторых случаях наружный подход сочетают с наложением сквозной контрапертуры в области тонзиллярной ниши.

Одновременно назначают антибактериальную противовоспалительную терапию, симптоматические средства и др.

# Ретрофарингеальный абсцесс

Ретрофарингеальный абсцесс – гнойное воспаление лимфатических узлов и рыхлой клетчатки между фасцией глоточной мускулатуры и предпозвоночной пластинкой шейной фасции. Острый ретрофарингеальный воспалительный процесс обычно бывает связан с воспалением лимфатических узлов, залегающих в заглоточном пространстве. Это бывает у детей грудного возраста, на 2-м и, реже, на 3—4-ом году жизни как осложнение ангины, ринита или детских инфекционных заболеваний. Начиная с 4—5 лет заглоточные лимфатические узлы подвергаются обратному развитию, и с этого времени связанные с ними заглоточные процессы становятся редкостью.

# Клиника

Заболевание начинается с подъема температуры до субфебрильных или лихорадочных цифр. Затем присоединяются расстройства глотания и дыхания. Они проявляются различно в зависимости от локализации абсцесса, который может располагаться на уровне верхнего, среднего и нижнего отделов глотки. От этого зависит и симптоматика. Так, если абсцесс формируется на уровне верхнего отдела глотки, то из-за сужения носоглотки вначале выключается носовое дыхание. При осмотре зева заметно приближение гиперемированной задней стенки к мягкому нёбу. Ребенок начинает шумно дышать, стремится держать головку в запрокинутом положении. Сосание у грудных детей при этом расстраивается из-за затруднения носового дыхания. Увеличиваясь, абсцесс постепенно спускается книзу и становится виден более отчетливо, если приподнять нёбную занавеску носоглоточным зеркалом. В наличии флюктуации на задней стенке глотки можно убедиться путем пальпации. Абсцессы, развивающиеся на уровне ротоглотки и гортаноглотки, легко определяются при осмотре, поскольку выпячивание и приближение задней стенки глотки к дужкам и корню языка хорошо заметны. К этому времени уже отчетливо проявляется расстройство глотания и дыхания.

Доминирующим симптомом при заглоточных абсцессах является затрудненное дыхание с характерным хрипом. Наблюдаемое при этом у детей приспособительно-защитное запрокидывание головы назад настолько характерно, что позволяет ставить диагноз даже на расстоянии. Если в вертикальном положении ребенок дышит лучше, то при укладывании его дыхание резко ухудшается, что заставляет мать держать ребенка все время на руках. Низко расположенные абсцессы удается видеть лишь при значительном отдавливании языка книзу или при ощупывании стенок глотки пальцем. Затрудненное дыхание заставляет врача быть готовым к экстренной трахеотомии.

Заглоточные абсцессы у взрослых чаще всего связаны или с туберкулезным поражением шейных позвонков, или с травмой их. В таких случаях формированию абсцесса предшествуют боли в шейном отделе позвоночника при поворотах головы и при ее сотрясениях во время ходьбы. Увеличение гнойника происходит медленно, что позволяет использовать для диагностики все методы исследования вплоть до рентгенографии и томографии позвоночника.

Лечение острых заглоточных абсцессов у детей сводится к их вскрытию и опорожнению, обеспечению дыхания и быстрейшей ликвидации воспалительного процесса с помощью антибиотиков. При больших абсцессах у маленьких детей для предотвращения аспирации гноя целесообразно перед вскрытием хотя бы частично отсосать гной шприцем через толстую иглу. Разрез делают по средней линии тела, чтобы не повредить крупных сосудов. Во избежание быстрого вытекания и аспирации гноя он должен быть небольшим (лишь укол скальпеля), после чего голову ребенка следует быстро нагнуть вниз. Полного удаления гноя достигают повторным разведением краев разреза пинцетом с последующим немедленным поворотом головы вниз для облегчения выплевывания гноя. Разведение краев разреза делается повторно на протяжении 2—3 дней после разреза. У взрослых эвакуацию гноя легче осуществить повторными отсасываниями. Приходится прибегать и к разрезам, например, при скоплении густого гноя или формировании секвестра тела позвонка. Оперативное лечение дополняют назначением антибиотиков (пенициллин, стрептомицин).

# Заключение

Частота заболеваемости среди взрослого и детского населения составляет 78% и неуклонно растет. В связи с этим актуальность поиска новых методов лечения хронических заболеваний глотки не вызывает сомнения. (Т. С. Полякова, и соавт. Лекция №5. РГМУ, Москва. 2009.)

Заболевания глотки встречаются в клинической практике очень часто и могут быть диагностированы врачами любой специальности. Тонзиллярная патология является общемедицинской проблемой, представляющей интерес не только для оториноларингологов, но и для стоматологов, терапевтов, инфекционистов, педиатров, ревматологов и др. Социальная значимость ее определяется высоким уровнем заболеваемости ангиной и хроническим тонзиллитом, особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного возраста. Тонзиллиты могут вызывать тяжелые осложнения, способствовать возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, дающих наиболее высокую общую смертность.

# Использованная литература

1. Дергачев В.С. Съезд оториноларингологов РФ, 23-й: Материалы. 2020.С.359—364.
2. Пальчун В.Т., Полякова Т.С., Романова О.Н. Вестник оториноларингологии. 2019.С.4-7.
3. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии. Росринол 2018. 1., Thomson C., Blake P. N Z Med J 2018; 109:1027:9:298—299.
4. Овчинников А. Ю. и соавт. [Хронический тонзиллит и сопряженные с ним](http://www.rmj.ru/articles_1862.htm)и [заболевания](http://www.rmj.ru/articles_1862.htm) . Русский Медицинский Журнал. «РМЖ» 2011.
5. Драгомирецкий В.Д. Паратонзиллит. – Киев: Здоровье, 1982
6. Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания, М., 2018. С. 164.
7. О.Ф. Мельников. Журнал «Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектолгия». 2015. №1.
8. Международный симпозиум по тонзиллярной проблеме, Gent-Plzen, 2018