

# 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

[pptcloud.ru](http://pptcloud.ru)

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

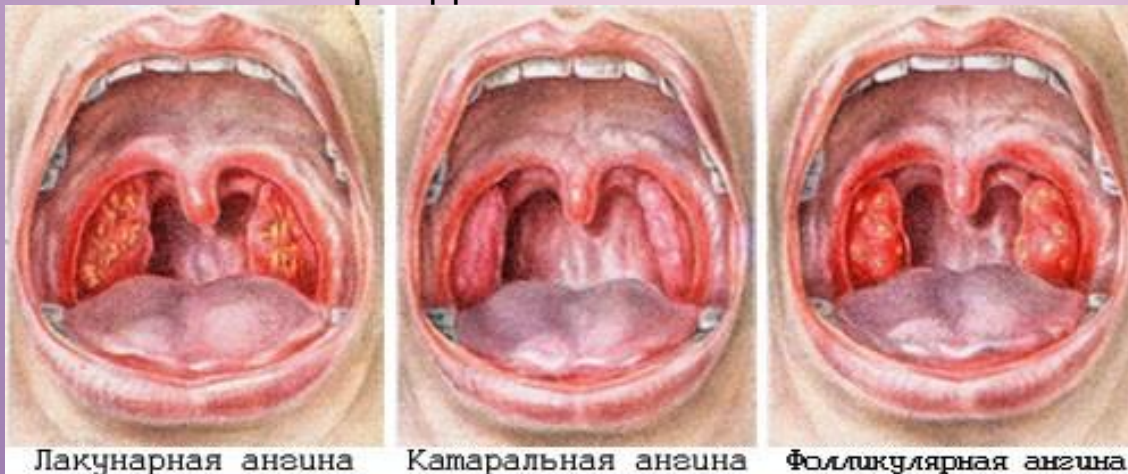
Воспаление может возникать и в других скоплениях лимфоидной ткани глотки — язычной, глоточной, тубарной миндалинах, в боковых валиках.

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 <sup>Я.</sup> 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.*

