**ПЛАН:**

**1.** Определение понятия "хронического тонзиллита".

**2.** Краткая характеристика заболевания.

**3.** Классификация.

**4.** Методы консервативного лечения.

**5.** Тонзиллэктомия.

**6.** Общая терапия.

**Определение понятия "хронического тонзиллита".**

Среди миндалин лимфаденоидного глоточного кольца хроническое воспаление небных миндалин встречается намного чаще, чем все остальных вместе взятых, поэтому под термином "хронический тонзиллит" всегда подразумевают хронический воспалительный процесс в небных миндалинах. По данным разных авторов, хронический тонзиллит среди взрослого населения встречается в 4-10% случаев, а среди детского - около 12-15%.

Под влиянием неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды снижается сопротивляемость организма, нарастают вирулентность и патогенность микрофлоры в лакунах миндалин, что ведет к возникновению ангины и хронического воспаления в миндалинах.

При хроническом тонзиллите в миндалинах обнаружено около 30 сочетаний различных микробов, однако в глубоких отделах лакун обычно нет большой полиморфности флоры; чаще здесь обнаруживается монофлора - различные формы стрептококка (особенно гемолитического), стафилококка и др. При хроническом тонзиллите в миндалинах могут встречаться ассоциации непатогенных микробов. В детском возрасте в удаленных миндалинах нередко находят аденовирусы, которые могут играть определенную роль в этиологии и патогенезе хронического тонзиллита. Таким образом, хронический тонзиллит следует относить к собственно инфекционным заболеваниям, обусловленным, в большинстве случаев, аутоинфекцией.

Наиболее часто хронический тонзиллит начинается после ангины. При этом острое воспаление в тканях миндалин не претерпевает полного обратного развития, воспалительный процесс продолжается и переходит в хроническую форму. В редких случаях хронический тонзиллит начинается без предшествующих ангин. Возникновению и развитию его часто способствует постоянное аутоинфицирование из хронических очагов инфекции (кариозные зубы, хроническое воспаление в области носа и околоносовых пазух и др.), а также бактериальная и тканевая местная и общая аутоаллергия.

**Краткая характеристика заболевания.**

**Хронический тонзиллит** - это хроническое воспаление нёбных миндалин. Нёбные миндалины - орган, принимающий активное участие в формировании иммунобиологических защитных механизмов организма.

Наибольшая активность миндалин в этих защитных механизмах проявляется в детском возрасте и протекающие в них воспалительные процессы ведут к выработке стойкого иммунитета.

Однако часто повторяющиеся воспаления миндалин из-за бактериальной инфекции, тормозят выработку иммунитета и становятся причиной развития хронического тонзиллита. Кроме этого выработка иммунитета иногда задерживается в связи с неправильно проводимым лечением антибиотиками, а также при необоснованном приёме препаратов снижающих температуру тела, когда она не высокая (37-37,5).

Развитию хронического тонзиллита способствует также стойкое нарушение носового дыхания (аденоиды у детей, искривление носовой перегородки, увеличение нижних носовых раковин, полипы носа и др.). Причинами местного характера нередко являются инфекционные очаги в близлежащих органах: кариозные зубы, гнойные гаймориты, хронические аденоидиты.

Большое значение в развитии и течении хронического тонзиллита имеет снижение иммунитета, защитных сил организма и аллергическое состояние, которое в свою очередь, может предшествовать или, наоборот, быть следствием хронического тонзиллита.

Что же происходит с миндалинами при их хроническом воспалении? Изменения чаще всего локализуются в лакунах миндалин, поражается мягкая лимфоидная ткань, которая заменяется на более твёрдую, соединительную ткань. Появляются рубцовые сращения в миндалинах, суживаются и закрываются некоторые лакуны миндалин и как следствие образуются замкнутые гнойные очаги. В лакунах накапливаются так называемые пробки, представляющие собой скопление слущенного эпителия слизистой оболочки лакун, частиц пищи, живых и погибших микробов, лейкоцитов. Кроме пробок может быть и жидкое гнойное содержимое. При хроническом тонзиллите миндалины могут увеличиваться, но могут оставаться и небольшими. В лакунах миндалин создаются весьма благоприятные условия для сохранения и размножения патогенных микробов. Своей жизнедеятельностью они поддерживают воспалительный процесс в миндалинах. Микробы распространяются нередко по лимфатическим путям. Отсюда и увеличение шейных лимфоузлов.

