

Действительный член АМН СССР, профессор
Б. С. ПРЕОБРАЖЕНСКИЙ,
кандидат медицинских наук
И. Е. СТКЛЯНКИН

КАК УБЕРЕЧЬСЯ ОТ АНГИНЫ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»
Москва 1964

В Советском Союзе, где жизнь каждого человека представляет исключительно большую ценность, охрана здоровья является первоочередной задачей. Поэтому борьба за снижение заболеваемости вообще, в том числе ангиной, составляет важнейшую задачу советского здравоохранения. Ангины, как известно, служат причиной потери огромного количества рабочих дней из-за временной нетрудоспособности лиц, повторно болеющих этой болезнью. Ангины, являясь небезопасным заболеванием, нередко влекут за собой осложнения, часто весьма тяжелые, связанные с длительной, а иногда и полной утратой трудоспособности. Поэтому вопрос о предупреждении и своевременном и рациональном лечении ангины имеет большое социальное значение.

ПОНЯТИЕ ОБ АНГИНЕ

Само название «ангина» происходит от латинского слова «ангере», что означает сжимать, давить, душить, аналогично этому и русский термин «жаба» содержит понятие жать, давить. Видимо, основным признаком, который обратил когда-то на себя внимание врачей, являлось сжатие горла, то есть затруднение глотания и даже дыхания. Особенно часто, когда заболевание протекает в тяжелой форме, наблюдается припухание шейных лимфатических узлов (шейных желез, как неправильно называли их раньше), и это еще более усугубляет картину «сжатия горла».

Раньше в течение долгого времени ангину считали местным горловым заболеванием, так как выраженные болезненные проявления бывают главным образом в горле. Ныне известно всем, что при ангине обычно бывает повышение температуры, общая разбитость, головная боль, ломота в суставах, пояснице и пр.

Все это говорит о том, что это не только заболевание горла, но и всего организма.

Итак, по существу ангиной горла называется такое острое инфекционное заболевание организма, при котором видимые местные явления выражены главным образом в воспалении миндалин (тонзилл), чаще нёбных (зевных).

Где же находятся нёбные (зевные) миндалины? Если взять зеркало, подойти к лампе, открыть рот и осветить его, то мы увидим зубы, десны и язык (рис. 1). Далее, прижав язык

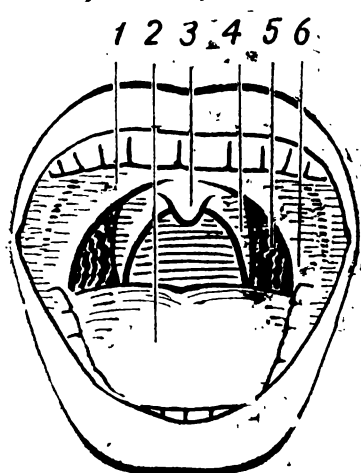


Рис. 1. Общий вид ротоглотки.

1 — мягкое нёбо, 2 — язык, 3 — маленький язычок, 4 — задняя дужка, 5 — нёбная миндалина, 6 — передняя дужка.

ручкой чайной или столовой ложки, можно в глубине увидеть маленький язычок. По обеим сторонам от него спускаются складки (дужки), с каждой стороны по две. Между этими складками справа и слева видны небольшие образования, имеющие форму миндалевидных орехов. Такие же миндалины имеются в носоглотке (носоглоточная) и на корне языка (язычная).

Если местные ангинозные явления наиболее ярко выражены в носоглоточной миндалине, применяется термин **позадиносовой** (ретроназальной, или носоглоточной) **ангины**. Наоборот, при воспалительных явлениях на корне языка, то есть там где при ангине наиболее выражены местные явления, в этой (язычной) миндалине, применяется термин — **ангина язычной миндалины**.

Нёбные миндалины по своей форме, действительно, напоминают миндаль. Они состоят из так называемой лимфаденоидной ткани, которая играет определенную роль в выработке лимфоцитов. Нёбная миндалина в большинстве случаев состоит из ряда долек; они имеют ряд глубоких и часто ветвящихся щелей, которые называют **лакунами**, или **криптами** (от латинского — «лакуна» — углубление).

Обычно у взрослого их по 15—18 в каждой миндалине. В криптах может скапливаться содержимое того или иного характера, которое благодаря извилистости и глубине крипт иногда не опорожняется; в них получается застой. Около половины поверхности миндалин обращено в просвет зева; она доступна при осмотре глотки. Противоположная поверхность миндалин (невидимая при осмотре) находится в глубине между передней и задней складками и покрыта соединительной тканью.

От нее в толщу дольки отходят соединительнотканые отростки, составляющие основу дольки. Через соединительную ткань проходят артериальные и венозные сосуды, первые, которые обеспечивают связь со всем организмом человека.

Величина небных миндалин бывает различной. У одних здоровых людей они имеют более или менее значительный размер, иногда чрезмерно

большой. У других, тоже здоровых, они маленькие, плохо видны или даже совсем не видны. Раньше считалось,

что увеличенные — это обязательно больные, а маленькие — нормальные. Клинические наблюдения, проведенные за последние годы,

показали, что как раз маленькие часто играют большую роль в происхождении не только местных процессов,

но и общих заболеваний человеческого организма. В них после развития островоспалительных или хронических процессов освобождение

от скапливающихся в лакунах патологических продуктов и бактерий обычно затруднено, так как они чаще всего бывают ущемленными и находятся глубоко в толще окружающих ее мягких тканей. Поэтому особое внимание необходимо уделять и маленьким миндалинам.

Скопления лимфоидной ткани в виде боковых, вертикально расположенных тяжей или валиков находятся также (рис. 2) в толще слизистой в боковых отделах задней стенки глотки, за задними складками (дужками). Воспаление их называется **ангиной боковых валиков глотки**.

Следует отметить, что во всей толще слизистой оболочки зева имеются мелкие скопления такой же лимфоидной ткани, которые иногда можно видеть простым глазом. При воспалении в них развиваются явления, аналогичные таковым при обычной ангине; иногда бывают такие же налеты.

