

Презентация
по отоларингологии
на тему: «Лечение острых
ТОНЗИЛЛИТОВ»

Выполнила: Драйлинг Олеся Анатольевна
группа 41-ф, 3 бригада
Преподаватель: Моисеева Татьяна Николаевна

г.Комсомольск-на-Амуре
2013г

Острый тонзиллит (ангина) — это общее инфекционноаллергическое заболевание с воспалительным процессом в лимфоидной ткани небных миндалин.

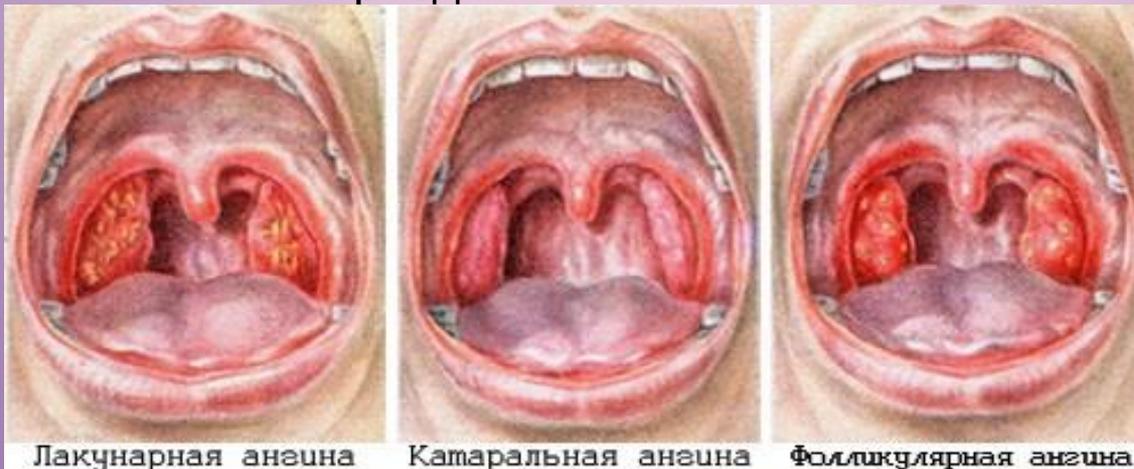
Воспаление может возникать и в других скоплениях лимфоидной ткани глотки — язычной, глоточной, тубарной миндалинах, в боковых валиках.

Для определения этих заболеваний употребляется термин «ангина» (от лат. *Anqo* — сжимать, душить), известный с давних времен.

В русской медицинской литературе можно встретить определение ангины, как «горловая жаба».

Заболеванию в основном подвержены дети дошкольного и школьного возраста, а также взрослые в возрасте до сорока лет.

Отмечаются выраженные сезонные подъемы заболеваемости в весенний и осенний периоды.

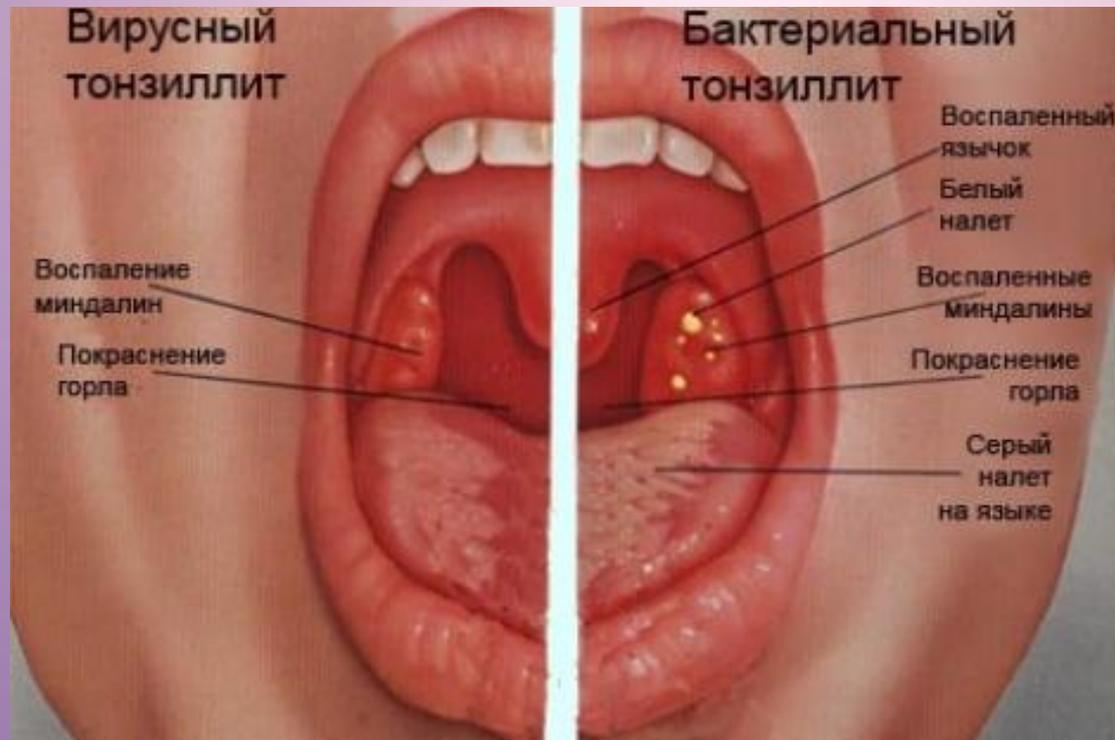


Этиологи

Среди различных микробных возбудителей ^{Я.} основная *этиологическая роль* принадлежит *бета-гемолитическому стрептококку*, который обнаруживается, по данным разных авторов, от 50 до 80% случаев.

Вторым по частоте возбудителем ангины можно считать *золотистый стафилококк*.

Отмечаются заболевания, вызванные зеленым стрептококком. Кроме того, возбудителем ангины могут быть *аденовирусы, палочки, спирохеты, грибы* и другое.



Эпидемиологи

Я.

Источниками инфекции при ангине являются больные различными формами острых стрептококковых заболеваний и "здоровые" носители стрептококков.

Возможно распространение эндогенной инфекции из кариозных зубов, патологического очага в околоносовых пазухах и т. д. Кроме того, ангина может возникнуть как рецидив хронического процесса.

Проникновение экзогенного возбудителя может произойти *воздушно-капельным путем, алиментарным и при прямом контакте с больным или бациллоносителем.*