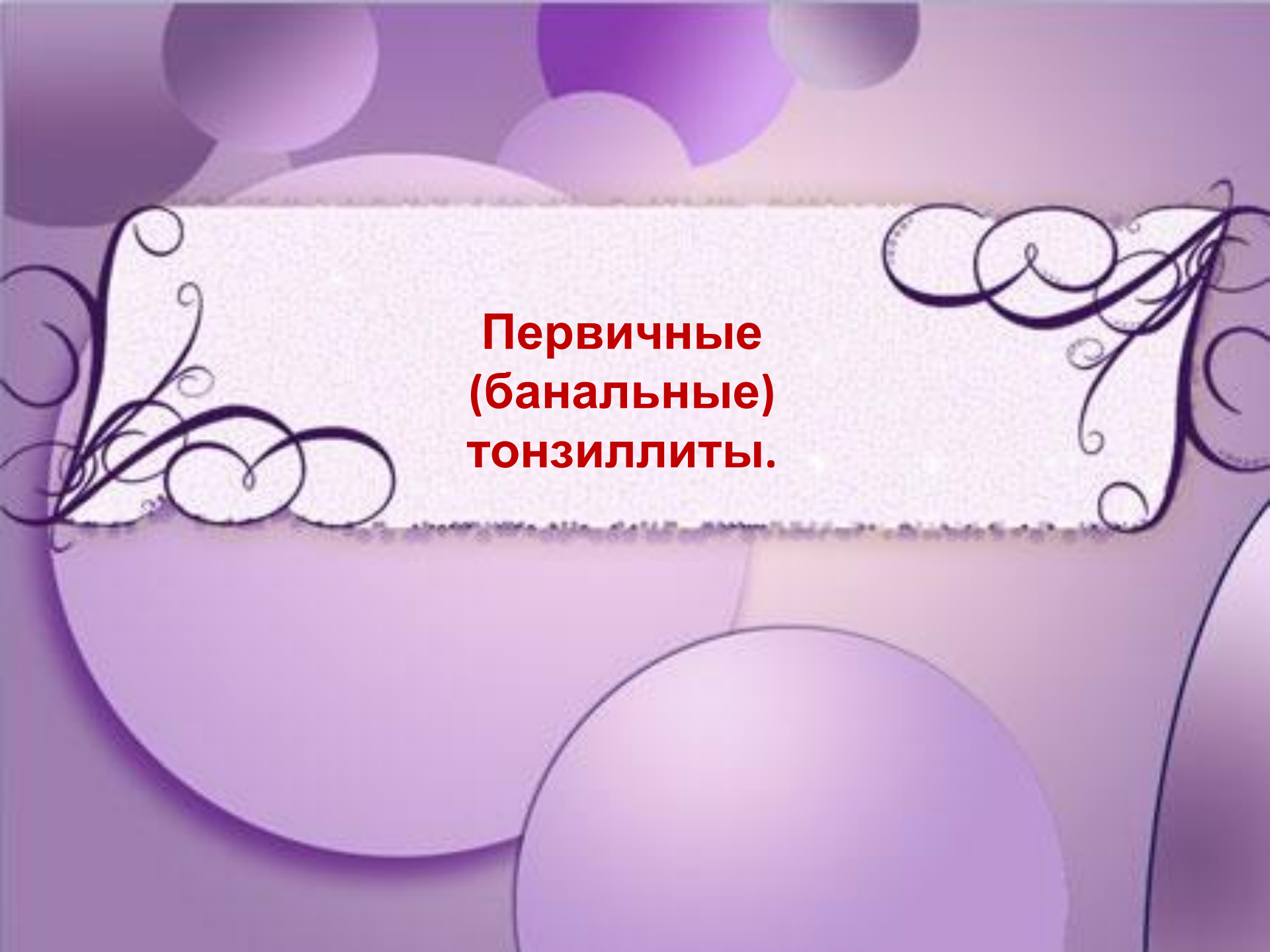


Заболеванию в основном подвержены дети дошкольного и школьного возраста, а также взрослые в возрасте до сорока лет. Отмечаются выраженные сезонные подъемы заболеваемости в весенний и осенний периоды.

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.



**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, фурацилина, 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.

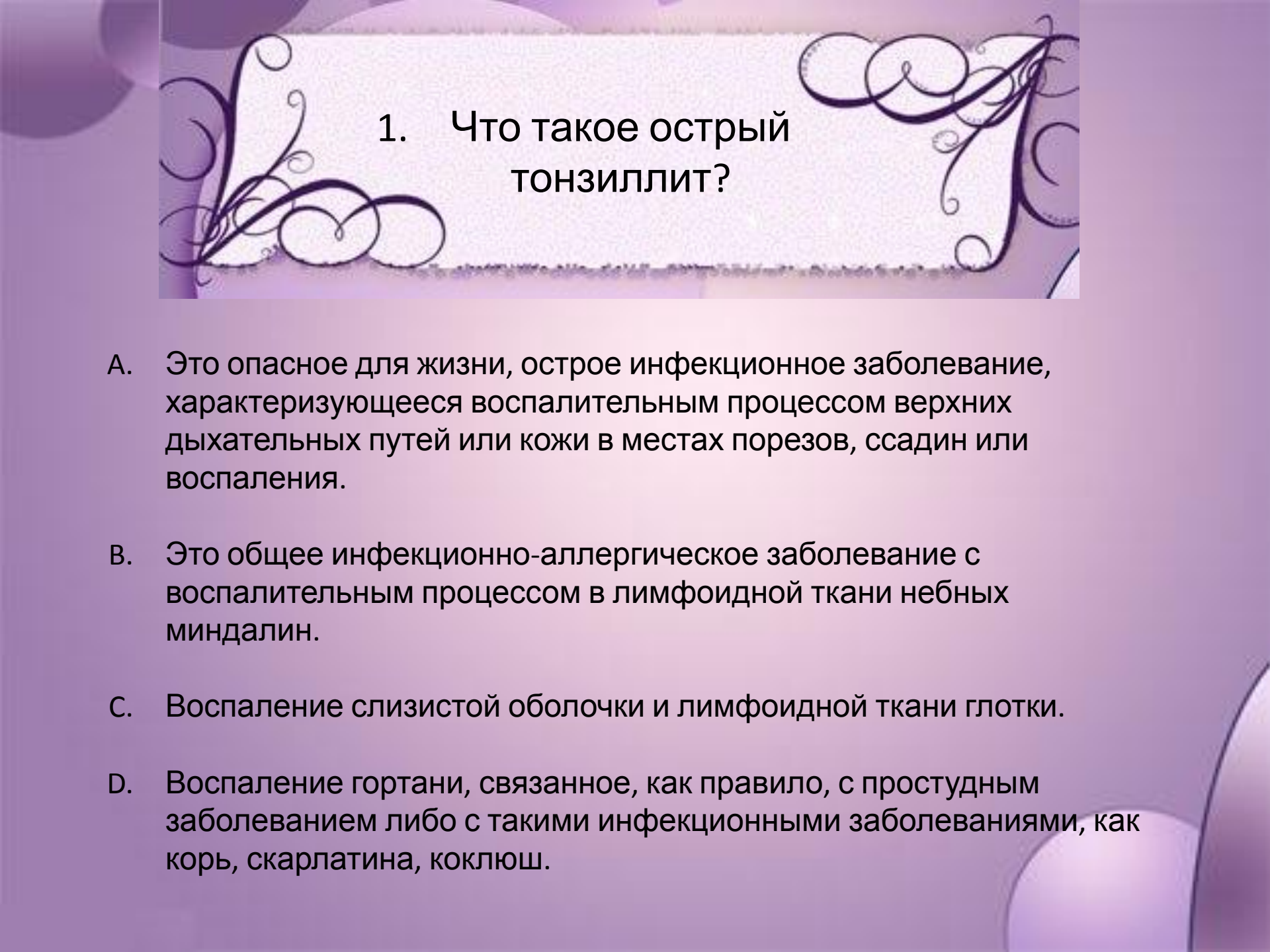
В процессе лечения необходимо наблюдать за состоянием сердечно-сосудистой системы, проводить повторные исследования мочи и крови. После перенесенного заболевания пациент должен находиться под наблюдением врача в течение месяца.





