ФЛЕШ-КАРТОЧКИ ДЛ ЗАПОМИНАНИЯ

Хирургия в оториноларингологии · анатомия, физиология, острые и хронические болезни, инородные тела, аденоиды

44	9	3
карточки	мнемоник	таблицы

Как работать

1. Прочитай карточку. Закрой её. Попробуй воспроизвести по памяти.
2. Оранжевые карточки — цифры, которые надо знать наизусть.
3. «МНЕМОНИКИ» — сокращения, которые помогают удержать списки.
4. Таблицы внизу — то, что чаще всего путают.
5. Ключевые цифры выделены жирным — это минимум для экзамена.

ВАЖНО

Материал для подготовки к зачёту.

АНАТОМИЯ

Глотка: что это

Глотка (pharynx) — полый орган, **с которого начинаются** пищеварительный тракт и дыхательные пути.

Образована мышцами, покрыта фасциями, изнутри выстлана слизистой оболочкой.

Соединяет полости **носа и рта** с **гортанью и пищеводом**.

Расположена в области шеи, **спереди от тел 6 шейных позвонков**.

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Глотка в цифрах

Длина взрослого — около **14 см**

Поперечный размер — в среднем **4,5 см**

3 отдела: носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка

4 слоя стенки глотки

6 шейных позвонков — уровень расположения

АНАТОМИЯ

Стенка глотки: 4 слоя

Основу образует **фиброзная оболочка**.

Изнутри её покрывает **слизистая** оболочка.

Снаружи — **мышечный слой** и **адвентиция**.

Эпителий: в верхней части (у хоан) — **мерцательный** (дыхательная функция носоглотки); в средней и нижней — **многослойный плоский**.

МНЕМОНИКИ

Слои стенки — «СФМА»

Слизистая (изнутри)

Фиброзная ← **основа стенки**

Мышечный слой

Адвентиция (снаружи)

Порядок изнутри: **С → Ф → М → А**

АНАТОМИЯ

Мышцы глотки

Сжимают (констрикторы) — 3: верхняя, средняя, нижняя. Они прикрывают друг друга, **как черепица**.

Поднимают — 2: шилоглоточная и небно-глоточная.

АНАТОМИЯ

Три отдела глотки

Носоглотка — только дыхательная функция, стенки **не спадаются**. На боковых стенках — отверстия слуховых труб; позади них **глоточный карман (розенмюллерова ямка)** со скоплением лимфоидной ткани.

Ротоглотка — проводит и воздух, и пищу. Спереди открывается **зевом**, ограниченным мягким небом, нёбными дужками и корнем языка.

Гортаноглотка — впереди **IV–V шейных позвонков**. По бокам от входа в гортань — **грушевидные карманы**, по ним пищевой комок проходит к пищеводу.

АНАТОМИЯ

Кровоснабжение и иннервация

Кровоснабжение: ветви **наружной сонной артерии** — восходящая глоточная, восходящая и нисходящая нёбные артерии.

Иннервация: глоточное сплетение — ветви **языкоглоточного (IX)** и **блуждающего (X)** нервов, а также **симпатического ствола**.

АНАТОМИЯ

Возрастные особенности

Глоточная миндалина хорошо развита **только в детском возрасте**.

К 20 годам уменьшается до небольшой полоски ткани.

С возрастом продолжает **атрофироваться**.

ФИЗИОЛОГИЯ

Функции глотки

Часть **пищепроводного и дыхательного** путей: пища и слюна → в ЖКТ, воздух → в гортань и лёгкие.

Участвует в **приёме пищи** (сосание, глотание), **голосообразовании**, дыхании, защитных механизмах, ощущении вкуса.

Основные — **дыхательная** и **глотательная**.

При глотании мягкое небо поднимается и отделяет носоглотку от ротоглотки → пища не идёт в нос.

Паралич мягкого неба → гнусавый голос.

ФИЗИОЛОГИЯ

Акт глотания: 3 фазы

1. Произвольная: язык поднимается и продвигает комок за передние нёбные дужки.

2. Рефлекторная (непроизвольная): комок идёт по глотке ко входу в пищевод. Гортань поднимается, **надгортанник закрывает** вход в гортань → пища не попадает в дыхательные пути.

