

Felső légúti infekciók (rhinosinuszitisek)

Dr. Gilincsek Lajos

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház

Fül-Orr-Gégészeti Osztály

2014.01.15., Kaposvár

Történeti áttekintés:

Dionis (1714) – leírja az orrspekulumot, de! nem volt megfelelő világítás

Czermák Nepomuk János (1858.nov.13.) – gégetükrözés, és epipharynx tükrös vizsgálata

Hirschmann (1903) – az első antroscopia (átalakított cystoscoppal)

Maltz (1925) – sinuscopia (leírta a nasalis és transcanin utat is)

Messerklinger (1966) - a melléküregek mucociliaris transzportját befolyásoló tényezők

Messerklinger (1970, 1972) – az orr endoszkópos diagnosztikája, a lateralis orrfal és a sinus maxillaris endoscopos diagnosztikájának technikája és eredményei

Messerklinger (1979) – az infundibulum ethmoidale patofiziológiai szerepe

Zuckermandl (1893), Ónodi (1912, 1919), Messerklinger (1979) – anatómiai ismeretek, Messerklinger a hiatus semilunarist és az infundibulumot szinonimaként kezeli

Messerklinger követői: **Stammbberger, Graf, Wigand, Kennedy**

History of Sinus Anatomy



Ancient Egypt



Galen

As demonstrated by this computed tomography scan of a 3,700 year-old Egyptian mummy, ancient Egyptians must have had some insight into sinus anatomy. The scan demonstrates a defect in the cribriform plate through which the brain was extracted prior to mummification.

Galen in the 2nd century AD noted the porosity of the bones of the head which served to make the head less heavy, but made no special reference to the sinuses.

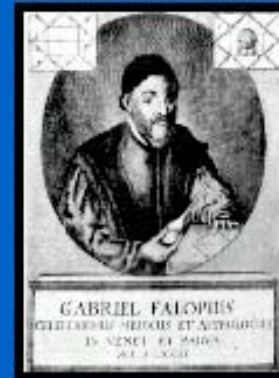
History of Sinus Anatomy



da Vinci



Vesalius



Fallopius

Wright, 1898

While several sources credit *Berengar del Carpi*, an Italian surgeon of the 16th century, with being the first person to describe the paranasal sinuses, *da Vinci's* drawings one hundred years earlier clearly include the paranasal sinuses.

Vesalius, an Italian anatomist in the 16th century, described the maxillary, frontal, and sphenoid sinus and stated they contained nothing but air.

Fallopius, one of Vesalius contemporaries, noted the absence of the sphenoid sinus in young children and its subsequent development with maturity. Fallopius also noted that the frontal and maxillary sinuses are not present in newborns but begin to develop in the first year of life.

History of Sinus Anatomy



Highmore



Morgagni

Wright, 1898

In the 17th century, **Nathaniel Highmore** described the anatomy of the maxillary sinuses in detail.

Morgagni in the 18th century noted that the maxillary sinus is occasionally absent. These early physicians had numerous ideas about the function of the paranasal sinuses. Some of the more interesting include: The sinuses hold air before entering the brain; they store secretions from the brain and lubricant for the eye; they hold animal spirits, they add resonance to the voice and act as a reservoir for mucous. It was even postulated that the reason children's noses run is because they do not have enough room in their developing sinuses to store their secretions.

Belégzés: a levegő főárama konvex ívben halad a choanakig, nem hatol az orrjáratba

Kilégzés: choana tágabb – turbulencia keletkezik, a levegő az orrjáratba jut, de!

Az ostium is rigid képlet, levegő rajta alig jut át, egy légzésciklus alatt a melléküreg levegő 1/1000 része cserélődik ki.

Regio respiratorica: csillószőrös hengerhám és kehelysejtek.

A csillók mozgását a hőmérséklet, a nedvesség és a nyálka sűrűsége szabályozza. Mindig az ostium felé csapkodnak, mozgásuk hullámban gördül tovább. A csillótakarót nyálkaréteg fedi, mely összefüggő lemezként mozog. Az orr és melléküregek teljes nyálkarétege minden 20 percben megújul.

Ha a nyálka sűrű – a csillókon visszahanyatlik,

Ha nagyon vizes, nem elég viszkózus – nem tud összefüggő lemezt képezni
– az üreg aljában meggyűlik.

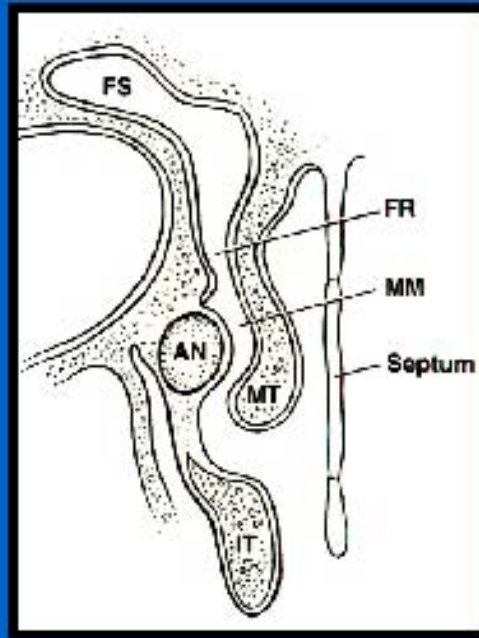
A melléküregek egészséges működése addig biztos, amíg működő nyálkahártya béleli és drenázsa megfelelő. Természetes védőberendezése a csillómozgás és a váladék kiürülése. A nyitott ostium, a szabad orrjáratok, és a nyálka akadálytalan áramlása szükséges a melléküregek épségének a fenntartásához.

