

Здоровье

- [Отит](#)
 - [Средний отит - симптомы и лечение](#)
- [Ангина](#)
 - [Сравнение вирусной и бактериальной ангины](#)
- [Диарея](#)
 - [Средства от диареи](#)
- [Народные средства](#)

ОТИТ

Средний отит - симптомы и лечение

Определение болезни. Причины заболевания

Средний отит — это острое воспалительное заболевание слизистой оболочки среднего уха: слуховой трубы, барабанной полости, пещеры и клеток сосцевидного отростка. В норме среднее ухо заполнено воздухом, при отите в слуховой трубе накапливается жидкость [\[1\]](#).

Средний отит
image not found or type unknown

Средний отит можно заподозрить по трём ярким симптомам:

- боль в ухе;
- заложенность уха;
- снижение слуха;

У детей до одного года ярко выражены симптомы интоксикации: повышается температура, нарушается сон, ребёнок отказывается от еды [\[8\]](#).

Основная причина возникновения среднего отита — воздействие вирусов и бактерий на слизистую оболочку полости носа и носоглотки. Чаще всего это пневмококк и гемофильная палочка, также встречается золотистый стафилококк, моракселла катаралис, гемолитический стрептококк группы А [\[1\]](#).

Острый средний отит является наиболее частым осложнением острых респираторных заболеваний. В структуре болезней органа слуха острый средний отит встречается в 30 % случаев. В России его переносят ежегодно около 10 млн человек [\[1\]](#).

Чаще всего средний отит встречается у детей до трёх лет, причины этого:

- наличие в полости уха эмбриональной соединительной ткани, рыхлой и студенистой, которая имеет малое количество кровеносных сосудов и является хорошей питательной средой для микроорганизмов (чаще встречается у детей до года, иногда — до трёх лет);
- недостаточное заполнение воздухом полости височной кости из-за эмбриональной соединительной ткани и даже околоплодной жидкости;
- характерная для детей анатомия среднего уха: широкая и короткая слуховая труба расположена почти горизонтально, поэтому при острых респираторных заболеваниях, частом положении ребёнка лёжа на спинке, неправильном кормлении, постоянном срыгивании — слизистое содержимое из полости носа, кусочки пищи и жидкости попадают в слуховую трубу, что запускает механизм воспаления;
- пассивное курение;
- посещение детского сада;
- весенний или зимний период, увеличивающий вероятность [ОРВИ](#);
- искусственное вскармливание до 6 месяцев;
- [аллергический ринит](#);
- увеличение аденоидов.

Также причинами среднего отита могут стать:

- травма — механическое повреждение барабанной перепонки острым или тупым предметом, выраженное изменение атмосферного давления при резком снижении самолёта или погружении на большую глубину;
- [менингит](#);
- сепсис;
- [скарлатина](#);
- [корь](#);
- туберкулёз;
- [брюшной тиф](#);
- аллергия;
- неправильное промывание носа (например, при наклоне головы вправо, влево, назад);
- резкие перепады атмосферного давления (у лётчиков, стюардесс, пассажиров самолёта чаще встречается аэроотит, у водолазов, у взрослых и детей после купания в водоёмах — мареотит) [\[2\]](#).

warning
Image not found or type unknown

При обнаружении схожих симптомов проконсультируйтесь у врача. Не занимайтесь самолечением - это опасно для вашего здоровья!

Симптомы среднего отита

1. Встречаются чаще:

2. боль, заложенность, шум в ухе;
3. снижение слуха;
4. аутофония — усиленное восприятие своего голоса поражённым ухом;
5. повышение температуры тела выше 38 °C.

6. Встречаются реже:

7. выделения из уха (слизистого бесцветного, слизисто-белого, жёлтого, зелёного цвета);
8. головная боль, чаще локализованная в височной области;
9. головокружение системного характера (при осложнениях);

10. нистагм — произвольные колебательные движения глаз (при осложнениях среднего отита, например при лабиринтите) [\[4\]](#).

В начале заболевания наиболее выражены такие симптомы, как боль и заложенность в ухе, снижение слуха.

Основные симптомы отита

Симптомы среднего отита у детей до одного года:

- беспокойство и плач;
- нарушение сна;
- срыгивание;
- отказ от еды;
- повышение температуры тела;
- положение головы на больном ухе;
- попытки прикрыть руками больное ухо;
- отсутствие реакции на игрушки;
- нистагм [\[1\]\[8\]\[9\]](#).

Вышеперечисленные симптомы, кроме нистагма, развиваются в течение нескольких первых дней заболевания.

Симптомы при атипичном течении среднего отита:

- различный характер боли — от её отсутствия до резких болевых ощущений;
- фебрильная температура тела (более 38 °C);
- симптомы интоксикации (слабость, тошнота, головная боль, одышка, учащение пульса);
- неврологические симптомы (рвота, симптомы поражения оболочек головного и спинного мозга) [\[1\]\[7\]\[11\]](#).

Патогенез среднего отита

Пусковой механизм развития заболевания — это воздействие вирусов и бактерий на среднее ухо. Выделяют три основных пути попадания инфекции: тубарный, транстимпанальный, гематогенный.

Тубарный путь попадания инфекции

Слуховая труба играет важную роль в защите от инфекции среднего и внутреннего уха, в эвакуации отделяемого и выравнивании давления в среднем ухе с атмосферным.

Тубарный путь характерен для острых респираторных заболеваний, попадания кусочков пищи и жидкости, несоответствия давления в среднем ухе и атмосферного. Эти причины приводят к повреждению мерцательного эпителия слуховой трубы, который обеспечивает перемещение слизи по поверхности эпителия из барабанной полости в носоглотку. В результате запускается ряд иммунологических реакций, которые приводят к воспалению, повышается проницаемость сосудистой стенки, следовательно, увеличивается секреция слизи.

При нарушении основных функций слуховой трубы физиологический транспорт слизи затруднён, в результате она скапливается в области глоточного устья. Это приводит к дисфункции слуховой трубы и нарушению дренирования среднего уха. Оставшийся в нём воздух всасывается слизистой оболочкой, из-за чего в среднем ухе снижается давление. В результате происходит выпот жидкости из сосудов микроциркуляторного русла, что является отличным субстратом для размножения бактерий. Скопившийся экссудат, протеолитические ферменты, распавшиеся лейкоциты повышают давление на барабанную перепонку, что приводит к её прободению (образованию отверстия) и выделению гноя из уха [\[1\]\[9\]\[11\]](#).

Транстимпанальный путь попадания инфекции

Инфекция проникает в барабанную полость через наружное ухо при механическом повреждении барабанной перепонки [\[9\]\[11\]](#).

