

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**ПМ 01. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
МДК 01.01 ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
(В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ)
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

ЛЕКЦИЯ 2

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: ПИСАРЕВА В.Ф

Студент должен знать:

- ▶ Анатомо-физиологические особенности глотки;
- ▶ Методы исследования, этиологию, клинику наиболее распространенных заболеваний глотки.

Клиническая анатомия глотки

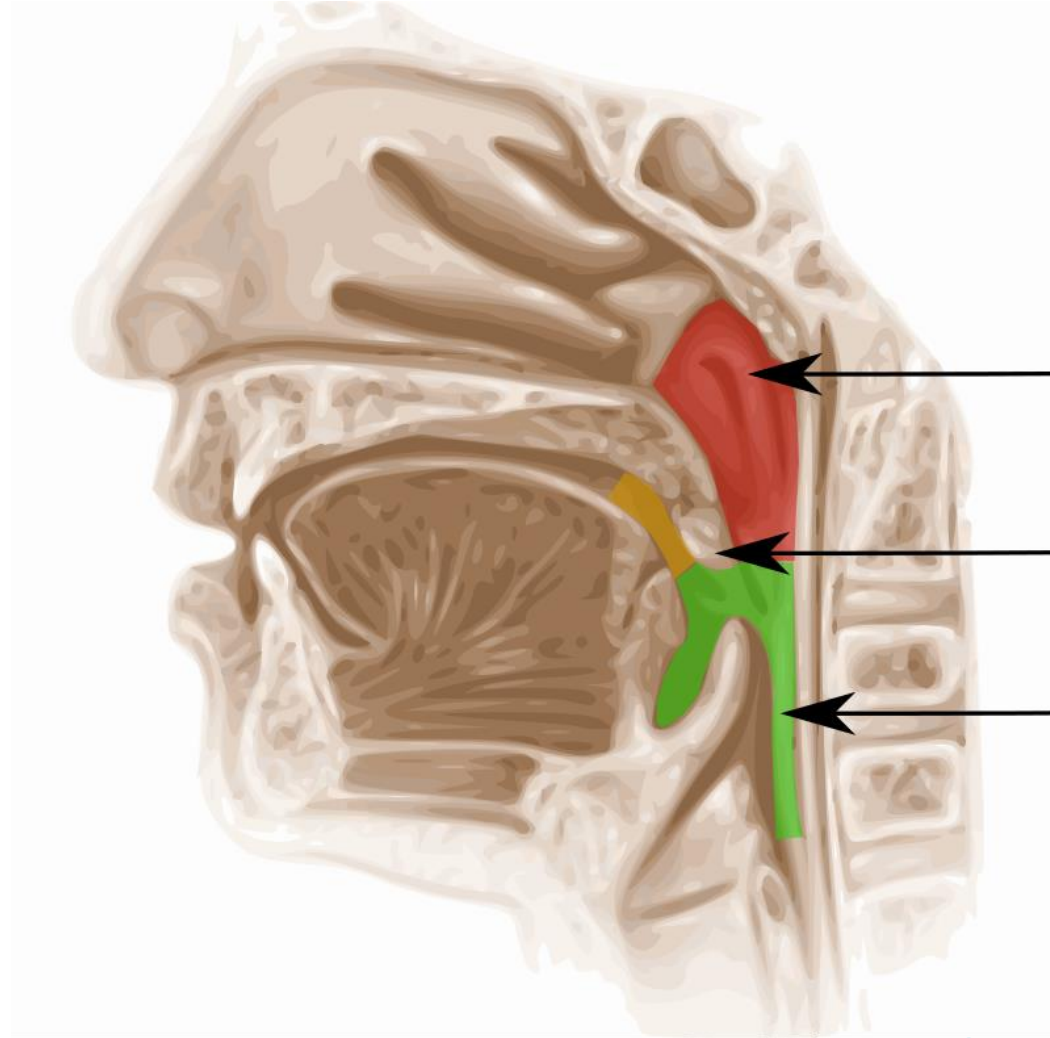
- Часть начального отдела пищеварительного и дыхательного трактов
- Глотка представляет собой полый мышечный орган, расположенный позади полости носа, рта и над гортанью на уровне 1-6 шейного позвонка.
- Нижний отдел глотки переходит в пищевод.
- Сообщается с ротовой полостью, средним ухом, гортанью и пищеводом.
- Стенки глотки состоят из четырех оболочек: слизистой, фиброзной, мышечной и адвентиции.

Анатомически глотка делится на три отдела: *носоглотку*, *ротоглотку* и *гортаноглотку*.

Носоглотка - верхняя часть глотки, передней границей которой являются хоаны и край сошника.

Ротоглотка - средняя часть глотки, расположенная на уровне 3-4 шейных позвонков, ограничена только задней и боковыми стенками.