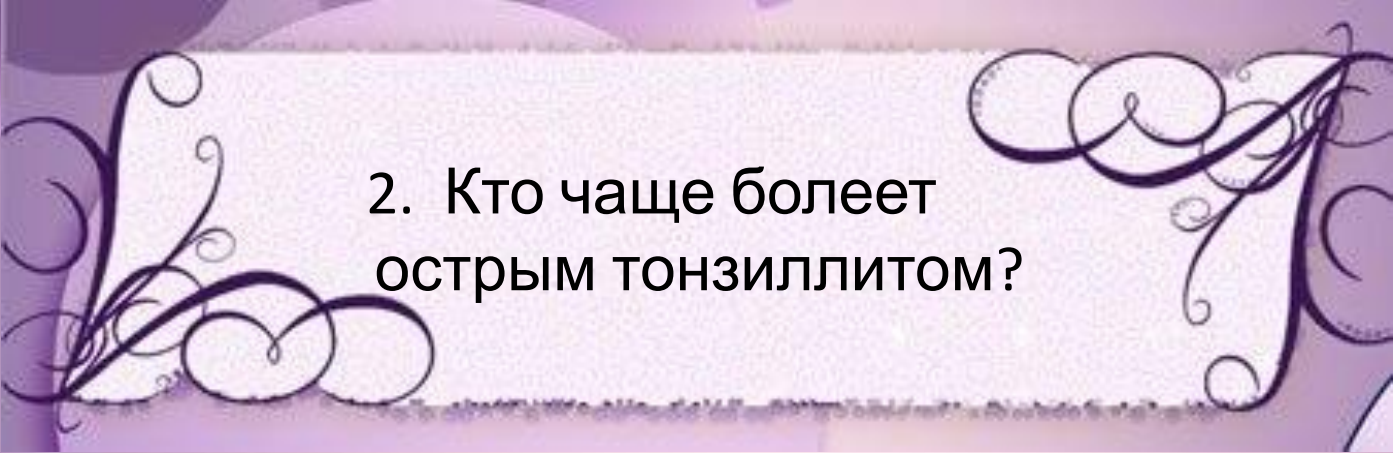
The image features a decorative background with various shades of purple and lavender. Large, overlapping circles of different sizes are scattered across the scene. A central white banner with a slightly textured, torn-edge appearance is positioned horizontally. On either side of the banner, there are intricate black scrollwork designs that resemble stylized floral or vine motifs. The word "Тест." is written in a bold, red, sans-serif font in the center of the white banner.

