

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА  
ЛОП-болезней с курсом ПО

Рецензия < К.М.Н., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Малыхиной Дарьи Дмитриевны> по теме: <Острый и хронический фарингит, тонзиллит>.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность;	полож
2. Наличие орфографических ошибок;	полож
3. Соответствие текста реферата по его теме;	полож
4. Владение терминологией;	полож
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	полож
6. Логичность доказательной базы;	полож
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	полож
8. Круг использования известных научных источников;	полож
9. Умение сделать общий вывод.	полож

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

*рекомендую*

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

*[Подписи]*

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

## РЕФЕРАТ

Острый и хронический фарингит, тонзиллит

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Малыгина Д.Д.

Красноярск, 2019

Содержание

Актуальность .....	3
Терминология.....	4
Возбудители .....	5
Диагностика .....	5
Лечение.....	6
Хронический тонзиллит.....	7
Хронический фарингит .....	9
Список литературы.....	9

## **Актуальность**

Общепризнанным является факт значительной распространенности патологии глотки среди населения, чем объясняется неослабевающий интерес к вопросам диагностики и лечения заболеваний, обусловленных этой патологией. В последнее десятилетие отмечена активная междисциплинарная и международная интеграция в сфере медицинских знаний и клинической практики, что стало причиной взаимопроникновения терминов. В аспекте рассматриваемой проблемы это повлекло за собой изменение содержания некоторых из них. Смещение понятий, их подмена возникают и в других областях медицины, приводя к ошибкам в диагностике, получению неточных данных о распространенности нозологических форм, построению необоснованных алгоритмов лечения. Обсуждение старой проблемы с позиций новых научных знаний может послужить улучшению качества медицинского обеспечения пациентов и укреплению взаимодействия оториноларингологов, инфекционистов, врачей первичного звена — терапевтов, педиатров, врачей общей практики.

### **Терминология**

Острый тонзиллит представляет собой общее инфекционно-аллергическое заболевание, обязательным проявлением которого является поражение элементов лимфаденоидного глоточного кольца, чаще нёбных миндалин (*tonsillae palatinae*). Тем же термином обозначают острое воспаление язычной миндалины (*tonsilla lingualis*) и глоточной миндалины (*tonsilla pharyngealis*). В качестве синонимов острого тонзиллита глоточной миндалины используют термины «аденоидит», «острый аденоидит», «ретроназальная ангина». В отношении других элементов лимфаденоидной ткани — трубных миндалин «*tonsillae tubariae*», глоточных лимфоидных узелков (*noduli lymphoidei pharyngeales*), представляющих собой скопления лимфаденоидной ткани в области стенок глотки, — обозначать острое воспаление как «тонзиллит» не принято. Однако общность морфологии [4], клинических проявлений и этиологии острого воспаления лимфаденоидных образований независимо от их локализации указывает на единую нозологию — тонзиллит. Термин «острый фарингит» подразумевает заболевание, морфологический субстрат которого — воспаление слизистой оболочки глотки, вызванное вирусной, бактериальной или микотической инфекцией, а также механическими, термическими и химическими поражениями глотки и сопровождающееся болями, першением или дискомфортом в горле. Острый фарингит — частое проявление острых респираторных заболеваний, вирусных инфекций. Диагностику и лечение этой патологии чаще осуществляет врач первичного звена, не всегда владеющий навыками тонкой дифференцировки поражений лор-органов, чем можно объяснить употребление в клинической практике собирательного термина «тонзиллофарингит». Поскольку характер острой воспалительной реакции при поражении морфологически различающихся тканей различен, закономерно несходство местных и общих проявлений у пациентов с острым воспалением слизистой оболочки глотки — острым фарингитом, и острым поражением лимфаденоидной ткани — острым тонзиллитом. Диагностику острого фолликулярного тонзиллита (фолликулярной ангины) и острого лакунарного тонзиллита (лакунарной ангины) помогают данные мезофарингоскопии — обнаружение гнойно-воспалительных изменений фолликулов миндалин и гнойного или фибринозного экссудата в области их лакун. Состояние нёбных миндалин при остром катаральном тонзиллите характеризуется определениями «отечные, увеличенные», что свидетельствует об инфильтративных воспалительных изменениях не только слизистой оболочки, но и лимфаденоидной ткани. При остром тонзиллите в глотке ощущается «распухание», локализация боли — в глубине за углом нижней челюсти, болезненно любое глотательное движение. Для острого фарингита характерен симптом