Гортаноглотка - нижняя часть глотки, расположена на уровне 5-6 шейных позвонков. Она суживается в виде конуса и расположена спереди над входом в гортань.



Носоглотка

Ротоглотка

Гортаноглотка

Лимфоидное глоточное кольцо Пирогова

Расположено в глотке, на перекрестке дыхательного и пищеварительного трактов. Лимфоидные элементы кольца Пирогова, соприкасаясь с антигенами, проникающими с воздухом и пищей в организм, играют существенную роль в формировании иммунитета.



Аденоидные разращения

Этиология: разрастанию аденоидов способствуют частые простудные заболевания, перенесенные детские инфекции (корь, скарлатина, дифтерия).

Различают три степени увеличения аденоидов:

- *1-я степень* - сошник и хоаны закрыты на $\frac{1}{3}$;
- *2-я степень* - сошник и хоаны закрыты на $\frac{1}{2}$;
- *3-я степень* - сошник и хоаны закрыты на $\frac{2}{3}$.

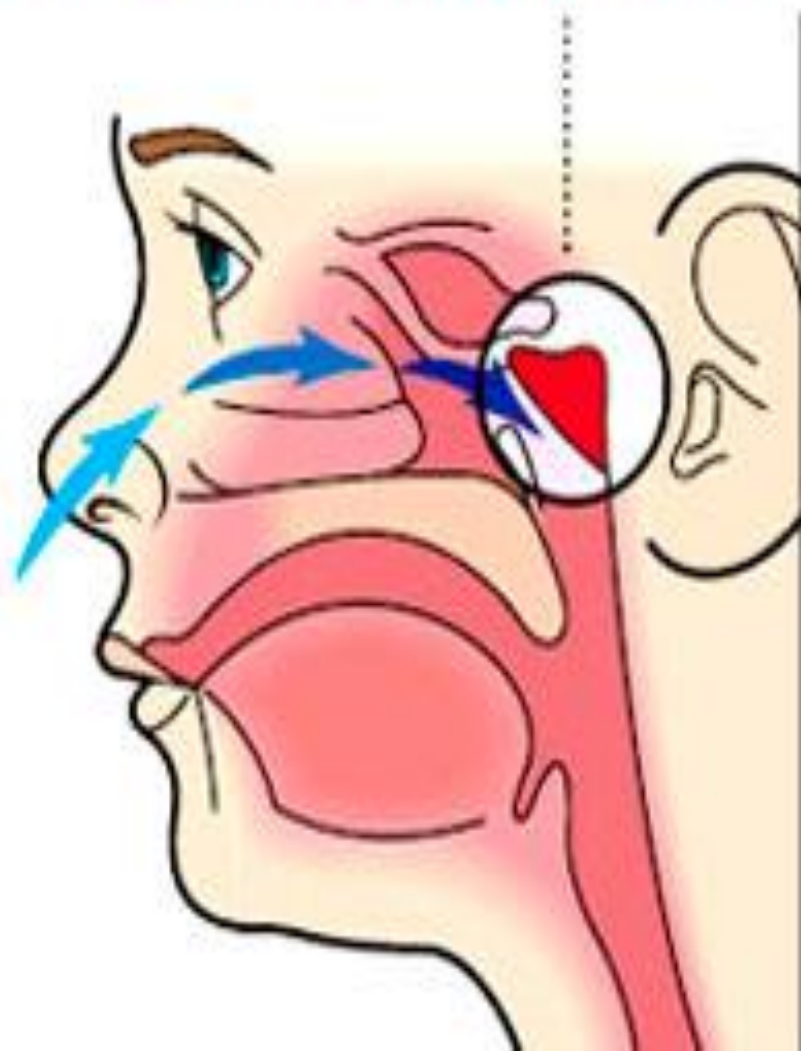
1 СТАДИЯ

АДЕНОИДЫ
ПЕРЕКРЫВАЮТ
1/3 НОСОГЛОТКИ



