

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Кафедра педиатрии дополнительного профессионального
образования и пропедевтики педиатрии

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ**

доц. Грабарь И.В., проф. Давидчук Г.Н.,
доц. Миргородская А.В.

■ **Хронический тонзиллит (ХТ)** - инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией.

J 35.0 Хронический тонзиллит



Актуальность

Хронический тонзиллит:

- от 4 до 9% среди всех заболеваний у детей;
- 43% в группе часто болеющих детей;
- от 54% до 79% в группе детей, страдающих хроническими заболеваниями ЛОР-органов.

Заболееваемость тонзиллитом в возрасте до 3-х лет составляет 2–3 %, а к 12 годам увеличивается до 12–15 %.

ЭТИОЛОГИЯ

ХТ - полиэтиологическое заболевание.

В посевах со слизистой оболочки небных миндалин:

Микробные ассоциации стрептококка (β -гемолитический стрептококк группы А – *S.pyogenes*), стафилококка (*S.aureus*), неферментирующих бактерий, грибов рода *Candida*.

Вирусы - аденовирус, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус.

Персистирующая микоплазменная и хламидийная инфекции.

Хронический тонзиллит - результат длительного взаимодействия инфекционного агента и макроорганизма на фоне измененной общей реактивности при недостаточно сформированном иммунитете и АТО небных миндалин.
ВЕДУЩАЯ РОЛЬ – измененная реактивность организма (аллергия, аутоиммунный процесс), а не инфекционный фактор!!!!



Факторы риска

Эндогенные факторы - нарушение носового дыхания, аденоидит, риносинусит, воспалительные заболевания зубов и десен, вегетативная дисфункция и аллергия, патология ЖКТ (ГЭРБ).

Экзогенные факторы – общее и местное переохлаждение, нерациональное питание, недостаток витаминов группы В, неблагоприятные условия труда и быта, профессиональные и бытовые загрязнения воздуха.

«Семейный» характер хронического тонзиллита связывают с сочетанием наследственных особенностей ребенка и влияния сходных условий внешней среды.

Группы риска

- ❖ Носители патогенной микрофлоры.
- ❖ Дети с низкой массой тела, привыкшие к несбалансированному питанию.
- ❖ Дети с иммунодефицитными состояниями.
- ❖ Дети, подверженные частым переохлаждениям.
- ❖ Дети с аллергическими реакциями.

КЛАССИФИКАЦИЯ

по И.Б. Солдатову

1. Неспецифический:

- компенсированная форма
- декомпенсированная форма

2. Специфический

по Б.С. Преображенскому — В.Т.

Пальчуну

1. простая форма

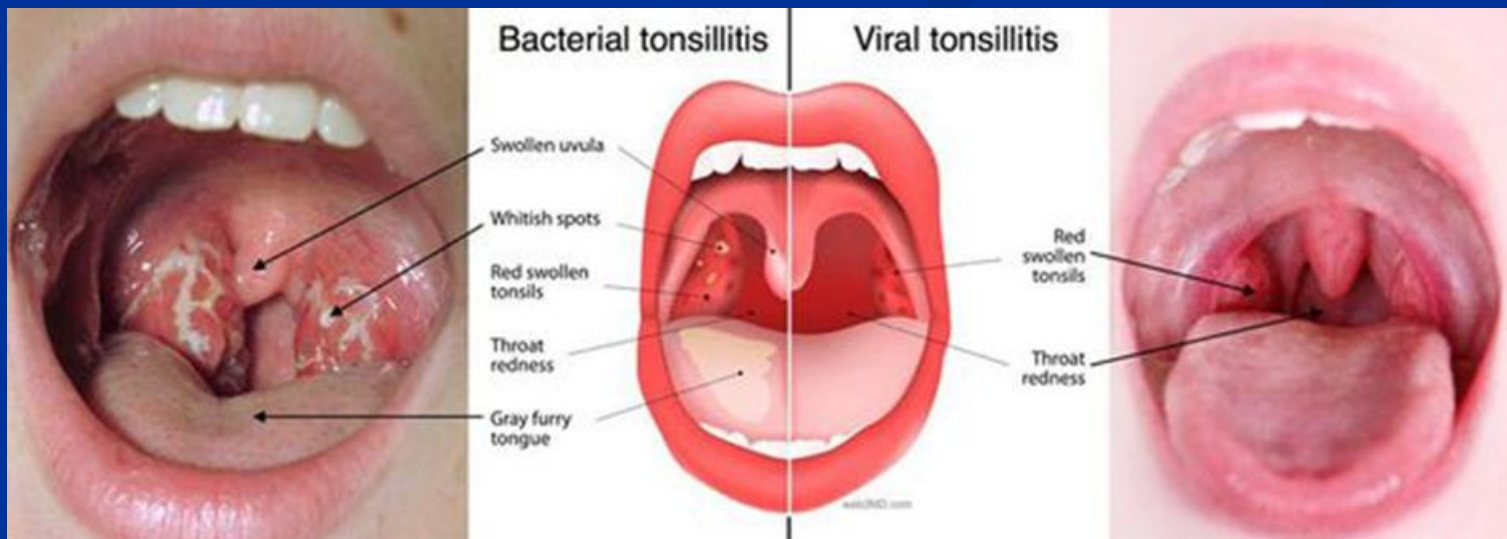
2. токсико-аллергическая форма (ТАФ)