3. комок продвигается по пищеводу за счёт его **перистальтики**.

МНЕМОНИКИ

Мнемоника к кольцу Пирогова

НТТГЯ — 6 миндалин:

Нёбные — **2**

Трубные — **2**

Глоточная — **1**

Язычная — **1**

ФИЗИОЛОГИЯ

Лимфоидное кольцо Вальдейера–Пирогова

Вокруг входа в глотку **кольцом** расположены скопления лимфоидной ткани.

В составе: **две нёбные, две трубные, глоточная и язычная** миндалины + более мелкие скопления.

Нёбные миндалины лежат в **треугольных нишах между нёбными дужками**.

В отличие от других, каждая нёбная миндалина имеет **16–18 глубоких щелей — лакун (крипт)**.

ФИЗИОЛОГИЯ

Функции миндалин

Вместе с лимфоидными образованиями глотки и кишечника образуют **лимфоэпителиальный барьер** — защитная линия на входе в дыхательные и пищеварительные пути.

В миндалинах образуются **лимфоциты**, выделяются в полость рта и глотки; идёт слабое образование антител и миграция лимфоцитов через покровный эпителий.

Периферическое звено иммунной системы: **распознавание антигенов, созревание B- и T-лимфоцитов**.

Отдельной особой функции у нёбных миндалин нет — все работают сходно.

ОСТРЫЕ

Острый фарингит

Определение: разлитое (распространённое) воспаление слизистой оболочки глотки.

Возникает при **активации собственной микрофлоры** полости рта и глотки под действием бактерий или вирусов.

Одно из самых частых заболеваний у детей — ежегодно более **7 млн** обращений к врачу.

ОСТРЫЕ

Острый фарингит: этиология

Чаще вирусы (ОТФ): аденовирус, вирус Эпштейна–Барр, парагрипп, РС-вирус, риновирус.

Среди бактерий главная роль — **бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА)**.

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Доли БГСА при ОТФ

Взрослые: 5–15 %

Дети: 15–37 %

Дети до 3 лет: ≈ **3 %** (минимум!) — вероятность стрептококковой ангины минимальна

Бактериальные тонзиллиты: БГСА = 15–75 %

Бактерии — примерно **30 %** всех случаев тонзиллофарингита

ОСТРЫЕ

Острый фарингит: клиника

Главный симптом — **боль при глотании** (одинофагия), часто **отдаёт в ухо**.

Дети из-за боли часто **отказываются от еды**.

Течение с **высокой температурой**, слабостью, головной болью.

Осмотр: яркая краснота нёбных миндалин и задней стенки — **«пылающий зев»**, нередко налёты.

Увеличены **подчелюстные лимфоузлы**.

ДИФДИАГНОСТИКА

Диагностика и дифф. диагностика ОТФ

Диагноз: жалобы на одинофагию + осмотр + **экспресс-тест на БГСА** или посев.

Экспресс-тест: результат 5–15 мин у постели, чувствительность **97 %**. **Посев** точнее, но до **72 часов**.

По клинике вирусный от бактериального **не отличить**.

Дифтерия: грязно-серые плёнки на миндалинах, **кровоточат при попытке снять**.

Не БГСА: нет температуры + конъюнктивит, кашель, стоматит, диарея.

ОСТРЫЕ

Лечение острого фарингита

Антибиотики — **только при доказанной или очень вероятной стрептококковой природе**.

Препарат выбора — амоксициллин: взрослым **500 мг 2–3 раза в сутки, курс 10 дней**.

При **вирусной** инфекции антибиотики **не нужны** — не действуют на вирусы и не предотвращают бактериальные осложнения.

Лечение поддерживающее: обезболивание, обильное питьё, отдых; эффективны **НПВП**.

ОСТРЫЕ

Острый тонзиллит (ангина)

Определение: острое инфекционное заболевание — воспаляются **лимфоидные образования глоточного кольца**, чаще всего нёбные миндалины.

Сопровождается **интоксикацией и болью в горле**.

Может быть проявлением **дифтерии** (Corynebacterium diphtheriae) и **гонореи** (Neisseria gonorrhoeae).

ОСТРЫЕ

Классификация ангин

По локализации: острый тонзиллит / острый фарингит / острый тонзиллофарингит.

