

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для проведения занятия со студентами 4 курса лечебного факультета
и факультета иностранных студентов по оториноларингологии

**Тема 2. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ГЛОТКИ. МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ**

Время 6 часов

Авторы:

заведующий кафедрой оториноларингологии
с курсом офтальмологии

к.м.н., доцент

И. Д. Шляга

доцент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

к.м.н.

Е. С. Ядченко

доцент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

к.м.н., доцент

Д. Д. Редько

ассистент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

А. В. Новик

Гомель, 2020

1. УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ, ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ

Для усвоения основного материала оториноларингологии необходимо повторение анатомии и физиологии глотки с клинической точки зрения и освоение методов диагностики заболеваний глотки.

Заболевания глотки широко распространены, особенно в детском и молодом возрасте, встречаются как самостоятельные заболевания и как синдромы других заболеваний, поэтому ими занимаются врачи различных специальностей: терапевты, педиатры, инфекционисты, оториноларингологии и др. Практически врачи любой специальности должны иметь определенные знания о болезнях глотки.

Цель занятия:

Изучить клиническую анатомию и физиологию глотки методы исследования.

Научить студентов распознавать клинические признаки заболеваний глотки, проводить диагностику и дифференциальную диагностику, определять тактику лечения. Проводить профилактику ранних и поздних осложнений.

Задачи занятия:

1. знать клиническую анатомию и физиологию глотки;
2. овладеть основными клиническими, лабораторными и лучевыми методами обследования пациентов с патологией глотки;
3. освоить методику проведения задней риноскопии (эпифарингоскопии), мезофарингоскопии, не прямой ларингоскопии (гипофарингоскопии);
4. изучить этиологию, патогенез, классификацию основных заболеваний глотки;
5. освоить диагностику заболеваний глотки;
6. уметь решать ситуационные задачи.

Студент должен знать:

1. клиническую анатомию и физиологию глотки;
2. основные методы исследования глотки;
3. принципы интерпретации лучевых методов исследования глотки;
4. этиологию, патогенез, классификацию основных заболеваний глотки;
5. клинические проявления основных заболеваний глотки;
6. методы диагностики, объем и последовательность проведения клинических и инструментальных исследований основных заболеваний глотки;
7. тактику и современные аспекты лечения основных заболеваний глотки;
8. причины развития ранних и поздних осложнений основных заболеваний глотки и методы их устранения.

Студент должен уметь:

1. составить алгоритм обследования пациента с патологией глотки;
2. интерпретировать данные инструментальных, лабораторных и лучевых исследований;
3. провести клиническое обследование пациента с заболеванием глотки;
4. сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе данных клинического и инструментального обследования.

2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Клиническая анатомия глотки, ее отделы, слои. Парафарингеальное, паратонзиллярное пространства. Заглоточное пространство, особенности его строения у детей. Пути распространения инфекции из глотки.
2. Клиническая анатомия носоглотки. Функциональная связь носоглотки со средним ухом. Клиническая анатомия ротоглотки. Значение мышц мягкого неба в речевой функции. Понятие об открытой и закрытой гнусавости. Гортаноглотка.
3. Клиническая анатомия небных миндалин. Функции небных миндалин: защитная, кроветворная, рецепторная (нервно-рефлекторные связи с сердцем, другими органами и системами). Стенение глоточного лимфоаденоидного кольца Пирогова-Вальдейера.
4. Методы исследования глотки.
5. Функции глотки: глотания, сосания, речевая, защитная, вкусовая.
6. Острый фарингит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика с ОРИ, тонзиллитом.
7. Хронический фарингит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Фарингомикоз. Особенности клиники, диагностики и лечения.
8. Острый тонзиллит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Шкала Сентор, Мак-Айзека. Современная схема лечения. Инфекционный мононуклеоз. Синдром Маршалла. Понятие об аутовоспалительных заболеваниях.
9. Хронический тонзиллит. Классификация И.Б.Солдатов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Местные и общие осложнения острого и хронического тонзиллита. Понятие о метатонзиллярной патологии. Показания для тонзиллэктомии.
11. Паратонзиллярный и парафарингеальный абсцесс. Клиника, диагностика, лечение.
12. Гипертрофия лимфоаденоидной ткани глотки.
13. Новообразования глотки. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Инородные тела, травмы глотки. Клиника, диагностика, лечение.