«болезненного пустого глотка»: первый, «пустой», глоток слюны является более болезненным, чем последующие, а проглатывание жидкости или пищи уменьшает выраженность боли в горле. При остром фарингите нет увеличения и отечности миндалин. Поэтому термин «острый тонзиллофарингит», использование которого допустимо на этапе оказания первичной медицинской помощи, после осмотра специалистом-оториноларингологом должен уступить место конкретным нозологическим понятиям. Этот подход находится в полном соответствии с МКБ-10. Закономерен вопрос: почему в одних случаях поражается слизистая оболочка глотки и не повреждается ткань лимфаденоидных образований, в других возникает преимущественное повреждение миндалин и лимфаденоидных узелков, в-третьих наблюдают содружественное воспаление? Исследованиями последних лет доказано, что за счет содержащихся в секретах слизистой оболочки молекулярных факторов, в частности антибиотических пептидов, обеспечивается поддержание ее барьерной функции, или врожденный иммунитет. Отсутствие индуцибельной экспрессии соответствующих генов антибиотических пептидов в слизистой оболочке и лимфаденоидных элементах рассматривают в качестве фактора риска повышенной предрасположенности клеток (состояние местного иммунитета) и организма в целом (состояние общего иммунитета) к инфекционно-воспалительным заболеваниям. Различия в восприимчивости/ устойчивости клеток и организма к инфекционным агентам, особенности течения заболевания связывают с варьирующими уровнями экспрессии определенных генов, в том числе наследственно обусловленными, что в совокупности определяет характеристику бактериальной колонизации. Эти новые научные данные поясняют одну из причин выявляемых различий в микробиологическом спектре возбудителей неспецифического воспаления слизистой оболочки глотки и лимфаденоидного глоточного кольца.

### **Возбудители**

К возбудителям острого первичного тонзиллита относятся стрептококки (наибольшее значение имеет  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (БГСА), или *Streptococcus pyogenes*), коринеформные бактерии, энтеробактерии, гемофильная палочка, симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта; в меньшей степени — вирусы (аденовирусы, ротавирус, вирусы Коксаки, ЕСНО, Эпштейна — Барр, энтеровирусы), грибы [2]. Поражение миндалин при инфекционных заболеваниях (кори, дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе, инфекционном мононуклеозе) и заболеваниях крови (агранулоцитозе, лейкозах, алиментарно-токсической алейкии) относят к острым вторичным тонзиллитам. Причиной острого инфекционного фарингита чаще являются вирусы (гриппа, парагриппа, аденовирусы). Указывают и возбудителей, вызывающих острый тонзиллит, с чем, возможно, связано одновременное развитие обеих нозологических форм. Следует отметить, что применяемый на практике метод забора материала для исследования путем мазка со слизистой оболочки миндалин и задней стенки глотки [8] может привести к наслоению одного результата на другой и к неправильному определению возбудителя. Знание причины острого воспалительного заболевания глотки важно для правильной организации лечения и назначения этиотропной терапии.

### **Диагностика**

Выявлению БГСА способствуют методы экспресс-диагностики, количественное определение антистрептолизина-О (АСЛ-О) в плазме крови, выделение возбудителя на