По этиологии: стрептококковый и нестрептококковый (вирусный) — от этого зависит тактика лечения.

По Б.С. Преображенскому (происхождение):

1. Эпизодическая — собственная инфекция, чаще после переохлаждения.

2. Эпидемическая — заражение от больного.

3. Ангина как **обострение хронического тонзиллита**.

ДИФДИАГНОСТИКА

ОТФ vs паратонзиллярный абсцесс

Для ОТФ любой природы: **острое начатие**, **высокая температура**, боль в горле при глоталении (иногда отдаёт в ухо), увеличение и болезненность **регионарных лимфоузлов с обеих сторон**.

При осмотре миндалины **отёчны и красны**, могут быть с гнойными налётами.

Ключевой признак: увеличение миндалин при ОТФ СИММЕТРИЧНОЕ — это отличает его от паратонзиллярного абсцесса.

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Шкала McIsaac (для БГСА)

Признак → балл:

1. Температура > 38 °C → **+1**

2. Отёк и покраснение миндалин, налёты → **+1**

3. Нет кашля → **+1**

4. Увеличены лимфоузлы → **+1**

5. Возраст: 5–14 лет → **+1**; 15–44 → **0**; >45 лет → **−1**

МНЕМОНИКИ

McIsaac: результат и минема

0 баллов → вероятность БГСА **7 %** → антибиотики **не нужны**.

≥ 4 баллов → **57 %** → антибиотики назначают **по клинической картине**.

Мнемоника признаков: **ТОНКЛ** + **В**озраст

Температура, **О**тёк миндалин, **Н**ет кашля, **К**рупные лимфоузлы, **В**озраст

ОСТРЫЕ

Формы острого тонзиллита

1. Катаральная

2. Фолликулярная

3. Лакунарная

4. Фибринозная

5. Герпетическая

6. Флегмонозная

7. Язвенно-некротическая (ангина **Симановского–Плаута–Венсана**)

8. Смешанные формы

МНЕМОНИКИ

«КФЛФГФЯ» — 7 форм ангины

Катаральная

Фолликулярная

Лакунарная

Фибринозная

Герпетическая

Флегмонозная

Язвенно-некротическая

ОСТРЫЕ

Фолликулярная ангина: «звёздное небо»

Сквозь эпителий просвечивают **нагноившиеся фолликулы** — беловато-жёлтые точки величиной с **булавочную головку**.

Поверхность миндалины, по выражению **Н.П. Симановского**, становится похожей на **«звёздное небо»**.

ОСТРЫЕ

Осложнения ангины

Гнойные: паратонзиллярный (ПТА), парафарингеальный и ретрофарингеальный абсцессы; гнойный лимфаденит.

Негнойные (поздние аутоиммунные): ревматизм, ревматические пороки сердца, постстрептококковый гломерулонефрит, стрептококковый токсический шок.

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

ПТА — самое частое осложнение

Признаки паратонзиллярного абсцесса:

- Высокая температура
- Сильная боль с **одной** стороны горла при глотании
- Слюнотечение
- **Тризм** — трудно открыть рот
- Миндалина **смещена к центру**
- Язычок **несимметричен**

ОСТРЫЕ

Антибактериальная терапия и стационар

Зачем антибиотики (4 цели): уничтожить БГСА · не допустить **ранних гнойных** осложнений · не допустить **поздних аутоиммунных** · снизить заразность и добиться выздоровления.

Амоксициллин: взрослым 500 мг 2–3 р/день; детям **50 мг/кг в сутки в 2 приёма**; курс **10 дней**. При повторных ангинах — амоксициллин с **клавулановой кислотой**.

В стационар: тяжёлое состояние, неэффективность лечения, подозрение на гнойное осложнение, необходимость операции.

ПТА: антибиотики широкого спектра, **вскрытие и дренирование**, обильное питьё, обезболивающие; иногда **абсцесс-тонзиллэктомия**.

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Хронический фарингит: цифра

№ 1 по частоте среди болезней ВДП.

На амбулаторном приёме ЛОР-врача занимает **первое место**.

До 70 % обращений.

ХРОНИЧЕСКИЕ

Хронический фарингит: определение и формы

Фарингит — воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки (острый и хронический).