3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ

Студент должен овладеть следующими практическими навыками:

1. работа с налобным осветителем;
2. проведение орофарингоскопии, гипофарингоскопии, непрямой ларингоскопии;
3. пальпация лимфоузлов шеи;
4. интерпретация рентгенограмм, КТ, МРТ-грамм;
5. осмотр пациента с заболеванием глотки.

Задание для самоподготовки и СУРС

Цель работы: углубление основных теоретических и практических знаний по данной теме. Практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков орофарингоскопии.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с паратонзиллярным абсцессом. Для этого:
 - обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
 - ответить на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование больного, обоснуйте свой ответ;
 - обратите внимание на сроки выполнения вскрытия паратонзиллярного абсцесса;
2. Составить план обследования и определить лечебную тактику при ведении пациента с хроническим тонзиллитом. Для этого:
 - обратить внимание на диагноз по классификации Солдатова, обосновать его;
 - составить план обследования с обоснованием каждого назначения;
 - определить тактику лечения пациента, при необходимости оперативного лечения указать показания к операции;
 - составить план послеоперационного лечения.
3. Провести анализ истории болезни пациента с осложненным течением острого тонзиллита. Указать возможную причину, развившегося осложнения (поздняя обращаемость, ошибка в диагностике на догоспитальном этапе или в стационаре).
4. Работа в перевязочной, присутствие и ассистирование на операции.
5. Участие в дежурствах клиники.
6. Решение ситуационных задач.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ

Глотка делится на следующие отделы: носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка.

По отношению к позвоночнику носоглотка располагается на уровне I-II шейного позвонка, ротоглотка — III, гортаноглотка — IV-VI позвонка.

Носоглотка покрыта многорядным мерцательным эпителием, ротоглотка и гортаноглотка многослойным плоским эпителием.

Миндалины лимфаденоидного глоточного кольца: I-II небные, III глоточная, IV — язычная, V-VI — трубные. Функции: защитная (периферические рецепторы иммунной системы), кроветворная.

Функции глотки: сосание и глотание, голосо- и речеобразование, дыхательная, защитная, вкусовая.

Методы исследования всех отделов глотки: пальпация, задняя риноскопия, мезофарингоскопия, рентгенография носоглотки, морфологическое исследование, микроскопия, фиброскопия, непрямая и прямая ларингоскопия, пальцевое исследование носоглотки.

Строение небной миндалины: Небные миндалины располагаются между небными дужками в треугольной нише. Состоят: из паренхимы и стромы. Паренхима: фолликулы, тучные клетки, плазмocyты, лимфоциты, пронизана криптами (лакунами) до 3-4 порядка. Свободная поверхность-многослойный плоский эпителий, наружная — соединительнотканная капсула с трабекулами.

Глубокие, древовидные лакуны, нередко рубцово-суженные, создают благоприятные условия для развития хронического тонзиллита.

Заглоточное пространство: между задней стенкой глотки и предпозвоночной фасцией (от основания черепа до заднего средостения), окологлоточное: по бокам глотки, содержит сосудисто-нервный пучок и лимфатические узлы шеи, паратонзиллярное: между капсулой небной миндалины и средним сжимателем глотки.

По отношению к позвоночнику гортань располагается на уровне IV-VI шейного позвонка.

Парные: черпаловидные, рожковидные, клиновидные. Непарные: надгортанник, перстневидный, щитовидный образуют гортань.

Гортань граничит со следующими анатомическими образованиями: спереди в области надгортанника — корень языка, щитовидный и перстневидный хрящи. Мышцы (щитоподъязычная, грудинощитовидная, грудиноподъязычная), шейная фасция, подкожная жировая клетчатка и кожа; латерально: сосудисто-нервный пучок шеи; сверху — гортаноглотка, сзади шейная часть пищевода, снизу — переходит в трахею.

Мышцы гортани: наружные и внутренние. Внутренние мышцы: Расширители (дыхательные, абдукторы) — задние перстне-черпаловидные. *Суживатели* (аддукторы, фонаторы) — латеральные перстне-черпаловидные — замыкает передние 2/3; черпаловидная — две части (замыкает заднюю 1/3). Щиточерпаловидные — латеральная часть и медиальная голосовая. *Натягиватели* (тензоры): перстне-щитовидная передняя, голосовая; *Мышцы, управляющие надгортанником*: Черпалонадгортанная, щитонадгортанная (при сокращении надгортанник наклоняется).