**Наиболее достоверными местными признаками хронического тонзиллита являются:**

1. Гиперемия и валикообразное утолщение краёв нёбных дужек.

2. Рубцовые спайки между миндалинами и нёбными дужками.

3. Разрыхленные или рубцово-изменённые и уплотнённые миндалины.

4. Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.

5. Регионарный лимфаденит - увеличение шейных лимфоузлов.

Диагноз ставят при наличии двух и более вышеперечисленных местных признаков тонзиллита.

**Классификация хронического тонзиллита.**

В настоящее время у нас в стране все еще действует принятая на VII Всесоюзном съезде оториноларингологов классификация, предложенная на этом съезде И.Б.Солдатовым, а также изложенная в его Методических рекомендациях, в соответствии с которой многочисленные патологоанатомические типы хронических тонзиллитов сведены в две клинические формы - компенсированный и декомпенсированный хронический тонзиллит. Разумеется, эта классификация не имеет ничего общего с принципами научного классифицирования заболеваний глотки и миндалин, а в целом, включая и острые тонзиллиты, представляет собой лишь перечень давно известных причин и видов болезней глотки, и в частности небной миндалины. По нашему мнению, каждая классификация хронического тонзиллита должна выявлять сущностные особенности классифицируемого объекта и содержать информацию о внутренних процессах (этиология и патогенез) и внешних признаках (симптомы, динамика клинического состояния) той или иной нозологической формы заболевания. На пути разработки такой классификации по известным причинам стоят большие трудности. Корректно классифицируются мономодальные системы и явления, очерченные определенным структурно-функциональным комплексом. Такие классификации могут отвечать подлинно научным требованиям систематизации количественных и качественных признаков изучаемого явления, заключающихся в фиксировании закономерных связей между элементами системы для определения места каждого из них в классифицируемой системе. В этом смысле классификация, как итог целого пласта научно-исследовательских работ в области конкретной медицинской проблемы, служит «банком» идентифицированной информации, а в области существующих внутренних связей между элементами системы - средством поиска новых закономерностей, явлений и объектов, развивающих данную проблему. Тем не менее, возвращаясь к классификации И.Б.Солдатова, нельзя не отметить ее практическое значение, поскольку она предлагает альтернативное решение в выборе способа лечения XT.

В 1978 г. В.Т.Пальчун «реанимировал» классификацию хронического тонзиллита Б.С.Преображенского, несколько изменив ее и дополнив. Согласно этой классификации, XT делится на простую и токсико-аллергическую формы.

Простую форму автор характеризует местными признаками XT и наличием у 96% больных ангин в анамнезе. В классификации перечислены все известные признаки хронического тонзиллита. При этой форме могут иметь место так называемые сопутствующие заболевания, которые, по В.Т.Пальчуну, «...не имеют единой этиологической основы с XT; патогенетическая связь осуществляется через общую и местную резистентность». В приведенном определении простой формы отсутствует ключевая фраза, а именно, что для этой формы характерно отсутствие метатонзиллярных осложнений. В трактовке автора «простая форма» идентифицируется с «компенсированной формой» И.Б.Солдатова такие «добавки», как перечень местных признаков XT и ссылка на «сопутствующие заболевания», туманно намекающая на возможность потенцирования XT соответствующими факторами риска, отдаляет эту часть классификации В.Т.Пальчуна от истинного предназначения этого определения, как исчерпывающей классификационной дефиниции и приближает его к схеме или перечню локальных симптомов XT.