ХФ — одно из самых распространённых заболеваний верхних дыхательных путей.

Формы по характеру изменений слизистой:

1. Катаральный (простой)

2. Атрофический (субатрофический)

3. Гипертрофический (гранулёзный)

Эти формы часто **сочетаются**.

ХРОНИЧЕСКИЕ

Гранулёзный и боковой фарингит

Гранулёзный: на задней стенке глотки видны **красные гранулы (узелки)** лимфоидной ткани размером **1–5 мм**.

Боковой фарингит: лимфоидная ткань разрастается на боковых стенках в виде **ярко-красных валиков**.

ХРОНИЧЕСКИЕ

Хронический фарингит: клиника и диагностика

Жалобы: **першение, сухость, дискомфорт, боли в горле при глотании**, ощущение **«комка слизи»**.

Для ХФ **не характерны** высокая температура и ухудшение общего состояния.

Стандарт диагностики: посев мазка с задней стенки глотки.

Дополнительно: **ПЦР** на хламидии, микоплазму и вирусы (герпес, ЦМВ, Эпштейна–Барр).

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

ХФ: скрытая причина — ГЭРБ

Частая скрытая причина хронического катарального фарингита — попадание **кислого желудочного содержимого** в глотку во время сна.

Это **ГЭРБ** (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь).

Пока не устранена причина — лечение неэффективно.

ХРОНИЧЕСКИЕ

Провоцирующие факторы ХФ

Длительное действие **раздражающих факторов**: пыль, горячий сухой или задымлённый воздух, химические вещества.

Затруднённое носовое дыхание, **курение и алкоголь**, аллергия.

Эндокринные нарушения, **сахарный диабет**.

Сердечная, лёгочная и почечная недостаточность.

ХРОНИЧЕСКИЕ

Лечение хронического фарингита

Комплексное: убирают местные симптомы + воздействуют на причину.

Местно: **полоскания, орошения, ингаляции**, смазывание препаратами **серебра**.

При гипертрофии: **гальванокаустика**, **криодеструкция**.

Крупные гранулы на задней и боковых стенках: **криовоздействие, лазерное выпаривание, ультразвуковая дезинтеграция** или прижигание **10–30 % раствором нитрата серебра**.

ХРОНИЧЕСКИЕ

Хронический тонзиллит: определение

ХТ — **инфекционно-аллергическое** заболевание: в нёбных миндалинах **постоянно поддерживается воспаление**.

В тканях миндалин: **альтерация** (повреждение), **экссудация** (выделение жидкости), **пролиферация** (разрастание).

Полиэтиологическое: в посевах — ассоциации стрептококка (главная роль — **БГСА**), стафилококка, грибов Candida.

МНЕМОНИКИ

«АЭП» — патогенез ХТ

Альтерация — повреждение

Экссудация — выделение жидкости

Пролиферация — разрастание

ХРОНИЧЕСКИЕ

Классификация ХТ (Преображенский–Пальчун)

1. Простая форма.

2. Токсико-аллергическая форма I (ТАФ I): периодический **субфебрилитет ~37 °C**, слабость, быстрая утомляемость, периодические боли в суставах, увеличенные и болезненные лимфоузлы.

3. Токсико-аллергическая форма II (ТАФ II): нарушения работы **сердца** и **«сопряжённые» заболевания** — паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, тонзиллогенный сепсис, ревматизм, артрит, пороки сердца, гломерулонефрит.

МНЕМОНИКИ

«ТСА» — 3 фактора стрептококка

Токсический — интоксикация, лихорадка

Септический — местное воспаление, вплоть до тонзиллогенного сепсиса

Аллергический — сенсибилизация → **гломерулонефрит, миокардит**

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Хронический тонзиллит: цифра

Более 100 симптомов, синдромов и заболеваний внутренних органов связаны с ХТ.

Способствует **коллагенозам**: ревматизм, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит.

Создаёт предпосылки для **дерматозов**: псориаз, экзема.

ХРОНИЧЕСКИЕ

Классификация ХТ (И.Б. Солдатов)

Компенсированная — есть местные признаки, общее состояние страдает мало.