Гематогенный путь попадания инфекции

Встречается реже, при инфекционных заболеваниях ([скарлатина](#), [корь](#), [грипп](#)). Тромбоз микроциркуляторного русла среднего уха приводит к некротическим изменениям в слизистой оболочке барабанной полости. В результате возникает обширная перфорация барабанной перепонки, часто перетекающая в хроническую форму [\[9\]](#).

Классификация и стадии развития среднего отита

Выделяют **три стадии** развития заболевания:

1. Катаральное воспаление.
2. Гнойное воспаление:
3. 2a — гнойное воспаление, нет перфорации;
4. 2b — гнойное воспаление, с перфорацией.
5. Разрешение:
6. выздоровление;
7. хронизация процесса;
8. появление осложнений.

На первой стадии барабанная перепонка краснеет, утолщается, появляется боль в ухе, снижается слух, температура тела повышается до 37-38 °С. Без адекватной и своевременной терапии процесс переходит в гнойный.

Вторая стадия включает две формы. На стадии 2а перфорация барабанной перепонки отсутствует, она выбухает и приобретает синюшный оттенок. В процесс вовлекается пещера и ячейки сосцевидного отростка среднего уха. В слизистой оболочке появляются эрозии и изъязвления, поражается надкостница. Боль в ухе усиливается, значительно снижается слух, гнойный экссудат сильно давит на барабанную перепонку, появляется слабость, недомогание, температура тела повышается до 38-39 °С.

На стадии 2b барабанная перепонка перфорируется, в наружном слуховом проходе появляется гнойное отделяемое, боль в ухе уменьшается, симптомы интоксикации (слабость, недомогание, высокая температура) отступают.

Третья стадия — это разрешение процесса. Выделяют три его формы:

- выздоровление — в результате своевременной и адекватной терапии барабанная перепонка восстанавливает свою целостность, слух, как правило, тоже приходит в норму, в месте перфорации появляется рубчик;
- процесс переходит в хронический;
- формирование отогенных осложнений (связанных с ухом) [\[6\]](#).

Осложнения среднего отита

Осложнением отита может стать его переход в хроническую форму. Процесс становится хроническим по следующим причинам:

- снижение иммунитета;

- сопутствующие хронические заболевания дыхательной и пищеварительной системы;
- нарушение функции слуховой трубы.

Осложнения наступают в результате затянувшейся стадии 2a. Сохранение целостности барабанной перепонки приводит к тому, что вязкий и густой секрет не может эвакуироваться. Барабанная перепонка меняет форму, в барабанной полости появляются спайки, которые мешают нормальной работе системы слуховых косточек. Слух не возвращается в норму и без терапии ухудшается.

Также заболевание может стать хроническим при затянувшейся стадии 2b и при вновь повторяющихся острых средних отитах. В результате перфорации барабанной перепонки среднее ухо остаётся открытым и в него проникает инфекция из внешней среды. Возникает тугоухость, которая по мере обострения приводит к ухудшению слуха и развитию как отогенных осложнений, так и внутричерепных.

Перфорация барабанной перепонки

Хронический средний гнойный отит имеет две формы:

- мезотимпанит — воспаление только слизистой оболочки;
- эптитимпанит — поражение и костных структур.

Без адекватного лечения могут развиваться следующие осложнения:

- **Мастоидит** — деструкция ячеек сосцевидного отростка. Проявляется болью в заушной области, её отёком и покраснением, общей интоксикацией, оттопыренностью ушной раковины. Для мастоидита характерны и атипичные формы. Они могут проявляться уплотнённым образованием на боковой поверхности шеи или заушной области, затруднённым поворотом головы, воспалением луковицы яремной вены (расширение, расположенное в яремной ямке височной кости),

смертельным кровотечением из внутренней сонной артерии, опущением века, неподвижностью глазных яблок, отёком мягких тканей лица.

- **Парез лицевого нерва** — проявляется неподвижностью и асимметричностью поражённой стороны лица при попытке улыбнуться, нахмурить брови, разговаривать.
- **Лабиринтит** — воспаление внутреннего уха. Его признаки: головокружение, тошнота, рвота, нарушение равновесия, шум в ухе, снижение слуха.
- **Гнойные процессы внутри черепа:** [менингит](#), тромбоз сигмовидного синуса, субдуральный абсцесс (скопление гноя под твёрдой мозговой оболочкой головного мозга), экстрадуральный абсцесс (гной между твёрдой мозговой оболочкой и внутренней поверхностью костей черепа), [абсцесс мозга](#), сепсис [\[8\]](#).

Тромбоз сигмовидного синуса

Диагностика среднего отита

Диагностика среднего отита включает опрос и осмотр пациента, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы.

Физикальное обследование проводится с помощью передней и задней риноскопии, фарингоскопии, отоскопии.

Для отоскопии применяют ручной отоскоп или специальный микроскоп. Метод позволяет разглядеть структуры в увеличенном виде и при необходимости прибегнуть к хирургическим способам лечения.

Отоскопия

Общий анализ крови — позволит выявить воспалительный процесс в организме и узнать его тяжесть.

Обязательно проводят **посев отделяемого из уха** на микрофлору и грибы рода кандиды.

Аудиометрия — для уточнения степени тугоухости и исключения сенсоневрального компонента снижения слуха. Пациента усаживают в шумоизоляционную кабину (или в шумоизолированное помещение) и надевают специальные наушники. Затем через аудиометр подают короткие звуковые сигналы сначала в правое, затем в левое ухо и просят пациента нажимать на кнопку или поднимать руку, когда слышен звук.

Аудиометрия

Импедансометрия — в ухо вставляется зонд со вкладышем, похожий на вакуумный наушник, который создаёт давление в наружном слуховом проходе. Затем в ухо транслируются короткие звуковые сигналы определённой частоты и интенсивности, пациент при этом молчит и не совершает никаких движений головой. Данное исследование позволяет определить подвижность барабанной перепонки, наличие экссудата в среднем ухе, объём наружного слухового прохода и барабанной полости, функцию слуховой трубы, подвижность слуховых косточек и рефлекс стременной мышцы.

Импедансометрия

Рентгенография височных костей по Шюллеру и Майеру позволит определить воздушность полости среднего уха, утолщение слизистой оболочки среднего уха и целостность структур.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) височных костей является одним из наиболее информативных методов. МСКТ позволит установить характер и распространённость патологического процесса, выявить причины и индивидуальные особенности, визуализировать структуры, которые не просматриваются при рентгенографии.

При подозрении на наличие внутричерепных осложнений рекомендована **магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ)** [\[3\]](#).