Токсико-аллергическая форма хронического тонзиллита. В сущности, она детализирует понятие «декомпенсированного хронического тонзиллита», предложенного И.Б.Солдатовым в 1975 г. По В.Т.Пальчуну, эта форма подразделяется на I и II степени. Далее приводятся подробные сведения о тонзиллярных и общих признаках, характерных для эти форм XT. Без сомнения, классификация XT Б.С.Преображенского и В.Т.Пальчуна имеет определенное дидактическое значение, способствующее пониманию XT как системного заболевания, детализирующее его клинические проявления, однако такая форма изложения информации больше подходит к понятиям схемы или перечня симптомов, нежели к понятию классификации патологического процесса как такового.

Множество других классификаций, предложенных разными авторами, повторяют в разных терминах друг друга или вносят незначительные изменения в уже существующие, однако все они не выдержали испытания временем, и на сегодня наиболее приемлемой классификацией для практического применения остается классификация И.Б.Солдатова.

**Классификация заболеваний небных миндалин по И.Б.Солдатову**

I.Острые тонзиллиты.

1. Первичные: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангины.

2. Вторичные:

а) при острых инфекционных заболеваниях - дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе;

б) при заболеваниях системы крови - инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.

II. Хронические тонзиллиты.

1. Неспецифические:

а) компенсированная форма;

б) декомпенсированная форма.

2. Специфические: при инфекционных гранулемах - туберкулезе, сифилисе, склероме.

**Методы консервативного лечения**

Промывание лакун миндалин (метод разработан Н. В. Белоголововым) различными антисептическими растворами - фурациллина, борной кислоты, лактата этакредина (риванола), перманганата калия, а также минеральной и щелочной водой, пелоидином, интерфероном, иодинолом и др. - производятся с помощью специального шприца с длинной изогнутой канюлей, конец которой вводят в устье лакуны, после чего нагнетают промывную жидкость. Она вымывает содержимое лакуны и изливается в полость рта и глотки, а затем отплевывается больным. Эффективность метода зависит от механического удаления из лакун гнойного содержимого, а также воздействия на микрофлору и ткань миндалины веществами, заключенными в промывной жидкости. Курс лечения состоит из 10-15 промываний лакун обеих миндалин, которые производятся обычно через день. После промывания следует смазать поверхность миндалины раствором Люголя или 5% раствором колларгола. Повторный курс проводится через 3 месяца. Промывание антибиотиками не следует применять в связи с возможностью формирования сенсибилизации к ним, а также утраты чувствительности микрофлоры к данному антибиотику, тем более, что антибиотики не имеют каких-либо преимуществ перед промыванием другими веществами. Противопоказаниями к промыванию лакун являются острое воспаление глотки, носа или миндалин и острые общие заболевания.

Методы выдавливания, отсасывания и удаления содержимого лакун специальным крючком в лечебной практике мало применяются, поскольку они малоэффективны, а иногда и травматичны. Выдавливание содержимого лакун шпателем применяется только в диагностических целях.

К физиотерапевтическим методам лечения хронического тонзиллита относятся: ультрафиолетовое облучение, электромагнитные колебания высоких и средних или сверхвысоких частот (УВЧ и СВЧ), ультразвуковая терапия.

Абсолютным противопоказанием к любому методу физиотерапии являются онкологические заболевания или подозрение на их наличие.

Критерии эффективности консервативного лечения хронического тонзиллита должны основываться на наблюдении после него. Такими критериями являются: а) прекращение обострении хронического тонзиллита; б) исчезновение объективных местных признаков хронического тонзиллита или значительное уменьшение их выраженности; в) исчезновение или значительное уменьшение общих токсико-аллергических явлений, обусловленных хроническим тонзиллитом.

Необходимо учитывать, что улучшение по какому-то одному из перечисленных критериев и даже полный успех по двум, хотя по праву и относится к положительной динамике, но не может, считаться основанием для снятия больного с диспансерного учета и прекращения лечения. Только полное излечение, регистрируемое в течение 2-х лет, позволяет прекратить активное наблюдение. Если регистрируется лишь улучшение течения заболевания (например, урежение ангин), то в соответствии с принятой лечебной тактикой производят тонзиллэктомию.