A melléküregek az orral nagyon keskeny hasadékokon keresztül érintkeznek. Ezek a területek csak pár millimeter szélesek és egymással szemben elhelyezkedő, csillószőrös hengerhámmal ellátott területeket tartalmaznak. Ha ezen résekben a nyálkahártya összefekszik, a csillók mozgása megszűnik és a mögöttes területek lezáródnak – a ventiláció és a váladék transzportja teljesen megszűnhet – a váladék visszamarad – superinfekció – gyulladás.

Összefekvő nyálkahártya területek kialakulására a legkedvezőbb helyek:

- recessus frontalis
- infundibulum ethmoidale, hiatus semilunaris
- a processus uncinatus és a középső kagyló közötti hasadék
- a bulla ethmoidalis és a középső kagyló között az un. lateralis sinus

Frontal Recess

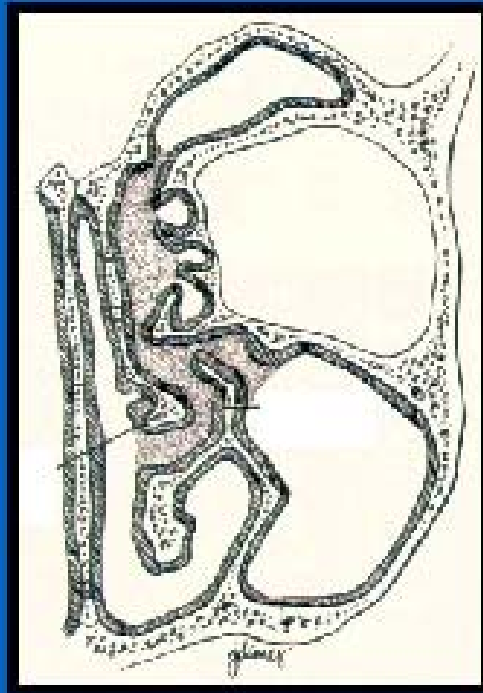


The frontal recess is the most anterior and superior portion of the **anterior ethmoid complex** and connects with the frontal sinus with the middle meatus. **The frontal sinus, agger nasi cells, and other anterior ethmoid cells may drain into the frontal recess.**

The boundaries of the frontal recess are the anteriosuperior portion of the middle turbinate medially, and the lamina papyracea laterally. The agger nasi anteriorly, and the posterior border of the frontal recess is defined by the bulla lamella if it reaches the skull base.

A pneumatized agger nasi cell or a prominent ethmoid bulla can narrow the frontal recess, cause obstruction of frontal sinus outflow, and make the frontal recess appear as a ductlike structure on computed tomography.

Ostiomeatal Complex



- **Functional entity**
- **Drainage of frontal, maxillary, and anterior ethmoid sinuses**

Kennedy, 1985

In contrast to the middle meatus the osteomeatal complex is **not a discrete anatomic location** which can be defined. Instead it is a functional entity composed of the middle meatus-anterior ethmoid complex, which is **the key region in the pathogenesis of inflammatory sinus disease**, and represents the drainage pathway for and ventilation of the frontal, maxillary, and anterior ethmoid cells.

Rhinosinusitisek

Bevezetés

- Felső légúti infekció: leggyakoribb akut betegség a járó beteg rendeléseken
- Hurutos tünetek, spontán gyógyulási hajlam
- Nátha: évente 2-5x felnőtt, 6-8x gyerek
- FLI-k 5-10%-a, gyermekeknél 5-20%-a ARS
- Bakteriális fertőzés: a vírusos FLI-k 0.5-2%-a
- Akut Bakteriális Rhinosinusitis gyermekkorban: náthás esetek 10%-a
- CRS: 15-16%. Részben spekulatív: nem egységes tünettán és definíció
- Rhinosinusitis: az antibiotikum rendelés 5. leggyakoribb oka (National Ambulatory Medical Care Survey)

Rhinosinusitis, mert:

- a rhinitis tipikusan megelőzi a sinusitist
- sinusitis rhinitis nélkül ritka
- az orr és a sinusok nyálkahártyája folyamatos egységet képez
- a gátolt orrlégzés és váladékozás „rendszer” sinusitisben is ugyanaz

Definíció

Egy vagy több paranasális sinus gyulladása.

Okok:

- felső légúti gyulladás szövődménye
- fogászati eredet (maxilla)
- direkt sérülés
- haematogén szórás

Epidemiológiai definíció

Jellegzetes tüneti és kórtörténeti adatok alapján, fül-orr-gégészet és CT nélkül

Akut Rhinosinusitis (ARS)

Akut Viralis Rhinosinusitis (AVRS)

Akut Bakterialis Rhinosinusitis (ABRS)

Akut Intermittáló Rhinosinusitis (AIRS)

Krónikus Rhinosinusitis (CRS)

Sinusitisek csoportosítása

- ⇒ **Akut sinusitis** (4 hét alatt, maradéktalanul gyógyul).
- ⇒ **Szubakut sinusitis** (4-12 hét alatt gyógyul, residuális tünetek nélkül).
- ⇒ **Krónikus sinusitis** (persistáló betegség, >12 hét, gyógyszeres terápiára nem gyógyul, állandó CT eltérés).
- ⇒ **Recidiváló akut sinusitis** (ismétlődő, akut epizódok, évente legalább 3x, nincs maradandó károsodás).