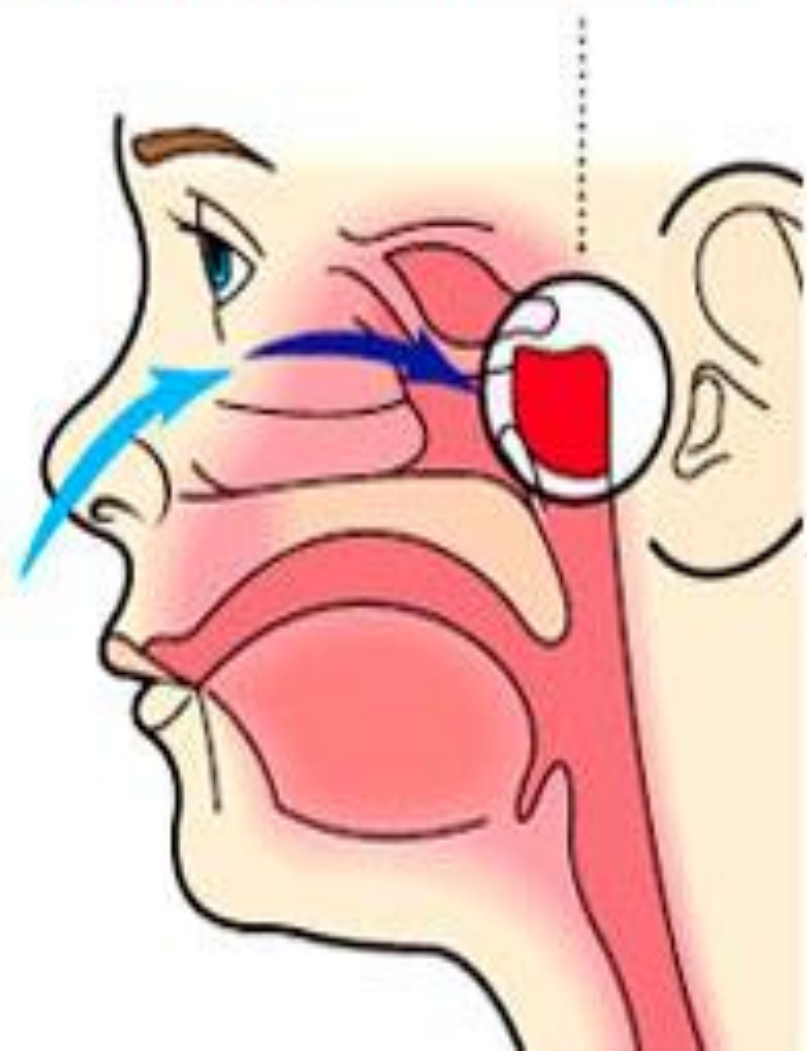
2 СТАДИЯ

АДЕНОИДЫ
ПЕРЕКРЫВАЮТ
ПОЛОВИНУ НОСОГЛОТКИ



3 СТАДИЯ

АДЕНОИДЫ
ПЕРЕКРЫВАЮТ
НОСОГЛОТКУ ПОЛНОСТЬЮ



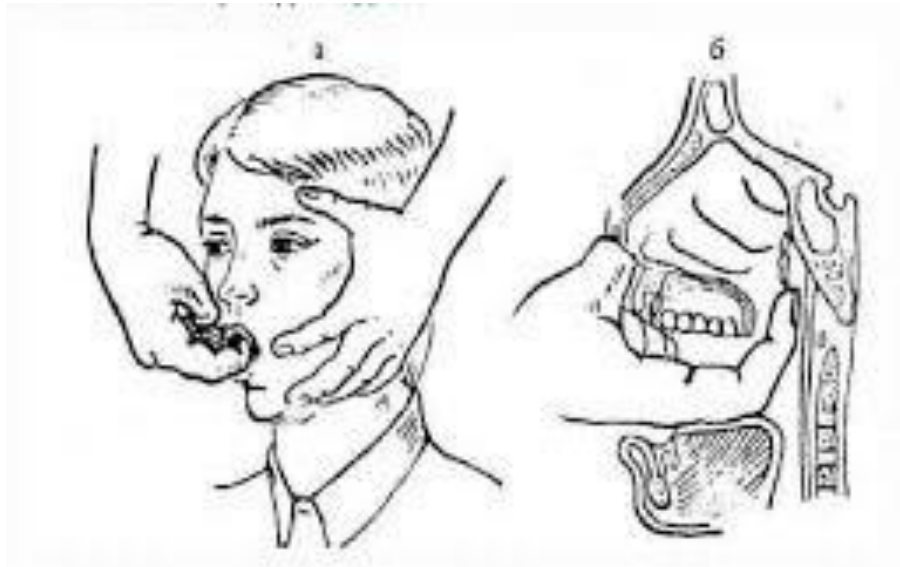
Симптомы при увеличении аденоидов:

- ▶ Постоянное затруднение носового дыхания, вследствие чего дети спят с открытым ртом и в течение дня держат его полуоткрытым;
- ▶ Беспокойный сон и храп по ночам;
- ▶ Снижение слуха, повторные воспалительные заболевания среднего уха;
- ▶ Частые простудные заболевания, затяжные риниты;
- ▶ Деформация лицевого скелета в виде характерного «аденоидного» лица, развитие высокого готического неба и неправильного расположения зубов, нарушающего прикус;
- ▶ Деформация грудной клетки - «куриная грудь»;
- ▶ Нечистая гнусавая речь;
- ▶ Расстройства нервной системы, в том числе ночное недержание мочи;
- ▶ Головные боли, невозможность сосредоточить внимание на умственной работе;
- ▶ Увеличение слепого пятна на глазном дне;
- ▶ Развитие анемии.