Лечение среднего отита

План лечения зависит от стадии процесса и наличия осложнений. Эффективность терапии выше, если начать её своевременно.

Цель лечения — снять воспаление в среднем ухе, убрать боль, восстановить функцию слуховой трубы и слух, нормализовать общее состояние пациента, предупредить развитие осложнений и уничтожить возбудителя заболевания.

Консервативное лечение

На первой стадии катарального воспаления назначают ушные капли, которые обладают местным противовоспалительным и обезболивающим действием, а также сосудосуживающие капли в нос и антигистаминные препараты.

На второй стадии гнойного воспаления при отсутствии перфорации добавляется приём внутрь антибактериальной терапии в течении 7-10 дней. Важно соблюдать правильную последовательность приёма антибиотиков и дозировку. Сначала необходимо принимать препараты первой линии, при их

неэффективности — второй, а если и они не работают, то третьей. Эффективность антибиотика можно оценить не раньше, чем через 48–72 часа после начала приёма. И только если за это время результата нет, назначают более сильный антибиотик. Иногда нужно сдать посев выделений из среднего уха, чтобы более прицельно подобрать препарат.

При второй стадии гнойного воспаления с перфорацией больное ухо ежедневно промывают до чистых вод тёплым стерильным физиологическим раствором. Антибактериальная терапия назначается системно и местно. Для этого через прокол барабанной перепонки в больное ухо закапывают тёплые антибактериальные ушные капли и добиваются прохождения капель в носоглотку — пациент чувствует вкус лекарственного препарата. При густом гнойном трудноотделяемом секрете назначают муколитики, например "[Синупрет](#)".

При повышении температуры назначаются жаропонижающие препараты. Если же исходом острого среднего отита стал хронический процесс или отогенные осложнения, лечение проводят в стационаре ЛОР-отделения.

Хирургическое лечение

При неэффективности консервативной терапии пациентам показано хирургическое лечение. Его цель — восстановить функции среднего уха и предотвратить проникновение инфекции.

Парацентез — разрез или прокол барабанной перепонки показан при отсутствии спонтанной перфорации на 2а стадии острого среднего отита, при сохранении гипертермии и признаков интоксикации. Чтобы разрез сразу не зарастал и гной продолжал свободно отделяться, иногда в ухо устанавливают миниатюрную трубочку — **шунт**. Его оставляют примерно на 1,5–2 месяца. Риск развития осложнений при шунтировании минимальный (в редких случаях возможно нагноение среднего уха, незаращение отверстия, [головокружение](#), [парез лицевого нерва](#), потеря слуха и т. д.) [\[12\]](#)

После шунтирования нужно защищать ухо от попадания воды, наблюдаться у врача от одного месяца до года и соблюдать его рекомендации.

Желательно также не чихать. Сморгаться нужно с открытым ртом, каждой половиной носа по очереди.

Мастоидотомия — вскрытие сосцевидного отростка и его промывание, выполняется при внутричерепных осложнениях. Устанавливается дренаж до устранения признаков воспаления и полного очищения ячеек сосцевидного отростка [\[11\]](#).

Парацентез и мастоидотомия

Иногда пациенты при боли в ухе применяют средства народной медицины, например помещают в ухо зубчик чеснока или листья герани. Последствиями этого могут быть аллергические реакции, ожог, наружный отит. Ни в коем случае нельзя вставлять в уши инородные предметы, тем более в "лечебных целях".

Прогноз. Профилактика

При адекватном лечении прогноз благоприятный, возможно полное восстановление слуха. Без своевременной диагностики, правильного лечения и при нерациональной антибиотикотерапии процесс часто принимает затяжной характер. Это чревато переходом острого воспаления в хроническое и развитием осложнений, которые приводят к необходимости хирургического лечения, в том числе у нейрохирурга.

Для профилактики среднего отита следует:

- предупреждать острые респираторные и хронические заболевания верхних дыхательных путей;
- не допускать переохлаждения;
- соблюдать правила личной гигиены;

- при кормлении детей грудью или бутылочкой держать голову ребёнка в правильном положении (голова и тело ребёнка должны находиться в одной плоскости, его нос расположен напротив соска);
- избегать механических травм барабанной перепонки;
- не удалять ушную серу сторонними предметами и ватными палочками;
- соблюдать гигиену наружного уха;
- исключить самолечение;
- при первых симптомах заболевания обращаться к ЛОР-врачу.

Из-за нерационального и безрецептурного приёма антибактериальной терапии часто встречаются:

- клинически стёртые формы хронического воспаления среднего уха, даже при целой барабанной перепонке;
- присоединение грибковой инфекции;
- устойчивость микрофлоры к антибактериальным препаратам первого ряда.

Список литературы

1. [в тексте](#) Пальчун В. Т. Национальное руководство оториноларингология, 2-ое издание. — Москва, 2016. — 1012 с.
2. [в тексте](#) Вишняков В. В. Оториноларингология, 2014. — 328 с.
3. [в тексте](#) Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М., Зеликович Е. И. Обследование оториноларингологического больного, 2014г. – 336 с.
4. [в тексте](#) Пальчун В. Т., Крюкова А. И. Оториноларингология, 2014. – 368.
5. [в тексте](#) Ханс Бербом, Оливер Кашке, Тадеус Навка,Эндрю Свифт. Болезни уха горло носа. — Москва, 2016. —772 с.
6. [в тексте](#) Бабияк В. И., Говорун М. И., Накатис Я. А., Пашинин А. Н. Оториноларингология. — Питер, 2012.

7. [в тексте](#) Содатов И. Б. Руководство по оториноларингологии, 1994. – 608 с.
8. [в тексте](#) Ананьева С. В. Болезни уха горла носа, 2012. — 411 с.
9. [в тексте](#) Никитин К. А., Глухова Е.Ю. Избранные вопросы клинической отиатрии в практике семейного врача, 2007. — 39 с.
10. [в тексте](#) Пальчун В. Т. Национальное руководство оториноларингология, 2-ое издание. — Москва, 2016. — 1012 с.
11. [в тексте](#) Клинические рекомендации МЗ РФ острый средний отит. Glav-otolar.ru, 2016. — 22 с.
12. [в тексте](#) Клименко К. Э. В лабиринтах уха, горла и носа. — М.: Бомбора, 2019. — 256 с.

Ангина

Сравнение вирусной и бактериальной ангины

Ангина — болезнь, знакомая каждому с детства. Все мы знаем, что это ОРЗ (острое респираторное заболевание), сопровождающееся сильной болью в горле и лихорадкой. Лучшим лекарством от ангины, по мнению большинства, являются антибиотики. Но так ли это? Стоит ли спешить в аптеку за антибиотиком, столкнувшись с симптомами ангины?