Klinikai definíció

- Tünetek és fül-orr-gégészeti szakvizsgálat alapján
- Az orr- és melléküregnyh. gyulladása
- Tünetek (minimum kettő)
 - Orrdugulás **és/vagy** orrfolyás (ant; post.)
 - Arcfájdalom, -feszülés
 - Szaglászavar
- **és**
- Endoszkópos lelet
 - kp. orrjárat polip **és/vagy** mucopurulens váladék
 - kp. orrjárat ödéma **és/vagy** elzáródás
- **és/vagy**
- Releváns CT-pozitivitás (amennyiben CT indikált)

ABRS diagnózis

Nem szakorvos

- Anamnézis, tünetek és panaszok jellege
- Fizikális vizsgálat: általános vizsgálat, garatvizsgálat (váladékcscorgás), melléküreg-érzékenység vizsgálat
- Labor (vérkép, We, CRP, strept. gyorsteszt)

Fül-orr-gégész

Fül-orr-gégészeti vizsgálat
Orr-, és melléküreg endoscopia

Bizonytalan diagnózis

**Terápiás eredménytelenség,
relapszus**

Súlyos eset, szövődmény

Sinusitis tünetei

Bachert C. 2002

Major tünetek

- ⇒ gátolt orrlégzés
- ⇒ orrváladékozás
- ⇒ fejfájás
- ⇒ arctáji fájdalom és nyomásérzékenység
- ⇒ szaglászomlás
- ⇒ láz

Minor tünetek

- ⇒ láz
- ⇒ halitózis
- ⇒ fáradékonyság
- ⇒ köhögés
- ⇒ fogfájdalom
- ⇒ fül fájdalom, teltség/nyomásérzés a fülben

**A folyamat kialakulásának közép-
pontjában a szájadék elzáródása áll.**



Sinus szájadék elzáródását elősegítő tényezők

Nyálkahártya duzzanat

- ⇒ felső légúti gyulladás
- ⇒ allergiás rhinitis
- ⇒ non-allergiás rhinitis
- ⇒ dohányfüst
- ⇒ uszodavíz
- ⇒ orrcsepp abusus

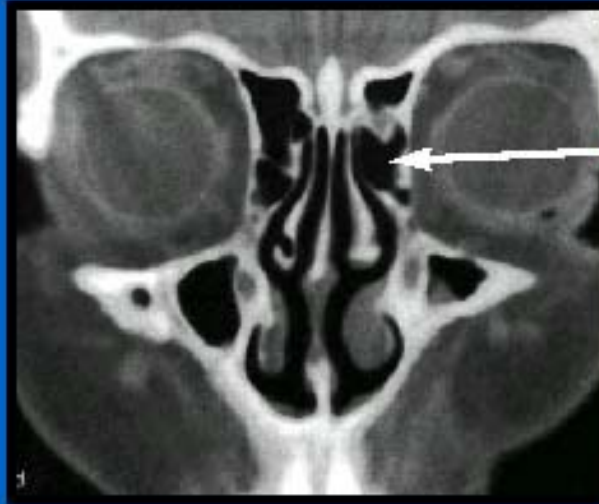
Mechanikus elzáródás

- ⇒ agger nasi sejtek
- ⇒ concha bullosa
- ⇒ ethmoidalis bulla
- ⇒ Haller-féle sejtek
- ⇒ horog alakú proc.uncinatus
- ⇒ adenoid hypertophia
- ⇒ dev. septi nasi
- ⇒ polyp
- ⇒ trauma
- ⇒ idegentest
- ⇒ tumor



**Mk. oldalon
heveny arcüreg
gyulladás.
Hajlamosító tényező:
mk. concha bullosa**

Agger Nasi Cell

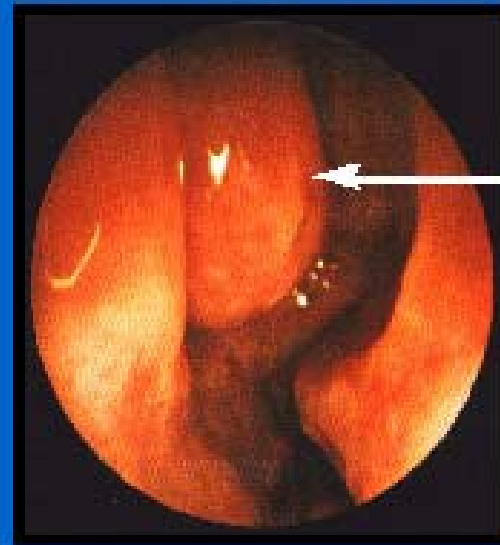


Agger Nasi Cell

Agger nasi cells are the most anterior ethmoid cells. They are bounded by the frontal process of the maxilla anteriorly, the nasal and lacrimal bones laterally, the frontal recess and frontal sinus superiorly, the unciniate process inferiorly and medially, and the ethmoid infundibulum posteriorly. They may grow laterally into the lacrimal fossa or cause narrowing of the frontal recess and impair frontal sinus drainage. The agger nasi was reported to be pneumatized in 98.5% of patients imaged with CT scan by Bolger, et al.