культуральных средах. Выпускаемый в РФ «Стрептатест» прост в постановке и требует немного времени (5 минут), но, являясь тестом I поколения, при достаточной специфичности (до 90%) характеризуется невысокой чувствительностью (около 55%). Титр АСЛ-О повышается в конце первой недели стрептококковой инфекции, достигает наивысших значений через 3–6 недель и, при отсутствии реинфекции, снижается до нормы через 6–12 месяцев [2]. Результат культурального исследования, являющегося золотым стандартом диагностики, зависит от многих факторов, включая метод забора, особенности хранения и транспортировки материала, состав культуральных сред, проводимую больному антибактериальную терапию. Все это убеждает в первостепенной значимости методов клинической диагностики. Анализ построения широко обсуждаемых на страницах научной печати шкал идентификации БГСА у больного с острой болью в горле убедил, что большее число баллов в методах МакАйзека, Сентора, Уолша обусловлено характерной симптоматикой тонзиллита. Об этом явно свидетельствуют указания на «отечность или наличие экссудата в миндалинах», а также на «увеличение и болезненность шейных лимфатических узлов». Отсутствие этих признаков при наличии кашля свидетельствует в пользу фарингита. Следовательно, «шкальная» идентификации БГСА как возможной причины острой боли в горле может помочь дифференциации двух нозологических форм, но не должна так упрощать ее, чтобы, используя единый термин «стрептококковый фарингит», им стали обозначать «воспаление структур глотки, включая и небные миндалины». Возможно, отмечаемый в последние годы высокий показатель необоснованной антибиотикотерапии при острой боли в горле значительно сократится, если лечение будет строиться с учетом нозологического принципа, а не синдрома. Это обосновывает необходимость для врачей терапевтического звена, и в первую очередь врачей общей практики, перенимать навыки первичного лор-осмотра. Дифференциальной диагностике также помогает оценка результатов общего анализа крови (высокий нейтрофильный лейкоцитоз при бактериальном тонзиллите), общего анализа мочи (появление белка при тонзиллогенном воздействии на почки), посева на бациллу дифтерии слизи или налета с пораженной ткани глотки. При остром тонзиллите обязательна консультация терапевта (педиатра), при остром инфекционном заболевании — инфекциониста. Лечение больного острым первичным тонзиллитом организуют на дому под наблюдением врача первичного звена (терапевта, педиатра, врача общей практики) с обязательным освобождением больного от работы или учебы, ограничением его двигательной нагрузки. Тяжелое течение требует госпитализации в инфекционный стационар, развитие осложнений ангины: паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса, латерофарингеального (син.: парафарингеального) абсцесса, тонзиллогенного медиастинита — экстренной госпитализации в дежурный стационар. Пациента с подозрением на общее инфекционное заболевание госпитализируют в инфекционную больницу, организуя осмотр и консультацию оториноларинголога на месте. Лечение больного ангиной на фоне заболевания крови проводят с участием гематолога.

## **Лечение**

Медикаментозная терапия острого стрептококкового тонзиллита (ангины) предусматривает назначение антибиотиков. На амбулаторно-поликлиническом этапе препаратами первого ряда являются пенициллины: феноксиметилпенициллин, амоксициллин. Второй ряд составляют цефалоспорины I (цефалексин, цефадроксил) и цефалоспорины II (цефуроксима аксетил, цефаклор). Курс терапии — 10 дней. При непереносимости пенициллинов и перекрестной непереносимости цефалоспоринов, а также при ангине, вызванной атипичными возбудителями, назначают макролиды:

рокситромицин, кларитромицин, азитромицин, спирамицин, джозамицин — или линкозамиды: линкомицин, клиндамицин. При остром рецидивирующем тонзиллите, резистентности возбудителей к препаратам первого выбора, наличии атипичных штаммов показаны ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам), цефалоспорины II–III, макролиды. В стационаре предпочтителен парентеральный путь введения антибиотиков. Диагноз «острый фарингит», как правило, не предполагает госпитализации больного и антибактериальной терапии [1]. Этиотропное лечение — противовирусные препараты. Патогенетическая, симптоматическая, дезинтоксикационная терапия при обоих заболеваниях сходная, но при остром тонзиллите более активная. Местное лечение при остром тонзиллите, напротив, более щадящее, исключая спиртосодержащие и раздражающие вещества из-за опасности усиления воспалительной реакции.