На самом деле, то, что мы называем ангиной, далеко не всегда обусловлено бактериальной инфекцией. Острый тонзиллит (а именно так ангину принято называть в медицинской практике) может быть вызван как бактериальной, так и вирусной активностью. Зачастую острым тонзиллитом называют именно вирусное заболевание, а ангиной — бактериальное, однако это не является общепринятым.

В большинстве случаев тонзиллит развивается в результате острой вирусной инфекции (т. е. простуды), а бактериальная инфекция присоединяется в качестве осложнения.

Реже (но есть и такие случаи), воспаление миндалин связано с грибковой инфекцией.

Как известно, антибиотики не влияют на жизнедеятельность вирусов. Таким образом, в некоторых случаях симптомы ангины не являются поводом начинать активную антибактериальную терапию. Но как отличить вирусную ангину от бактериальной? Читайте об этом в нашей статье.

Вирусы и бактерии, вызывающие ангину

Чтобы яснее показать отличия вирусной и бактериальной ангины, вкратце проясним, какие принципиальные отличия существуют между их возбудителями — вирусами и бактериями.

Вирусы — инфекционные агенты крайне малого размера и простого строения. По сути, это цепочка ДНК, которая встраивается в клетку человека и образует тысячи своих копий. При этом работа клетки человека нарушается, что и вызывает определенные симптомы. Например, при тонзиллите вирус размножается в клетках слизистой оболочки миндалин.

Вирусная инфекция редко протекает изолированно: она распространяется на слизистую носоглотки, глаз и т. д. Поэтому для ОРВИ характерно одновременное появление насморка, кашля, боли в горле, конъюнктивита.

Вирус не питается тканями организма, не формирует колонии. Его задача — создать как можно больше копий и заразить все клетки, оказавшиеся рядом. Именно потому вирусы такие заразные, но нарушают здоровье человека всего на несколько дней. Вне клетки человека вирус размножаться не может. И вообще, назвать вируса живым вне клетки человека довольно сложно — это полностью бездействующая молекула.

Вирусы, способные вызвать тонзиллит:

- аденовирусы;
- парагрипп;
- вирус Коксаки;
- RS-вирус;
- вирус Эпштейна_Барр (ВЭБ, или ЭБВ).

Бактериальное происхождение имеют около трети случаев острого тонзиллита. В 90% из них возбудителем инфекции является стрептококк группы А.

Бактерии, в отличие от вирусов, — полноценные живые организмы. Тело человека играет для них роль питательной среды — они питаются молекулами тела, образуют колонии, пытаются противостоять иммунной защите и лечению. Бактерии не внедряются в клетки тела, а размножаются на их поверхности. В отличие от вирусов, они распространяются в пределах ограниченной области тела (например, размножаются на поверхности миндалин, вызывая ангину). При этом они повреждают клетки и вызывают бурную защитную реакцию со стороны организма — повышение температуры, образование гноя и др.

Бактериальные инфекции обычно протекают тяжелее, чем вирусные, и чаще приводят к осложнениям. К тому же, бактерии могут населять тело длительное время. Так, хронические бактериальные инфекции длятся годами.

Различия клинической картины при тонзиллите

Клиническая картина острого тонзиллита способна дать некоторое представление о природе возбудителя. В определении причин болезни роль играют как внешние симптомы, так и данные фарингоскопии (осмотра горла).

Стоит отметить, что для постановки диагноза не всегда достаточно осмотра. В первую очередь, это связано с тем, что клиническая картина бактериального и вирусного тонзиллита имеет много сходств:

- болезнь начинается остро, неожиданно;
- температура тела поднимается (вплоть до 39-40 °С);
- беспокоит боль в горле;
- при осмотре горла заметны увеличенные покрасневшие миндалины;
- зачастую миндалины покрыты плотным налетом.

В таблице 1 представлены характерные особенности клинической картины вирусного и бактериального тонзиллита.

Как отличить вирусную ангину от бактериальной и правильно ее лечить?

Ангина является одним из наиболее распространенных острых воспалительных заболеваний горла. Разобраться в том, что ангина – это вирусное или бактериальное заболевание бывает трудно даже специалисту. Эти болезни имеют отличительные черты, но в то же время очень похожи. Верный диагноз является залогом правильного лечения.

В зависимости от того, какой инфекцией вызвано воспаление миндалин, отличается тактика лечения. А неправильная терапия является одной из причин тяжелого течения и различных осложнений. Именно поэтому столь важно правильно диагностировать и уметь отличать вирусную ангину от бактериальной.

Виды ангин

Начало правильной диагностики и выявления возбудителя это определение вида ангины, которая развилась у больного. Это важно, потому что некоторые виды болезни вызываются в равной степени, как вирусами, так и бактериями. Существуют и чисто вирусные формы этого заболевания.

По клиническому течению ангины бывают:

- катаральная;

- фолликулярная;
- лакунарная;
- герпетическая;
- язвенно-пленочная.

Катаральная ангина

При этом типе ангины воспаление возникает в верхних слоях миндалин и не распространяется вглубь, а нагноения не происходит. Заболевание обычно вызывается стрептококками и ему характерен сезонный характер.

Течение болезни, как правило, нетяжелое, а выздоровление происходит на протяжении 5-7 дней. Боль менее выражена, чем при более тяжелых формах. Температура тела обычно невысокая, а выраженной интоксикации не отмечается. Этот вид достаточно хорошо поддается лечению.

Фолликулярная ангина

Это более тяжелое и длительное заболевание, которое может вызывать серьезные осложнения. При этом заболевании отмечается гнойное воспаление в фолликулах миндалин.

Симптомы воспаления, болевой синдром выражены гораздо сильнее катаральной формы, отмечается сильная интоксикация. Такое воспаление должно лечиться в стационаре.

Фолликулярная ангина обычно вызывается бактериями, как правило, бета-гемолитическим стрептококком. Чаще это заболевание развивается в осенне-зимний период в связи с переохлаждением и снижением иммунитета.

Лакунарная ангина

Также протекает не менее тяжело, с явным болевым и интоксикационным синдромами. При лакунарной ангине образуются так называемые пробки в

виде желтых или белых налетов, которые состоят из бактерий и умерших клеток.

Вызывается бактериями, но нередко и вирусными возбудителями в период эпидемий инфекционных болезней.

Герпетическая ангина

Это непосредственно вирусное заболевание, которое вызывается вирусом Коксаки. Его еще называют герпангина. Болезнь характеризуется высокой заразностью и ей наиболее подвержены дети в младшем возрасте.