**Тонзиллэктомия.**

Удаление миндалин является радикальным методом лечения хронического тонзиллита. После тонзиллэктомии больной находится под наблюдением в течение 6 месяцев.

Тонзиллэктомия (полное удаление миндалин с прилежащей соединительной тканью - капсулой) может иметь следующие показания:

1) хронический тонзиллит простой и токсико-аллергической формы I степени при отсутствии эффекта от консервативного лечения;

2) хронический тонзиллит токсико-аллергической формы II степени;

3) хронический тонзиллит, осложненный паратонзиллитом;

4) тонзиллогенный сепсис.

Абсолютными противопоказаниями к тонзиллэктомии являются тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения II-III степени, почечная недостаточность с угрозой уремии, тяжелый сахарный диабет с опасностью развития комы, высокая степень гипертонии с возможным развитием сосудистых кризов, гемофилия (геморрагические диатезы) и другие заболевания крови и сосудистой системы (болезнь Верльгофа, болезнь Ослера и др.), сопровождающиеся кровотечением и не поддающиеся лечению, острые общие заболевания, обострения общих хронических заболеваний.

Временно противопоказано удаление миндалин при наличии кариозных зубов, воспаления десен, гнойничковых заболеваний, во время менструации, в последние недели беременности.

При хирургическом лечении хронического тонзиллита подготовка больного к операции проводится в основном в амбулаторных условиях. Она включает лабораторные исследования (общий анализ крови, в том числе определение количества тромбоцитов, время свертываемости крови и время кровотечения, анализ мочи), измерение артериального давления, ЭКГ, осмотр стоматологом, терапевтическое обследование, при выявлении патологии - осмотр соответствующим специалистом.

В подавляющем большинстве случаев тонзиллэктомия выполняется под местным обезболиванием в сидячем положении. При необходимости ее делают под ингаляционным интубационным наркозом.

Тонзиллэктомию начинают с проникновения узким распатором за капсулу миндалины. Далее элеватором отсепаровывают на всем протяжении переднюю дужку и верхний полюс миндалины, затем элеватором отсепаровывают заднюю дужку. С помощью зажима миндалину отводят медиально и отсепаровывают большой острой ложкой до нижнего полюса. Нижний полюс отсекают петлей. На кровоточащие сосуды накладывают зажимы, а затем кетгутовые лигатуры. По окончании операции добиваются полного гемостаза, с этой целью ниши обрабатывают гемостатической пастой. Больного отправляют на сидячей каталке в палату и укладывают в постель, обычно на правый бок. На шею кладут пузырь со льдом, который через 1-2 минуты переменно смещается то на одну, то на другую сторону шеи. В первый день после операции больной не ест, при сильной жажде разрешается сделать несколько глотков воды. Постельный режим продолжается 1-2 суток.

Профилактика хронического тонзиллита осуществляется в двух аспектах - индивидуальном и общественном. Индивидуальная профилактика состоит в укреплении организма, повышении его устойчивости к инфекционным воздействиям и неблагоприятным условиям внешней среды, прежде всего, к холоду.

Общественная профилактика является проблемой гигиенической и направлена на борьбу с микробной и иной засоренностью окружающей среды, включая также борьбу за оздоровление труда и быта.

**Общая терапия**

**Антибиотики.** Применяются только для лечения обострения хронического тонзиллита (ангины). Учитывая последние данные о большом разнообразии видов возбудителей и тенденции все более частого выявления условно–патогенных микроорганизмов, становится актуальным определение микрофлоры глотки и чувствительности ее к антибиотикам. Отрицательные последствия при неправильном выборе антибиотиков и сроков лечения проявляются в сохранении возбудителей в очаге воспаления и появлении резистентной флоры с последующей хронизацией острого процесса. Группами выбора при банальной кокковой грамположительной флоре являются полусинтетические пенициллины широкого спектра действия (амоксициллин, ампициллин, амоксиклав, уназин, нафциллин, аугментин); цефалоспорины I поколения (цефалексин, цефалотин, цефазолин); макролиды (эритромицин, ровамицин); фузидин.