- 1 степени
- 2 степени

ДИАГНОСТИКА

Жалобы:

1. Боль в горле.
2. Неприятный запах изо рта.
3. Повторяющиеся ангины.
4. Общая слабость, утомляемость.
5. Боль в крупных суставах: коленных, локтевых, плечевых.



ДИАГНОСТИКА

Местные признаки

1. Покраснение горла, отек небных дужек, валикообразное утолщение верхних отделов дужек (*признак Гизе, признак В.Н. Зака, признак Б.С. Преображенского*).
2. Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками.
3. Разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины.
4. Выход казеозных пробок при нажатии на миндалины.
5. Увеличение регионарных лимфатических узлов.



❖ *Компенсированная (простая) форма* - местные признаки ХТ, клинической симптоматики нет или нечеткая.

❖ *Декомпенсированная (ТАФ) форма* - местные признаки ХТ + системные: астенический синдром, длительный субфебрилитет, боль в суставах, отклонения в лабораторных показателях, признаки состояний, патогенетически связанных с ХТ, что проявляется различными видами декомпенсации.

❖ Вид декомпенсации указывается в полном клиническом диагнозе и имеет существенное значение в определении лечения больного ХТ.

Виды декомпенсации ХТ:

1. рецидивы ангин;
2. паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс;
3. тонзиллогенная интоксикация (длительный субфебрилитет, недомогания, снижения трудоспособности);
4. тонзиллогенные функциональные нарушения со стороны внутренних органов;
5. заболевания отдельных органов и систем, патогенетически связанные с хроническим тонзиллитом (тонзиллогенные, «метатонзиллярные», «сопряженные» с ХТ).

Регионарные заболевания, обусловленные ХТ:

- паратонзиллярный,
парафарингеальный и
заглоточный абсцессы;
- шейный лимфаденит;
- медиастениты;
- воспаление среднего уха и
околоносовых пазух.

Общие заболевания:

Острый и хронический тонзиллогенный сепсис.

Ревматизм, формирование пороков сердца.

Гломерулонефрит.

Инфекционный неспецифический полиартрит.

Псориаз.

Детские аутоиммунные нейропсихические расстройства.

Расстройства движения (хорея, тики, дистония).

Психические нарушения (эмоциональные).

Расстройства сна.

Инфекционно-аллергические заболевания.

Лабораторная диагностика

Клинический анализ крови

Клинический анализ мочи

Определение титров АСЛ-О, содержания СРБ; уровня РФ, прокальцитонина

Бактериологическое исследование

ЭКГ

Консультация ревматолога, кардиолога, нефролога и других профильных специалистов

ЛЕЧЕНИЕ

- Перед началом любого вида лечения ХТ рекомендовано провести санацию зубов, околоносовых пазух и носоглотки.
- Диета, борьба со стрессом



- Антибактериальная терапия при подтвержденной БГСА-инфекции или повышенные показатели АСЛО при отрицательных результатах посевов на БГСА
- ❖ Бициллин -5 Детям дошкольного возраста — 750000 ЕД, школьного возраста 1500000 ЕД в/м 1 раз в 4 недели.
- ❖ Бициллин -3 Детям дошкольного возраста — 300000 ЕД, школьного 600000 ЕД в/м 1 раз в неделю (трижды).

❖ Бактериофаг стафилококковый -

иммунобиологический препарат, обладает способностью специфически лизировать стафилококковые бактерии

Применяется внутрь 15-20 мл, 2-3 раза в день, 7-20 дней. Можно совмещать с местным применением (орошения, полоскания).