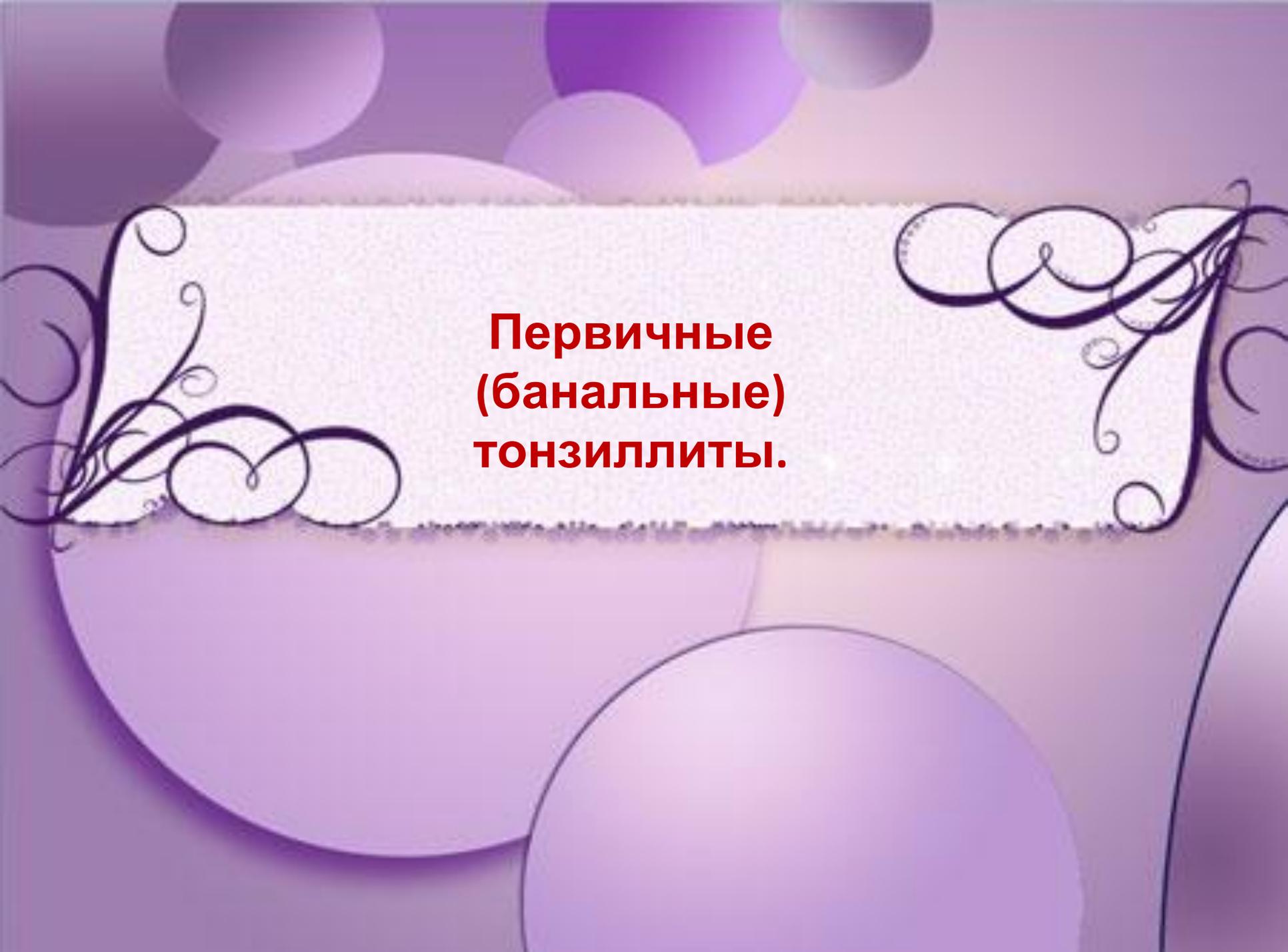


Заболеванию в основном подвержены дети дошкольного и школьного возраста, а также взрослые в возрасте до сорока лет. Отмечаются выраженные сезонные подъемы заболеваемости в весенний и осенний периоды.

Согласно классификации И.Б. Солдатова (1975 г.) острые тонзиллиты (ангины) делятся на две группы: *первичные* и *вторичные*.



Вторичные (специфические) тонзиллиты, вызванные конкретным специфическим возбудителем. Они могут быть признаком инфекционного заболевания (дифтерия глотки, язвенно-некротический тонзиллит, сифилитический, герпетический, грибковый) или болезней крови.

The background features a light purple gradient with several overlapping circles in various shades of purple. A white, torn-edge paper strip is positioned horizontally across the middle. On either side of the text on this strip, there are intricate black decorative flourishes consisting of swirling lines and loops.

**Первичные
(банальные)
ТОНЗИЛЛИТЫ.**

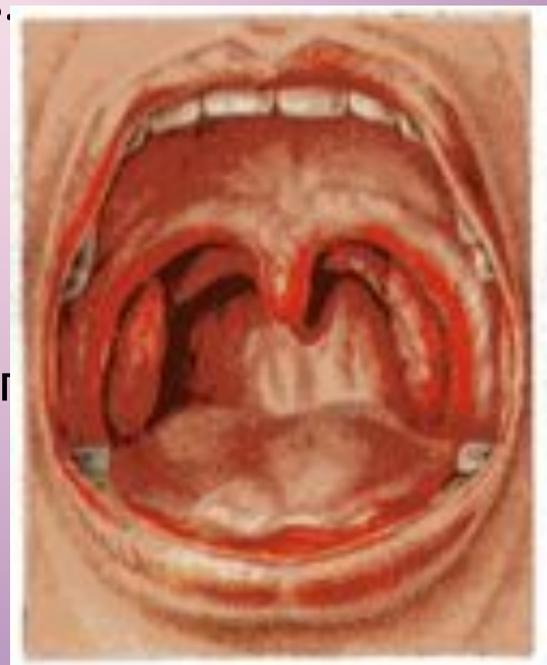
Катаральный тонзиллит — самая легкая форма заболевания, имеющая следующие *клинические признаки*:

- ощущение жжения, сухости, першения в горле;
- болезненность при глотании слабо выраженная;
- температура субфебрильная;
- умеренно выраженная интоксикация;
- увеличение регионарных лимфатических узлов.

Продолжительность заболевания 3-5 дней.

При фарингоскопии определяется:

- разлитая гиперемия миндалин и небных дужек;
- небольшое увеличение миндалин;
- местами определяется пленка слизисто-гнояног эксудата.



Фолликулярный тонзиллит имеет следующие

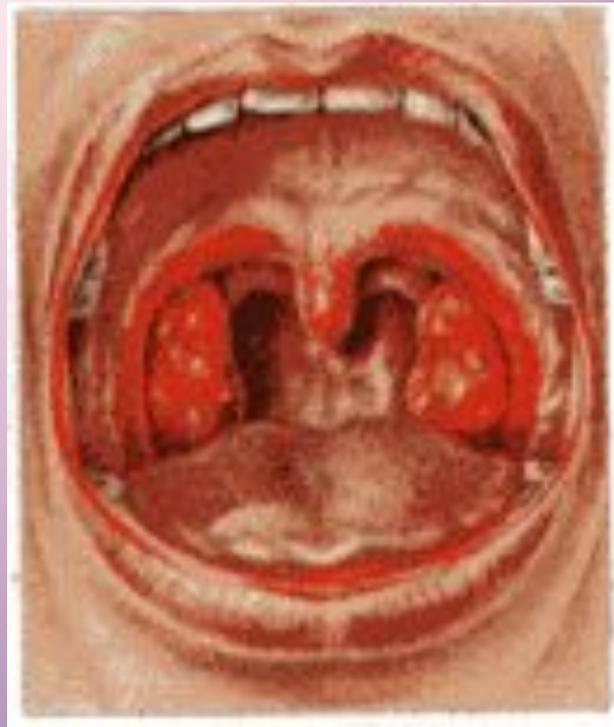
признаки:

- повышение температуры до 38-39 °С;
- сильная боль в горле при глотании;
- иррадиация боли в ухо;
- интоксикация выражена, особенно у детей, снижением аппетита, рвотой, помрачением сознания, явлениям менингизма;
- значительные гематологические изменения — нейтрофильный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ;
- увеличение и болезненность региональных лимфатических узлов.

Продолжительность заболевания 5-7 дней.

При *фарингоскопии* определяются:

- выраженная гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек;
- увеличение и гиперемия миндалин, бугристая поверхность в первые дни заболевания;
- множественные желтовато-белые точки величиной 1—3 мм (*гнойные фолликулы*) на 3-й день болезни.



Лакунарный тонзиллит часто протекает более тяжело, чем фолликулярный. Воспаление развивается, как правило, в обеих миндалинах, однако на одной стороне может быть картина фолликулярной ангины, а на другой — лакунарной. Объясняется это более глубоким поражением всех лимфоидных фолликулов. Поверхностно расположенные фолликулы дают картину фолликулярной ангины. Фолликулы, находящиеся в глубине миндалины, заполняют своим гнойным содержимым расположенные рядом лакуны. При обширном процессе гной выходит на поверхность миндалины в виде островков или сливных налетов.