Из всех названных нами горловых ангин наиболее часты заболевания **ангиной небных миндалин**. Поэтому, когда в медицинской и общежитической практике говорят об ангине без уточнения ее локализации и формы, думают именно об этой наиболее часто встречающейся ангине. Этого принципа мы и будем придерживаться в дальнейшем изложении.

Среди населения нет, пожалуй, человека, который не слы-

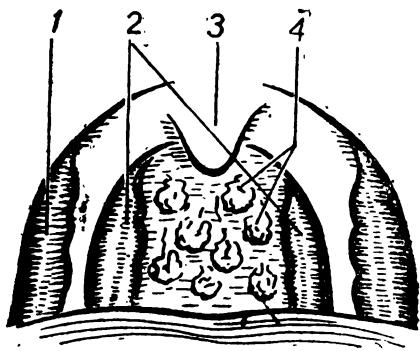


Рис. 2. Увеличение боковых валиков и лимфоидных скоплений задней стенки ротоглотки.

1 — небная миндалина, 2 — боковые валики, 3 — маленький язычок, 4 — скопления лимфоидной ткани на задней стенке глотки.

шал бы об ангине, так как, действительно, она очень широко распространена.

Чаще всего болеют ангиной преимущественно в цветущем возрасте, приблизительно до 35—40 лет. Значительно реже болеют ангиной дети грудного возраста. То же следует сказать и о людях старше 40 лет, а у стариков ангины бывают вообще редко.

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ АНГИНОЙ

Человеческий организм находится в постоянном взаимодействии с окружающей его внешней средой. Нарушение этого взаимодействия может вести к развитию того или иного заболевания, в частности, ангины.

Во рту и глотке (в миндалинах) и окружающей нас среде существует большое количество разнообразных микробов, в том числе и таких, как стрептококк, стафилококк, пневмококк и др. Эти микробы, находящиеся в полости рта и в лакунах (криптах) миндалин, очень часто не проявляют своих болезнетворных свойств. При общем благоприятном состоянии организма, при нормальной реактивности его, непосредственно зависящей от состояния нервной системы, в ответ на внедрение болезнетворных микробов развивается защитная реакция, предохраняющая человека от заболевания. Поэтому не всегда наличие микробов вызывает болезнь. Это может произойти при изменении условий, при ослаблении организма, иногда излишнем охлаждении, переутомлении и т. д. Тогда микробам удастся активизировать свою деятельность, и человек оказывается бессильным противостоять заболеванию.

У больного ангиной в глотке находится большое количество микробов, чаще всего стрептококков или стафилококков. Они выделяются вместе с мокротой или со слюной при разговоре, кашле, чиханье. Поэтому, чтобы не заразить окружающих надо придерживаться определенных санитарно-гигиенических правил.

За последнее время как нашими, так и зарубежными учеными выделены особые вирусы, которые иногда вызывают заболевание носоглоточной и других миндалин. Они получили название **аденовирусов**.

Вирусами называются очень мелкие микроорганизмы, значительно меньшие, чем микробы. Увидеть их можно только в электронный микроскоп, дающий увеличение в 100 000 раз и более.

Каковы же причины, ослабляющие защитные силы организма, ведущие к заболеванию ангиной?

Известно, что простудными заболеваниями чаще всего болеют в сырое и холодное время года, то есть в основном

действует фактор переохлаждения. Роль такого переохлаждения в возникновении ангины можно рассматривать таким образом, что холод резко нарушает кровообращение, вызывая сужение кровеносных сосудов. Этим самым нарушается координация сосудосуживающих и сосудорасширяющих нервов, возникают неблагоприятные биохимические изменения, что и ведет к снижению сопротивляемости организма.

Предрасполагающим моментом к заболеванию ангиной может служить также и местное переохлаждение, в том числе и горла. Чаще всего оно может быть от мороженого, питья холодной воды или пива в жаркое время года и т. д.

Известную роль в организме человека играет нормальное носовое дыхание. Вдыхаемый воздух очищается, согревается и увлажняется при прохождении через носовые ходы. Местное охлаждение горла чаще всего может быть и у тех людей, которые постоянно дышат ртом, что бывает результатом тех или иных заболеваний носа или носоглотки.

Некоторое значение в заболеваемости ангиной имеет, видимо, и питание, так как однообразная пища иногда бывает причиной ослабления защитных сил организма. Недостаток витаминов, овощей и фруктов, наступающий в зимнее время, также ослабляет организм.

Предрасполагающим моментом для возникновения ангины могут служить неблагоприятные производственные условия.

Повышенная запыленность, загрязненность, частые колебания высокой и низкой температуры — все это оказывает неблагоприятное влияние в смысле ослабления защитных сил организма.

В ряде случаев ангины возникают в результате местного охлаждения отдаленных органов, например, рук или ног.

Здесь налицо чрезмерная чувствительность нервной системы, которая, как известно, постоянно реагирует сужением и расширением кровеносных сосудов во всем организме при охлаждении. Следует отметить, что у лиц, физически закаленных, приученных к холоду и особенно обладающих устойчивой нервной системой, ангины бывают очень редко или совсем могут не быть. Отсюда ясно, что общее состояние организма и состояние нервной системы играют решающую роль в возникновении заболеваемости вообще и ангиной в частности.

РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ АНГИН

Как мы уже говорили, ангины бывают различными. По тяжести заболевания, характеру и месту расположения налетов на миндалинах различают следующие распространенные виды ангины: **катаральную, фолликулярную, лакунарную и флегмонозную.**

Катаральная ангина

Заболевание, как правило, начинается внезапно. У больного появляются першение в горле, ощущение сухости, наличия постороннего тела, небольшая боль при глотании. Общее состояние несколько ухудшается, температура поднимается до 37,5, иногда до 38°. Обычно бывает головная боль, чувство разбитости и недомогания. При осмотре горла видно покраснение и набухлость главным образом самих небных миндалин, но налетов нет. Это и является характерным для данного вида ангины. Язык обложен, сухой. Верхне-боковые лимфатические узлы увеличены, болезненны. У маленьких детей такие явления, в том числе и температурная реакция, обычно выражены резче, чем у взрослых. Продолжительность заболевания 3—5 дней, после чего все явления исчезают.