❖ Иммуноглобулин человека антистафилококковый

концентрированный раствор очищенной фракции иммуноглобулинов, содержащей антитела к стафилококковому экзотоксину. Применяется в/м, минимальная разовая доза препарата составляет 100 МЕ.

Курс лечения состоит из 3–5 инъекций, проводимых ежедневно или через день.



Системная иммунокорректирующая терапия

- 1) препараты микробного происхождения – бактериальные лизаты с системным и местным эффектом (Исмиген, Бронхомунал, ИРС-19, Имудон), комбинированный препарат с рибосомами и мембранными фракциями (Рибомунил);
- 2) пептидные препараты – тимоген, тималин и др.;
- 3) цитокины и препараты на их основе – интерферон, реаферон;
- 4) синтетические препараты – полиоксидоний, ликопид и др.;
- 5) препараты на основе природных средств – на растительной основе (эхинацея, тонзилгон, тонзилотрен).

Полиоксидоний (азоксимера бромид) - иммуномодулирующее, детоксицирующее, антиоксидантное, противовоспалительное действие. Механизм - прямое воздействие на фагоцитирующие клетки. С 3-10 лет по 1/2 таблетки 1 в день, старше 10 лет- по 1 таб. 1 в день, 10 дней.

Ликопид - активатор врожденного и приобретенного иммунитета. Принимают 3 курсами по 1 таблетке 1 раз в сутки под язык в течение 10 дней с перерывом между курсами в 20 дней.

НПО ПЕТРОВАКСФАРМ

Азоксимера бромид

ПОЛИОКСИДОНИЙ®



Взрослым и детям

- имму
- дето
- анти



ЛИКОПИД®

АКТИВАТОР ИММУНИТЕТА

10 таблеток

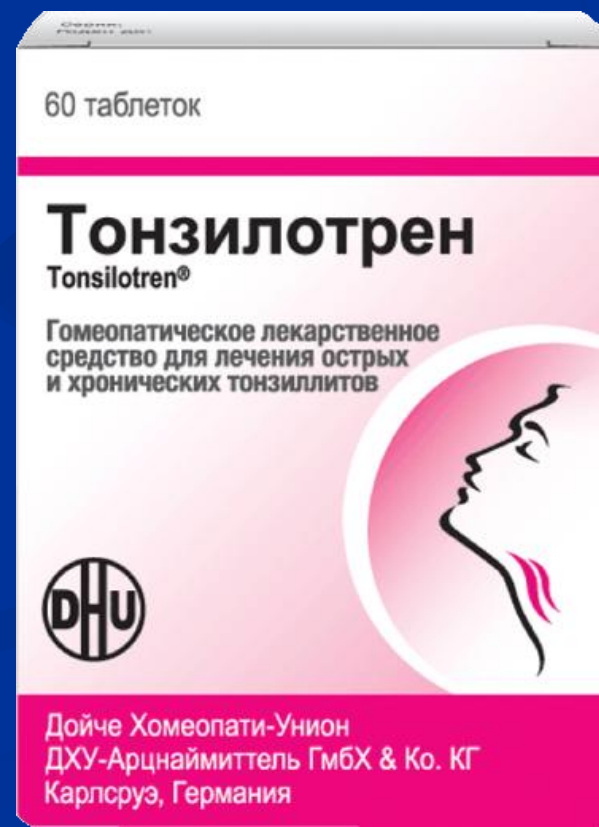
10 мг

1 таблетка содержит 10 мг ГМДП
(глюкозаминилнурамилдипептид)
для приема внутрь



Тонзилотрен — комплексный препарат, действие которого направлено на устранение симптомов воспаления, уменьшение гипертрофии небных и носоглоточной миндалин, а также регионарных лимфоузлов за счет улучшения дренажа лимфоидной ткани и иммуномодулирующего эффекта.

**Применение: по 1
таблетке 3 раза в день
(одновременно с курсом
промывания лакун миндалин
и физиотерапией)
в течение 6 недель.**



**Тонзилгон® Н обладает
противовоспалительным и
антисептическим действием,
оказывающий комплексное действие на
ключевые звенья
патогенеза ХТ, курсами в межреци-
дивный период с целью профилак-
тики рецидивов острого тонзиллита.
Дети школьного возраста
(старше 6 лет): по 1 таблетке 3 раза
в день.**



Местное лечение

❖ Промывание миндалин.

Курсы целесообразно сочетать с гипосенсибилизирующей терапией длительностью от 7 дней до 1 месяца.