Растущая устойчивость возбудителей и, как следствие, увеличивающееся число неудач при применении «традиционных» антибиотиков, многие из которых используются уже два–три десятка лет, заставляют врачей пересматривать рекомендации по эмпирической терапии ЛОР–инфекций. Кроме устойчивости этиологических возбудителей в лечении ЛОР–инфекций, появилась новая проблема: ко–патогены, т.е. микроорганизмы, населяющие в норме верхние отделы дыхательных путей и самостоятельно не вызывающие заболевание, но активно вырабатывающие бета–лактамазы, разрушающие антибиотики «традиционного» ассортимента (пенициллин, феноксиметил–пенициллин, ампициллин, амоксициллин, многие цефалоспорины). Наличие ко–патогенов является еще одной причиной неэффективности при лечении ЛОР–инфекций пенициллинами и цефалоспоринами, не стабильными к действию бета–лактамаз, и служит одной из предпосылок к назначению защищенных ингибитором бета–лактамов, таких как амоксициллина клавуланат (Панклав).

Панклав обладает широким спектром антибактериального действия.

Основные фармакокинетические параметры амоксициллина и клавулановой кислоты сходны. Оба компонента хорошо всасываются после приема внутрь, прием пищи не влияет на степень всасывания. Пик плазменных концентраций достигается приблизительно через 1 час после приема.

Оба компонента характеризуются хорошим объемом распределения в жидкостях и тканях организма, проникают в небные миндалины, секрет придаточных пазух носа, слюну и бронхиальный секрет.

В настоящее время накоплен достаточно большой опыт применения Панклава в лечении инфекций различной локализации, в том числе при среднем отите, синусите, тонзиллите, фарингите. Препарат демонстрирует высокий процент эрадикации возбудителя и хорошую переносимость, в том числе и у детей.

Взрослым и детям старше 12 лет (или более 40 кг массы тела) обычная доза – одна таблетка 250 мг/125 мг 3 раза в сутки.

Максимальная суточная доза клавулановой кислоты (в форме калиевой соли) составляет для взрослых – 600 мг и 10 мг/кг массы тела для детей.

Максимальная суточная доза амоксициллина составляет 6 г для взрослых и 45 мг/кг массы тела для детей.

Курс лечения составляет 5–14 дней.

При H. influenzae, M. catarrhalis, N. gonorrheae, анаэробах действенными являются препараты группы пенициллинов (тикарциллин, пиперациллин, азлоциллин); цефалоспорины II и III поколения (цефаклор, цефокситин, цефамандол, цефтриаксон); макролиды (ровамицин, азитромицин).

Лечение антибиотиками должно сопровождаться профилактикой дисбактериоза. В период вне обострения отношение к антибиотикотерапии хронического тонзиллита однозначно отрицательное, так как, с одной стороны, антибиотики сами по себе усиливают иммуносупрессию, а с другой стороны, нарушают флору в полости рта и желудочно–кишечного тракта, и развивается порочный круг.

Противовоспалительная терапия применяется при остром процессе с гиперергической реакцией организма (парацетамол, тайленол и др.).

Иммуностимулирующая терапия должна быть основным фоном лечения хронического тонзиллита как при обострениях, так и вне их. Современные иммунокорректоры: препараты экстрактов вилочковой железы (тималин, тимоптин, вилозен, тим–увокал), антигенные липополисахариды микробного происхождения (пирогенал, рибомунил и др.), пептиды с иммунорегулирующим, детоксикационным, гепатопротекторным, антиоксидантным действием – имунофан, полиоксидоний, ликопид. Применяются и природные иммуностимулирующие средства: жень–шень, левзея, эхинацея, ромашка, чеснок, прополис, пантокрин. Среди гомеопатических и антигомотоксических средств заслуживают внимания ангинхель, траумель, лимфомиозот, мукоза–композитум, эуфорбиум, тонзиллотрен,умколор, тонзилло–композитум эхинацея композитум, убихинон, ЭДАС 117, 125, 126, 150, 307. При этом необходимо отметить, что антигомотоксические препараты благодаря наличию ампулированных форм могут применяться парентерально, и что очень важно – в зоны регионарных лимфоколлекторов (в частности, в ретромандибулярный). Широкое применение получили такие фитопрепараты, как тонзинал, тонзилгон. При наличии у пациента (особенно у детей) дисбиоза от иммунокоррегирующей терапии нельзя ждать значительного и стойкого результата без применения пробиотиков (биовестин, нормофлорин Б и Л и др.).