Разлитое воспаление слизистой оболочки всей ротоглотки называется **острым фарингитом** (острый катар ротоглотки от греческого — «фаринкс» — зев, глотка). Фарингит относится не к группе ангины, а к группе острых (сезонных) катаров верхних дыхательных путей.

Необходимо помнить, что и у людей, страдающих хроническим катаром ротоглотки, у курильщиков, у лиц, постоянно перенапрягающих свой голос в силу профессиональных условий, часто бывает покраснение слизистой оболочки ротоглотки, что может привести к ошибке при постановке диагноза.

Фолликулярная ангина

Фолликулярная ангина начинается так же, как и катаральная: симптомы заболевания сходны с теми, которые были описаны выше. Однако она обычно протекает тяжелее. Общее состояние больного бывает плохим, температура, как правило, держится высокая (до 38—40°), иногда отмечаются ознобы. Значительно выражены общая слабость, головная боль, разбитость, тянущие или болевые ощущения в пояснице и ногах, отсутствие аппетита. Боли при глотании чаще всего значительные и даже очень резкие. Передне-боковые лимфатические узлы припухшие и болезненные. На поверхности миндалин появляются многочисленные беловато-желтые пузырьки в виде точек.

При своевременном и правильном лечении ангинозные явления, в том числе и налеты, проходят к 5-му—6-му дню от начала болезни.

Лакунарная ангина

Столь же тяжело протекает и лакунарная ангина: больные жалуются на головную боль, недомогание и боли в горле. Температура часто достигает 40°. При осмотре зева видно, что нёбные миндалины приобрели ярко-красный цвет. Характерным является то, что во входах в лакуны появляются беловато-желтые налеты, часто приобретающие большие размеры; иногда они сливаются друг с другом. Заболевание также длится примерно до 6 дней, причем все болезненные явления стихают постепенно. Картина глотки именно при этом заболевании часто напоминает таковую при дифтерии и требует особого внимания.

Необходимо помнить, что при любой из этих ангин, в том числе и при наиболее легкой катаральной, могут возникнуть тяжелые осложнения со стороны организма. При начавшемся заболевании необходимо сразу обратиться к врачу, который назначит правильное лечение.

Флегмонозная ангина

В ряде случаев, когда явления после одной из перенесенных ангин стихают или стихли и у больного создается впечатление, что он почти здоров, вновь возникают бурные явления. Появляются резкие боли в глотке, но чаще уже в одной стороне, температура вновь повышается, подчас до 40° и более. Глотание становится очень болезненным, отмечается обильное слюноотделение. Это происходит потому, что иногда в миндалине образуется нарыв (флегмонозная ангина). В других случаях инфекция проникает в глубину за миндалину в окружающую ее клетчатку; это заболевание именуется **острым паратонзиллитом** (от греческого «пара» — возле и латинского «тонзилла» — миндалина).

К 4-му—5-му дню от начала повторного заболевания часто образуется нарыв, который или самостоятельно вскрывается, или же врач делает хирургическое вскрытие его. После этого, как правило, наступает значительное улучшение общего состояния.

Такие заболевания обычно возникают в тех случаях, когда болеющий ангиной, не придерживаясь указаний врача, преждевременно прекращает прием лекарств или выходит на улицу, подвергаясь переохлаждению (общему или местному), и заболевает вновь, но уже более тяжелой формой. Врачам известно, что чаще всего такого рода осложнения ангины бывают у людей, страдающих хроническим воспалением миндалин (об этом мы расскажем позже).

Другие виды ангин

Значительно реже, чем описанные выше ангины, островоспалительные процессы могут развиваться и в других скоплениях лимфаденоидной или лимфатической ткани: сюда относятся язычная и носоглоточная миндалины. Воспаление может быть также и разлитым, распространяясь по всей лимфаденоидной ткани носоглотки, ротоглотки и гортани.

Реже самостоятельно, чаще одновременно с поражением других миндалин возникает **язычная ангина**. Она бывает иногда результатом мелкой травмы при приеме пищи или после какого-либо оперативного вмешательства в носу или ротоглотке. Заболевание обычно протекает тяжело, с резкими болями при глотании. Воспалительный процесс может привести к гнойному воспалению языка (глоссит от греческого «глосса» — язык), флегмоне дна полости рта, отеку гортани. При этой форме ангины может нарушаться функция дыхания.

Чаще у детей, чем у взрослых встречается **носоглоточная ангина**, которая нередко протекает скрыто, под видом острого насморка (ринита), (от греческого «рис» — «ринос» — нос). При этом заболевании также наблюдаются боли в горле, ощущение чего-то постороннего позади носа, чувство разбитости и высокая температура. При осмотре носоглотки отмечается резкое покраснение аденоидной ткани, иногда с точечными налетами. Такое заболевание нередко дает осложнение на уши.

Язычную и носоглоточную ангины может увидеть только врач, владеющий специальной техникой осмотра носоглотки и гортани.

Редко встречаются также ангины небных миндалин, подробно описанные Симановским — Плаут — Винцентом. При этом чаще бывает поражена только одна миндалина. На ней, а иногда и на внутренних сторонах щек или других отделов ротоглотки появляются поверхностные (или глубокие) изъязвления, покрытые белым налетом. Общее состояние больного обычно страдает мало, температура либо незначительно повышается (до 37,3—37,5°), либо остается нормальной. Только после исследования под микроскопом мазка, сделанного с этих налетов, может быть окончательно установлен диагноз. Это заболевание при правильном лечении проходит через 2—3 недели.

В некоторых случаях при какой-либо тяжелой болезни, когда сопротивляемость организма резко падает и его защитная реакция в достаточной мере нарушена, постоянно находящиеся в полости рта и зева микробы получают возможность проникнуть в толщу миндалины. В зеве развиваются изменения, сходные с теми, какие бывают при ангине. Но это не са-

мостоятельное заболевание, а лишь следствие общего состояния организма больного человека.

В таких случаях трудность установления диагноза усугубляется тем, что ангины возникают нередко при заболевании крови, и хотя видимые изменения в горле легко констатируются, но все это оказывается вторичным явлением. Так, выраженные изменения в области миндалин с глубоким изъязвлением и даже омертвением тканей бывают, например, при **агранулоцитарной ангине**. Это заболевание выражается в резком уменьшении количества лейкоцитов в крови вообще, а главное в исчезновении зернистых нейтрофилов.