Наружные мышцы: Подниматели гортани (подъязычноглоточная, шилоподъязычная, двубрюшная, подбородочноподъязычная, челюстноподъязычная, небно-глоточная, шилоглоточная, гортаноглоточная); опускающие: грудиноподъязычная, лопаточноподъязычная, грудино-щитовидная).

Слизистая оболочка гортани выстлана многоядным мерцательным эпителием, покрыты края (1,5-2 мм.) голосовых складок, черпаловидные хрящи, межчерпаловидное пространство, края черпалонадгортанных складок, верхний край надгортанника и наружная поверхность гортани — многослойным плоским неороговевающим.

Отделы гортани и их анатомические элементы. Верхний — вестибулярный: надгортанник, вестибулярные складки, черпалонадгортанные складки, область черпаловидных хрящей, межчерпаловидное пространство, гортанные желудочки. Средний: голосовые складки, голосовая щель (передняя и задняя комиссуры). Нижний (подголосовая полость) — передняя, боковые и задняя стенки.

Скопление желез в гортани: основание надгортанника, вестибулярные складки, подскладковое пространство. Лимфоидная ткань гортани: черпало-надгортанные складки, межчерпаловидное пространство, гортанный желудочек. Рыхлая подслизистая ткань гортани локализуется: подголосовая область, вестибулярные складки, черпалонадгортанные складки, язычная поверхность надгортанника, черпаловидный хрящ и задняя стенка гортани.

Фиброэластическая мембрана гортани — это соединительно-тканное образование, которое состоит из четырехугольной мембраны и эластического конуса, соединяет слизистую оболочку с надхрящницей.

Иннервацию гортани осуществляют следующие нервы. От *n. vagus* — *n. laryngeus superior* (две ветви чувствительная и двигательная). Чувствительная — иннервирует слизистую оболочку верхнего отдела гортани включая заднюю треть голосовой складки. Двигательная — переднюю щитоперстневидную мышцу и нижний сжиматель глотки. *N. laryngeus inferior* — (конечная ветвь *n. recurrens*) — две ветви: чувствительная — иннервирует слизистую оболочку передних двух третей голосовой складки и подскладочного пространства. Двигательная — все остальные внутренние мышцы гортани.

Функции гортани: дыхательная, голосообразующая, защитная.

Методы исследования гортани: осмотр наружных контуров, пальпация, прямая и непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, рентгенография (боковая и томография), стробоскопия, видеоларингоскопия, видеоларингостробоскопия, МРТ, УЗИ, морфологическое исследования.

При непрямой ларингоскопии визуализируется корень языка с язычной миндалинкой, надгортанник, валекулы, язычно-надгортанные складки, вестибулярные складки, голосовые складки, черпалонадгортанные складки, гортанные желудочки, вестибулярная и голосовая щели, межчерпаловидное пространство, верхушки черпаловидных хрящей, грушевидные синусы, подскладочное пространство, верхние кольца трахеи.

Отток лимфы из вестибулярного и голосового отдела гортани осуществляется в глубокие шейные лимфоузлы на уровне бифуркации общей сонной артерии и заднего брюшка двубрюшной мышцы. Из нижнего отдела — в лимфоузлы на конической связке, вдоль *v. uigularis interna* и претрахеальные лимфоузлы.

Периферический орган иммунитета, локализованный в ЖКТ, МВП, ВДП, носоглотке — **MALT система**.

Лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками — (MALT — *mucosa associated lymphoid tissue*).

К центральным органам иммунитета относятся: 1. костный мозг, 2. тимус (вилочковая железа).

В дополнение к массе периферической лимфоидной ткани, инкапсулированной в селезенке и лимфатических узлах, организм содержит значительное количество «свободной», не заключенной в соединительнотканную капсулу лимфоидной ткани, которая локализуется в стенках желудочно-кишечного, респираторного и урогенитального трактов и служит защитой от инфекции. Ее обозначают как лимфоидную ткань, ассоциированную со слизистыми покровами. У человека — это язычные, небные и глоточные миндалины и пейеровы бляшки тонкого кишечника, аппендикс. Считают, что лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками (MALT), образует особую секреторную систему, в которой циркулируют клетки, синтезирующие IgA и IgE.