### **Хронический тонзиллит**

Хронический тонзиллит, согласно широко распространенной научной концепции академика АМН СССР и РАМН И. Б. Солдатов (Лекции по оториноларингологии, 1990, 1994; Руководство по оториноларингологии, 1994, 1997), представляет собой «инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией», которое формируется в результате «длительного взаимодействия инфекционного агента и макроорганизма». Неблагоприятному воздействию «лакунарного содержимого на ткани миндалин, их перилакунарные нервные сплетения и расположенные в подэпителиальном слое лакун хеморецепторы» отводилась важная роль в реализации патологических тонзиллярных рефлексов и возникновении обусловленных хроническим тонзиллитом функциональных изменений со стороны различных органов и систем. Местными иммунобиологическими реакциями на присутствие в миндалинах патогенов и выработкой аутоантител на фоне сниженной общей реактивности организма объясняли как частую гиперергическую острую воспалительную патологию самих миндалин (рецидивы ангин), так и структурные изменения других органов в виде заболеваний, связанных с хроническим тонзиллитом. Современными гистоморфологическими исследованиями [3] доказано, что постоянная антигенная стимуляция лимфоэпителиальных образований глотки генетически предопределена для адекватного формирования иммунного ответа организма на протяжении всей жизни, но особенно активно — в периоды детского и молодого возраста. Поэтому гиперплазию глоточной миндалины в детском возрасте рассматривают сегодня как результат активного («реактивного») ее изменения в связи с «незрелостью» иммунной системы [5]. С возрастом закономерно происходят «уменьшение относительной площади фолликулярного лимфоидного компонента» и «увеличение относительной площади диффузного лимфоидного компонента» структурной единицы миндалины — криптолимфона. Это сопровождается «снижением протяженности зоны лимфоэпителиального симбиоза и увеличением протяженности гистотипического респираторного эпителия при сохранении локальных реактивных участков лимфоэпителиального симбиоза». Сходство гистологического строения лимфоэпителиальных образований глоточного кольца, типичность проявлений клинической картины острого воспаления позволяют предположить в них развитие тех же гистоморфологических процессов, но в иные возрастные периоды. В соответствии с этими новыми данными очевидна перспективность органосохраняющих методик лечения больных с хронической патологией лимфаденоидного аппарата глотки. Симптоматология

неспецифического хронического тонзиллита скудна и описывается по-разному: дискомфорт в горле в виде «неловкости», покалывания при глотании и разговоре, сухость, першение, легкая болезненность, иногда — неприятный запах изо рта, который объясняют наличием гнойно-казеозных пробок в лакунах нёбных миндалин. Чаще больной хроническим тонзиллитом предъявляет жалобы, обусловленные патологией других органов и систем, которая связана с хроническим тонзиллитом. Одним из наиболее достоверных признаков хронического тонзиллита считают повторяющиеся ангины: «чаще 2–3 раз в год, нередко 1 раз в несколько лет», — однако «у 3–4% больных ангин вовсе не бывает». Анамнестически без описания изменений в глотке поставить такой диагноз бывает сложно и даже невозможно, а сам пациент нередко называет «перенесенной ангиной» любую боль в горле, за которой может стоять и острый тонзиллит, и острый фарингит. Здесь особую значимость приобретает описание болезни в амбулаторной карте, заполняемой участковым врачом или врачом общей практики. Формирование хронической патологии глотки может происходить вне зависимости от манифестации или рецидивов острого заболевания. Это подтверждают наблюдения из практики, когда хронический тонзиллит и хронический фарингит диагностировали у людей, считавших себя практически здоровыми и отрицавших перенесенные ранее заболевания горла. Выявление хронического тонзиллита базируется на обнаружении изменений, характеризующих хронический неспецифический воспалительный процесс в нёбных миндалинах и окружающих их тканях.

Для постановки диагноза необходимо из приведенных ниже пяти местных признаков выявить как минимум два:

- гиперемия и валикообразное утолщение краев нёбных дужек;
- рубцовые спайки между миндалинами и дужками;
- разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины;
- казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин;
- регионарный лимфаденит — увеличение зачелюстных (в другой терминологии — верхних яремных) лимфатических узлов.