Сюда же следует отнести ангину, развивающуюся при заболевании крови — **алиментарно-токсической алейкии**. В этом случае воспалительные изменения миндалин обычно проходят последовательно ряд стадий — катаральную, лакунарную, язвенную — и нередко заканчиваются омертвением всей ткани миндалины. В основе этого заболевания лежит уменьшение числа лейкоцитов и исчезновение тромбоцитов, причем последнее обуславливает резкое понижение свертываемости крови. Естественно, что основную роль в диагностике этих заболеваний играет общий клинический анализ крови.

Воспалительные изменения в горле, напоминающие картину при ангине, возникают при целом ряде инфекционных заболеваний. К их числу следует отнести скарлатину, дифтерию, корь и коклюш. Каждое из этих заболеваний имеет свою картину.

При **скарлатине** заболевание начинается остро. После познабливания температура поднимается до 39—40°; нередко наблюдается однократная или повторная рвота. Уже в первые часы появляется болезненное глотание, разбитость во всем теле, головная боль. При осмотре зева обнаруживается яркое покраснение миндалин, мягкого нёба и языка.

Позже миндалины покрываются грязно-белым или желто-белым налетом, который может распространиться на мягкое нёбо и язычок. Подчелюстные и верхне-боковые шейные лимфатические узлы увеличены. Язык влажный, покрыт серовато-белым налетом. Начиная с 3-го—4-го дня болезни он освобождается от налета, приобретает ярко-красный цвет и на кончике его заметны многочисленные увеличенные сосочки. Такой вид языка характерен для данного заболевания, и его часто называют «малиновый» язык. Лицо больного приобретает одутловатость, иногда на второй или третий день болезни появляется характерное высыпание на коже в виде мелких ярко-красных точек, расположенных так близко, что они сливаются в сплошное покраснение. Сыпь появляется первоначально на шее и в верхней части груди, и через 1—3 дня распространяется по всему телу.

При обычном течении скарлатины лихорадочный период

продолжается 7—12 дней. После этого все явления постепенно стихают и наступает выздоровление или период относительного благополучия вплоть до 15-го—20-го дня болезни, когда может наступить второй период, характеризующийся рядом осложнений. Сюда относятся: отиты (воспаление среднего уха), часто гнойные, нефриты — воспаление почек, лимфадениты — воспаление лимфатических узлов и др.

Надо все же заметить, что второй период скарлатины, особенно при современных методах лечения, когда применяют пенициллин, противострептококковую сыворотку и другие средства, обычно не наблюдается или бывает очень редко.

После исчезновения сыпи на коже появляется достаточно характерный, хотя и поздний, симптом скарлатины — пластинчатое шелушение кожи. Но у детей, лечившихся пенициллином, шелушения не бывает.

При дифтерии зева может быть поражена только область миндалин — локализованная форма — или же процесс охватывает нёбные дужки, мягкое нёбо и слизистую оболочку носоглотки. Это — распространенная форма.

В случаях средней тяжести болезнь начинается умеренным повышением температуры (до 38—38,5°), ощущением разбитости, вялости и незначительной болезненности при глотании. Через 1,5—2 дня появляется небольшое покраснение зева, и на одной или обеих миндалинах образуются островчатые налеты грязноватого буро-серого цвета. Одновременно увеличиваются верхне-боковые шейные лимфатические узлы. Своевременное, то есть срочное, немедленное введение противодифтерийной сыворотки снимает появившиеся налеты через несколько дней и обычно наступает выздоровление.

Тяжелая (распространенная) форма начинается остро, с повышением температуры до 38,5—39°. Состояние больного резко ухудшается, становится тяжелым. Миндалины значительно покрасневшие, отечные; на них имеются массивные налеты, распространяющиеся на слизистую оболочку носоглотки, нёбные дужки и мягкое нёбо. Верхне-боковые шейные лимфатические узлы, как правило увеличены, болезненны при ощупывании. Даже при условиях своевременно начатого и энергичного лечения противодифтерийной сывороткой налеты в зеве исчезают лишь на 7-й—9-й день болезни.

Следует помнить, что токсины (яды), выделяемые дифтерийной палочкой, иногда тяжело поражают сердечно-сосудистую и нервную системы. Поэтому могут наступить парезы или параличи мышц мягкого нёба, ведущие к нарушению глотания, гнусавости, а также тяжелые поражения сердца, иногда плевры (плеврит), печени, сосудов и т. п. Только своевременное лечение может предупредить возникновение таких осложнений.

Возбудителем кори служит особый вид фильтрующегося

вируса, который попадая с частицами слизи в воздух (например, при разговоре или кашле), и даже на большом расстоянии (из комнаты в комнату с током воздуха) может вызвать заражение.

После контакта с больным корью через 10—12 дней появляется насморк, воспаление слизистой оболочки глаз, сухой «лающий» кашель; температура быстро поднимается до 38—40°. Начиная со 2-го—3-го дня на слизистой оболочке щек у больного можно обнаружить белесоватые участки слущивающегося поверхностного слоя (эпителия). С 3-го дня в зеве развивается выраженное покраснение слизистой оболочки, в том числе миндалин. На 4-й день температура повышается до 39,5—40,5°, и с этого момента начинается лихорадочный период кори, или период высыпания.

На коже лица и за ушами появляется крупнопятнистая сыпь. В последующие дни сыпь распространяется на туловище и на нижние конечности. К 4-му дню от начала высыпания температура снижается, сыпь исчезает с кожи в той же последовательности (то есть сначала с лица, затем с туловища и конечностей). На участках, где имелись высыпания, после исчезновения сыпи появляется пигментация и мелкое шелушение кожи.

Во всех случаях больной корью должен быть изолирован, хотя бы в домашних условиях, а всем детям в возрасте от 3 месяцев до 4 лет, находившихся с ним в контакте, внутримышечно вводят противокоревую сыворотку или гамма-глобулин.

Необходимо помнить, что воспалительные изменения в миндалинах, напоминающие в той или иной степени картину при ангине, встречаются и при таких заболеваниях, как злокачественные опухоли, туберкулез, сифилис.