Синдром Маршалла (PFAPA-синдром) — это заболевание преимущественно детского возраста (3 года), включающее периодическую лихорадку, афтозный стоматит, фарингит, шейную лимфаденопатию. Симптомами являются регулярно повторяющиеся эпизоды повышения температуры выше 39°C, боли в горле, язвенные поражения слизистой рта, увеличение шейных лимфоузлов.

Диагноз устанавливается на основании клиники, анализов крови, посевов отделяемого из зева, исключения других возможных причин рецидивирующей лихорадки. Лечение ограничено глюкокортикоидами или жаропонижающими препаратами, так как антибиотики и противовирусные средства неэффективны. В редких случаях проводится тонзиллэктомия.

Этиология остается неизвестной. Сегодня PFAPA-синдром рассматривается как полигенное или мультифакториальное заболевание, при котором модифицирующую роль играют генетические, средовые факторы, возможные особенности реагирования организма на инфекцию.

Патогенез не установлен. Современные исследователи относят PFAPA-синдром к системным аутовоспалительным заболеваниям. Их отличием от аутоиммунных являются генетически обусловленные особенности протекания воспалительной реакции и реагирования иммунитета, а не механизмы синтеза антител и активации Т-лимфоцитов при контакте с антигеном. Наличие мутации гена нарушает функцию контроля процесса воспаления. Характеризуются непровоцируемыми приступами воспаления и манифестирующих лихорадкой и клиническими симптомами, напоминающими ревматические, но при этом отсутствуют аутоиммунные или инфекционные причины. Данная патология иммунной системы связана с активацией и поддержанием воспаления в системе врожденного иммунитета, преимущественно в моноцитах и макрофагах.

Клиническая картина представляет собой лихорадочные эпизоды, которые повторяются каждые 2-12 недель (средний цикл 28 дней). Температура чаще повышается внезапно, лихорадка достигает высоких цифр (от 40 до 41°C). Иногда за сутки перед повышением температуры появляется общая слабость, астения, снижение аппетита. Затем присоединяется афтозный стоматит, при котором появляются мелкие (до 5 мм) язвенные поражения слизистой полости рта — афты. Фарингит характеризуется болью в горле, гиперемией слизистой глотки. В типичных случаях развивается лимфаденит — лимфоузлы в области шеи увеличиваются, становятся болезненными при пальпации.

В 43-48 % наблюдений симптомы возникают все вместе, чаще всего встречается стоматит (55 %). Крайне редко пациентов беспокоит головная боль, тошнота, рвота, вздутие живота. На 4-5 сутки температура тела нормализуется, воспалительные явления разрешаются. Интервалы между атаками составляют от 2 до 7 недель. Со временем межприступные промежутки могут удлиняться. Особенностью протекания лихорадки является то, что при температуре 40°C общее самочувствие детей остается относительно удовлетворительным. Между эпизодами восстанавливается аппетит, набирается потерянная масса тела. Рост, общее психоэмоциональное развитие не

страдает. Течение заболевания доброкачественное, атаки обычно прекращаются к подростковому возрасту.

Осложнений синдрома Маршалла описано не было. Долгосрочных исследований у пациентов не проводилось. Однако на фоне афтозного стоматита, фарингита возможно присоединение вторичной инфекции, что может привести к развитию тонзиллита, заглоточного абсцесса, отита, гнойного медиастинита. Длительно текущий воспалительный процесс повышает риск возникновения амилоидоза. Кроме того, рецидивирующие эпизоды лихорадки оказывают изнуряющее действие, вынуждают ребенка пропускать школьные занятия, могут привести к неуспеваемости.

Диагностика. На данный момент нет специфических анализов для установления синдрома Маршалла.

В период лихорадки общий анализ крови выявляет лейкоцитоз с повышением нейтрофилов, ускорение СОЭ. В периоды между приступами все воспалительные параметры нормализуются. Также во время атак повышается уровень С-реактивного белка. Остальные показатели в пределах нормы.

Методы лечения все еще являются предметом споров. Антибиотикотерапия, применение противовирусных, антигистаминных препаратов не имеют эффективности; НПВС обладают только кратковременным жаропонижающим эффектом. На сегодняшний день для терапии PFAPA-синдрома успешно используются: **Кортикостероиды.** Одна или две дозы преднизолона (1-2 мг/кг), бетаметазона (0,1-0,2 мг/кг) могут резко прекратить приступы лихорадки в течение нескольких часов. Другие сопутствующие симптомы требуют больше времени для разрешения. Стероиды применяются только во время приступов, указанные дозировки не вызывают токсических эффектов. Глюкокортикоидная терапия не предотвращает рецидивы. **Тонзиллэктомия.** Является радикальным методом, который приводит к полному излечению. Операция должна выполняться только в случае непереносимости или неэффективности стандартной лекарственной терапии. Специфических методов **профилактики** не существует. Пациентам, страдающим данным синдромом, рекомендовано применять витамин Д3 в дозе 400 МЕ в зимнее время.