**Тест.**



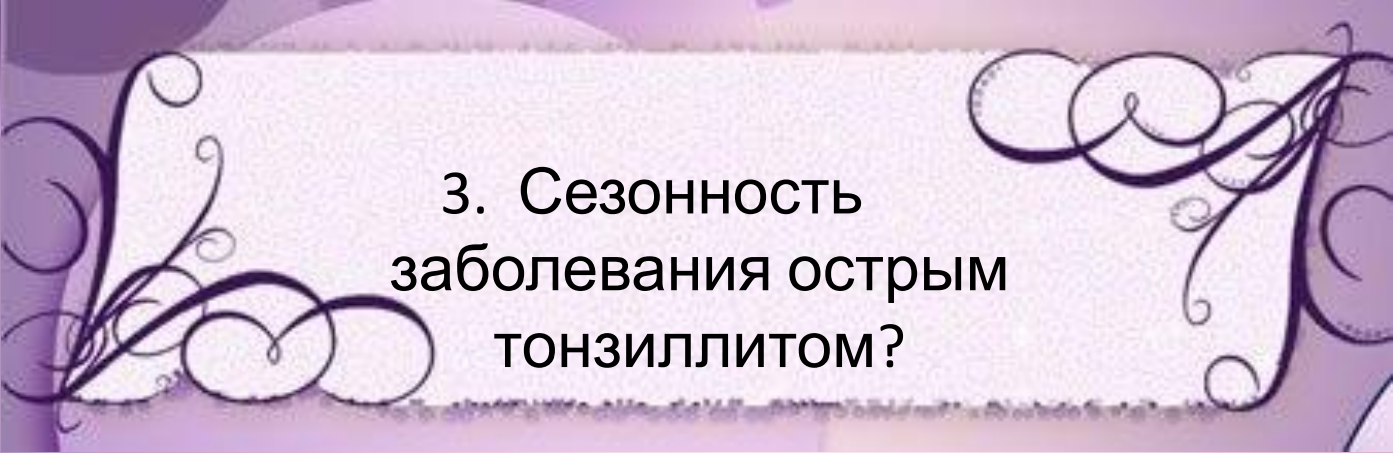
## 1. Что такое острый тонзиллит?

- 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?

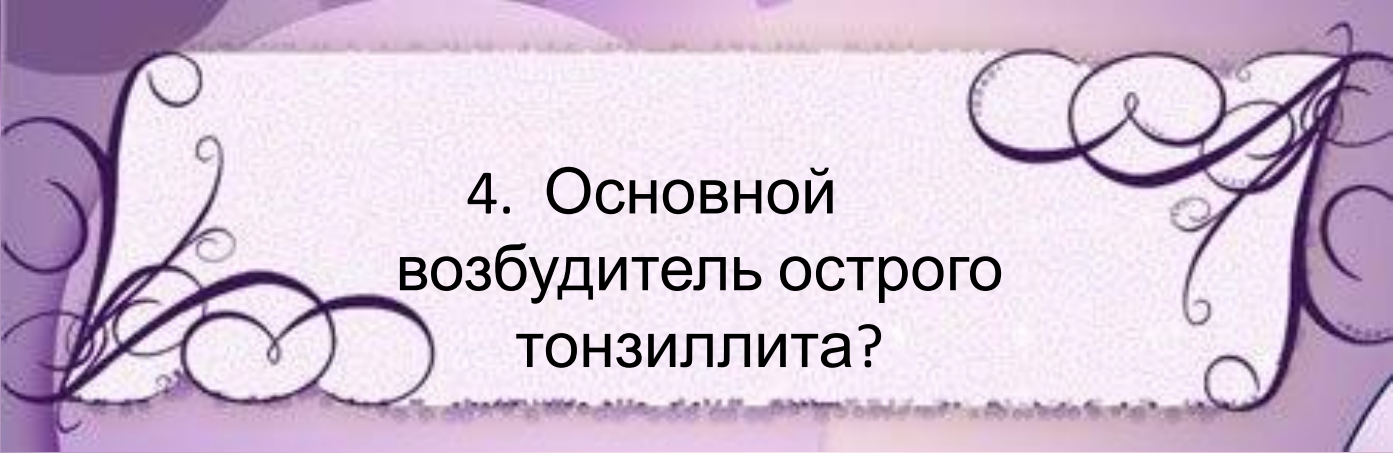
- A. Дети дошкольного и школьного возраста и пожилые люди.
- B. Взрослые до сорока лет.
- C. Дети дошкольного и школьного возраста и взрослые до сорока лет.
- D. Пожилые люди.



3. Сезонность  
заболевания острым  
тонзиллитом?