За последнее время в связи с появлением и широким применением антибиотиков (пенициллина, стрептомицина и др.) оказалось, что некоторые люди, в силу чисто индивидуальных особенностей организма, плохо переносят те или иные антибиотики или сульфаниламидные препараты (стрептоцид, норсульфазол). Прием иногда даже малых доз вызывает у них особую, необычную, так называемую аллергическую реакцию. Она выражается в ухудшении общего состояния, повышении температуры, но чаще в явлениях раздражения со стороны кожи или слизистых оболочек. В числе таких аллергических явлений бывают отек, припухание слизистой оболочки ротоглотки, иногда и внутренних поверхностей щек и т. п. Это — не опасное для жизни явление (если отек не распространился на гортань), но субъективно очень неприятное. Все же оно обычно быстро ликвидируется после прекращения приема соответствующего лекарства и введения противоаллергических средств.

Изложенное показывает, что при всяком изменении в горле необходимо своевременно обратиться к врачу, ибо ранняя диагностика и рациональное лечение способствует быстрейшему выздоровлению больного и предупреждает распространение инфекции.

ПОНЯТИЕ О ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Заболевание ангиной иногда случайный эпизод в жизни человека, но некоторые люди болеют ею часто (обычно те, у которых общее состояние организма, его реактивность резко понижены). У людей, страдающих частыми ангинами, реже после однократно перенесенной ангины и очень редко вне зависимости от ангин развивается заболевание, известное под названием **хронического тонзиллита** (хроническое воспаление небных миндалин).

Появляются умеренные, периодически возникающие небольшие боли при глотании, ощущение неловкости и першения в горле, нередко запах изо рта. Иногда при откашливании отходят так называемые пробки. Ввиду того, что общие явления в некоторых случаях выражены слабо, а иногда и вовсе отсутствуют, хроническое воспаление миндалин протекает без симптомов или почти совсем незаметно для больных. При осмотре ротоглотки у них можно обнаружить признаки хронического воспалительного процесса в миндалинах.

Как же развивается хронический тонзиллит?

Выше мы говорили, что в каждой миндалине имеется значительное число лакун (крипт). Они часто имеют извилистые ходы, слепо оканчивающиеся карманы, расположенные глубоко в толще миндалин. Освобождение от скапливающихся в них патологических продуктов, бактерий и случайных инородных тел (частицы пищи) бывает затруднено. Задержка же этого содержимого при хроническом воспалении ведет к застою, загниванию; образуются так называемые пробки. Длительное нахождение последних ведет к раздражению стенок лакун. Этим поддерживается хронический процесс в миндалинах. Получается как бы замкнутый круг. Гнойные пробки «рванят» лакуны, и в них возникает ответная реакция в виде сращивания эпителия, клеточных элементов, фибрина и пр.

По новейшим данным, в небной миндалине при хроническом тонзиллите в процессе распада ее ткани образуются вещества, которые сами по себе неблагоприятно отражаются на организме, вызывая аллергию. Небная миндалина имеет хорошо развитую нервно-сосудистую сеть. Раздражения, возникающие в миндалине, передаются коре головного мозга. Оттуда

приходят импульсы, в свою очередь отражающиеся на состоянии миндалин и других органов. Нередко хронический тонзиллит является следствием постоянного инфицирования активными болезнетворными микробами из гнилых (кариозных) зубов при альвеолярной пиоррее и т. д. Важным фактором, играющим большую роль в развитии этого заболевания, является плохое носовое дыхание. Люди, дышащие преимущественно ртом, подвергают охлаждению рот и зев, а следовательно, и небные миндалины. Результатом хронического тонзиллита могут быть частые ангины, носящие название рецидивирующих. Ангины в таком случае следует рассматривать как обострение хронического тонзиллита.

Из этого следует, что в большинстве случаев хронический тонзиллит вызывает ряд местных явлений, протекающих у различных лиц по-разному. Поэтому особенно важно своевременно обращаться к врачу и доводить лечение до конца, даже если больному кажется, что он полностью поправился. Легкомыслие здесь может привести к серьезным последствиям, мы о них расскажем ниже.

СВЯЗЬ АНГИНЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНИЗМА

Давно известно, что в некоторых случаях перенесенная ангина или обострение хронического тонзиллита неблагоприятно отражается на состоянии всего организма,

Отчего же это происходит?

Как мы уже говорили, в миндалинах (в лакунах) при определенных условиях скапливается некоторое количество болезнетворных микробов. Эти микробы, находя подходящие для себя условия существования, не встречая подчас значительного сопротивления (особенно при низкой реактивности организма), могут быстро распространиться и на близлежащие верхне-боковые лимфатические узлы. Узлы припухают, становятся болезненными при ощупывании. Чаще всего на этом воспалительный процесс заканчивается.

Но бактерии, находящиеся в самих небных миндалинах, в путях, ведущих к лимфатическим узлам, и в самих этих узлах, могут иногда попасть и в общий ток лимфы и крови. Тогда они заносятся этим током в любые отдаленные органы, где и вызывают то или иное осложнение. Но известно и другое: болезнетворные микробы выделяют яды (токсины), которые всасываются в кровь. В таких случаях тоже нередко страдают сердце, почки, суставы и другие органы.

При хроническом тонзиллите, протекающем даже без

островоспалительных явлений, часто обнаруживаются различные грубые изменения, а именно—очаги размягчения, мелкие нарывы (абсцессы), нередко захватывающие стенки лимфатических и венозных сосудов. Иногда в последних обнаруживаются тромбы, то есть возникает тромбофлебит мелких сосудов. Таким образом, здесь при хроническом тонзиллите имеется инфекционный очаг, который может существовать долго — годами и даже десятками лет. У некоторых людей, при хорошем в остальном состоянии организма наступает компенсация — нет в организме никаких расстройств. Эта форма заболевания, протекающая без осложнений, имеет название **компенсированного хронического тонзиллита**.

В результате того или иного неблагоприятного момента, когда наступает ухудшение общего состояния организма, например при гриппе, при нарушении общего обмена или вообще при наличии какого-либо другого заболевания, равновесие нарушается, и заболевание переходит в форму, носящую название **хронического декомпенсированного тонзиллита**.