Течение болезни может быть довольно тяжелым. Заболевание требует тщательного лечения, так как ему характерны серьезные осложнения.

Язвенно-пленочная

Одна из самых тяжелых форм заболевания, которая проявляется выраженной интоксикацией организма. Характеризуется выраженным нагноением с разрушением миндалин, при этом изо рта исходит неприятный запах.

При этой форме могут возникать абсцессы и флегмоны шеи, осложнения на почки, суставы и сердце.

Причины возникновения ангины

Основными возбудителями вирусных ангин являются вирусы гриппа и парагриппа, аденовирусы, риновирусы, энтеровирусы.

Бактериальные ангины вызываются стрептококками и стафилококками. Среди них болезнь чаще всего вызывает бета-гемолитический стрептококк. Эта бактерия становится причиной ангины до 80% случаев.

Возбудитель попадает в организм двумя путями: наружным и внутренним. При наружном инфекция попадает воздушно-капельным путем при чихании, кашле, а также с пищей, при игнорировании гигиены (мытьё рук).

При внутреннем заносе инфекции, она попадает в миндалины с током крови из других очагов воспаления в организме.

Факторами риска являются:

- общее и местное переохлаждение;
- высокая влажность, сочетающаяся с низкой температурой;
- снижение местного и общего иммунитета;
- различные острые и хронические инфекционные заболевания;
- воспаление околоносовых пазух;
- врожденная предрасположенность;
- инфекционно-аллергическое воспаление.

Читайте еще: Сыпь при ангине у детей и взрослых: может ли быть и как лечить

Различные вирусы и бактерии всегда, так или иначе, попадают в организм. Но именно при снижении защитных сил организма может развиваться ангина.

Симптомы ангины

Изначально нужно убедиться, что у больного развилась именно ангина. Ведь бывает множество других воспалительных заболеваний рото- и носоглотки с похожими проявлениями.

При этом некоторые симптомы общие и проявляются схоже, независимо от возбудителя, а часть из них позволяют более точно определить вирусы или бактерии вызвали болезнь.

Боль в горле один из явных и выраженных симптомов, с которым пациенты обращаются врачу. Боли усиливается во время глотания, особенно твердой и холодной пищи. В наиболее тяжелых случаях, это мешает человеку нормально питаться.

Боль в горле может проявляться как в виде начального небольшого дискомфорта и по мере развития процесса усиливаться все больше. В других случаях, боль выражена в начале болезни.

Отек и покраснение миндалин развивается в результате воспалительного процесса. Степень распространения этого симптома зависит от типа возбудителя.

Лимфатические узлы, как своеобразные фильтры задерживают инфекцию и блокируют ее, а в ответ на это сами воспаляются. Характерно увеличение лимфоузлов в области нижней челюсти, шейных и заушных лимфатических узлов.

Симптомы интоксикации проявляются в виде слабости, сонливости, головной боли, утомляемости, тошноты, рвоты. Этот симптом зависит от стадии и степени выраженность воспалительного процесса.

В некоторых случаях температура тела не достигает высоких цифр, но при гнойном воспалении отмечается довольно выраженная лихорадка. Также резкое и выраженное повышение температуры с первых дней обычно характерно для вирусной ангины, что связано с функцией организма по выработке интерферона – особого белка, который борется с вирусами.

Одним из симптомов, непосредственно связанного с колебаниями температуры тела, является озноб. Он возникает в период резкого подъема и спада температуры.

Вирусная ангина

Одним из типичных признаков ее является сезонный характер. Вирусная ангина обычно возникает во время различных эпидемий, наиболее частой из

которых является сезонная эпидемия гриппа.

Характерным отличием является то, что она не имеет определенной локализации. В отличие от бактериального воспаления, при вирусном заболевании воспаляются не только миндалины. Воспаление выходит за пределы небных миндалин на всё горло, мягкое небо и язычок, корень языка.

Для вирусной ангины более характерно острое начало и быстрое развитие. Если в первый же день резко повышается температура тела, появляется острая боль, воспаление, эти признаки могут свидетельствовать о наличии вирусной ангины.

Одной из характерных особенностей является одновременное появление симптомов простуды: насморк, заложенность носа, влажный кашель, ощущение общей разбитости, головная боль.

Слезотечение является одним из симптомов конъюнктивита. Появление его в сочетании с ангиной обычно говорит о вирусном заболевании. В этом случае наиболее частым возбудителем является риновирус.

Кашель, который появляется одновременно с ангиной, обычно говорит в пользу вирусной болезни. Он возникает из-за того, что в носу обильно выделяется слизь, которая, стекая в верхние отделы носоглотки и бронхов, раздражает кашлевой центр.

Кашель при вирусной ангине непродуктивный, сухой и болезненный. Больного беспокоят дерущие ощущения в горле. Покашливание не приносит больному облегчения.

Гной и белый налет на миндалинах не всегда является отличительным признаком, но по его виду все же можно делать выводы. Белые очаги, которые распространяются за миндалины, на слизистую горла, небо и покрыты белым налетом, обычно говорит в пользу вирусного поражения.

Одним из типов ангины, которая вызывается непосредственно вирусом, является герпангина. При этом заболевании, кроме типичных признаков, характерно наличие сильной боли в животе, а миндалины и все небо усеяны покрасневшими пузырьками с прозрачной жидкостью.

Это заболевание нуждается в тщательной диагностике и безотлагательном лечении, так как вызывает осложнения в виде менингита, энцефалита, воспаления сердечной мышцы.

Вирусная ангина у детей

У детей возникновение вирусной ангины имеет свои особенности. Так, дети старшего возраста обычно становятся вялыми, слабыми, отмечается сонливость. Маленькие дети, наоборот, обычно становятся капризными, беспокойными.

В детском возрасте ангина сопровождается довольно выраженными симптомами интоксикации. Характерно появление частого кашля из-за обильной слизи из носа.

При энтеровирусной инфекции, которая больше свойственна детям, на миндалинах, дужках, глотке появляются пузырьки с жидкостью. После того как они лопаются, на их месте появляются язвочки с белым налетом.

Заболевание может вызывать грозное осложнение – ложный круп, который приводит к сужению просвета гортани и сильно затрудняет дыхание. Такое состояние является неотложным и требует срочного врачебного вмешательства.

Бактериальные ангины

Для бактериальной ангины общие симптомы простуды, такие как насморк, заложенность носа, слезотечение, не характерны. Бактериальное воспаление обычно развивается местно и больной жалуется только на явления воспаления в горле.

При бактериальном поражении болезнь, как правило, развивается постепенно. В отличие от вирусных форм, начало заболевания проявляется не так резко, а далее по мере ухудшения нарастают характерные симптомы.