Диагноз «хронический тонзиллит» требует обязательного уточнения формы заболевания. Согласно классификации академика И. Б. Солдатова, диагноз «хронический тонзиллит, компенсированная форма» означает, что у больного могут быть, а могут и не быть неспецифические жалобы на ощущение дискомфорта в горле или неприятный запах изо рта, но более он ни на что не жалуется. Однако при осмотре выявляют не менее двух местных признаков хронического тонзиллита. Такому пациенту необходимо проведение курсов противорецидивного лечения каждые полгода — перед началом весенних и осенних похолоданий. Диагноз «хронический тонзиллит, декомпенсированная форма — рецидивы ангин» предполагает у больного, кроме местных признаков хронического тонзиллита, хотя бы один эпизод ангины в последние 2–3 года. Такому пациенту должны проводить курсы противорецидивного лечения до четырех раз в год в течение 2–3 лет. Только при повторяющихся ангинах или выявлении другого вида декомпенсации лечение считается неэффективным

Другие виды декомпенсации: длительная субфебрильная температура и тонзиллогенная интоксикация (другие причины должны быть исключены), паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс, тонзиллогенно обусловленные функциональные или органические изменения со стороны других органов и систем (после тщательного обследования больного совместно с другими специалистами) — должны быть также



представлены в диагнозе. Они считаются показаниями к органосохраняющему хирургическому лечению (с использованием ультразвукового, лазерного, радиоволнового, крио- воздействия) или двусторонней тонзиллэктомии.

### **Хронический фарингит**

Хронический фарингит — хроническое воспаление слизистой оболочки глотки. Классифицируется соответственно патоморфологическим изменениям на катаральный, гипертрофический и атрофический. Его клинические симптомы аналогичны описанным при хроническом тонзиллите, часто могут усиливаться после выполнения двусторонней тонзиллэктомии. Развитие хронического фарингита зависит от многих факторов: рецидивов острого фарингита, воздействия профессиональных и бытовых вредных факторов (пыли, раздражающих веществ, курения, особенностей пищевого режима), рецидивов острого и хронического воспаления полости носа и околоносовых пазух, сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, печени, ЖКТ, эндокринных нарушений, гиповитаминозов, процессов старения. Поэтому лечение хронического фарингита должно быть комплексным. Эффект местных противовоспалительных, антибактериальных, антисептических средств непродолжителен.

### **Список литературы**

1. А. А. Суздальцев, Юрченко Н. Г., Роганова И. В., Стребкова Е. А. и др. Диагностика и лечение наиболее распространенных инфекционных болезней: учебное пособие / Под ред. проф. А. А. Суздальцева. Изд. 2-е, перераб. и доп. Самара: изд-во СамГМУ, 2010. 58 с.
2. Бойко Н. В., Лодочкина О. Е., Шелудько Н. Г. Титр антистрептолизина-О у детей с хроническим тонзиллитом до и после тонзиллэктомии // Мат-лы III Петербургского форума оториноларингологов России. СПб: изд-во Рос. общ-ва оториноларингологов, 2014. С. 34–35.
3. Быкова В. П. Новые аргументы в поддержку органосохраняющего направления при лечении аденоидов у детей // Дет. оториноларингология. 2013. № 2. С. 18–22.
4. Быкова В. П., Иванченко Г. Ф., Короткова Т. В. Иммуномор - фологические аспекты патогенеза хронических фарингитов // Рос. ринология. 2014. № 1. С. 19–23.
5. Быкова В. П., Калинин Д. В. Состояние глоточной миндалины часто болеющих детей после иммуномодулирующей терапии // Рос. ринология. 2011. № 3. С. 4–10.
6. Вавилова В. П., Вайман О. А. Тактика ведения детей с сочетанной патологией лимфоглоточного кольца и аллергией // Дет. оториноларингология. 2011. № 1. С. 64–68.
7. Гаращенко М. В. Элиминационно-ирригационная терапия как этап сезонной профилактики гриппа и ОРВИ в организованных детских коллективах // Дет. оториноларингология. 2012. № 3. С. 51–53.
8. Гаращенко Т. И., Бойкова Н. Э. Острые стрептококковые тонзиллиты у детей и рациональная антибиотикотерапия // Дет. оториноларингология. 2014. № 1. С. 20–25