Острый тонзиллофарингит — инфекционный процесс, локализованный в лимфоидной ткани ротоглотки, преимущественно в небных миндалинах.

Этиология:

40 % — вирусы аденовирусы человека или вирус Эпштейн-Барр;

30 % — β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА);

30 % — возбудитель не определен.

Инфекционный мононуклеоз — увеличение печени, селезенки, лимфаденит (прием амоксициллина вызывает у больного кожную сыпь — аллергические реакции).

Вирусы: адено-, рино-, коронавирусы, парагриппа, Эпштейн-Барра, герпеса 6-го типа.

Бактериальные возбудители: стрептококки группы А, С и G, гемофильная палочка, анаэробы, атипичные патогены, спирохеты.

β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) как причина фаринготонзиллита у детей — 5-10 % всех случаев заболеваний.

Актуальность ранней диагностики стрептококковой (БГСА) этиологии тонзиллита:

- необходимость своевременной и рациональной антибактериальной терапии;
- профилактика осложнений (острая ревматическая лихорадка, острый гломерулонефрит).

Клинические отличия стрептококкового тонзиллита от вирусного:

- отсутствие кашля, ринита, конъюнктивита;
- увеличение и болезненность лимфоузлов в области угла нижней челюсти (зачелюстные л/у);
- гнойные налеты в лакунах миндалин в первые сутки болезни;
- при вирусных тонзиллитах налеты обычно появляются на 3-4 день болезни.

Шкала CENTOR, в модификации Мак-Айзека — шкала оценки клинических признаков, наиболее характерных для БГСА инфекции.

по 1 баллу присваивается:

- температура выше 38,0°C,
- отсутствие кашля;
- увеличение и боль шейных лимфоузлов;
- отечность миндалин с наличием или отсутствием налетов.

Возраст больного:

- с 3 до 15 лет — 1 балл;
- с 15 до 45 лет — 0 баллов;
- старше 45 лет — минус 1 балл.

Это связано с возрастным несовершенством лимфоидной ткани глотки у детей и ее возрастной инволюцией после 50 лет.

При максимальной оценке 4-5 баллов вероятность БГСА-инфекции составляет 51-53 %, рекомендуется назначать эмпирическую антибактериальную терапию и проводить культуральное исследование.

Лабораторная диагностика стрептококкового тонзиллита:

- культуральный метод — обнаружение в посевах слизи из ротоглотки β-гемолитического стрептококка;
- серологический — нарастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизину О — АСЛО);
- «Стрептатест» — метод экспресс-диагностики стрептококкового антигена в мазках с поверхности миндалин, без предварительного выделения чистой культуры возбудителя. Проводится «у постели больного».

Чувствительность метода по данным литературы — 60-80 %, специфичность — более 95 %.

	Экспресс-диагностика «Стрептатест»	Выделение Str. pyogenes в монокультуре	АСЛО (более 200ЕД/мл)
Результат	через 10 минут	через 24-48 часов	через 7-10 дней от Начала заболевания

Для назначения системных антибиотиков необходимо, чтобы у пациента отмечалось наличие двух или трех критериев *R. Centor*. В Канаде большинство семейных врачей пользуются при назначении системной антибиотикотерапии шкалой Мак-Айзека, который помимо критериев *R. Centor* предлагает учитывать возраст пациента, отталкиваясь от того, что стрептококковый ОТФ поражает группу пациентов до 15 лет. Желание врача перестраховаться и назначить системный антибиотик при вирусном ОТФ ведет к повышению резистентности микроорганизмов и к риску развития нежелательных явлений антибиотикотерапии.