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



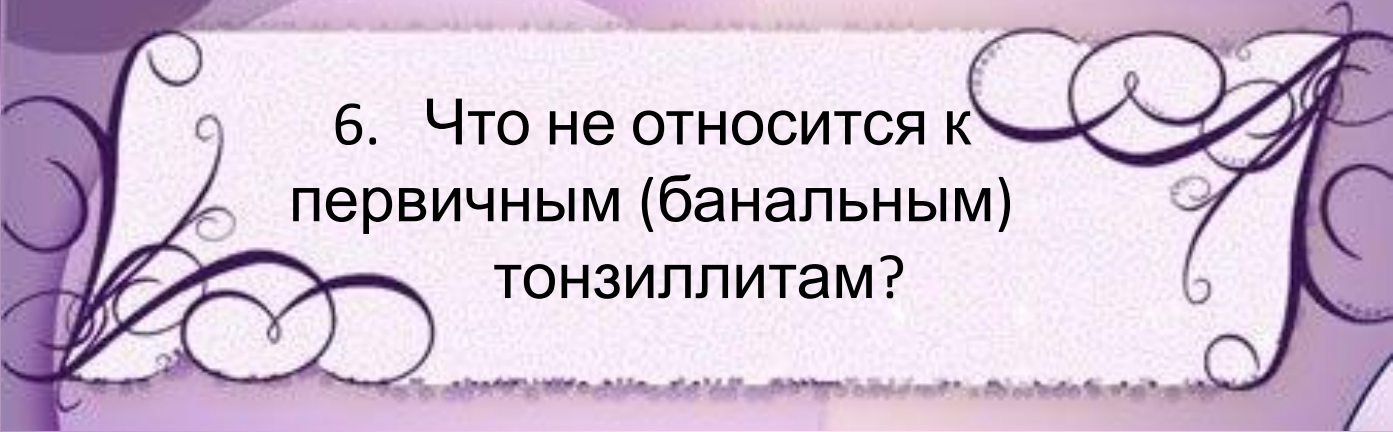


4. Основной  
возбудитель острого  
тонзиллита?

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

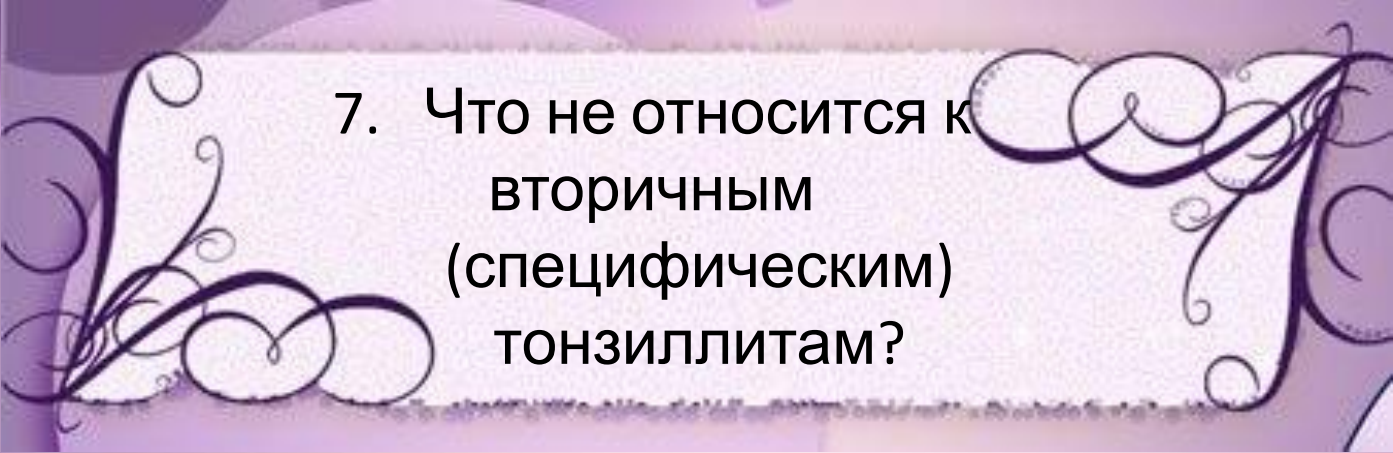
5. Проникновение  
экзогенного  
возбудителя острого  
тонзиллита может  
произойти?

- 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?