Ethmoid Bulla

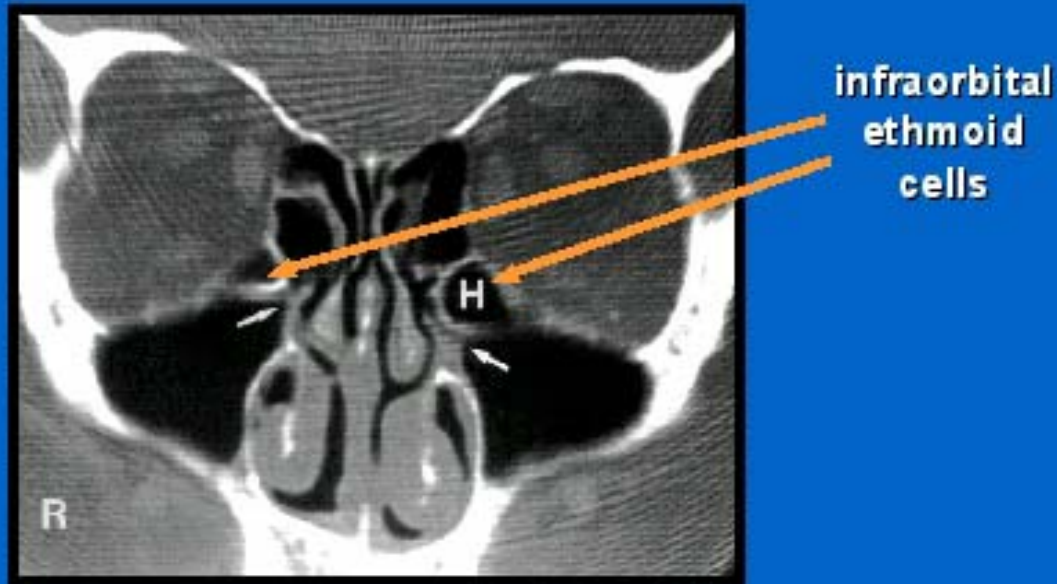
- most constant
- anterior ethmoid cell
- 70% pneumatized



ethmoid
bulla

The ethmoid bulla is the largest and most nonvariant air cell of the anterior ethmoid complex.