Это бывает чаще всего в результате длительного (годами) постоянного всасывания в организм больного продуктов нарушения обмена в миндалинах и распада белковых тел, находящихся в ее толще. Создаются условия как бы хронического отравления, хронической интоксикации организма. При таком состоянии бывают более или менее постоянными недомогание, сердцебиение, ломота в суставах или пояснице. Больных нередко направляют в терапевтические стационары с подозрением на затянувшийся септический эндокардит, ревмокардит и т. п. Однако конкретных данных, соответствующих предположительному диагнозу, при детальном обследовании у них не обнаруживается. Из-за отсутствия или понижения работоспособности больные становятся подчас на долгое время владельцами больничных листов.

Находящееся в лакунах содержимое, состоящее из гноя, микробов, продуктов распада, ядов (токсинов), может поступать в большом количестве в кровь; образуются так называемые «ворота инфекции». В результате этого микроорганизмы или их токсины, оседая чаще всего в таких органах, как сердце, почки или суставы, вызывают то или иное новое заболевание, а именно: эндокардит, нефрит, пиелит, артрит, а иногда и общее заражение крови — сепсис. Тут уже возникает новое заболевание, связанное с хроническим тонзиллитом.

Если же у больного уже имелось какое-либо другое заболевание (базедова болезнь, бронхиальная астма и пр.), то в этих случаях хронический тонзиллит, изменяя реактивность организма, может дать особо неблагоприятную окраску течению заболеваний. Это часто снижает эффективность даже правильно проводимых лечебных мероприятий.

ПРОФИЛАКТИКА АНГИН И ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Профилактические мероприятия по борьбе с ангинами осуществляются по разным направлениям. Как уже упоминалось выше, в происхождении ангин большую роль играют не только болезнетворные микроорганизмы или вирусы, проникающие в миндалины, но и само состояние организма в целом, его реактивность. Поэтому предупреждению этих заболеваний способствует обычно то, что улучшает общее состояние организма и его центральной нервной системы.

Прежде всего это общее и местное закаливание организма. В зависимости от возраста каждому человеку из профилактических соображений рекомендуются систематические занятия физкультурой, ежедневная гимнастика, спорт, обтирания прохладной водой. Они должны быть для каждого человека такими же обязательными и регулярными, как умывание и чистка зубов.

Закаливание организма можно начинать с любого возраста, но лучше с раннего детства. Само собой разумеется, что для этого необходимо сначала посоветоваться с врачом.

Родители должны знать, что чрезмерное укутывание ребенка ведет к снижению сопротивляемости его организма в отношении неблагоприятных воздействий внешней среды (холода, ветра, сырости и т. п.). Обычно дети очень подвижны, организм их очень быстро перегревается. Детям жарко, они потеют. Разогревшись, они часто дышат ртом, а это ведет к местному охлаждению глотки, в частности, миндалин. Это может привести к заболеванию ангиной или различным катарам верхних дыхательных путей.

Правильный режим труда и отдыха, нормальное питание, рациональное закаливание, занятия спортом, физкультурой и пр. — необходимые условия для поддержания сопротивляемости организма к болезнетворным микробам и другим неблагоприятным факторам (местное и общее охлаждение). Об их значении можно судить по нижеследующим данным. Вот что показало диспансерное обследование населения одного из районов Москвы. В качестве непосредственной причины заболевания ангиной были: общее переохлаждение — у 299 человек, местное охлаждение — у 294 человек (из них питье холодной воды — у 206 человек), употребление мороженого — у 88 человек. Чаще всего ангиной страдали зимой (294 человека) затем осенью (89 человек), весной (88 человек) и летом (85 человек) (И. Е. Стклянкин).

За последнее время, учитывая большую пользу физических упражнений, в нашем государстве почти на всех предприятиях введена производственная гимнастика. Уже всем известно, что она является прекрасным оздоровительным меро-

приятием и вместе с тем способствует подъему производительности труда. Не следует также забывать и о значении часто-го проветривания производственных помещений.

Очень полезны для закаливания прогулки по свежему воздуху, туристские экскурсии, походы на лыжах и просто пребывание на свежем воздухе. Все это, конечно, с учетом возраста и общего состояния здоровья.

Очень важными моментами в профилактике ангин являются также правильный режим дня, своевременный и нормальный сон и полноценное питание с достаточным количеством различных витаминов.

В том, какую важную роль играют перечисленные выше факторы, можно легко убедиться. Большие группы людей живут в примерно одинаковых условиях — климатических, метеорологических и т. п. Однако одни из них очень редко или вообще не болеют ангинами, другие — очень часто. При этом последние, как правило, боясь новой ангины, особенно оберегают себя. Они чрезмерно кутаются, избегают пить воду даже комнатной температуры, есть мороженое и т. п., но достигают как раз обратных результатов, так как слишком изнеживают свой организм, а не закаляют его.

Определенную роль, имеющую немаловажное значение в профилактике ангин, играют чрезмерное курение и злоупотребление алкоголем, способствующие возникновению воспалительных явлений в горле из-за постоянного раздражения. Врачам известны случаи, когда больные с целью «лечения гортла» употребляли алкоголь. Это нередко приводило к тяжелым осложнениям, например, к нарывам в горле, сердечно-сосудистым заболеваниям и др. Поэтому лицам, страдающим ангинами, следует рекомендовать воздерживаться от курения и злоупотребления алкоголем.

Немаловажное значение в развитии ангин имеет состояние носового дыхания. При различных заболеваниях носа (хронический насморк, полипы, аденоиды, гайморит, фронтит и т. п.) человек обычно плохо дышит носом. Воздух, особенно холодный, поступая в рот, охлаждает глотку, в том числе и небные миндалины. Поэтому при затруднении носового дыхания необходимо обратиться к врачу для устранения причин, вызывающих нарушение дыхания.

Гнилые зубы также являются частой причиной ангин. В полости рта и глотки у таких людей содержится очень большое количество болезнетворных микробов. Поэтому оздоровление (санация) полости рта — пломбирование зубов, лечение больных десен играет известную роль в профилактике ангин.