Декомпенсированная — появляются состояния и заболевания, связанные с ХТ: повторные ангины, паратонзиллиты, **тонзиллокардиальный** и **метатонзиллярный** синдромы.

ХРОНИЧЕСКИЕ

ХТ: 5 групп местных признаков

1. Покраснение и утолчение краёв нёбных дужек — **признаки Гизе, Зака**.

2. Рубцовые спайки между миндалинами и дужками.

3. Рыхлые или уплотнённые миндалины.

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

5. Увеличение регионарных лимфоузлов.

Жалобы: нерезкая боль, першение, ощущение инородного тела, сухой кашель, **галитоз**.

ОПЕРАЦИЯ

Консервативное лечение ХТ

Цель — санировать (очистить) миндалины и восстановить их функцию.

Обязательное условие — дренирование лакун: удаление из складок и карманов миндалин гноя и детрита.

Промывание лакун — в период затишья, **курсами по 10 процедур**.

Физиолечение — тоже вне обострения: сначала курс промываний, затем физиопроцедуры.

ОПЕРАЦИЯ

Показания к тонзиллэктомии

По И.Б. Солдатову: все виды декомпенсации ХТ; декомпенсация в виде повторных ангин при неэффективности консервативного лечения.

По Преображенскому–Пальчуну: ХТ формы **ТАФ II**; неэффективность повторных курсов лечения при простой форме и ТАФ I.

У большинства пациентов с **декомпенсированным** ХТ тонзиллэктомия — метод выбора и часто **единственный** способ лечения.

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Показания к тонзиллэктомии у детей

Ангинозная форма с частыми обострениями:

7 и больше в год — в течение **1 года**

5 и больше в год — в течение **2 лет**

3 и больше в год — в течение **3 лет**

+ два и более **паратонзиллярных абсцесса** в анамнезе.

ОПЕРАЦИЯ

Противопоказания к тонзиллэктомии

Абсолютные: болезни крови (гемофилия, лейкозы, геморрагические диатезы) · аномальные сосуды глотки · тяжёлые заболевания сердца с **СН II–III** · почечная недостаточность · тяжёлый **сахарный диабет с кетонурией** · тяжёлые болезни печени · тяжёлые психические заболевания · злокачественные опухоли · активный туберкулёз.

Относительные: острые инфекционные заболевания · обострения хронических болезней (в т. ч. ЛОР-органов) · эпидемия гриппа · период менструации · кариозные зубы.

ОПЕРАЦИЯ

Операция и её осложнения

Под **местным или общим** обезболиванием.

Чаще миндалины удаляют **экстракапсулярно** обычным инструментом; применяют также **крио-, ультразвуковую, диатермическую, лазерную и холодноплазменную** тонзиллэктомию.

Самое частое осложнение — кровотечение из тонзиллярной ниши.

Кровотечение возникает **во время операции** или в первые **5–7 суток** после неё.

Возможны кровотечения и на **8–15-е сутки**.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Инородные тела глотки: что это

Инородные тела глотки — частички пищи, посторонние предметы или **живые организмы**, которые случайно попадают в глотку и застревают в ней.

Чаще всего застревают **мелкие рыбьи кости** и **осколки мясных костей**.

Встречаются также: зубные протезы, монеты, мелкие игрушки, **живые** инородные тела (**пиявки, аскариды**).

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Локализация инородных тел

Бывают в **носоглотке, ротоглотке и гортаноглотке**.

Ротовая часть: мелкие и острые предметы (рыбьи кости, осколки стекла) — **вонзаются** в ткань миндалин, дужек, в область корня языка.

Гортанная часть: могут попасть в **грушевидные ямки**, застрять позади пластинки перстневидного хряща или над входом в пищевод.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Клиника инородных тел глотки

Ротовая часть: главный симптом — **боль при глотании**: колющие, ограниченные боли, особенно заметные при **«пустом глотке»** (глотании слюны), часто **отдают в ухо**.

Гортанная часть: боль настолько сильная, что **глотать невозможно**; возможны **затруднение дыхания и асфиксия (удушье)**.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Диагностика инородных тел

Диагноз ставят по **анамнезу и осмотру**: **фарингоскопия** (кровоизлияния, повреждения слизистой), непрямая и прямая ларингоскопия, фиброларингоскопия.