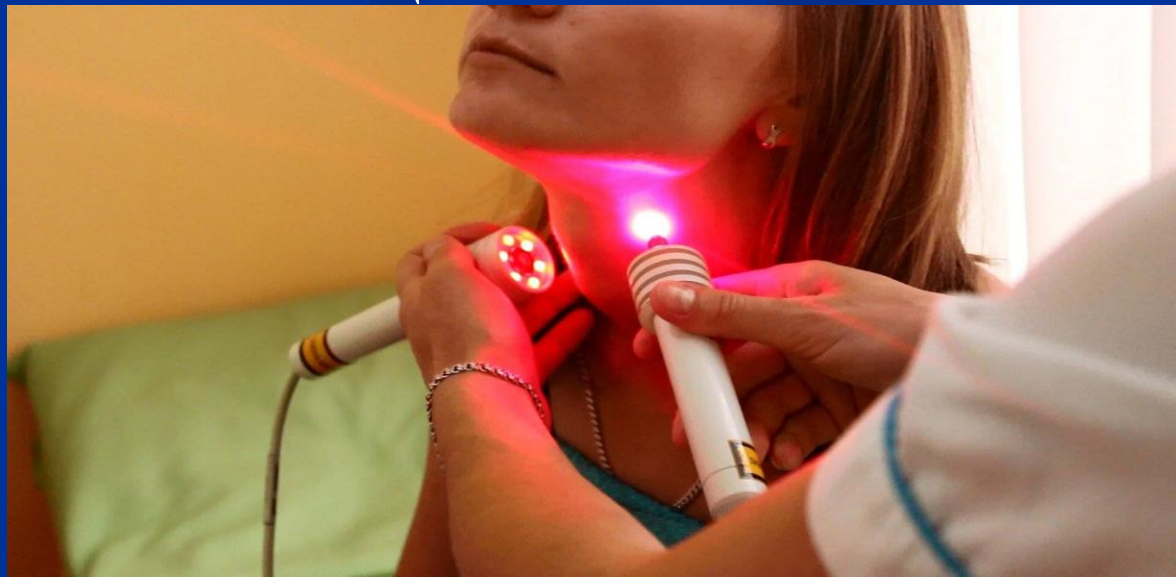
Предпочтение отдается антигистаминным препаратам 2-го поколения (фенистил, лоратадин).

❖ **Рассасывания пастилок** и таблеток, содержащих антисептики, растительные экстракты, лизоцим.

❖ **Смазывания миндалин** (растворами йодсодержащих препаратов, препаратов серебра, масляным раствором хлорофиллипта и т. п.), выполняемые после промывания лакун миндалин курсом 10–15 процедур.

Физиотерапия

- Физиотерапевтическое лечение применяется в терапии ХТ в межрецидивный период воздействуя ультрафиолетовым излучением, ультразвуковой, магнито-, лазеро-, светотерапией и др. С помощью физиотерапевтических устройств облегчается введение лекарственных веществ в ткани.



❖ *Лазерная терапия* — позволяет повысить иммунитет небных миндалин без какого-то ни было лекарственного воздействия.

Используется инфракрасный лазер. Разные длины волн воздействуют на разную глубину тканей. Лазер улучшает кровообращение в зоне воздействия — кровь начинает свободно циркулировать, с ее током приходят клетки для борьбы с воспалением (2 сеанса в год на протяжении 3-4 лет).

❖ *Терапия синусоидально модулированного тока (СМТ) - на область подчелюстных л/у аппаратом «Амплипульс-3» с предварительным смазыванием небных миндалин раствором йоддицирина (5мг/г). Длительность курса лечения 10 дней по 1 сеансу в день по 10 минут.*



Профилактика и диспансерное наблюдение

Профилактические мероприятия :

устранение факторов риска;

закаливание;

санитарно-просветительская работа с

населением по разъяснению причин

возникновения тонзиллитов; своевременное

лечение заболеваний зубов, десен, патологии

ушей, носа и околоносовых пазух;

восстановление нарушенного носового

дыхания

Курсовое консервативное лечение

- ❖ при компенсированной форме ХТ осуществляется 2 раза в год;
- ❖ при декомпенсированной форме ХТ осуществляется 3-4 раза в год.

При отсутствии рецидивов острого тонзиллита и других признаков декомпенсации ХТ в течение 3-х лет пациент снимается с диспансерного учета.

ЗАБУДЬТЕ ОБ АНГИНЕ НАВСЕГДА



Спасибо за внимание