Бактериальная ангина обычно локализована. При ней миндалины увеличены, покрасневшие, но за их границы воспалительный процесс обычно не выходит.

Очаги нагноения тоже имеют характерные признаки: имеют белый или желтый цвет, по размеру напоминают просяное зерно с четкими границами. Гнойнички располагаются только на миндалинах.

Белый налет в виде участков, островков на миндалинах указывает на бактериальное заболевание. Исключением является хронический бактериальный тонзиллит. Для него как раз характерно наличие обильного и разлитого белого налета на миндалинах, который может распространяться на ротовую полость.

Для бактериального поражения миндалин не характерно наличие кашля, так как в процесс не вовлекается носовая полость и не выделяется такое обилие слизи, как при вирусной инфекции. Поэтому больной высказывает типичные для ангины жалобы, но при этом кашля нет. Если кашель и возникает, то обычно на поздних сроках болезни в виде осложнений.

Диагностика

Диагноз устанавливается на основе жалоб больного, сбора анамнеза. Доктор уточняет, был ли больной в контакте с инфекционными больными, учитывает сезонность и эпидемическую обстановку.

Отличия вирусной и бактериальной ангины нужны для дальнейшего лечения. Помочь разобраться с тем, что ангина вирусная или бактериальная поможет общий анализ крови. При этом врач по повышению количества определенных клеток крови сможет сделать вывод о возбудителе заболевания. Для вирусной инфекции характерно повышение количества лимфоцитов, а для бактериальной лейкоцитов.

Наиболее точным видом диагностики, который позволяет определить конкретного возбудителя, является взятие мазка из полости глотки для посева. Также при этом заодно определяют чувствительность бактерий к разным антибиотикам, что позволяет назначить эффективное лечение.

Недостатком этого исследования является срок получения результата: на диагностику уходит до нескольких дней.

В домашних условиях можно воспользоваться экспресс-тестом на стрептококк, который продается в аптеках. Метод основан на том, что мазок опускается в специальную жидкость, которая меняет цвет при наличии стрептококка. Однако негативный результат этого теста не исключает наличие других бактерий.

Лечение вирусной и бактериальной ангины имеет отличия. Медлить нельзя, так как зачастую это может приводить к различным серьезным осложнениям.

Для лечения бактериального поражения главными являются антибиотики. Ассортимент современных антибактериальных препаратов довольно большой, а процесс выбора конкретного средства ответственный, поэтому лежит в компетенции врача.

Читайте еще: Ибупрофен

При вирусной ангине назначаются противовирусные препараты. Больному показан обязательный постельный режим и избегание физических нагрузок.

Для облегчения симптомов используют также антигистаминные средства, которые снимают воспаление, убирают отек, обладают жаропонижающим и обезболивающим действием.

Важен прием большого количества жидкости, что ускоряет процесс выведения токсинов. К лечению добавляют прием витаминов. При вирусной инфекции особенно важен прием витамина С в достаточных дозах.

Обязательно применяется полоскание горла антисептическими средствами. Для этого используются готовые аптечные препараты, отвары трав, проверенный способ полоскания раствором соли, соды.

В восстановительный период используются физиотерапевтические способы лечения.

Заключение

Клинические проявления разных ангин имеют как свои особенности, так и во многом очень похожи, из-за чего бывает трудно отличить вирусную ангину от бактериальной. Ошибка приводит к неправильному лечению и осложнениям. Поэтому при первых симптомах ангины для правильной диагностики и лечения нужно непременно обращаться к доктору. Именно это является залогом успеха на выздоровление.

Как отличить бактериальную ангину от вирусной?

Воспаление миндалин, имеющее вирусную основу, не менее дискомфортное заболевание, чем бактериальная ангина.

Развивается ангина вирусная от попадания в организм, зачастую, вируса Коксаки, но возможно и прогрессирование болезни от аденовируса или вируса гриппа.

Узнать вирусную ангину можно по следующим симптомам:

1. температура тела может повышаться до 40°C;
2. боль в горле;
3. при осмотре горла можно невооруженным глазом увидеть увеличенные миндалины;
4. слабость и ломота во всем теле;
5. от того, что вирус Коксаки относится к семейству энтеровирусов, может наблюдаться боль в животе, которую сопровождают рвота и диарея;
6. отсутствие аппетита.

Основной признак вирусной ангины – это пузырьки на мягком небе, размером, приблизительно, 5 мм в диаметре, они впоследствии прорываются, выделяя мутную жидкость. На месте пузырьков после разрыва образуются маленькие язвочки, которые, при правильном лечении, бесследно проходят.

Чем отличается вирусная ангина от бактериальной?

На фоне общего поднятия температуры, по-началу, трудно определить, с чем именно довелось иметь дело. Как отличить вирусную ангину от бактериальной? Чем отличаются их симптомы и лечение?

Отличие вирусной от бактериальной ангины:

1. Провокатор бактериальной ангины (или же гнойной) – это бактерия, зачастую, стрептококк или стафилококк. Именно из-за этого она лечится антибиотиком.
 2. Нет насморка и кашель развивается в качестве осложнения, как возможный признак ларингита.
 3. На миндалинах заметен гной в виде точечных вкраплений или сеточного рисунка. Гной не выходит за пределы миндалин.
 4. Увеличены и болезненны лимфоузлы, расположенные под челюстью.
 5. Задняя стенка горла остается без изменений, гнойным выделяемым покрываются только миндалины. Белый налет вокруг миндалин и на стенках горла может говорить о грибковом тонзиллите.
-
1. Возбудитель вирусного тонзиллита – вирус, а, соответственно, лечится либо противовирусным препаратом, либо обильным питьем и терпением, ведь спустя 3-4 дня иммунитет самостоятельно может побороть провокатора болезни. Как лечить вирусную ангину в деталях, опишем немного ниже.
 2. Распознать симптомы вирусного тонзиллита у взрослых и детей можно по наличию насморка и кашля.

3. Миндалины увеличены, красного цвета, вокруг них, на мягком небе и твердом, красноватая сыпь, пузырьки. Причем, у детей симптомы более ярко выражены.
4. Лимфоузлы могут полностью оставаться в норме.
5. Задняя стенка горла также краснеет, покрывается пузырьками и мутной слизью.

Чем лечить вирусную ангину? Для лечения вирусной ангины требуется как местная, так и общая противовирусная терапия. Вирусная ангина у детей лечится, как правило, в больничном стационаре.

Для начала, обязательно нужно увеличить объем выпиваемой жидкости и принять горизонтальное положение на все время лечения. Вылечить вирусную ангину полностью можно за неделю, у детей лечение может немного затянуться.

