

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	6
Глава 1. Анатомия глотки и ротовой полости	7
Глава 2. Защитные свойства слизистых оболочек верхних дыхательных путей и способы их активации	15
Глава 3. Воспалительные заболевания глотки: глоссарий, этиология, клиническая картина	28
Глава 4. Особенности развития и течения патологии глотки у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и нёба....	50
Глава 5. Воспалительная патология ротоглотки при инфекционных заболеваниях и заболеваниях крови у детей ...	59
Глава 6. Взаимосвязь патологии пищеварительного тракта и различных отделов глотки.	79
Глава 7. Халитоз и патология разных отделов глотки.....	101
Глава 8. Лечение пациентов с воспалительными заболеваниями разных отделов глотки.....	107
Глава 9. Физические методы лечения пациентов с различной воспалительной патологией глотки	145

Глава 3

Воспалительные заболевания глотки: глоссарий, этиология, клиническая картина

(Авторы выражают благодарность за помощь в подготовке главы *Евсиковой М.М.*)

Воспалительные заболевания ротоглотки — целый ряд нозологических форм: фарингит, тонзиллит, ТФ и их осложнения (паратонзиллит, паратонзиллярный/заглоточный/парафарингеальный абсцесс). Остановимся на каждом из них более подробно.

Несмотря на то что термин «тонзиллофарингит» наиболее употребим в последнее время и в зарубежной, и в отечественной медицинской литературе [1], Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) напоминает, что диагнозы «фарингит» и «тонзиллит» существуют (табл. 3.1).

Таблица 3.1. Определения воспалительных заболеваний ротоглотки

Нозология	Определение
Фарингит	Воспаление слизистой оболочки задней и боковых стенок глотки
Тонзиллит	Воспалительные изменения нёбных миндалин
Тонзиллофарингит	Острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (нёбных миндалин, лимфоидных фолликулов задней стенки глотки)

Некоторые разночтения встречаются в литературе и при описании эпидемиологии, этиологии и других аспектов, связанных с этими заболеваниями.

3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Фарингит/фаринготонзиллит считается одним из широко распространенных заболеваний, но, учитывая, что, с одной стороны, они рассматриваются как проявление острой респираторной инфекции (ОРИ), а с другой — большинство пациентов (особенно старших возрастных групп) не обращаются к врачу с данной проблемой, точные статистические данные отсутствуют. Тенденция последних лет — подрастает количество обращений-запросов по поводу данной патологии в Интернете [2]. Данный показатель имеет сезонные вариации (с пиком в холодное время года), и должен облегчить пациенту доступность к информации о диагностике, лечении и показаниях для обращения к врачу с целью минимизации ненужных визитов в лечебные учреждения и потенциального уменьшения нерационального применения системных антибиотиков.

3.2. ЭТИОЛОГИЯ

Причины, вызывающие фарингит/ТФ, различны, могут быть инфекционными (вирусы, бактерии, грибы — табл. 3.2) и неинфекционными (механические, термические, химические — табл. 3.3) [3].

Таблица 3.2. Наиболее частые возбудители фарингита (по [3])

Вирусы	Бактерии	Грибы
Риновирусы	БГСА	<i>Candida albicans</i>
Аденовирусы	<i>Haemophilus influenzae</i>	—
Коксаки вирусы	<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>	—
Коронавирусы	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	—
РС-вирус	<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	—
Парагриппа вирус	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	—
ЭБВ	<i>Treponema pallidum</i>	—
Вирусы гриппа	—	—

Примечание. БГСА — В-гемолитический стрептококк группы А; РС-вирус — респираторно-синцитиальный вирус; ЭБВ — Эпштейна–Барр вирус.

Таблица 3.3. Неинфекционные причины фарингита (по [3])

Механические	Химические	Физические
Инородные тела глотки. Хирургические вмешательства	Кислоты. Щелочи. Спирты. Медикаменты. Курение (активное и пассивное). Примеси во вдыхаемом воздухе	Ожоги. Отморожения Радиация

Частота выявления конкретных инфекционных возбудителей зависит от географического положения, времени года, возраста пациентов. Общая тенденция, по данным литературы: наиболее частая причина острого тонзиллофарингита (ОТФ) — вирусы и превалирование выявления β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) у детей и подростков в возрасте от 3 до 15 лет. Вместе с тем, по данным литературы, БГСА может асимптомно присутствовать на слизистой оболочке глотки примерно у 20% взрослых и около 7% педиатрических пациентов [4].

Реже причиной ОТФ могут быть различные грибы, еще реже — простейшие/паразитарные инфекции. О ТФ как проявлении различных воспалительных заболеваний будет рассказано в отдельной главе.

Говоря о возрастных особенностях этиологии ОТФ, сошлемся на данные работы, выполненной на нашей кафедре, представленные в табл. 3.4 [5].