Естественно, что заболевший ангиной по возможности должен быть изолирован. Если позволяют условия, то лучше выделить отдельную комнату или оградить койку ширмой. В помещении, где находится больной, следует проводить влажную

уборку, часто и хорошо его проветривать. Особенно надо оберегать детей от контакта с больными.

Поскольку больной выделяет со слюной большое количество болезнетворных микробов, ухаживают за больными с особой осторожностью. Для них выделяют отдельную посуду, которую обязательно подвергают тщательному мытью и кипячению. Полотенца и постельное белье сразу же после смены кипятят и подвергают стирке. Необходимо также выделить отдельную баночку, заполненную каким-либо дезинфицирующим раствором, например хлорамином (1—3%), для сплевывания выделяющейся слюны или мокроты.

Следует помнить, что заразиться ангиной можно через рукопожатие и особенно через поцелуи, поэтому ни то, ни другое при этом заболевании не допускается. Лица, ухаживающие за больными, должны часто, в особенности перед едой, мыть руки, желательно с дезинфицирующим раствором.

Как указано выше, хронический тонзиллит обычно развивается у людей, многократно перенесших ангину. Следовательно, профилактика ангин является в значительной мере профилактикой хронического тонзиллита. Перечисленные местные факторы — постоянное пользование ротовым дыханием, наличие гнойных процессов в соседних областях, гнилых зубов во рту и прочее — играют роль постоянных раздражителей и predisполагают к развитию хронического тонзиллита.

Не меньшее значение, чем личной профилактике, советское здравоохранение придает общественной профилактике и диспансеризации. Проводимые в нашей стране чрезвычайно широкие оздоровительные мероприятия имеют огромное значение и для предупреждения возникновения ангин.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АНГИНАХ И ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

В первую очередь заболевший ангиной должен быть обязательно уложен в постель. Это одна из основных мер профилактики как местных осложнений (образование околоминдалинового абсцесса, воспаления шейных лимфатических узлов), так и общих — ревматизма, инфекционного неспецифического полиартрита, нефрита, пиелита и др. (лишь при очень легкой катаральной ангине может быть разрешен полупостельный режим). К сожалению, некоторые больные, переоценивая роль медикаментозного лечения, недооценивают в должной мере профилактического значения постельного режима.

Обязательно нужно вызвать врача (терапевта, педиатра) на дом, так как поставить диагноз и назначить соответствующее лечение может только врач. Своевременное лечение приводит, как правило, к исчезновению всех болезненных явлений

как местных, так и общих, а также избавляет больного от возникновения иногда очень тяжелых осложнений со стороны сердца, почек, суставов и других органов.

Питание должно быть разнообразным, нераздражающим, с обильным питьем и большим количеством витаминов (соки, лимонад, лимон и т. п.). Необходимо также следить за действием кишечника; при задержке стула назначается клизма или легкое слабительное.

Медикаментозное лечение обычных острых ангин несложно. Заслуженным успехом пользуется применение сульфаниламидных препаратов (белый стрептоцид, сульфидин, норсульфазол, сульфодимезин и др.). Белый стрептоцид дают взрослым обычно в первый день 4 раза по 1 грамму. Через 2—3 дня в случае благоприятного течения заболевания дозировку уменьшают до 0,5 грамма в 3 раза в день. Детям дают стрептоцид в такой дозировке: в возрасте до 1 года по 0,0—0,1 грамма на прием, от 2 до 5 лет — по 0,3 от 6 до 12 лет по 0,3—0,5 грамма 3—4 раза в день.

Впрыскивание пенициллина и вообще введение антибиотиков при обычном течении ангин не требуется. Они назначаются в особо тяжелых случаях. При надобности назначается пенициллин в таблетках внутрь по 100 000 единиц действия 4—6 раз в сутки.

За последнее время в стационарах используется иногда способ введения тех или иных лекарственных веществ путем вдыхания через рот (ингаляция), что является по существу методом общего и местного лечения. Лекарство в разведенном состоянии (в жидком виде) посредством специального аппарата распыляется на очень мелкие частицы (аэрозолерапия). При вдыхании этого распыленного лекарства (например, раствора стрептоцида, пенициллина и др.) через рот, последнее попадает на слизистую оболочку глотки, в том числе на миндалины, и в легкие. Таким путем происходит совершенно безболезненное орошение заболевшего органа (миндалин), а если учесть, что большая часть лекарства всасывается в организм через легкие, то такое лечение носит и общий и местный характер.

При головных болях назначается пирамидон или аналгин. С целью воздействия на нервную систему полезно давать внутрь снотворные, например амитал натрий; в больницах иногда назначаются даже растворы морфия или пантопона под кожу.

В первые дни болезни рекомендуется проводить через каждый час полоскание горла, для чего целесообразно применять смягчительные отвары — шалфея, ромашки или даже чая. При тяжелых ангинах с налетами назначают дезинфицирующие растворы, например 0,8-процентный раствор стрептоцида. Следует, однако, учитывать, что такие полоскания, как пере-

кись водорода, марганцовокислый калий, риванолъ употребляют не свыше недели. Длительное применение их вызывает очень неприятную сухость в горле. Лучше, если указанные жидкости будут слегка подогреты. Другие полоскания назначаются врачом.

Издавна при ангинах применяют сухое тепло, компресс или грелки и пр. на область шеи, особенно подчелюстных лимфатических узлов.

Следует помнить, что нередко осложнения со стороны сердца, почек, суставов и др. наступают в период окончания ангины. Поэтому лучше не спешить с переходом на обычный режим. Надо выдержать не менее чем двухдневный постельный режим после падения температуры и исчезновения в горле воспалительных явлений. Вышедший на работу в течение 5—7 дней должен остерегаться общих и местных охлаждений (особенно сквозняков).

Если же после перенесенной ангины у больного образовался абсцесс, то самостоятельно он вскрывается редко, чаще приходится прибегать к вскрытию его хирургическим путем. После этого обычно сразу наступает значительное улучшение общего состояния. При повторных ангинах надо провести, если посоветует врач, полное удаление небных миндалин.