Клинические признаки лакунарного тонзиллита следующие:

- сильная боль в горле при глотании пищи и слюны;
- иррадиация боли в ухо;
- озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С;
- слабость, разбитость, нарушение сна, головная боль;
- боль в пояснице, суставах, в области сердца;
- выраженные гематологические изменения;
- значительное увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов и селезенки.

Продолжительность заболевания 10-12 дней.

При *фарингоскопии* определяются:

- выраженная гиперемия и увеличение миндалины;
- желтовато-белые налеты, расположенные в устьях лакун, которые легко снимаются шпателем;
- островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндалины.



Двусторонняя
лакунарная ангина

Флегмонозный тонзиллит встречается сравнительно редко и характеризуется гнойным расплавлением ткани внутри миндалины — образованием флегмоны.

Причины, способствующие формированию процесса, могут быть следующие:

- снижение иммунных сил организма;
- вирулентность возбудителя;
- травма миндалины инородным телом или при выполнении медицинских манипуляций;
- развитие спаек в глубине миндалины с затруднением оттока содержимого.

Клинические признаки флегмонозной ангины могут быть сходными с проявлениями лакунарного тонзиллита, небольшие абсцессы могут протекать почти бессимптомно. В более тяжелых случаях отмечается нарастание боли с одной стороны, затруднение глотания, ухудшение общего состояния.

При *фарингоскопии* определяются:

- увеличение одной миндалины, гиперемия, напряжение;
- болезненность при надавливании шпателем;
- наличие флюктуации при созревшей флегмоне.

Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны на стороне поражения.

Лечение первичных (банальных) тонзиллитов.

Лечение первичных (банальных) тонзиллитов должно быть этиотропным, комплексным — местным и общим.

Как правило, лечение проводится на дому, и только в тяжелых случаях или при неблагоприятных социальных условиях пациента помещают в стационар.

Для подтверждения диагноза и выбора адекватного лечения проводится бактериологическое исследование содержимого носа и глотки.

Лечение должно включать следующие этапы:

1. *Соблюдение режима лечения заболевания*
2. *Местное лечение*
3. *Общее лечение*

Соблюдение режима лечения заболевания:

- строго постельного режима в течение первых дней заболевания;
- санитарно-эпидемических норм — изоляция пациента, индивидуальные средства ухода и предметы личной гигиены;
- режима питания — механически, термически и химически щадящая диета, богатая витаминами, обильное питье.



Местное лечение:

- полоскание горла теплыми растворами перманганата калия, фурациллина, грамицидина, гидрокарбоната натрия, хлорофилипта, гексорала, повидон йода, а также отварами ромашки, шалфея, эвкалипта;
- обработка слизистой оболочки глотки аэрозольными препаратами «Каметон», «Эвкалипт», «Пропосол», «Биопарокс»;
- применение оросептиков: «Фарингосепт», «Гексализ», «Лариплюс», «Ларипронт», «Септолете», «Стрепсилс», «Анти-ангин» и других;
- ароматерапия: эфирные масла эвкалипта, кедра, чайного дерева, лаванды, грейпфрута.



Общее лечение:

- антигистаминные препараты рекомендуются в связи с токсико-аллергическим характером заболевания (тавегил, супрастин, диазолин, фенкарол и других);
- антибактериальная терапия назначается в зависимости от тяжести и стадии заболевания: лицам молодого возраста в начальной стадии болезни применение антибиотиков не рекомендуется.

В *тяжелых случаях*, в стадии абсцедирования или при поражении других органов применяются *полусинтетические препараты широкого спектра действия* (ампициллин, амоксициллин, амоксиклав, уназин), *цефалоспорины первого поколения* (цефалексин, цефалотин, цефалозин), *макролиды* (эритромицин, ровамицин, рулид). Лечение антибиотиками должно сопровождаться профилактикой дисбактериоза — назначением нистатина, леворина, линекс, дифлюкана. При неправильном выборе антибиотиков и сроков лечения создаются условия для перехода процесса в хронический;



- противовоспалительные препараты — парацетамол, ацетилсалициловая кислота назначаются при гипертермии, при этом необходимо учитывать их побочные действия;
- иммуностимулирующая терапия рекомендуется в виде следующих препаратов: экстракта вилочковой железы (вилозен, тимоптин), пирогенал, природных иммуностимуляторов (женьшень, левзея, ромашка, прополис, пантокрин, чеснок).

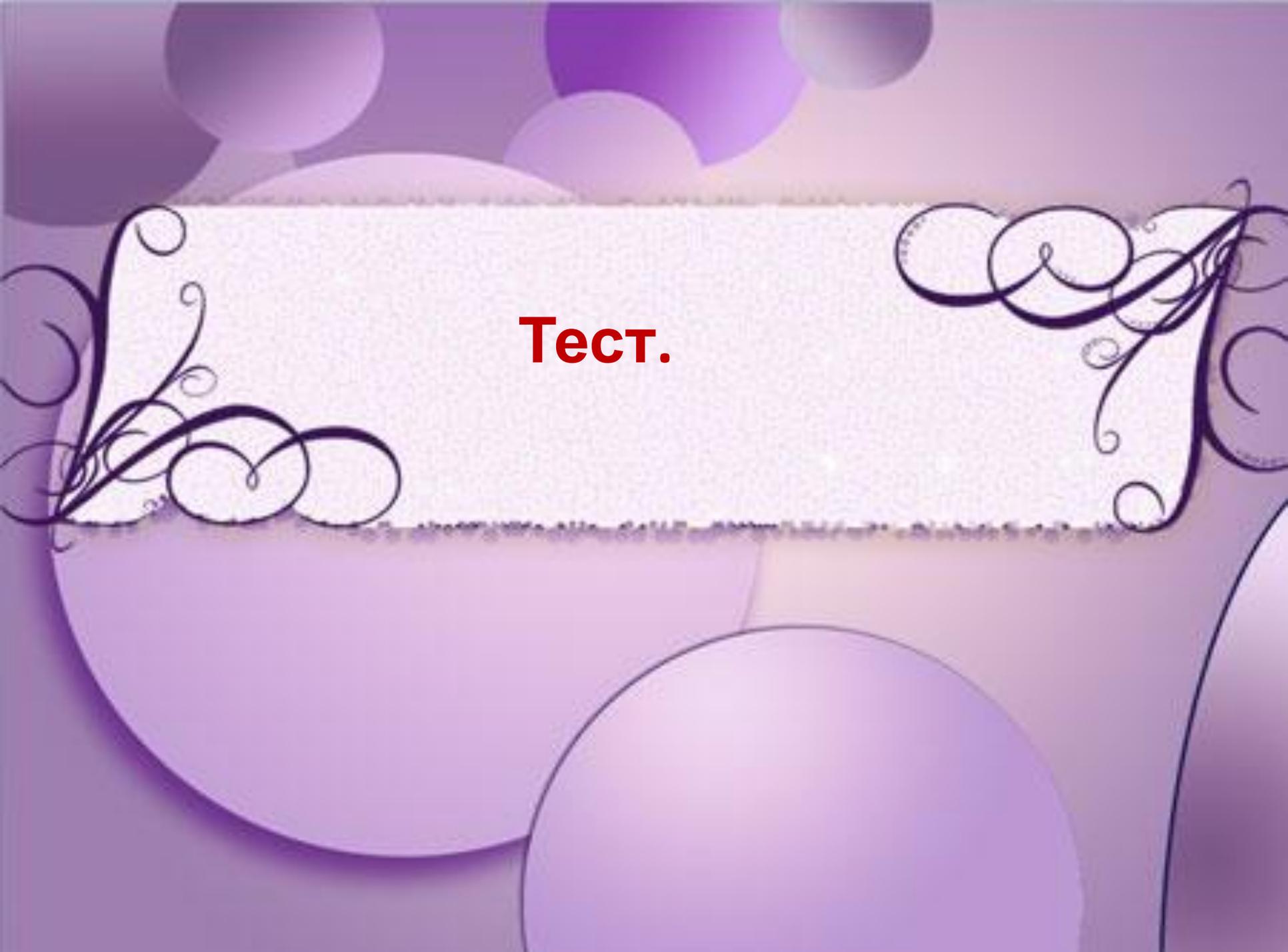
Применение иммуномодулятора вакцинного типа — препарата Имудон — дает положительные результаты при лечении герпетических, грибковых поражений полости рта и глотки, повышает фагоцитарную активность и уровень лизоцима