Противовирусные средства

Противовирусные препараты при ангине могут и не использоваться, если доктор на основе анамнеза принимает решение, что организм больного и сам в состоянии побороть вирус. В противном случае, назначаются Лейкоцитарный интерферон или Виферон. Причем, лечение вирусной ангины у детей ничем не отличается от способов, которыми принято лечить вирусную ангину у взрослых.

Виферон – это ректальные суппозитории, содержащие от 150 тысяч до 3-х миллионов ме (международных единиц) интерферона. Могут использоваться в разрешенной дозировке даже при лечении вирусных заболеваний у детей до года.

Как правило, доктор рекомендует использовать по 1 свече дважды в сутки, через 12-часовой перерыв. Вирусная ангина лечение Вифероном предполагает на протяжении 5-ти дней. Детям до 3 лет рекомендовано использовать суппозитории с дозировкой 150 тысяч ме, взрослым – 500 тысяч ме. Более высокие дозировки-миллионники предназначены для лечения более серьезных состояний, например, вирусного гепатита С.

Однако более точную дозировку может подобрать только лечащий врач. К тому же, лечить вирусную ангину у ребенка, зачастую, доктор принимает решение без подобных средств, давая возможность иммунитету самостоятельно побороть вирус.

Жаропонижающие

Так как температура тела при вирусной ангине подымается не менее высоко, чем при бактериальной, и подобное состояние может быть опасным для человеческого организма, ее непременно нужно понижать специальными препаратами. Для данной цели пригодятся любые варианты средств, содержащих Парацетамол или Ибупрофен. Быстрого снижения высокой температуры добиться можно от Нимесила, но детям препараты Нимесулида запрещены к применению из-за его неблагоприятного влияния на печень.

Детям температуру, которую повышает вирусная или бактериальная ангина, принято снижать сиропами Панадол или Нурофен при достижении ею отметки в 38,6°C.

Местная терапия

Чтобы обеззаразить ротовую полость, чем, собственно, не допустить заражения образующихся ранок от лопающихся пузырьков, после каждого приема пищи требуется полоскать ротовую полость растворами Фурацилина, Орасепта, Стоматидина, или же лечебными жидкостями с содой или перекисью водорода.

Для трехкратного орошения в сутки горла и ротовой полости рекомендуются наиболее популярные препараты при ангине у взрослых Гивалекс, Биопарокс, Тантум-Верде, Гексорал или Ингалипт.

Также для скорейшего заживления ран может потребоваться обработка их ранозаживляющим Пантенолом.

Иммуномодуляторы

Если не были назначены интерфероновые препараты, доктором могут быть рекомендовано лечение иммуномодуляторами с действующими веществами растительного происхождения, например Иммунал, настойка Эхинацеи или Имудон.

Что делать с пузырьками при вирусной ангине?

Ни в коем случае пузырьки нельзя вскрывать. Нельзя к ним, без рекомендации врача, прикасаться и, тем более, пытаться выдавить содержимое.

Также не разрешается проводить ингаляции, не желательно даже пользоваться небулайзером. Не менее строго запрещается ставить компрессы и пить горячие напитки.

Лучшее решение – это по-простейшему каждого приема пищи полоскать рот простой водой, а, после чего, и раствором с антисептиком. Дополнительно трижды в день в район образовавшейся сыпи распылять спрей и, если доктор посчитает нужным, использовать спрей Пантенол для лучшего заживления ран.

Если заживление ранок проходит трудно, могут потребоваться физиотерапевтические меры, а именно воздействие лазером и облучение ультрафиолетом, проводимые амбулаторно.

Как определить вирусная ангина или бактериальная?

Определить, какая ангина — вирусная или бактериальная, — важно для последующего этиотропного лечения. Эти заболевания во многом сходны по течению, но имеют различия.

Развитие заболевания

Ангина — это острое инфекционное заболевание, передающееся преимущественно воздушно-капельным путем и характеризующееся воспалением миндалин. Острый тонзиллит вызывается бактериями, вирусами и грибами. В наибольшей степени подвержены ангине дети. Нередко встречается вирусный тонзиллит. Возбудителями его являются:

- вирусы гриппа;
- аденовирусы;
- риновирусы;
- вирусы ЕСНО и Коксаки;
- вирус герпеса;
- вирус Эпштейна-Барр.

Читайте еще: [Болезнь Меньера: симптомы, диагностика и лечение](#)

В развитии бактериальной ангины принимают участие бета-гемолитические стрептококки, гонококки, стафилококки, пневмококки и бледные трепонемы. В обоих случаях заболевание развивается после попадания микробов в верхние дыхательные пути. Основными механизмами инфицирования являются фекально-оральный и аэрогенный.

В 85% случаев диагностируется бактериальная ангина стрептококковой природы, а вирусная форма заболевания встречается гораздо реже. Как правило, она развивается вторично на фоне другой патологии (мононуклеоза, гриппа, энтеровирусной и риновирусной инфекций).

Бактериальная ангина диагностируется весной и осенью, в том время как герпетическая чаще всего выявляется летом. Обусловлено это купанием, попаданием загрязненной вирусом воды в рот, а также сезоном урожая.

Заражение бактериальной и вирусной ангинами возможно через грязные руки, при попадании в рот игрушек, сосок и инфицированных продуктов питания, а также контактным способом. Герпетическая форма тонзиллита очень заразна, поэтому в школах и детских садах часто встречаются небольшие вспышки. Распознать тип острого тонзиллита на основании механизма заражения невозможно.

Различия в клинической картине

Как отличить вирусную ангину от бактериальной, известно не всем. Общими симптомами могут быть:

- боль в горле;
- увеличение лимфатических узлов;
- повышение температуры тела;
- слабость;
- недомогание;
- покраснение и отечность миндалин.

Отличительными признаками острого вирусного тонзиллита являются:

- более продолжительный инкубационный период;
- слабо выраженные симптомы интоксикации;
- наличие ринита (насморка);
- наличие специфических симптомов.

При герпетической (герпесной) ангине латентный период варьируется от 7 до 14 дней, тогда как первичное бактериальное воспаление развивается в течение 1-3 дней. Возможны кашель, нарушение стула, боль в животе, гиперсаливация и везикулярные высыпания. Эти симптомы нехарактерны для бактериальной ангины. В области неба, дужек и миндалин образуются пузырьки величиной до 5 мм. После их вскрытия появляются язвочки.

Герпетическая ангина

Если причиной воспаления миндалин послужил грипп, то возможно развитие конъюнктивита. При вирусной ангине на фоне мононуклеоза возможны увеличение печени и селезенки, а также признаки желтухи. Характерна быстро исчезающая сыпь. Постоянным симптомом является лимфаденопатия (увеличение и болезненность лимфатических узлов).