Антиоксиданты. Их роль в общем лечении сводится к улучшению метаболизма, восстановлению работы ферментных систем, уменьшению разрушительного действия свободных радикалов и перекисных соединений, повышению иммунитета. Препараты: рутинсодержащие комплексы, витамины группы А, Е, С, микроэлементы Zn, Mg, Si, Fe, Ca, биодобавки, сплат–кламин и др.

Критерии эффективного лечения: исчезновение гноя и патологического содержимого в небных миндалинах, уменьшение гиперемии и инфильтрации небных дужек и небных миндалин, уменьшение или исчезновение регионарных лимфоузлов. Курсы лечения следует проводить по возможности 3 раза в год, особенно в период межсезонья. Однако если у больного с простой формой хронического тонзиллита или ТАФ I возникает рецидив даже после первого курса лечения и в небных миндалинах сохраняется гной, образование казеозных масс, то больного следует ориентировать и готовить на тонзиллэктомию.

Таким образом, консервативное лечение хронического тонзиллита должно рассматриваться в какой–то мере как этап подготовки больного к тонзиллэктомии при хроническом тонзиллите ТАФ I , а при простой форме (при наличии положительного результата лечения) нужно научить пациента поддерживать миндалины в удовлетворительном состоянии. Однозначных рецептов в лечении больных хроническим тонзиллитом нет, однако следует признать и помнить, что это очаговая инфекция, истощающая иммунитет, которая в любой момент может вызвать крайне тяжелое состояние у больного с иммуносупрессией, развивающейся в результате самых различных причин (сахарный диабет, травма, стресс, роды, хирургические вмешательства, опухоли различной локализации, заболевания ЖКТ и т.д.). Это обстоятельство повышает ответственность врача при оценке эффективности консервативного лечения и расширяет возможности показаний к хирургическому лечению, разрывающему порочный круг патофизиологических процессов в организме больного.

Все сказанное относится к взрослому контингенту; что же касается детей, то здесь тактика изначально должна быть направлена на сохранение небных миндалин при полной санации носоглотки, полости рта и околоносовых пазух, желудочно–кишечного тракта.

Введение в педиатрию понятия об иммунных диатезах подводит нас к конституционному подходу в лечении болезней у конкретного ребенка. Это является наиболее верным путем в лечении хронических заболеваний, к каковым относится хронический тонзиллит.

Иммунодиатезы рассматриваются, как проявление наследственной предрасположенности к иммунной патологии. Атопический, аутоаллергический, гипоиммунный и лимфатический диатезы представляют собой наследование измененной иммунобиологической реактивности, которая является результатом взаимодействия мелких генных мутаций и факторов внешней среды.

Сегодня четко определены клинико–иммунологические маркеры иммунодиатезов и характера поражения лимфоэпителиального кольца. Так, при лимфоидном типе превалируют ранние лимфопролиферативные состояния со стороны всех структур лимфоэпителиального кольца (гипертрофия небной миндалины, аденоиды), так и вилочковой железы (поздняя инволюция) и лимфатических узлов, сопровождающиеся абсолютным и относительным повышением количества лимфоцитов периферической крови и снижением их функциональных резервов. Характерен затяжной выход из болезни, при назначении антибиотиков быстро развиваются длительные и упорные дисбиозы, в том числе рецидивирующий фарингомикоз. Ассоциация ДНК–вирусов в лимфоидной ткани выступает триггером этого иммунодефицита. Лечение патологии лимфоэпителиального кольца у таких детей чрезвычайно ответственная задача, т.к. инфекционные процессы в миндалинах могут сопровождаться иммунокомплексными реакциями и развитием сывороточной болезни. Первостепенное значение в терапии приобретают интерфероны и их индукторы, а также препараты для коррекции Т–клеточной недостаточности и стимуляторы NK и К–клеток .