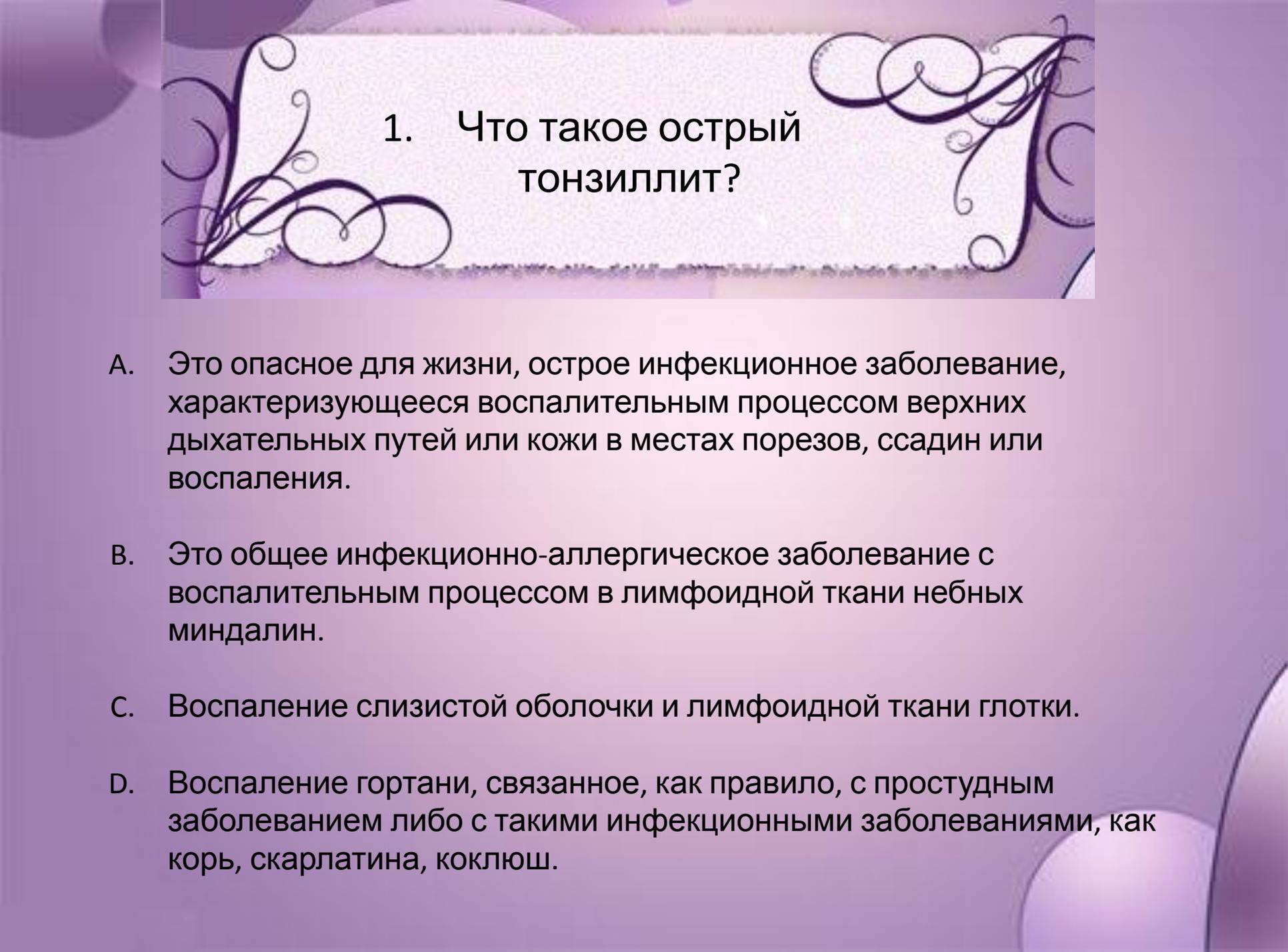
Физиотерапевтические процедуры назначаются после снятия гипертермии и ликвидации гнойного процесса при затянувшихся лимфаденитах: соллюкс, УВЧ на подчелюстную область, фонофорез, магнитотерапия.

В процессе лечения необходимо наблюдать за состоянием сердечно-сосудистой системы, проводить повторные исследования мочи и крови. После перенесенного заболевания пациент должен находиться под наблюдением врача в течение месяца.



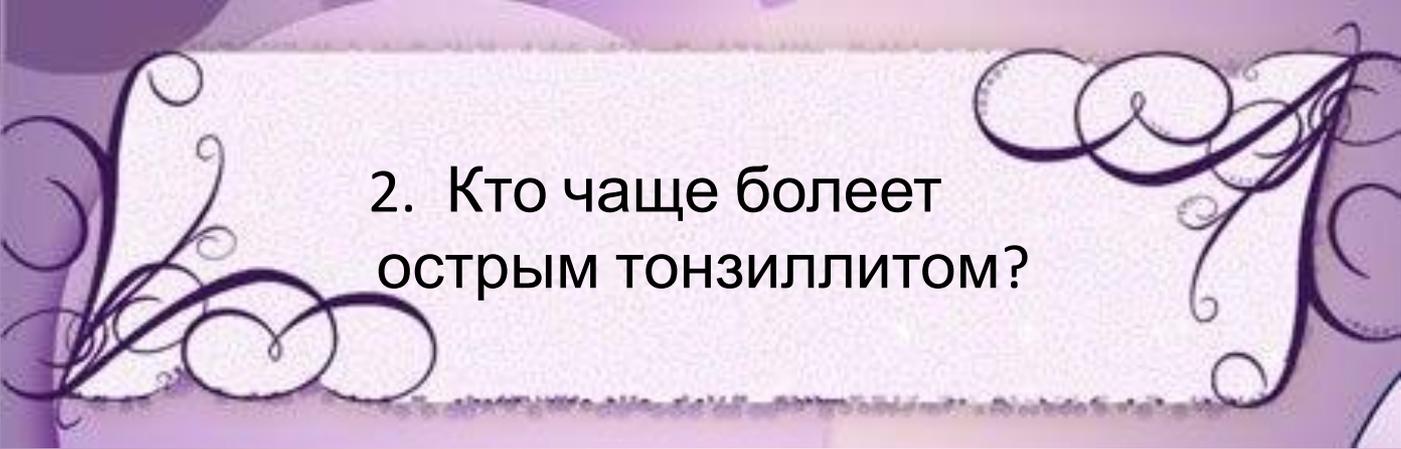
The background features a light purple gradient with several overlapping circles in various shades of purple. A white, torn-edge paper strip is positioned horizontally across the middle. On the left and right sides of this strip, there are intricate black decorative flourishes consisting of swirling lines and loops.

Тест.