Стрептококковая инфекция характеризуется многообразием проявлений от бессимптомного носительства возбудителя до манифестных форм. В последнее время помимо бактериологического метода для подтверждения стрептококковой этиологии все чаще используется экспресс-тест на β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Выделение стрептококков не всегда свидетельствует об их причастности к патологии, т.к. довольно часто человек является здоровым носителем возбудителя. На долю носительства приходится 10-28 % случаев. Для дифференциальной диагностики требуется правильная оценка эпидемиологических и клинических данных с обязательным серологическим исследованием определением АСЛО в парных сыворотках с интервалом 7-10 дней. Снижается через 6-12 месяцев. Отсутствие нарастания антител говорит о носительстве. Носители БГСА в большинстве случаев не нуждаются в антибактериальной терапии. Однако при наличии в анамнезе или риске развития ревматической лихорадки (эпид. Вспышки, особенно в закрытом коллективе), острого постстрептококкового гломерулонефрита антибактериальная терапия необходима.

При рецидивирующей стрептококковой инфекции м. б. внутриклеточное инфицирование *S. pyogenes*, когда нет ответа на пенициллинотерапию назначаем макролиды.

Хронический тонзиллит.

Диагноз хронического тонзиллита устанавливается при наличии частых ангин, наличие местных признаков хронического тонзиллита, а также при наличии местных и общих осложнений. Осложнения хронического тонзиллита:

1. местные осложнения: паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, парафарингеальный абсцесс, шейный лимфаденит;
2. общие осложнения: ревматизм, неспецифический инфекционный полиартрит, гломерулонефрит, миокардит, НЦД, миокардиодистрофия, сепсис, субфебрилитет.

Показаниями для тонзиллэктомии в США и в Европе по руководству «up to date» 2014 г. являются критерии *J. Paradise*. Изначально эти критерии были предложены для детей, а позже их предложили использовать и для взрослых. Критериями *J. Paradise* для тонзиллэктомии являются: 3 эпизода ежегодно в течение 3 лет, 5 эпизодов ежегодно в течение 2 лет или 7 эпизодов ОТФ в год. Каждый эпизод тонзиллофарингита должен быть четко задокументирован врачом с указанием критериев *R. Centor*; первый эпизод ПТА с предшествующими ему 3 эпизодами

острого тонзиллита в предыдущем году; значительная обструкция верхних дыхательных путей при лечении первого эпизода ПТА; повторный ПТА; обструкция дыхательных путей в связи с острой инфекцией из-за увеличенных небных миндалин. Эти критерии показаний для хирургического лечения при ОТФ были предложены для профилактики тонзиллогенных осложнений.

АСЛО не является показанием к тонзилэктомии.

Для местной консервативной терапии хронического тонзиллита необходимо использовать ЛП, разрушающие биопленки: иодиол, хлоргексидин, фурациллин.

Казеозные пробки — результат «физиологического воспаления». Выход его из-под контроля приводит к клинике тонзиллофарингита

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ

Лечение острого тонзиллита.

1. Постельный режим, обильное теплое питье, щадящая диета.
2. Антибактериальная терапия: амоксициллин, амоксиклав, спиромицин при непереносимости пенициллинов; при госпитализации — цефтриаксон.
3. Нестероидные противовоспалительные: парацетамол, ибупрофен.
4. Местные антисептики полости рта: орошения (гексаспрей), полоскания (раствор фурацилина, настои трав), рассасывание (гексализ). Налеты не снимать!!!
5. Согревающий компресс на область шеи.

Лечение острого фарингита.

1. Обильное теплое питье, щадящая диета.
2. Местные антисептики полости рта: орошения (ингалипт), полоскания (раствор фурацилина, настои трав), рассасывание (септефрил, фалиминт), смазывание задней стенки глотки раствором Люголя.

3. Нестероидные противовоспалительные: парацетамол, ибупрофен.

4. Ингаляции с настоями и отварами трав, сложные с фурацилином.

Лечение острого ринофарингита(аденоидита) у детей.

5. Обильное теплое питье, щадящая диета.
6. Антибактериальная терапия местно: полидекса с фенилэфрином, изофра, фраминазин.

7. Нестероидные противовоспалительные: парацетамол, ибупрофен.

8. Гипосенсибилизирующие: фенкарол, диазолин, лоратадин.

9. Сосудосуживающие капли в нос: ксиламетазолин.

10. Отхаркивающие: флюдитек, синупрет, амброксол.

11. УФО, ингаляции с настоями и отварами трав, сложные с фурацилином.

12. Горчичники, ножные ванны.

Лечение дифтерии.