Что же касается бактериальной ангины, то она протекает в несколько стадий. Вначале наблюдается катаральное воспаление, затем повреждаются глубокие слои тканей. У больных развивается лакунарная или фолликулярная ангина, при отсутствии лечения наблюдается некроз тканей. Признаками первичной бактериальной ангины являются:

- гнойные наложения на миндалинах;
- выраженные признаки интоксикации;
- симптомы нарушения функции сердца или почек.

В тяжелых случаях температура повышается до 40-41°C. Ярко выражены изменения показателей крови в виде повышения СОЭ и лейкоцитоза. Бактериальная ангина может отличаться от вирусной тем, что наблюдается быстрое улучшение состояния больного на фоне антибиотикотерапии.

Правильная постановка диагноза

Окончательный диагноз ставится на основании осмотра полости рта и лабораторных исследований. При бактериальной ангине возможны следующие изменения:

- гиперемия миндалин, задней стенки глотки и неба;
- отечность тканей;
- расширение лакун;
- инфильтрация;
- гнойный налет в виде пленки;
- нагноившиеся фолликулы желтого цвета;
- изрытость и тусклость слизистой миндалин;
- увеличение лимфатических узлов.

Бактериальная ангина

Данные фарингоскопии дополняются лабораторными анализами. Берется мазок со слизистой и отправляется на анализ. Проводятся микроскопия, иммуноферментный анализ и полимеразная цепная реакция, в ходе которых выявляются бактерии или антитела к ним. На острый бактериальный тонзиллит указывает развитие абсцесса.

Паратонзиллярный абсцесс

При вирусной ангине могут выявляться:

- острое воспаление слизистой носа;
- пузырьковые высыпания;
- язвочки на миндалинах;
- гепатоспленомегалия;
- интенсивная гиперемия;
- рыхлый налет желтого цвета;
- фолликулярная гиперплазия;
- зернистость задней стенки глотки.

Вирусная ангина

Если причиной тонзиллита послужил мононуклеоз, то в крови обнаруживаются специфические клетки (мононуклеары). В периоды инкубации и разгара заболевания появляются иммуноглобулины класса М. На энтеровирусную природу ангины указывает нарастание титра антител в 4 и более раз. При тонзиллите на фоне герпеса часто в процесс вовлекаются десны и щеки. Там появляется специфическая везикулярная эзантема.

Поставленный диагноз подтверждается эффективностью проводимой терапии. Улучшение состояния больных на фоне приема иммуномодуляторов и противовирусных препаратов указывает на вирусную природу ангины. Бактериальный же тонзиллит хорошо поддается лечению антибиотиками (пенициллинами, макролидами).

Таким образом, отличить вирусную ангину от бактериальной на основании одних жалоб очень сложно. Требуются лабораторные исследования.

Как отличить вирусную ангину от бактериальной?

Отличие между вирусной и бактериальной ангиной достаточно тяжело определить, так как симптомы практически идентичны. Однако существует несколько отличий, которые позволяют установить приблизительный диагноз. Для более точной установки этиологии необходимо пройти комплексную диагностику, включая бактериальный посев.

Общая симптоматика

Оба типа имеют схожие проявления, а именно:

- головная боль (с температурой и без);
- озноб;
- боли в суставах и при глотании;
- потеря равновесия;
- увеличение лимфоузлов;
- першение;
- редко – тошнота, диарея, судороги.

Основные отличия

Один из основных отличительных признаков – это насморк. Заложенность носа не развивается при бактериальном типе поражения. Особенность состоит в том, что, если насморк появился одновременно с другими симптомами (температура, общая слабость), значит речь идет о простудном заболевании.

С кашлем такая же ситуация, симптом присущий вирусным заболеваниям. В случае патогенной бактериальной среды, незначительное откашливание может появиться на завершающих этапах течения недуга. Ангина вирусного типа может сопровождаться как сухим, так и влажным кашлем.

Судить о болезни по гнойным образованиям не стоит. Различные формы ангины имеют высыпания разного типа, так, например, при фолликулярной ангине – это белые вкрапления, при лакунарной – смазанные пятна.

Инфекционный мононуклеоз также сопровождается гнойниками и толстым слоем белого налета. В случае бактериального поражения, гнойники имеют рассыпчатую структуру, покрывают миндалины точечно. Вирусный тип, либо проходит вовсе без гноя, либо покрывает миндалины полностью.

Еще одна особенность – инфекции вирусного происхождения, поражают не только миндалины, но и небо, язык, смежные области. Во втором случае (когда причиной заражения стали бактерии), задняя стенка горла не вовлекается в болезненный процесс.

Разница в клиническом проявлении

Бактериальный посев и анализ крови определяют наличие или отсутствие вредоносных микроорганизмов, а также характер их происхождения. Перед лечением обязательно дождаться результатов диагностики, для выбора необходимых препаратов (решить нужно, принимать антибиотики или нет).

Современный аптечный ряд предлагает быстрые тест, определяющие наличие стрептококка. Для проведения пробник опускается в специальный раствор, а после на него наносится мазок со слизью пациента. При изменении цвета, можно быть уверенным, что речь идет о бактериальной этиологии. К сожалению, индикатор не определяет стафилококки и другие виды бактерий. Хотя и они могут вызвать тонзиллит, именно поэтому необходимо мнение квалифицированного специалиста.

Самостоятельное лечение может привести к патологиям, хроническим болезням легких, заражению крови, сепсисам и другим осложнениям.

Вирусный тип лечится теми же медикаментами, что и обычные простудные заболевания (Милистан, Лоратодин, Септолете). Общие процедуры также не будут лишними – полоскание горла, ингаляции, физиотерапевтические процедуры (УВЧ).

Бактериальная форма требует приема антибактериальных препаратов (пенициллины, макролиды и цефалоспорины). К местным анестетикам можно отнести: фурацилин, ангисепт, гексорал. Для устранения температуры назначают Парацетамол или Панадол, для заложенности – Називин, Длянос, Хлорофиллипт (на масляной основе).

Возможные осложнения

Любой тип болезни, без своевременного лечения ведет к развитию:

- ревматизма;

- сердечно-сосудистой недостаточности;
- заражению крови;
- отклонениям в работе органов ЖКТ;
- хроническим формам заболеваний.

Диарея

Диарея

Средства от диареи

1. Морковное пюре

Народные средства

Зуд, ожоги - пихтовое масло, мази на основе пихты.

Источник витаминов - сосновые шишки, иголки, пыльца.