Infraorbital Ethmoid Cell

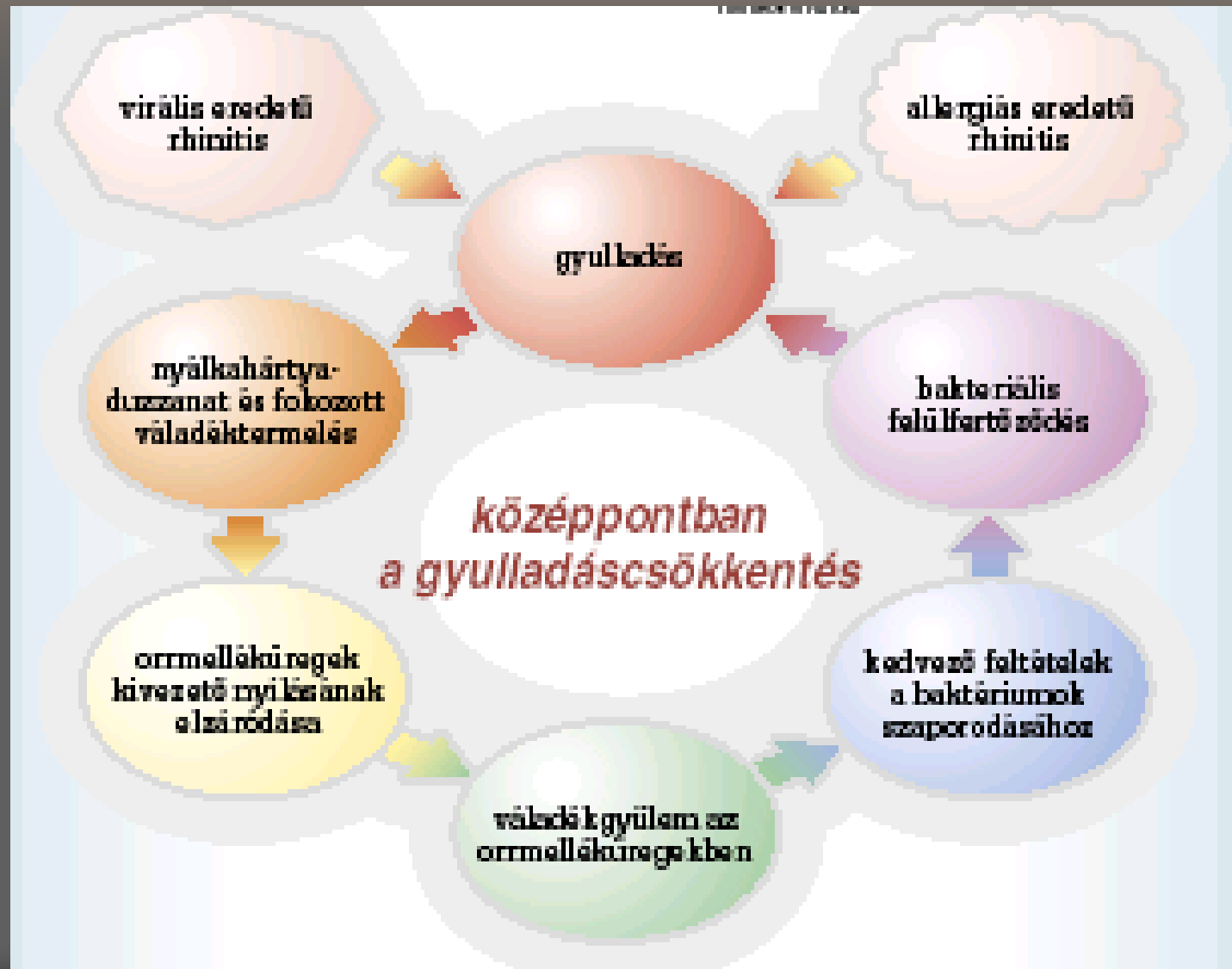


Commonly referred to as **Haller's cells**, the anatomically correct term for this air cell is an **infraorbital ethmoid cell**, with specification of anterior or posterior ethmoid.

These cells grow into the bony orbital floor and compose the roof of the maxillary sinus. The pathologic significance of these cells is **that they may obstruct the ethmoid infundibulum or maxillary sinus ostia**.

The presence of these cells may also increase the risk of orbital injury during endoscopic sinus surgery.

A szájadék elzáródás következményei



Képzőanyagok ABRS-ben

- NEM RUTIN, általában nem indikált
- Ellentmondásos és félrevezető lehet
 - Nem specifikus és nem érzékeny
 - sok fals pozitív és negatív lelet
 - „csak egy lelet”, nem diagnózis
 - nincs releváns szerepe a diagnózis felállításában
 - Félrevezető: **AR, postvirális hiperreaktivitás**, cysta, operált üreg, CRS, nívószint (pyramiscsont)
- CT: csak szövődmény gyanú esetén
- Mindenképpen kerülendő: radiológiai lelet alapján antibiotikum rendelés

Sinusitis kezelésének alapja:

(akut és krónikus sinusitisben egyaránt)

- ⇒ szájadék szabaddá tétele,
- ⇒ az üreg szellőzésének biztosítása

Gyógyszeres terápia célja:

- ⇒ az infekció kontrollálása,
- ⇒ az oedéma csökkentése,
- ⇒ a drainage elősegítése,
- ⇒ a sinus szájadékok nyitva tartása

A VRS kezelése – Tüneti

- Analgetikumok
- NSAID (nem-szteroid gyulladáscsökkentők)
- Helyi vagy szisztémás nyálkahártya-ödéma csökkentők
- Nasalis szteroid monoterápia (MF): Meltzer E et al., JACI 2005; 116:1289., Bachert C et al., Rhinology 2007; 45,191.)

ABRS - kezelés

- Antibiotikum (Ia-A)
- Nasalis szteroid (Ib-A)
- Vasoconstrictorok (IV-D)
- Szekrétum eltávolítás
- Orális II. gen. antihisztamin (AR-ben, IIb-B)

ABRS - antibiotikum

- Antibiotikum (10-14 nap), ha a tünetek egyértelműen ABRS-t valószínűsítenek (Ia-A)
- Az empirikus vagy célzott antibiotikus terápia célja a patogének teljes eradikálása, a betegség időtartamának megrövidítése, és a szövődmények megelőzése. Az enyhe/középsúlyos esetekben az ABRS antibiotikum nélkül is gyógyul, de az **antibiotikus terápia mellett a gyógyulás gyorsabb és teljesebb (evidencia: Ia, A)**. Az akut rhinosinusitisek 60 %-ában sikerül(het) a kórokozót izolálni.

Sinusitisben előforduló kórokozók

- ⇒ **Str.pneumoniae**
- ⇒ **H. influenzae**
- ⇒ **M. catarrhalis**
- ⇒ **S. aureus**
- ⇒ **Str.pyogenes**
- ⇒ **Anaerobok**

Mindennapi gyakorlatban nincs tenyésztés!!

(Csak az üregből ill. a középső orrjáratban, a szájadékból vett minta értékelhető!!)

Betegcsoport	Első választandó szer	Második választás	Penicillin-allergia
Nem komplikált, területen szerzett, immunkompetens	Amoxicillin	Amoxicillin+ klavulánsav Cefuroxim, Cefprozil Levo-, moxifloxacin	Cefuroxim, Cefprozil Levo-, moxifloxacin
Súlyos fokú Perzisztáló közepes Antibiotikummal előkezelt Recidív	Amoxicillin+ klavulánsav Cefuroxim, Cefprozil Levo-, moxifloxacin	Még nem adott ab. hosszabb ideig (14-21 nap) Cefotaxim, Ceftriaxon	Levo-, moxifloxacin Cefuroxim, Cefprozil
Gyermek közép súlyos Gyermekközösség	Amoxicillin+ klavulánsav 80-100 mg/tkg	Cefuroxim, Cefprozil Cefdinir	Cefuroxim, Cefprozil Cefdinir Azithro-, Clarithromycin Clindamycin
Dentogén	Amoxicillin+ klavulánsav Clindamycin Moxifloxacin	Moxifloxacin	Cefuroxim, Cefprozil Moxifloxacin

ABRS – nasalis szteroid

- Nasalis szteroid (Ib-A)
 - adjuvánsként gyorsabban és szignifikáns mértékben csökkenti a nyálkahártya-duzzanathoz köthető tüneteket (orrdugulás, arcfájdalom, fejfájás), mint az antibiotikum önmagában
 - Monoterápia: 2x200 µg MF versus amoxicillin/placebo

ABRS – kiegészítő kezelés

- Vasoconstrictorok (IV-D)
- Orális II. gen. antihisztamin (AR-ben, IIb-B)
- Szekrétum eltávolítás
 - mechanikus (fúvás, szívás)
 - gyógyszeres
 - mucolyticum (acetylcystein, ambroxol) – D-szint
 - mucoreguláns (carbocystein)
 - Lokális meleg (IV-D)
 - Orröblítés (Ib)

Az idült orrmelléküreg gyulladások a felnőtt lakosság mintegy 5-10 %-át érintik.