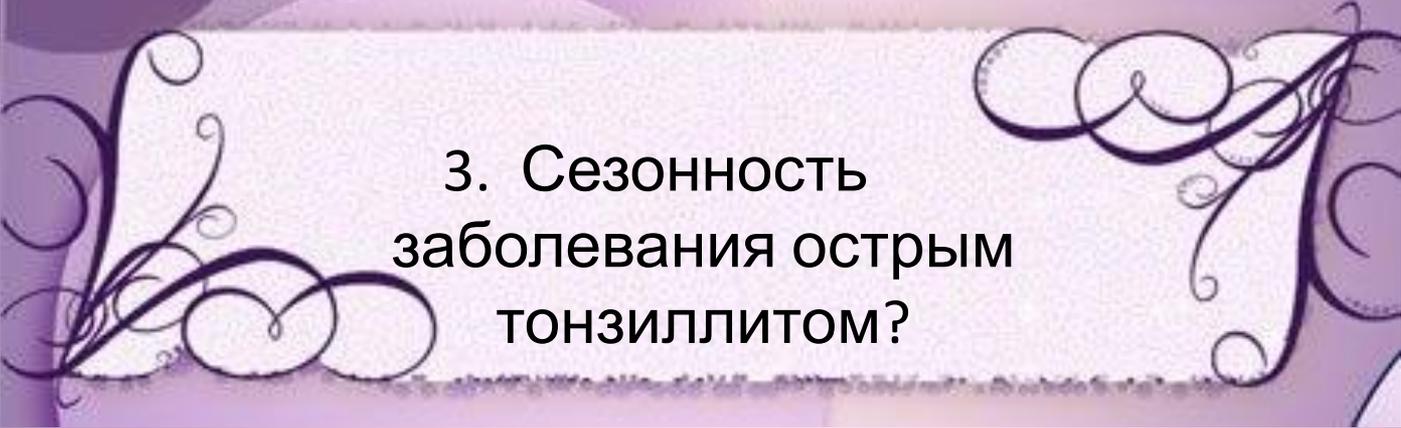
1. Что такое острый тонзиллит?

- A. Это опасное для жизни, острое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалительным процессом верхних дыхательных путей или кожи в местах порезов, ссадин или воспаления.
- B. Это общее инфекционно-аллергическое заболевание с воспалительным процессом в лимфоидной ткани небных миндалин.
- C. Воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки.
- D. Воспаление гортани, связанное, как правило, с простудным заболеванием либо с такими инфекционными заболеваниями, как корь, скарлатина, коклюш.



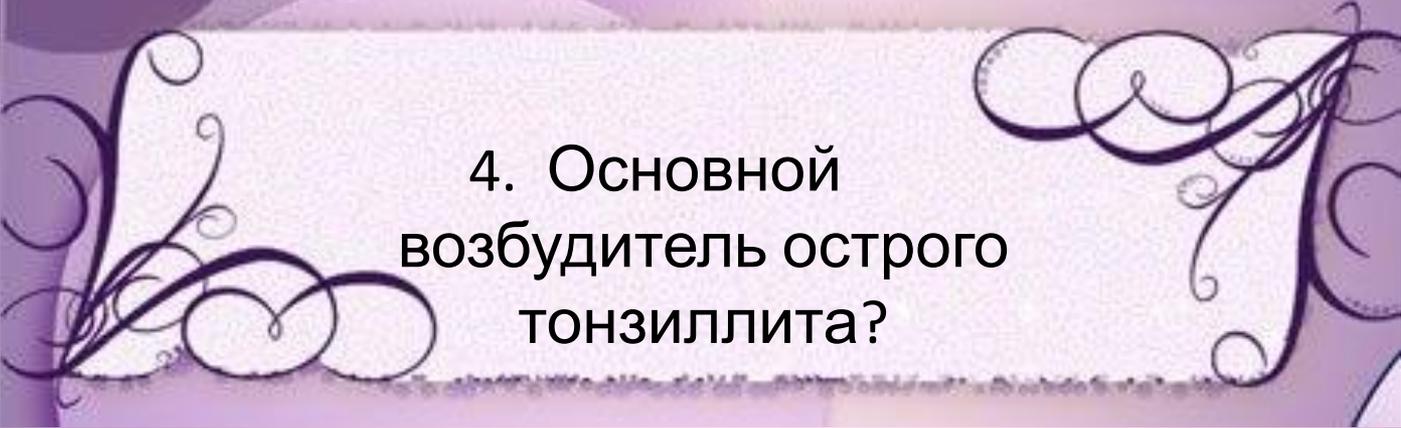
2. Кто чаще болеет острым тонзиллитом?

- A. Дети дошкольного и школьного возраста и пожилые люди.
- B. Взрослые до сорока лет.
- C. Дети дошкольного и школьного возраста и взрослые до сорока лет.
- D. Пожилые люди.



3. Сезонность
заболевания острым
тонзиллитом?

- A. Осень и зима.
- B. Лето и осень.
- C. Зима и весна.
- D. Весна и осень.

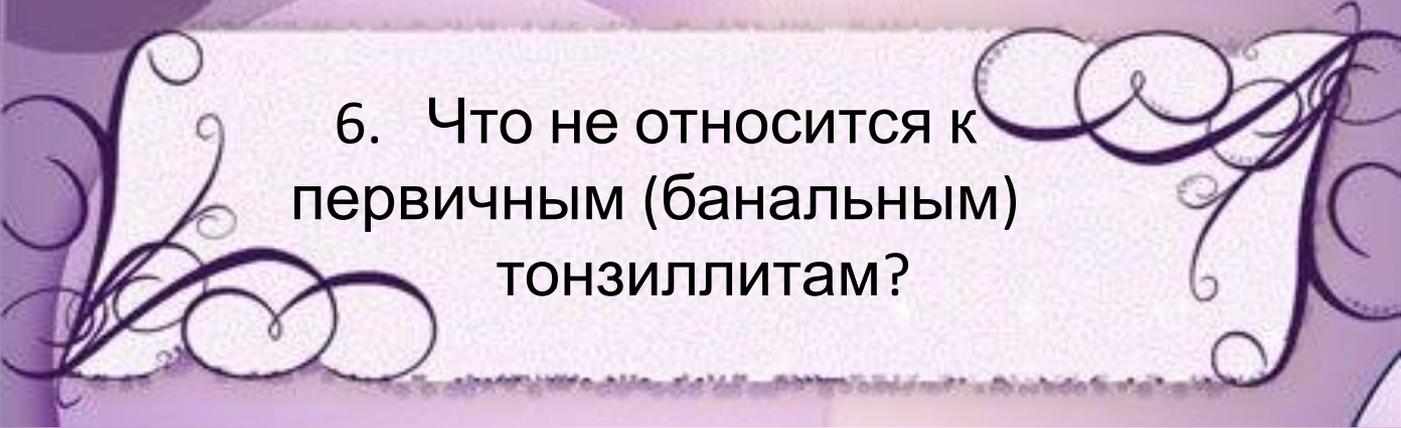


4. Основной
возбудитель острого
тонзиллита?

- A. Вирус Эпштейна-Барра.
- B. Риккетсии Провацека.
- C. Бетта-гемолитический стрептококк.
- D. Золотистый стафилококк.