Металлические инородные тела в гортанной части выявляют **рентгеноскопией в нескольких положениях**.

В ~половине случаев обращений инородное тело не находят.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Удаление и осложнения

Все инородные тела глотки обязательно удаляют, и как можно скорее.

Из **ротовой части** — **носовым или ушным пинцетом**.

Из **корня языка и грушевидных ямок** — **гортанными щипцами под контролем зрения**.

Самое опасное осложнение — ранение сонной артерии.

Не менее опасно **удушье** — без экстренной помощи возможен **летальный исход**.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Чего делать НЕЛЬЗЯ

Удалять инородное тело нужно **только под контролем зрения**.

Слепые манипуляции в глотке — **строго запрещены**.

Нельзя пытаться **протолкнуть** предмет.

Нельзя удалять его **самостоятельно** или «запить» и «заесть».
→ Разумное действие: **обратиться к врачу-ЛОРу**.

АДЕНОИДЫ

Аденоиды: определение и степени

Гипертрофия аденоидов (ГА) — увеличение **глоточной миндалины**, при котором стойко затрудняется носовое дыхание и/или появляются осложнения: нарушения сна, **экссудативный средний отит**, **деформация лицевого скелета**.

Классификация А.Г. Лихачёва:

I — ткань закрывает **не более 1/3** сошника

II — от **1/3 до 2/3** сошника

III — **более 2/3** сошника

АДЕНОИДЫ

Клиника аденоидов

Жалобы: **постоянное затруднение носового дыхания**, **рот всё время открыт**, **гнусавый голос**, ощущение сухости во рту.

Нередки **снижение слуха** и **повторные острые средние отиты**.

Внешний вид ребёнка: **вытянутое лицо, полуоткрытый рот, выступающие вперёд верхние резцы**.

При увеличении **нёбных миндалин** родители чаще жалуются на **храп, не зависящий от позы сна**.

АДЕНОИДЫ

Осложнения аденоидов

Хронические инфекции уха и **снижение слуха** возникают из-за **закупорки евстахиевой трубы**: в среднем ухе накапливается жидкость.

Некоторые дети с увеличенными миндалинами и аденоидами **храпят**, а во сне у них на короткое время **останавливается дыхание**.

Это **синдром обструктивного апноэ сна (СОАС)**.

АДЕНОИДЫ

Диагностика аденоидов

Рентгенография носоглотки в **боковой проекции**.

Эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки — оценить размер глоточной миндалины.

Эндоскопия носоглотки — «золотой стандарт» диагностики; нужна и для решения вопроса об операции.

АДЕНОИДЫ

Лечение аденоидов

Консервативное лечение — только при признаках **аденоидита** (воспаления аденоидов): продуктивный кашель из-за стекания слизи, выделения из носа, периодическое закладывание носа.

При **аллергическом рините** — местные глюкокортикостероиды (**мометазон, 1–3 месяца**).

Показания к аденотомии: часто повторяющиеся нарушения сна (храп, дневная сонливость), упорный экссудативный средний отит, стойкое затруднение носового дыхания с деформацией лицевого скелета.

При неэффективности лекарств аденоиды удаляют хирургически (**аденоидэктомия**).

ДИФДИАГНОСТИКА

Шкала McIsaac — итог

Признак	Балл
Температура > 38 °C	+1
Отёк и покраснение миндалин, налёты	+1
Нет кашля	+1
Увеличены лимфоузлы	+1
Возраст 5–14 лет	+1
Возраст 15–44 года	0
Возраст > 45 лет	−1

0 баллов → ВГСА 7 % (антибиотики не нужны) · ≥ 4 баллов → 57 % (антибиотики по клинике)

ХРОНИЧЕСКИЕ

Хронический фарингит: 3 формы

Форма	Особенность слизистой
Катаральный (простой)	Гиперемия, отёк
Атрофический (субатрофический)	Истончение, сухость, корочки
Гипертрофический (гранулёзный)	Красные гранулы 1–5 мм; боковые валики

АДЕНОИДЫ

Степени аденоидов (Лихачёв)

Степень	Покрытие сошника
I	не более 1/3
II	от 1/3 до 2/3
III	более 2/3