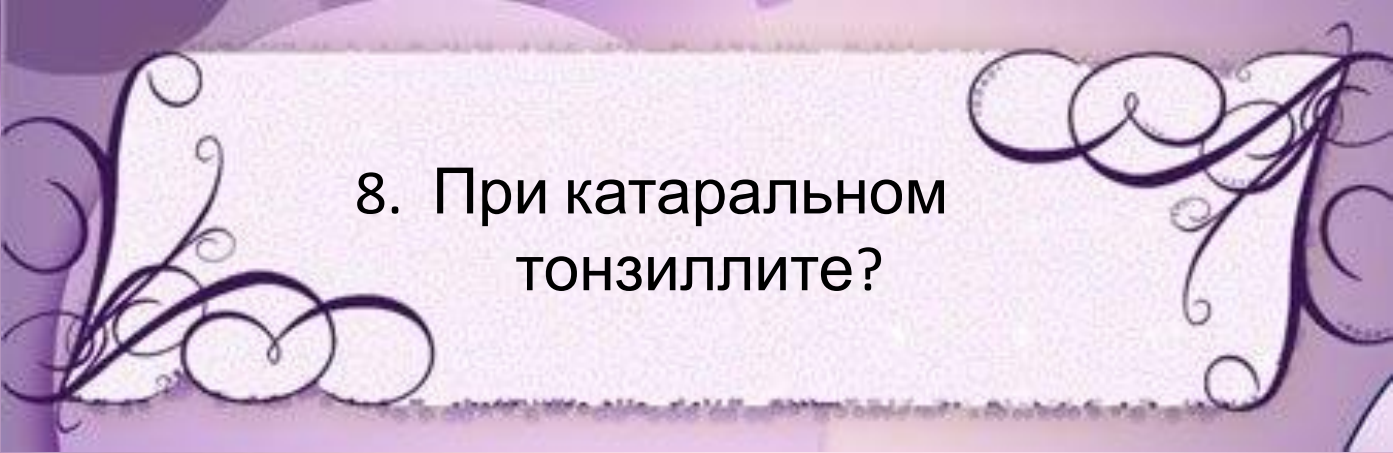
- A. Фолликулярный тонзиллит.
- B. Лакунарный тонзиллит.
- C. Грибковый тонзиллит.
- D. Флегмонозный тонзиллит.



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

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



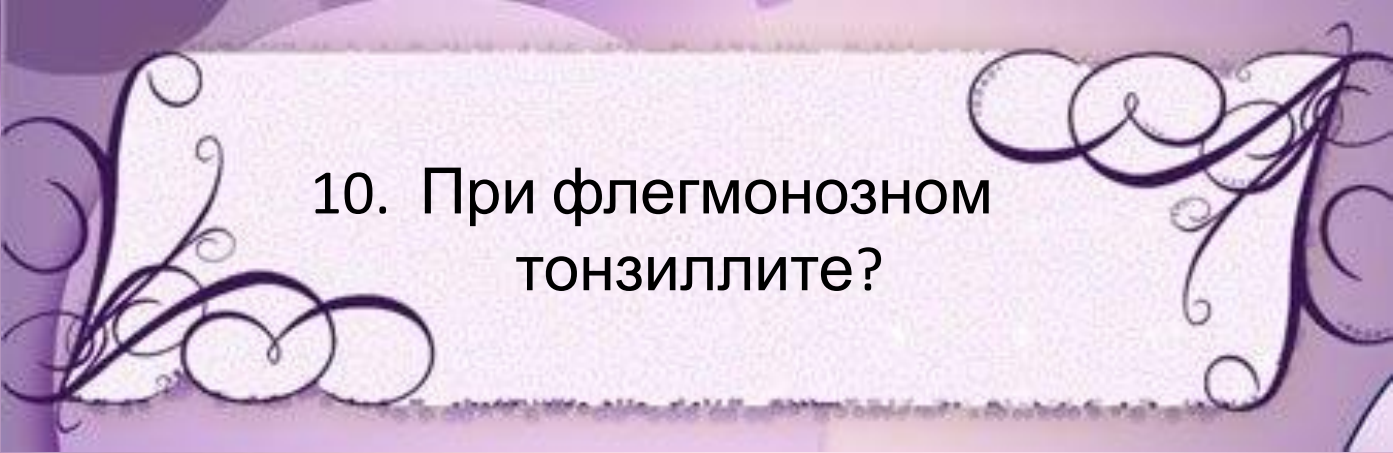


## 8. При катаральном тонзиллите?

- 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.