Таблица 3.4. Этиология острого тонзиллофарингита в разные периоды детства (по результатам комплексного микробиологического исследования) (по [5])

Период (название, возраст)	Вирусно-бактериальный, %	Бактериальный		
		БГСА+, %	БГСА-, %	В целом по периоду, %
Преддошкольный (1 год — 2 года 11 мес 29 дней)	88	0	12	12
Дошкольный (3 года — 6 лет 11 мес 29 дней)	76	12	12	24

Окончание табл. 3.4

Период (название, возраст)	Вирусно-бактериальный, %	Бактериальный		
		БГСА+, %	БГСА-, %	В целом по периоду, %
Младший школьный (7 лет — 11 лет 11 мес 29 дней)	52	14	34	48
Старший школьный (13 лет — 17 лет 11 мес 29 дней)	48	0	52	52

Чисто вирусного ОТФ у детей и подростков в рамках данного наблюдения не было выявлено, а доля вирусно-бактериального ОТФ уменьшалась по мере взросления пациентов (с 88% в преддошкольном периоде до 48% в старшем школьном) с превалированием бактериального. Возрастные особенности встречаемости различных возбудителей представлены на рис. 3.1 и 3.2, см. цв. вклейку.

Говоря о «не-БГСА» бактериальных возбудителях ОТФ (см. рис. 3.1), отметим, что только у пациентов преддошкольного возраста были выявлены *Pseudomonas aeruginosa* и *Streptococcus pneumoniae*, а *Haemophilus influenzae* и *Klebsiella pneumoniae*, так же как и БГСА, определялись только в дошкольном и младшем школьном возрасте [5]. У школьников возрастает частота выявления *Staphylococcus aureus* [5].

Некоторые возрастные особенности были выявлены и в частоте встречаемости вирусов. Только у пациентов в возрасте от 1 до 3 лет были выявлены цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1), ЭБВ — наиболее часто у детей от 3 до 7 лет, аденовирус — у детей с 1 до 7 лет, а корона- и метапневмовирусы были обнаружены только в старшей возрастной группе (с 12 до 15 лет) [5]. Риновирус и вирус простого герпеса 6 типа встречались во все периоды детства [5].

Выявление герпесвирусов у пациентов с ОТФ — отдельная и большая тема, неоднократно обсуждаемая в педиатрической практике. Учитывая тропность их к лимфоидной ткани, высокую частоту инфицирования именно в первые годы жизни, вопрос об их роли в генезе не только ОТФ, но и других воспалительных заболеваний различных отделов глотки регулярно и широко обсуждается, в том числе и в контексте назначения препаратов, обладающих противогерпетической активностью.

Поэтому приведем данные работы, выполняемой на нашей кафедре (Евсикова М.М., 2022), касающиеся частоты выявления различных герпесвирусов у пациентов с ОТФ и без признаков воспаления ротоглотки методом количественной полимеразно-цепной реакции (ПЦР) (табл. 3.5)

Таблица 3.5. Сравнение частоты встречаемости герпесвирусов у пациентов с неосложненным острым тонзиллофарингитом и здоровых (без признаков воспаления ротоглотки)

Возбудитель	ОТФ (1)	Здоровые	p
	(n=111), %	(n=28), %	
Герпес 1-го типа	3	0	1,0000
Герпес 6-го типа	28	29	0,9460
Эпштейна–Барр вирус	12	11	1,0000
Цитомегаловирус	5	4	1,0000

Статистически значимой разницы при сравнении частоты выделения различных герпесвирусов не было выявлено. При этом в большей части случаев концентрация ДНК ВПГ 6-го типа у здоровых детей была менее 400 единиц (с единичным превышением данного порога), а у пациентов с ОТФ доля таких пациентов снижалась, и концентрация ДНК данного вируса при его выявлении была более высокой. Концентрация ДНК ЭБВ и ЦМВ даже у здоровых пациентов превышала значение «менее 400 единиц». Полученные данные свидетельствуют о том, что различные герпесвирусы (ВПГ 6-го типа, ЭБВ, ЦМВ) могут быть выявлены в материале со слизистой оболочки ротоглотки как в случае ее воспаления, так и у здоровых детей, особенно в возрасте младше 7 лет (в период развития и окончательного становления иммунной системы), и их наличие в минимальных концентрациях можно расценивать как «нормофлору», в том числе стимулирующую собственные защитные силы слизистой оболочки, относящиеся к системе врожденного иммунитета.

Говоря о неинфекционных причинах возникновения фарингита, следует начать с условий внешней среды. Проблема загрязнения вдыхаемого воздуха актуальна для жителей не только мегаполисов/городов, но и любых населенных пунктов. Активные строительные процессы [точечная застройка, освоение бывших промышленных зон в черте городов, поэтапное введение в эксплуатацию домов в жилых комплексах