Az érintett orrmelléküregek gyakoriság szerint:

- elülső rostasejtek (72%)
- arcüreg (65%)
- hátsó rostasejtek (40%)
- homloküreg (34%)
- iköböl (20%)

Az idült orr és orrmelléküreg gyulladás terápiaja dominálónan műtéti.

A funkcionális endoszkópos sinus sebészet nem egy adott műtétet jelent, hanem egy olyan diagnosztikus és terápiás elvet, melynek alapja a *Messerklinger* (1966 – a melléküregek mucociliaris transzportját befolyásoló tényezők) munkássága nyomán megismert orrmelléküreg patofiziológia, és célja a melléküregek eredeti funkciójának lehetőség szerinti helyreállítása minimálisan invazív technikákkal.

A FESS anatómiai, élettani, patofiziológiai alapjai:

alsó orrjárat:

- limen nasi – könnyesatorna

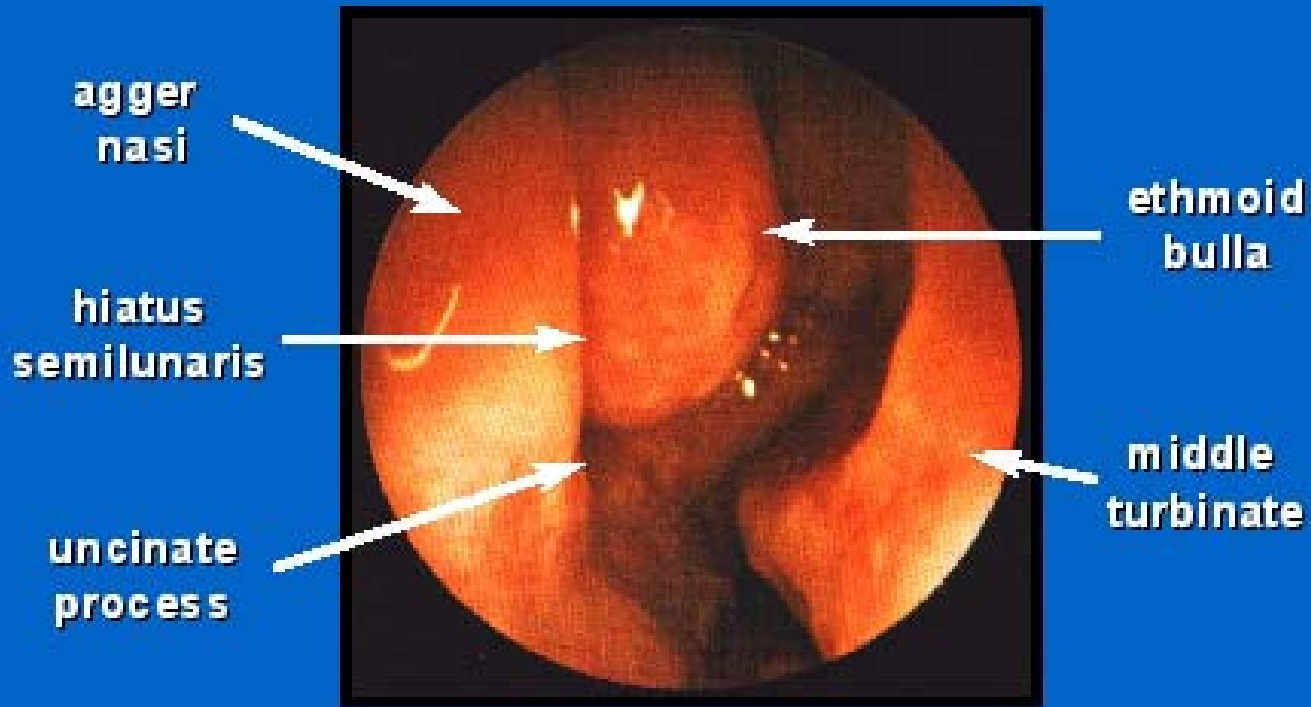
középső orrjárat:

- agger nasi
- recessus frontalis (az operculum fedi; *Zuckermandl 1893, Onodi 1912*)
- hiatus semilunaris: elülről felülről ferdén lefelé és hátrafelé – a bulla ethmoidalis és a processus uncinatus közt
- infundibulum ethmoidale: Onodi élesen elkülöníti a hiatus semilunarist és a recessus frontalist – ductus nasofrontalis

felső orrjárat:

- a leghátulsó rostasejtet Zuckermandl írta le és nevezte el cellula sphenoeethmoidalisnak (fontos a canalis opticusához való viszonya)

Middle Meatus



On this endoscopic view of the middle meatus of the right nasal cavity, here is the middle turbinate, the agger nasi, the uncinate process, the ethmoid bulla, and the hiatus semilunaris. Together with the inferior turbinate, these structures define the boundaries of the middle meatus.