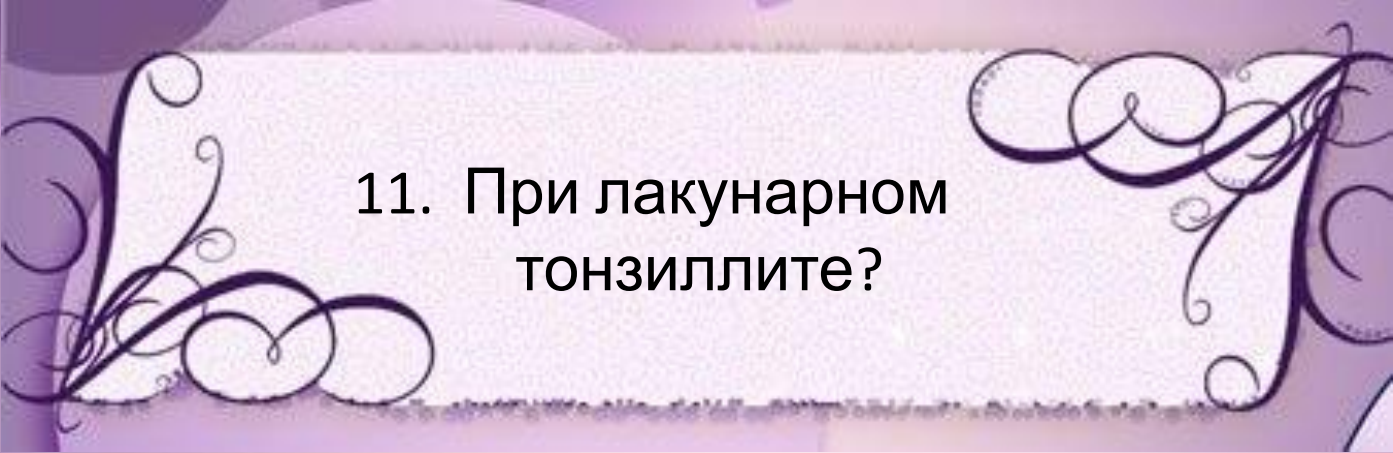
## 9. При фолликулярном тонзиллите?

- 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 миндалина.
- D. Наличие флюктуации при созревшей флегмоне.



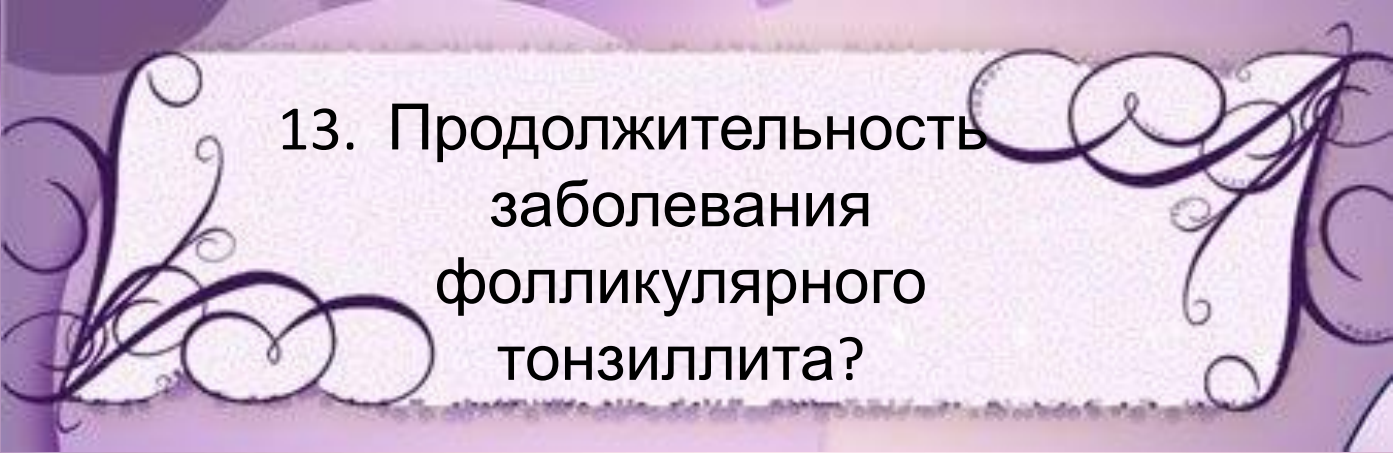
## 11. При лакунарном тонзиллите?

- 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.