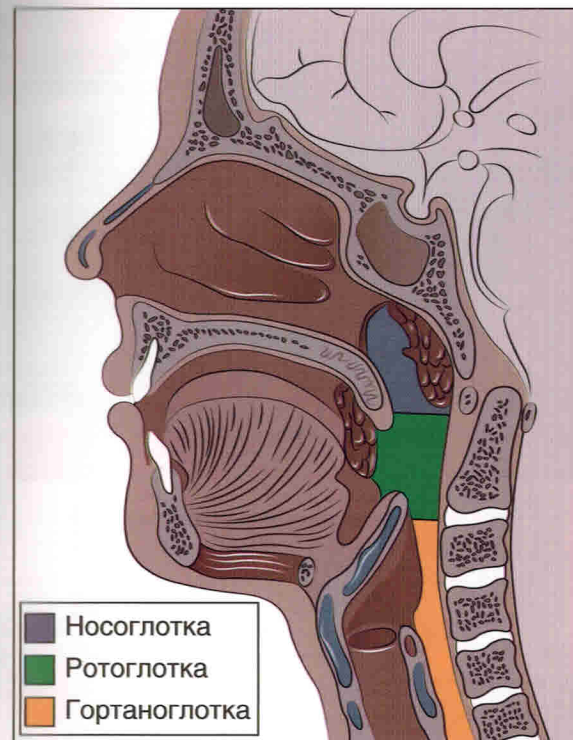


Рис. 1.1. Отделы глотки (рисунок взят из [2])

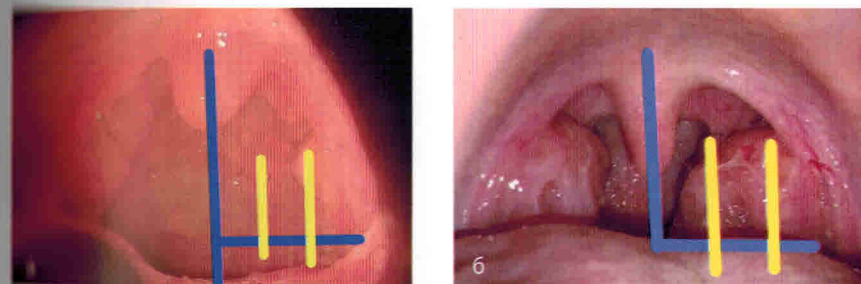


Рис. 1.4. Схема определения размера небных миндалин (в соответствии с классификацией Б.С. Преображенского): а — III степень гипертрофии небной миндалины; б — I степень гипертрофии небной миндалины

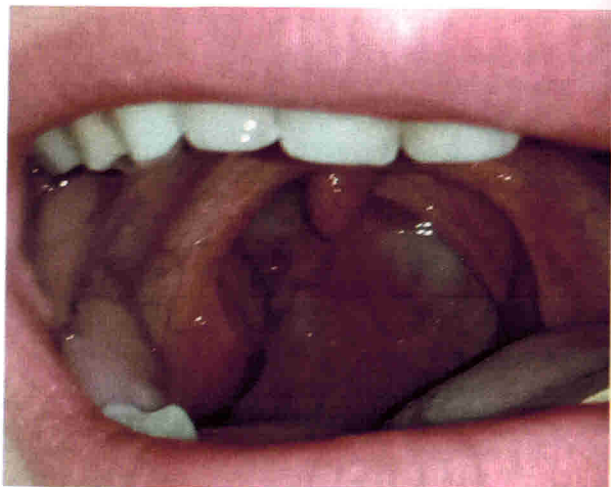


Рис. 1.5. Асимметрия нёбных миндалин

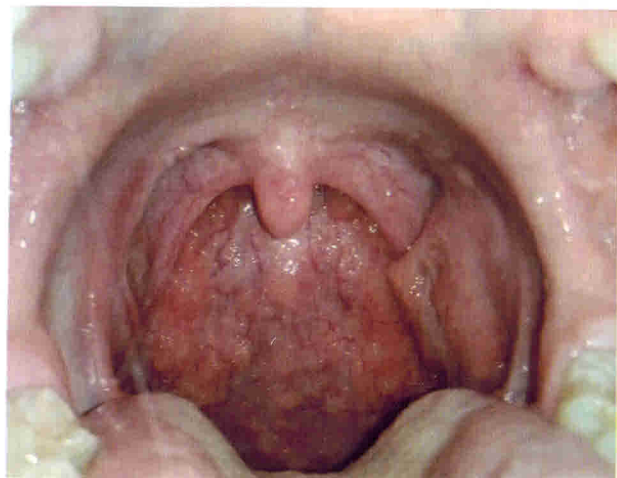


Рис. 1.6. Лимфоидные гранулы и боковые столбы задней стенки глотки

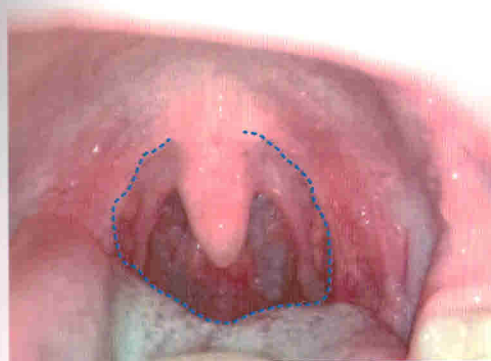


Рис. 1.7. Схематическое изображение *isthmus faucium*



Рис. 1.8. «Географический» язык