Совершенно другое клинико–иммунологическое значение имеет патология лимфоэпителиального кольца при гипоиммунном (иммунодефицитном) типе конституции. Это состояние с раннего возраста проявляется гнойно–септическими процессами. В этиологии тонзиллитов преобладают бактериальные ангины, вызванные b-гемолитическим стрептококком в ассоциации со Staph. aureus, H. influenzae, M. cataralis и анаэробной микрофлоры. Ведущими в лечении являются адекватная антибиотикотерапия, коррекция В–клеточной системы, заместительная иммунотерапия. Наиболее опасна острая и хроническая патология миндалин при аутоиммунном и атопическом типах иммунодиатезов. Повышение уровня g–глобулинов в сыворотке крови, преобладание функции Т–хелперов и снижение функциии Т–супрессоров приводит к тому, что в ответ на банальные вирусно–бактериальные процессы в лимфоэпителиальном кольце развиваются иммунокомплексные болезни. Именно у этих больных целесообразны ранняя тонзиллэктомия, гемо– и лимфосорбция, кортикостероидная и цитостатическая терапия.

**Литература:**

Медицинская энциклопедия:

1. Андамова О.В., Рымша М.А., Дергачев С.В. Сравнительная характеристика консервативных методов лечения хронического тонзиллита. // Мат. Научно–практ. Конф. ГОКБ. Новосибирск 1997; 247.

2. Бабич Н.Ф., Арефьева Е.С. К оценке иммунного статуса у больных хроническим тонзиллитом. Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. М–лы науч.–практ. Конф. Оториноларингол. Иркутск – Москва 1992, с.111–112.

3. Бажора Ю.И., Драгомирецкий В.Д. Местный иммунитет слизистой оболочки верхних дыхательных путей и его нарушения при хроническом тонзиллите. Одесский мед. институт.Одесса 1988.

4. Биологише Хаймиттель Хеель Гмбх на 1998–1999. Общая терапия. Каталог комплексных гомеопатичских препаратов. ЗАО Арнебия 1998; 256 с.

5. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии. Рос. Ринол 1999; №1.

6. Дикий И.Л. Современные методы фармакотерапии хронического тонзиллита. Киев, 1990; 19.

7. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. Душанбе 1984.

8. Клячко Л.Л., Анхимова Е.С Проблемы иммунололгии в оториноларингологии. М–лы Всерос. Симпозиума. С.–Петербург 1994;8.

9. Кошель В.И. Хронический тонзиллит и гипоталамические синдромы инфекционно–аллергической этиологии: Автореф. Дисс....к.м.н. Центр.ин–т усовершенствования врачей. М. 1988; 18.

10. Крылова Н.В., Волос Н.И. Веноозная система. Ур–т дружбы народов. М.; 1997.

11. Лесков В.П., Чередеев А.Н. Клиническая иммунология для врачей. М.1997.

12. Мальцева Г.С. Применеие иммуномодуляторов в комплексном лечении хронического тонзиллита: Метод. рекомендации С.–Петербург НИИ уха, горла, носа и речи. С.–Петерб. 1994; 7.

13. Пальчун В.Т., Крюков А.И.Оториноларингология. М: Литера 1997.

14. Пальчун В.Т., Сагалович Б.М. Роль и место учения об очаговой инфекции в патогенезе и современных подходах к лечебной тактике при хроническом тонзиллите. Вестн оторинолар.,1995; 5: 5–12.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования. КГУ им. Н. А. Некрасова.

РЕФЕРАТ:

«Хронический тонзиллит: диагностика, лечение, профилактика».

Выполнила: студентка 3 курса 33-н группы

факультета Иностранных языков

Каунева Юлия

Кострома 2011