1. Срочная госпитализация в инфекционное отделение.
2. Противодифтерийная сыворотка: легкая форма — 20000 МЕ, средняя — 40000 МЕ, тяжелая — до 100000 МЕ/сут.
3. Антибактериальная терапия: амоксициллин, амоксиклав, макролиды.
4. Местные антисептики полости рта.

5. Симптоматическое лечение.

Лечение паратонзиллитов, парафарингитов, абсцессов.

1. Госпитализация.
2. Постельный режим, обильное теплое питье, щадящая диета.
3. Антибактериальная терапия: защищенные пенициллины, цефалоспорины 2-3 поколения.
4. Нестероидные противовоспалительные: ибупрофен.
5. Местные антисептики полости рта.
6. Гипосенсибилизирующие: фенкарол, диазолин, лоратадин.
7. Дезинтоксикационная терапия.
8. CaCl_2 на 40 % глюкозе внутривенно струйно.
9. При абсцессе производится пункция паратонзиллярной клетчатки и вскрытие.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Оториноларингология: учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по мед. специальностям / под ред. А. П. Тимошенко, [авт.: П. А. Тимошенко, В. С. Куницкий, А. Ч. Буцель, О. Г. Хоров, И. Д. Шляга]. — Минск: Вышэйшая школа, 2014. — 432 с.: ил., [8] л. цв. ил., фот., табл. — Допущено М-вом образования РБ.

2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 581 с. : цв. ил., фот., цв. фот.

3. Bansal, M. Essentials of ear, nose and throat / M. Bansal; Mohan Bansal. — New Delhi [et al.]: Jaypee brothers medical publishers, [2016]. — 522 p.: col. foto, ill., scheme, tab.

4. Logan Turner's diseases of the nose, throat and ear: head and neck surgery / ed. by S. Musheer Hussain. — 11th ed. — Boca Raton [et al.]: CRC Press, [2016]. — 731 p.: ill., scheme, tab., col. foto.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс]: национальное руководство: краткое издание / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 544 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html/>. — Дата доступа: 21.08.2020.

2. Заболевания верхних дыхательных путей и уха: справочник практикующего врача [Электронный ресурс] / Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 256 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425473.html/> — Дата доступа: 21.08.2020.

3. Обследование оториноларингологического больного [Электронный ресурс]: руководство / Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М., Зеликович Е. И. — М.: Литтерра, 2014. — 336 с. (Серия «Практические руководства»). — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501051.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

4. Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. В. Т. Пальчуна — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 656 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

5. Оториноларингология [Электронный ресурс] / В. В. Вишняков — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 328 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430132.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

6. Оториноларингология [Электронный ресурс] / Под ред. В. Т. Пальчуна, А. И. Крюкова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 368 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423370.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

7. Перфорация перегородки носа и ее лечение [Электронный ресурс] / Г. З. Пискунов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 72 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436516.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

8. Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии [Электронный ресурс] / под ред. В. Т. Пальчуна, А. И. Крюкова, М. М. Магомедова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста»). — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434741.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

9. Шляга, И. Д. Сборник ситуационных задач по оториноларингологии: учеб.-метод. пособие для студентов 4-6 курсов всех фак. мед. вузов / И. Д. Шляга, А. Ю. Масленникова, М. О. Межейникова; УО«ГомГМУ», каф. оториноларингологии с курсом офтальмологии. — Гомель: ГомГМУ, 2016. — 46 с.

10. Наumenко, А. Н. Неотложная помощь в оториноларингологии: учеб. пособие для врачей-интернов и врачей-слушателей / А. Н. Наumenко, В. М. Васильев, Ю. В. Деева. — Киев: ВСИ «Медицина», 2017. — 150 с.

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2006 № 484 «Клинические протоколы диагностики и лечения детского населения с болезнями уха, горла, носа».

ЭЛЕКТРОННЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ

1. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека = Consultant of the doctor. Electronic medical library [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ООО «ИПУЗ». — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>. — Дата доступ 21.08.2020.

2. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза = Student consultant. Electronic library of medical high school [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ООО «ИПУЗ». — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/> — Дата доступа: 21.08.2020.

3. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU = Scientific electronic library eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://elibrary.ru/> — Дата доступа: 21.08.2020.

4. Oxford Medicine Online [Electronic resource] / Oxford University Press. — Access mode: www.oxfordmedicine.com/ — Date of access: 21.09.2020.

5. Springer Link [Electronic resource] / Springer International Publishing AG. — Access mode: <https://link.springer.com/>. — Date of access: 21.08.2020.