При ангине Симановского—Плаут—Винцента, помимо дезинфицирующего полоскания, применяется смазывание язвенных поверхностей однопроцентным раствором бриллиантовой зелени на 70-градусном спирте. С успехом применяют иногда внутримышечное впрыскивание биохинола.

Как мы уже говорили, люди, часто болеющие ангинами, в ряде случаев заболевают хроническим воспалением миндалин — хроническим тонзиллитом. В данном случае необходимо решить вопрос, какова форма этого заболевания.

При хроническом тонзиллите полоскание горла малоэффективно, так как весь патологический процесс находится в ткани самой миндалины, особенно в ее лакунах (криптах). Поэтому широко применяют метод промывания лакун.

В течение многих лет для лечения хронического тонзиллита применяется электрическое прижигание — гальванокаустика небных миндалин. При этом методе постепенно, в несколько приемов, расширяются лакуны или выжигаются по частям больные миндалины. Следует отметить, что этот метод лечения является довольно мучительным для больного и он находит все меньшее применение. Кроме того, в ряде случаев гальванокаустика вызывает ухудшение. Это объясняется тем, что полного удаления миндалин выжиганием достичь не удается. Образовавшиеся после прижигания рубцы скрывают остатки (более глубокие части) лакун, по-прежнему вырабатывающих гной и пробки. Таким образом, хронический тонзиллит остается.

При компенсированном хроническом тонзиллите нередко все же наблюдается резкое увеличение (гиперплазия) небных миндалин. Это особенно часто бывает у детей. В некото-

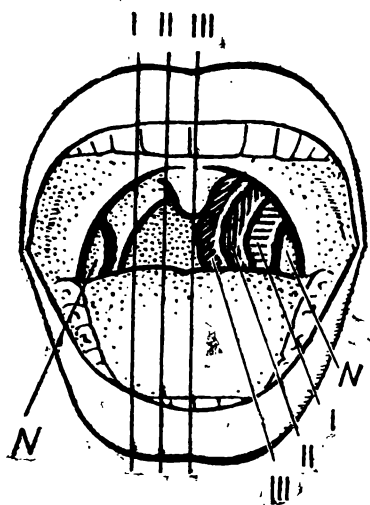


Рис. 3. Схема деления по степеням увеличенных миндалин (по Б. С. Преображенскому).

рых случаях миндалины настолько увеличены, что больной не может свободно проглатывать пищу и даже правильно дышать. Пища при этом постоянно травмирует миндалины; создаются условия, благоприятные для развития ангины. В таких случаях делается небольшая операция, так называемая тонзиллотомия (чаще амбулаторно), то есть — отсечение миндалин до нормального размера.

В норме миндалины обычно не увеличены; они находятся за передними дужками. При определенных болезненных состояниях они увеличиваются до очень больших размеров. Для более яс-

ного представления о размерах увеличенных миндалин профессором Б. С. Преображенским введено условное деление увеличенных миндалин на I, II и III степени (рис. 3).

Если тонзиллотомия, то есть частичное удаление сильно увеличенных миндалин не дало эффекта или есть другое заболевание (чаще ревматизм), приходится прибегать к их полному удалению — тонзиллэктомии. Тонзиллэктомию при соответствующих показаниях производят как детям, так и взрослым.

Интересно, полезно знать

Знаете ли вы?

Сведения об ангине до нас еще с древних времен. Судя по тому, что у Гиппократ (V—IV вв. до нашей эры) неоднократно описываются данные, относящиеся к ангине, можно считать, что это заболевание составляло предмет заботы врачей того времени. Удаление миндалин в связи с их заболеванием описано также Цельсом (I век н. э.).

Принципиальные противники полного удаления миндалин — тонзиллэктомии (а их становится все меньше и меньше) — выдвигают предположение о якобы могущих наступить эндокринных расстройствах со стороны организма. К настоящему времени доказано, что миндалина — не эндокринная железа и даже вообще не железа.

Некоторые больные, страдающие частыми ангинами, не всегда сознают, какое количество времени они проболели за свою жизнь этим заболеванием. Например, если человек в течение 40 лет с пятилетнего возраста болеет ежегодно (в среднем по 3 раза) ангиной, то за 35 лет он пролежал примерно 630 дней! (Из расчета в среднем 6 дней на заболевание).

Советуем прочитать

- Преображенский Б. С. и Волков Ю. Н. Ангина и ее профилактика. М., Медгиз, 1960.
Ромм С. З. Профилактика ангин. М., Медгиз, 1962.
Ромм С. З. и Вайнштейн А. М. Хронический тонзиллит. М., Медгиз, 1960.
Токман А. С. Заболеваемость болезнями уха, горла и носа и задачи организации отоларингологической помощи населению. М., Медгиз, 1957.

О ЧЕМ РАССКАЗЫВАЕТСЯ В ЭТОЙ КНИЖКЕ

Понятие об ангине	3
Причины заболевания ангиной	6
Различные виды ангин	7
Катаральная ангина	7
Фолликулярная ангина	8
Лакунарная ангина	8
Флегмонозная ангина	9
Другие виды ангин	10
Понятие о хроническом тонзиллите	14
Связь ангины и хронического тонзиллита с другими за- болеваниями организма	15
Профилактика ангин и хронического тонзиллита	17
Лечение при ангинах и хроническом тонзиллите	19
Интересно, полезно знать	24

Авторы
Борис Сергеевич Преображенский
Илландор Ефимович Стклянкин

Редактор Е. В. Лагутина.
Техн. редактор А. С. Назарова
Корректор Р. М. Коган
Обложка Л. Штайнмец

Сдано в набор 18.III 1964 г. Подписано к печати 6.IV 1964 г. Изд. № 96.
 Формат бум. 60×90¹/₁₆. Бум. л. 0,75. Печ. л. 1,5. Уч.-изд. л. 1,3.
 А 02868. Цена 5 коп. Тираж 140 000 экз., Заказ 1089.

Опубликовано тем. план 1964 г. № 369.

Издательство «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.

Типография изд-ва «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.



5 коп.

Индекс
72920

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»

Москва 1964



Б.С.ПРЕОБРАЖЕНСКИЙ
И.Е.СТКЛЯНКИН

КАК УБЕРЕЧЬСЯ ОТ АНГИНЫ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЙ