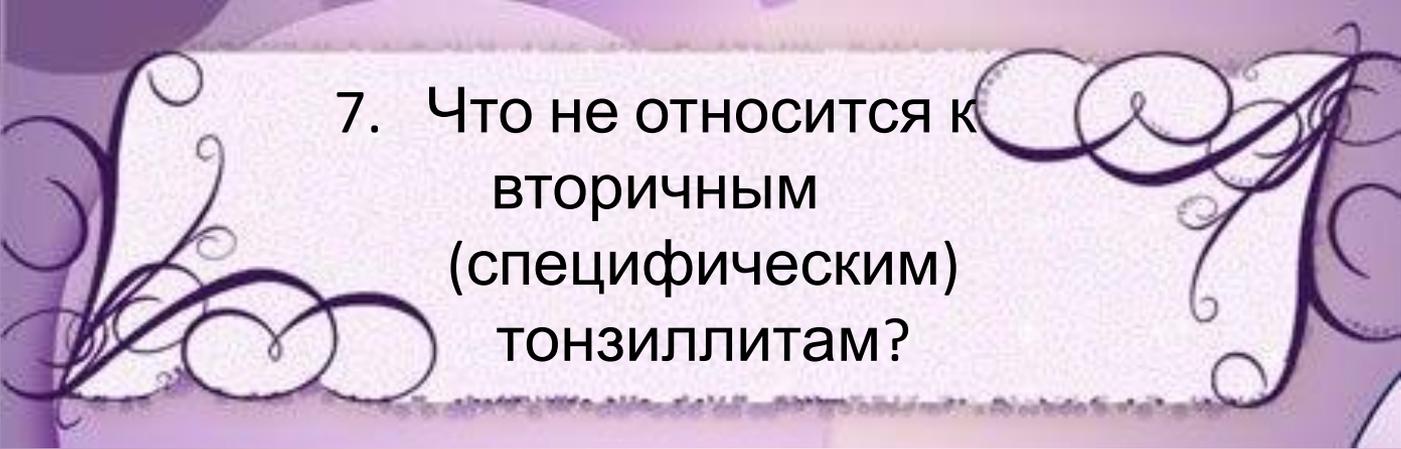
5. Проникновение
экзогенного
возбудителя острого
тонзиллита может
произойти?

- A. Воздушно-капельным путем и алиментарным.
- B. Воздушно-капельным путем и фекально-оральным.
- C. Фекально-оральным и алиментарным.
- D. Фекально-оральным.



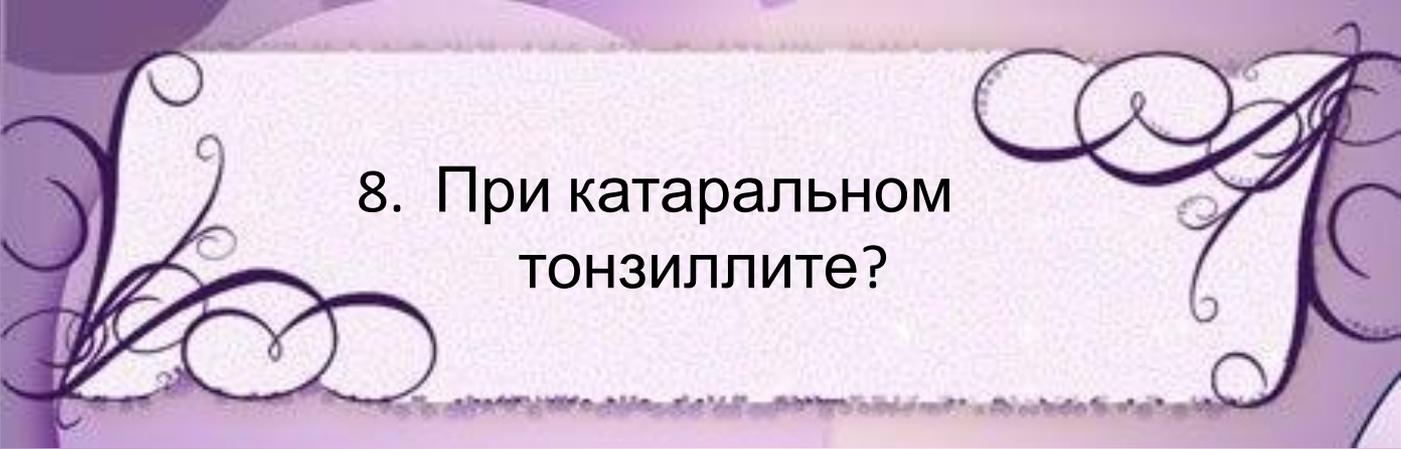
6. Что не относится к
первичным (банальным)
тонзиллитам?

- A. Фолликулярный тонзиллит.
- B. Лакунарный тонзиллит.
- C. Грибковый тонзиллит.
- D. Флегмонозный тонзиллит.



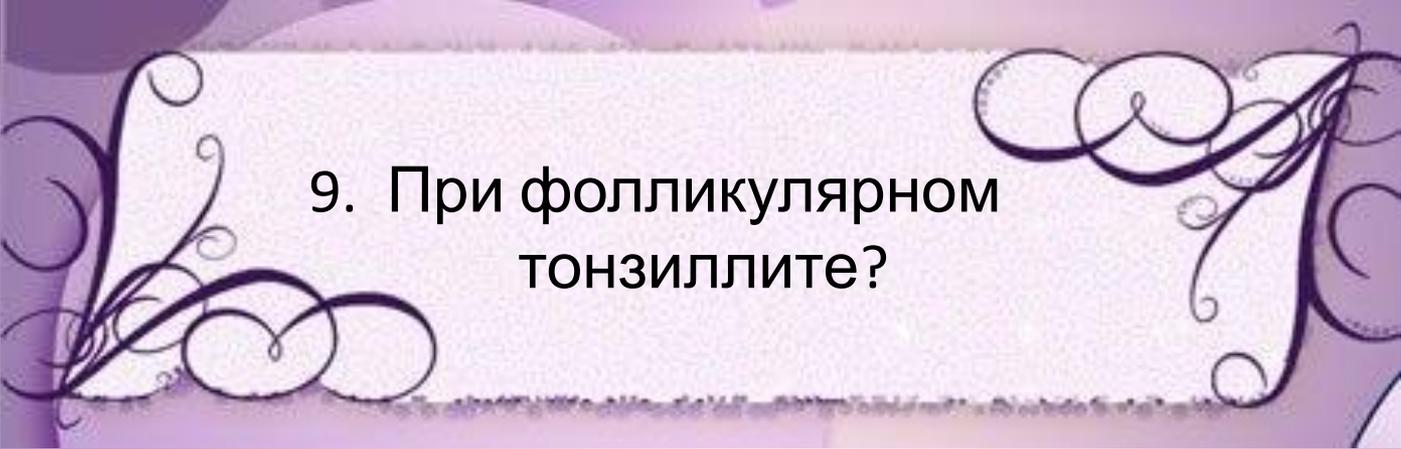
7. Что не относится к
вторичным
(специфическим)
тонзиллитам?

- A. Язвенно-пленчатая (некротическая) ангина.
- B. Сифилитическая ангина.
- C. Грибковый тонзиллит.
- D. Флегмонозный тонзиллит.



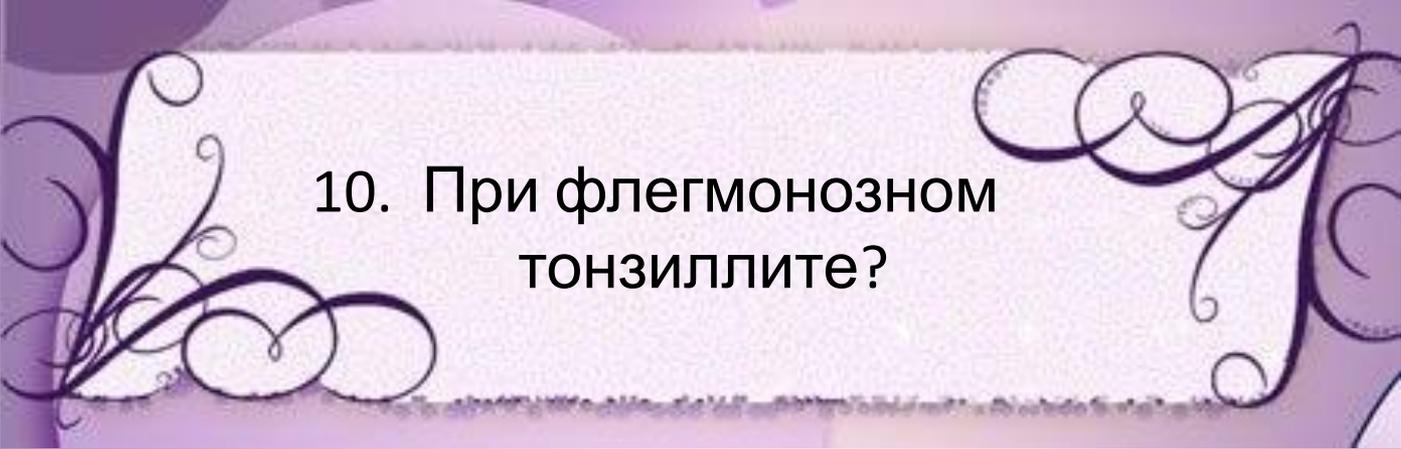
8. При катаральном тонзиллите?

- A. Местами определяется пленка слизисто-гнойного экссудата.
- B. Множественные желтовато-белые точки величиной 1—3 мм.
- C. Островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндаины.
- D. Наличие флюктуации при созревшей флегмоне.



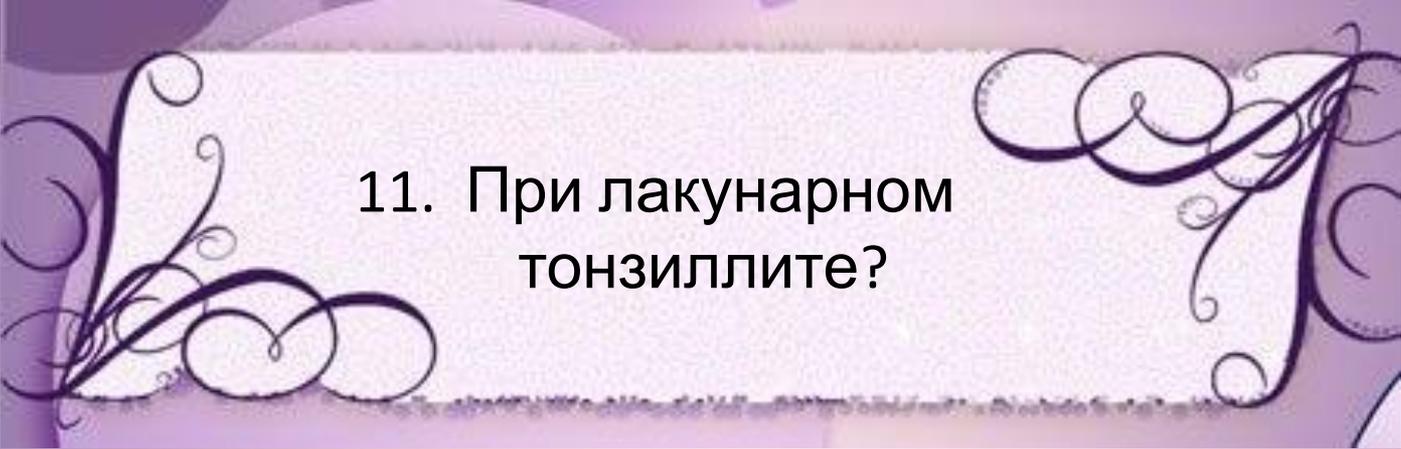
9. При фолликулярном тонзиллите?

- A. Местами определяется пленка слизисто-гнойного экссудата.
- B. Множественные желтовато-белые точки величиной 1—3 мм.
- C. Островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндаины.
- D. Наличие флюктуации при созревшей флегмоне.



10. При флегмонозном
тонзиллите?

- A. Местами определяется пленка слизисто-гнойного экссудата.
- B. Множественные желтовато-белые точки величиной 1—3 мм.
- C. Островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндаины.
- D. Наличие флюктуации при созревшей флегмоне.

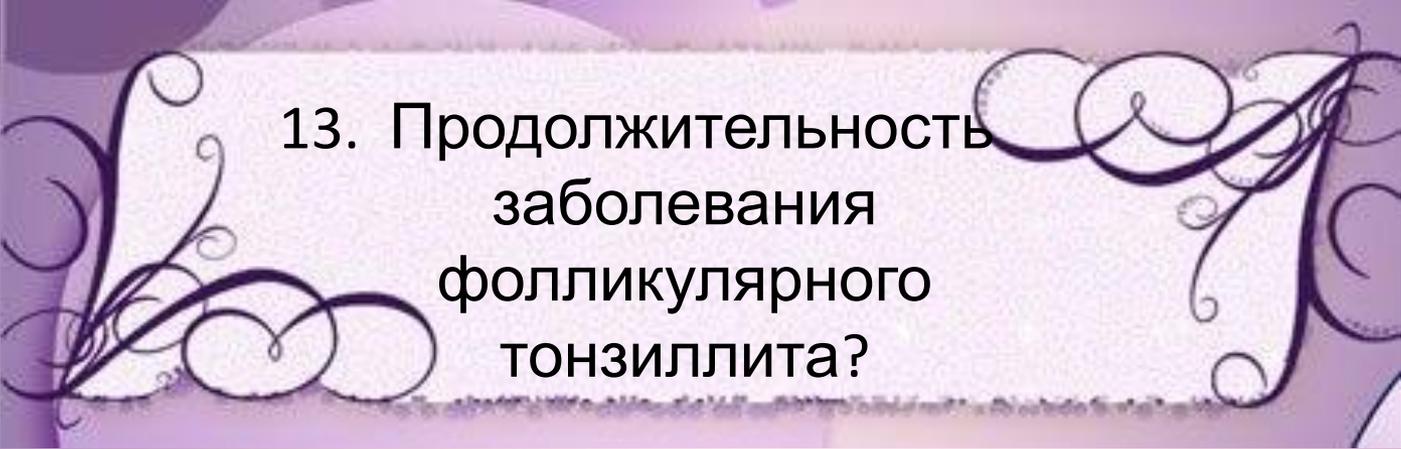


11. При лакунарном тонзиллите?

- A. Местами определяется пленка слизисто-гнойного экссудата.
- B. Множественные желтовато-белые точки величиной 1—3 мм.
- C. Островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндаины.
- D. Наличие флюктуации при созревшей флегмоне.

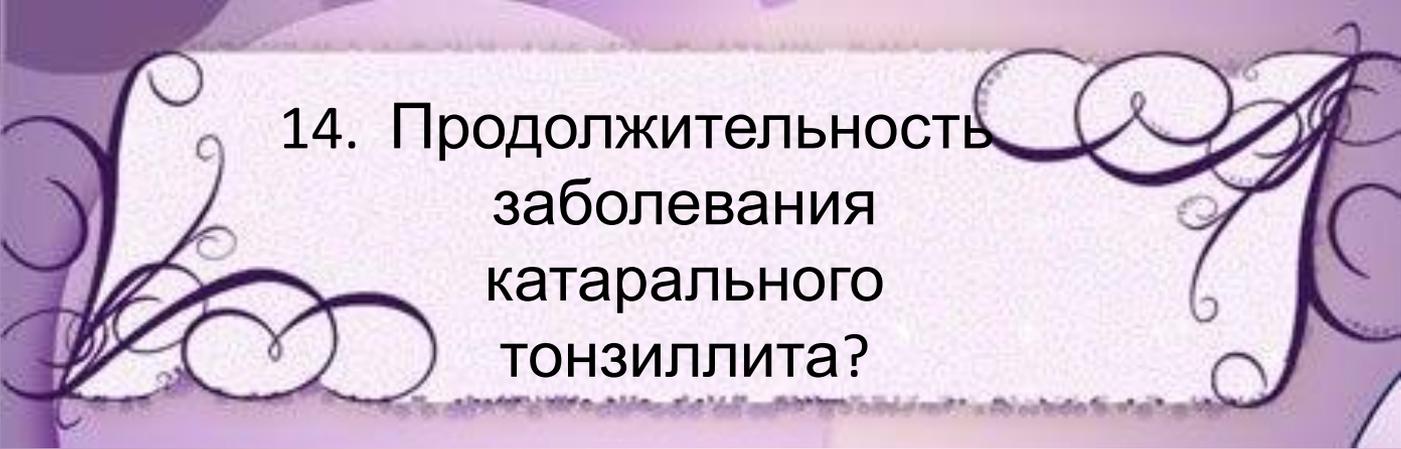
12. Продолжительность
заболевания лакунарного
тонзиллита?

- A. 3-5 дней.
- B. 5-7 дней.
- C. 10-12 дней.
- D. 10-15 дней.



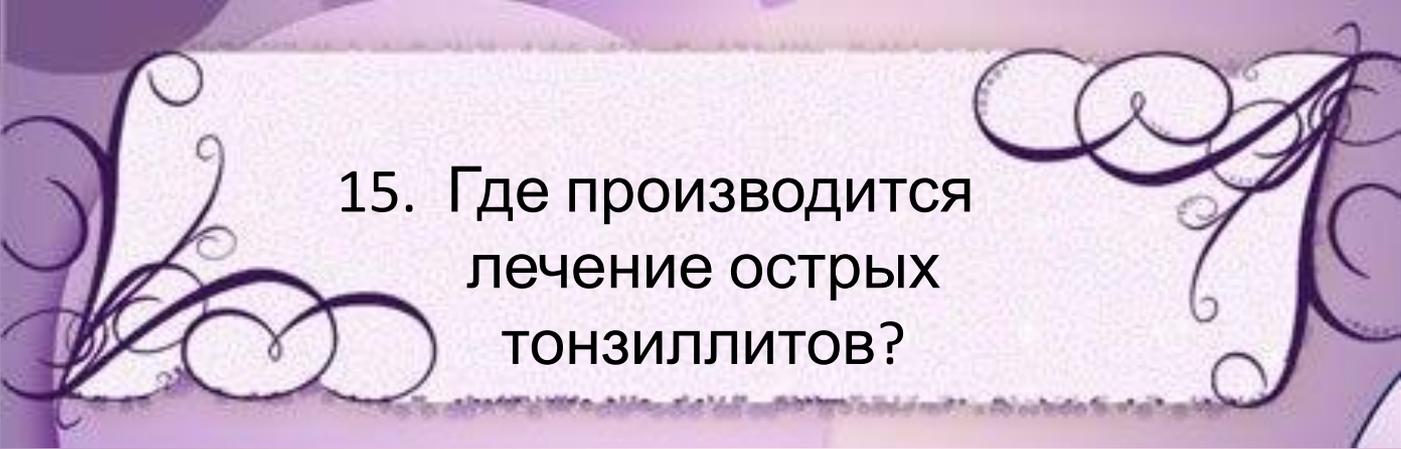
13. Продолжительность
заболевания
фолликулярного
тонзиллита?

- A. 3-5 дней.
- B. 5-7 дней.
- C. 10-12 дней.
- D. 10-15 дней.



14. Продолжительность
заболевания
катарального
тонзиллита?

- A. 3-5 дней.
- B. 5-7 дней.
- C. 10-12 дней.
- D. 10-15 дней.

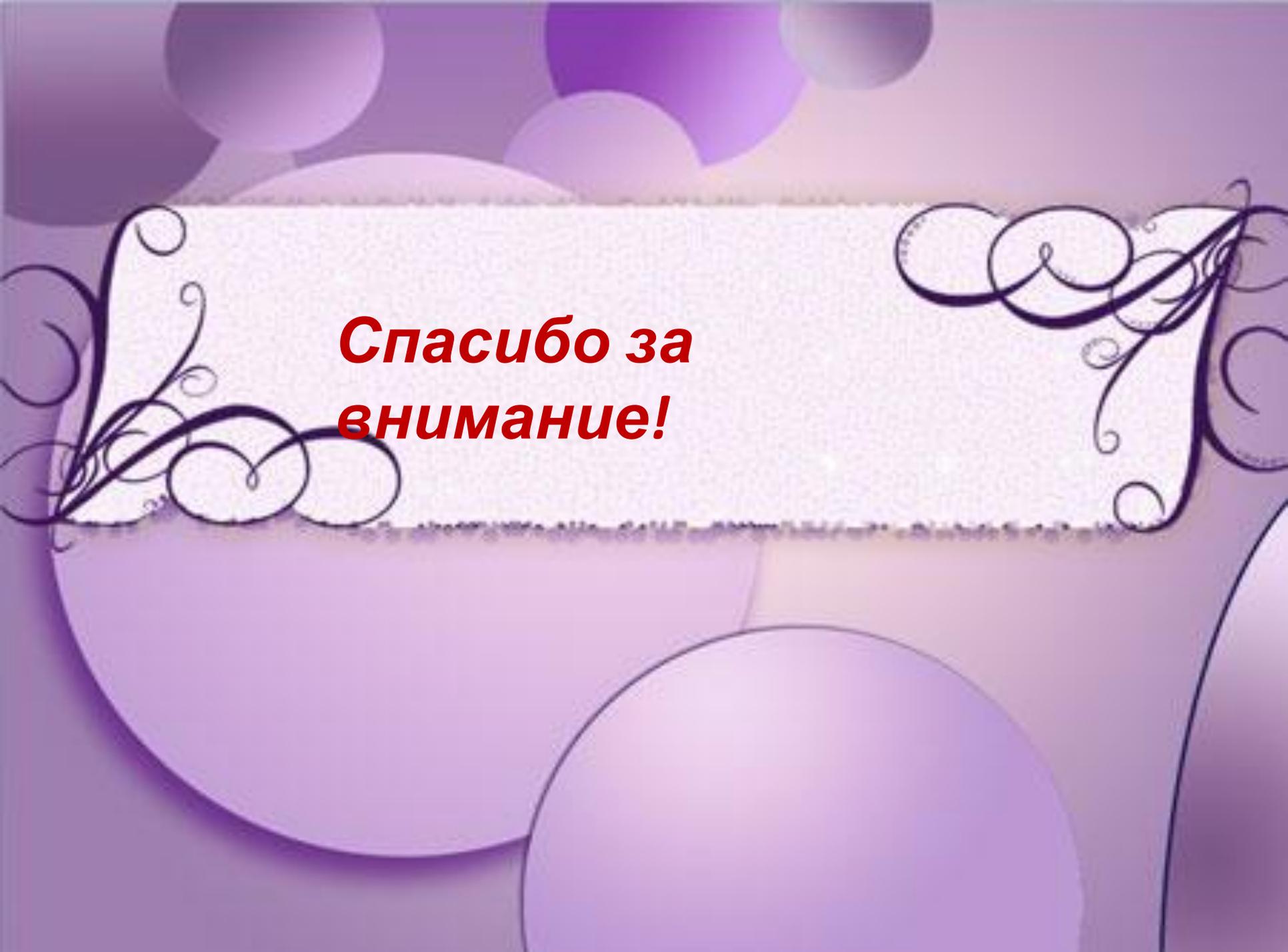


15. Где производится
лечение острых
тонзиллитов?

- A. Только на дому.
- B. На дому, и только в тяжелых случаях или при неблагоприятных социальных условиях пациента помещают в стационар.
- C. Только в стационаре.
- D. По желанию пациента.

Ответы к тесту.

1. B
2. C
3. D
4. C
5. A
6. C
7. D
8. A
9. B
10. D
11. C
12. C
13. B
14. A
15. B



***Спасибо за
внимание!***