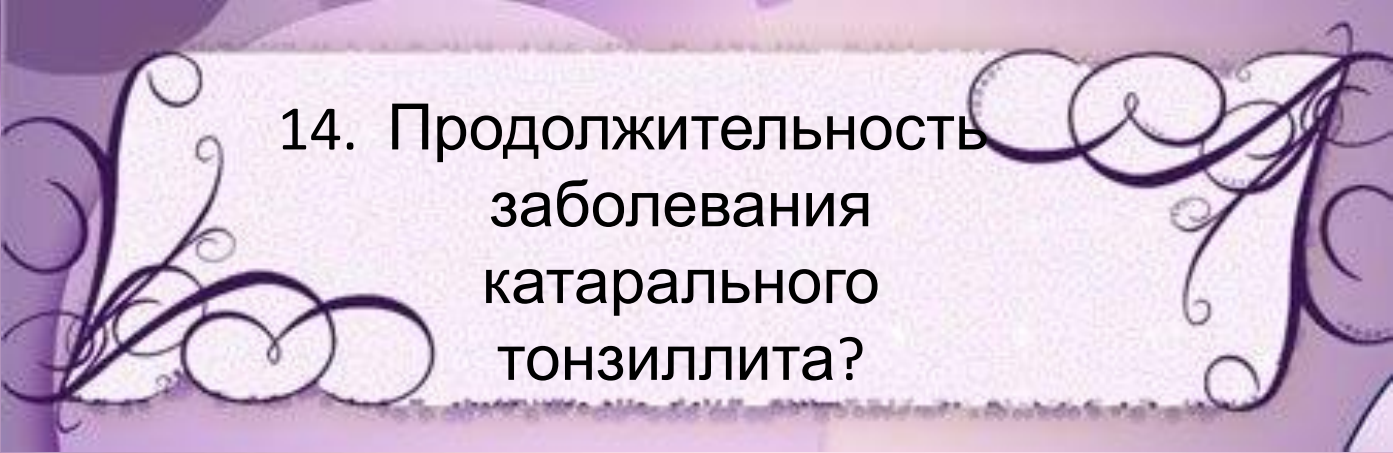
12. Продолжительность  
заболевания лакунарного  
тонзиллита?

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



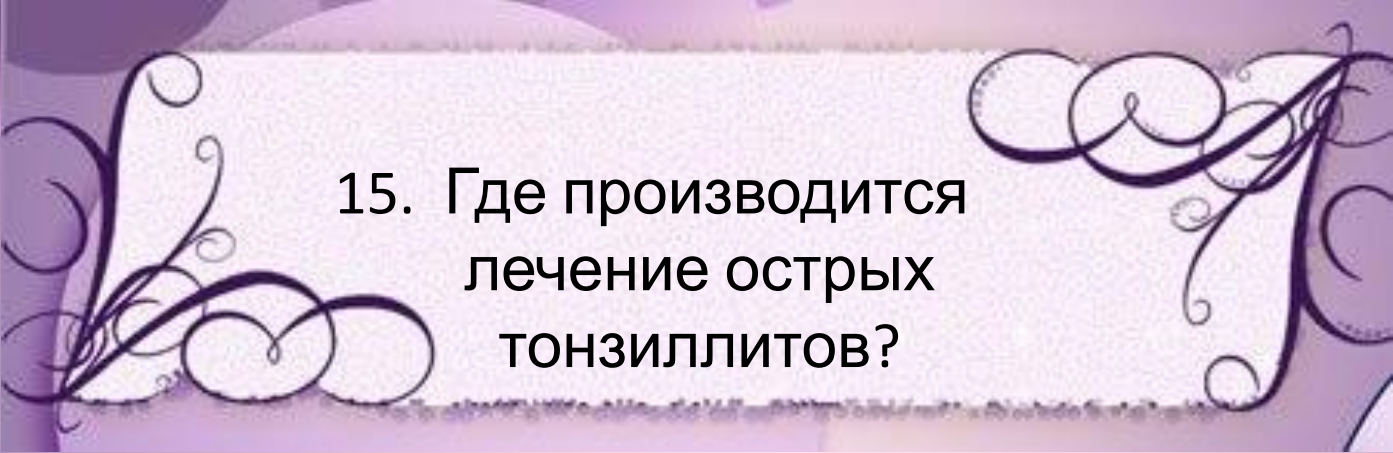
13. Продолжительность  
заболевания  
фолликулярного  
тонзиллита?

- 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!***