Otitis media catarrhalis acuta simplex

Etiológia	Tünetek	Dobhártya eltérés	Kezelés
Fülkürt orrgarati részének nyálkahártya duzzanata	Hallászavar, dugultság, teltségérzés, fülszűgés (enyhe) fájdalom	A dobhártya matt, fénytelen lehet, behúzódtott	Depletiós orrcsepp, Valsalva manőver, Politzer-féle átfúvás, katéterezés
A háttérben heveny orrüregi vagy epipharyngealis gyulladás lehet		A fényreflexkúp eltolódik, felszakadozhat, eltűnhet	

Otitis media catarrhalis acuta serosa

Etiológia	Tünetek	Dobhártya eltérés	Kezelés
Fülkürt működési zavar heveny bacterialis fertőzés vagy jelenléte következtében	Fülnyomás érzés, hallászavar, dugultság, fülszűgés, folyadékmozgás	A dobhártya matt, fénytelen, szürkés lehet, a fényreflexkúp eltűnik	Depletiós orrcsepp, Valsalva manőver, Politzer-féle átfúvás, katéterezés
		Behúzódtott, mögötte folyadéknyó, secretum	

Otitis media acuta purulenta

Etiológia	Tünetek	Dobhártya eltérés	Kezelés
Döntő faktor a fertőzés, a folyamat alakulásában azonban szerepe van a fülkürtműködésnek és védekezőképességének	Fülfájdalom, csecsemőknél a fül felé kapkodás, hőemelkedés, láz, hallászavar, fülfolyás, rossz közérzet, sápadtság, étvágytalanság	Erezett, vérbő, matt, vaskos, fellazult, kezdetben szürkésfehéren áttűnő váladék	Paracentesis, depletiós orrcsepp, antibiotikum
Csecsemők hányásakor a fülkürtön keresztül			

Acut gennyes középfülgyulladás

Az egész középfül üregrendszerét kibélelő mucoperiosteum gennykeltők okozta gyulladása

Hippokratesz: "A fülfájás és a magas láz együttesen nagyon veszélyes, mert a beteg gyakran zavart lesz, majd meghal."

A fertőzés útja

- tubán keresztül (leggyakoribb; pl. előzetes rhinitis, víz alatti úszás, "tampon-otitis", hányás, stb.)
- ritkábban haematogén (kanyaró, skarlát, tífusz, szepszis)
- exogén (dobhártya perforáción keresztül)

Az acut gennyes középfülgyulladás lefolyása

1. Kezdeti szak, hyperaemia szaka, exsudatio szaka

"tumor, dolor, calor, rubor, functio laesa"

- néhány óra-néhány nap
- fülkürt, dobüreg, mastoid hyperaemiás, fülkürt elzáródik→tömöttségérzés
- fülfolyás még nincs
- Fájdalom
- fokozódó hallásromlás
- kalapácsnyél mentén hyperaemia, majd vaskos, gyulladt, vérbő, erezett dobhártya, hátsó –felső kvadráns elődomborodik
- mastoid mérsékelten nyomásérzékeny lehet

Az acut gennyes középfülgyulladás lefolyása

2. Fülfolrás szaka, demarcatio majd suppuratio (3-8 nap)

- a hyperaemiát követően serum, fibrin, vvs, leukocyta kilépés
- a köbhámsejtek nyáktermelő sejtekké alakulnak→az exsudatum nyomja a dobhártyát
- dobhártya elődomborodik
- először véres-savós, majd nyákos-gennyes fülfolrás
- láz és fájdalom 24-48 óra alatt megszűnik
- váladékkozás és halláscsökkenés fokozatosan mérséklődik
- Schüller felvételen fátyolozottság van, de a csontszerkezet megtartott
- ritkán fordulnak elő komplikációk

Az acut gennyes középfülgyulladás lefolyása

3. Gyógyulási szak (2-4 hét)

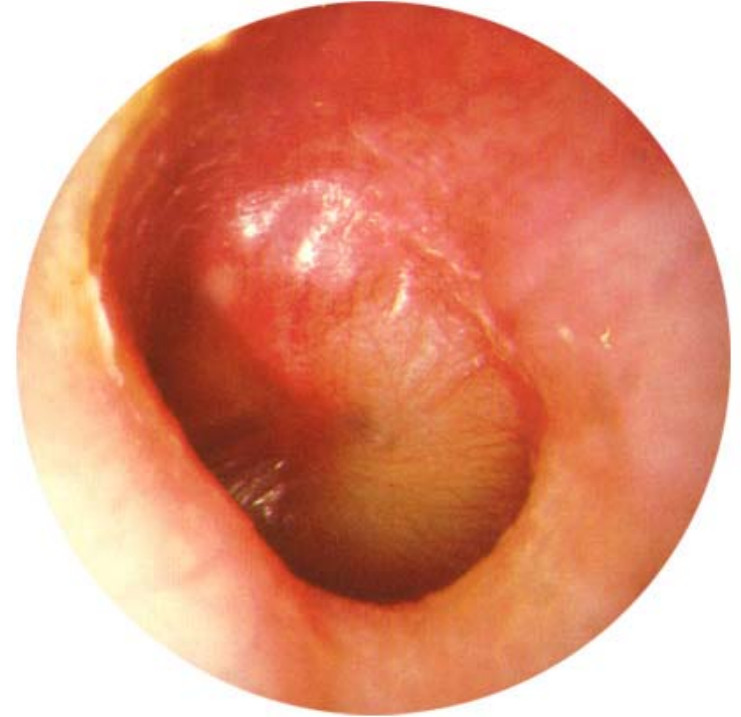
- tünetek fokozatosan teljesen megszűnnek (váladék mennyisége és konzisztenciája, fájdalom, hyperaemia↓), legtovább a halláscsökkenés áll fenn

A dobhártyakép eltéréseinek lehetséges okai

Dobhártya	Egyéb jellemzők	Lehetséges kórképek
Ép	Gyöngyházfényű, fénylő, tükröző, fényreflexkúp a helyén	–
Behúzódot	Fényreflexkúp szakadozott	Otitis media catarrhalis acuta simplex. Barootitis.
Behúzódot, matt	Fényreflexkúp nincs, enyhe, fehéres elszíneződés	Otitis media catarrhalis acuta simplex. Otitis media catarrhalis acuta serosa/purulenta (incipiens stádium).
Matt, folyadéknívó	Enyhe szürkés, rózsaszín elszíneződés	Otitis media catarrhalis acuta serosa. Otitis media suppurativa acuta (incipiens stádium).
Elődomborodó, vérbő	Matt, erezett, szürkésfehér, sárga	Otitis media suppurativa acuta (kifejlett stádium)
Glue ear	Szürkés, kékes, matt, sötétedő, retrahált	Otitis media catarrhalis chronica
Bullosus	Halovány, sárgás, vagy vörös-kékes bullák	Myringitis bullosa
Kék színnel áttűnő tartalom		Haematotympanon, otitis media catarrhalis chronica serosa, mastoiditis chronica
Vörös, kékes-vörös	Pulsatio!	Glomus jugulare vagy tympanicum tumor
Valódi perforatio		Otitis media suppurativa non cholesteatomatosa
Hámzsákszájadék		Otitis media chronica suppurativa cholesteatomatosa



Normal Eardrum



Acute Otitis Media (ear infection)



Normal Ear
(no fluid)



Some Fluid
(air-fluid levels)



Effusion
(full of fluid)

Acut tonsillitisek

Prodromalis tünetek	Praedominans tünetek	Ritka tünetek
Láz	Torokfájás	Trismus
Rossz közérzet	Irradiáló fülfájdalom	Nyáladás
Fejfájás	Lymphadenitis colli	Gyereknél: hányás és hasi fájdalom
	Nyelési fájdalom	
	Beszéd megváltozik	
	Megnagyobbodott jugulo-digastricus nyirokcsomók	
	Hyperaemia, oedema, genny a cryptákban	

Acut tonsillitisek

Klinikai megjelenési formák	Komplikációk
Angina tonsillaris (tonsillitis follicularis, tonsillitis lacunaris, tonsillitis confluens)	Lokális
Angina lingualis (tonsillitis lingualis)	•Légúti obstructio
Herpangina (angina herpetica)	•Tályogképződés
Scarlat angina	•Acut otitis media
Diphtheria	•Recurrens acut tonsillitis (chronicus tonsillitis)
Angina specifica (angina luetica)	Általános
Angina tuberculotica (tonsillatuberculosis)	•Sepsis
Angina monocytotica (mononucleosis inf.)	•Meningitis
Angina agranulocytica	•Acut rheumás láz
Angina ulceromembranacea (Plaunt-Vincent)	•Acut glomerulonephritis
Soor, candidiasis	

Pharyngitis acuta és chronica

	Pharyngitis acuta	Pharyngitis chronica
Etiológia	<p>A hátsó garatfal nyirokszöveiteinek vírusinfekciója, melyhez acut tonsillitis is társulhat.</p> <p>Bacterialis is lehet</p>	<p>Garatnyálkahártya funkcionális gyengesége, irritatio, dohányzás, alcohol, gátolt orrlégzés</p> <p>A-vitaminosis, chronicus betegségek (vese, szív, tüdő), endocrin okok, diabetes</p>
Klinikai megjelenési formák	<p>Angina pharyngica, adenoiditis acuta, tonsillitis pharyngica</p> <p>Angina lateralis (pharyngitis lateralis)</p> <p>Acut tonsillitiseket rendszerint kísérő acut pharyngitisek</p>	<p>Pharyngitis chronica simplex</p> <p>Pharyngitis chronica hyperplastica</p> <p>Pharyngitis chronica sicca</p> <p>Bursitis pharyngealis</p> <p>Pharyngitis ulceromembranacea (Plaunt-Vincent angina)</p> <p>Pharyngo-oesophagitis (Plummer-Vinson syndroma)</p>
Tünetek	<p>Kaparó égő érzés, köhögési inger, nyelési- és fülfájdalom, láz</p>	<p>Erős subjectiv panaszok, jelentéktelen lokális lelet</p>
Terápia	<p>Tüneti, antibiotikum, fájdalom- és lázcsillapítás, folyadékbevitel</p>	<p>Kiváltó ok megszüntetése, egyébként tüneti</p>



**Köszönöm megtisztelő
figyelmüket !**