«Аденоидное» лицо



- ▶ *Диагноз* устанавливается на основании указанных симптомов, данных эпифарингоскопии, пальцевого исследования носоглотки.



- ▶ *Рентгенологическое исследование* с контрастным веществом (йодлиполлом) проводится при необходимости исключить новообразование в носоглотке.

Острый фарингит

Редко встречается как самостоятельное заболевание, чаще является следствием респираторно-вирусной инфекции или результатом распространения бактериальной флоры из полости носа, с миндалин или кариозных зубов.

Клинические проявления острого фарингита следующие:

- ▶ Сухость, першение, саднение в глотке;
- ▶ Умеренная болезненность при глотании;
- ▶ Иррадиация болей в ухо;
- ▶ Снижение слуха - «заложенность» ушей, пощелкивание в ушах при распространении процесса в носоглотку и устье слуховых труб;
- ▶ Слабо выраженные признаки интоксикации, субфебрильная температура.

Орофарингоскопия - исследование полости рта и ротовой части глотки с отдавливанием передних 2/3 языка шпателем.



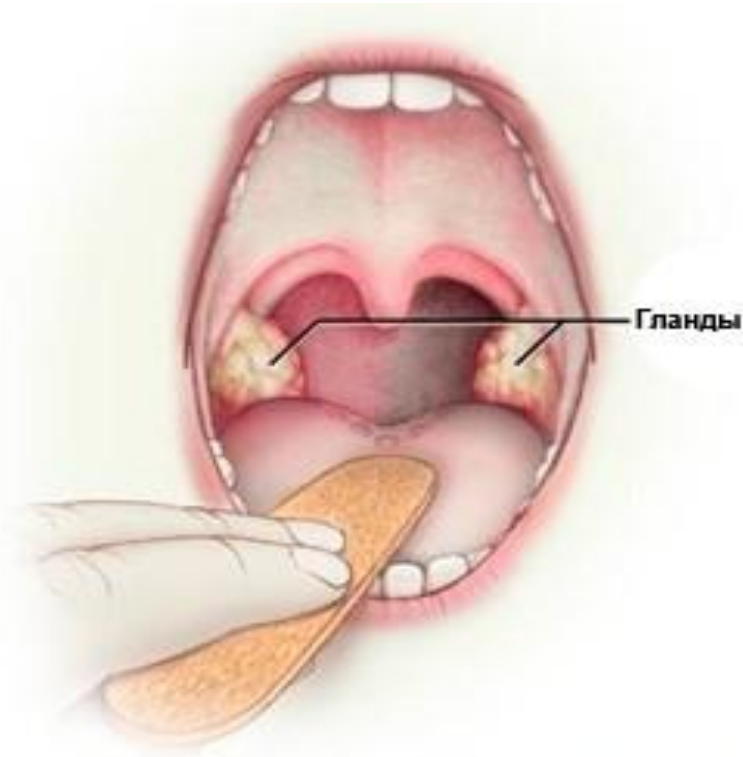
При орофарингоскопии отмечается:

- ▶ Гиперемия и умеренная припухлость слизистой оболочки задней стенки глотки;
- ▶ Выраженная гипертрофия гранул, отечные боковые валики;
- ▶ Слизисто-гнойное отделяемое на задней стенке глотки при наличии бактериального возбудителя;
- ▶ Выраженные формы острого фарингита сопровождаются регионарным лимфаденитом.

Острый тонзиллит (ангина) - общее инфекционно-аллергическое заболевание с воспалительным процессом в лимфоидной ткани миндалин.

Этиология:

- ▶ Бета-гемолитический стрептококк (50-80% случаев);
- ▶ Золотистый стафилококк, зеленящий стрептококк;
- ▶ Аденовирусы, палочки, спирохеты, грибы и др.
- ▶ Распространение эндогенной инфекции из кариозных зубов; патологического очага в околоносовых пазухах.



Классификация острых тонзиллитов по И.Б. Солдатову (1975г.):

- ▶ Первичные (банальные) тонзиллиты к ним относятся катаральный, фолликулярный, лакунарный, флегмонозный тонзиллиты.
- ▶ Вторичный (специфические) тонзиллиты вызваны конкретным возбудителем. Они могут быть признаком инфекционного заболевания (дифтерия глотки, язвенно-некротический тонзиллит, сифилитический, герпетический, грибковый и др.) или болезней крови.

Катаральный тонзиллит

Продолжительность заболевания 3-5 дней. *Клинические проявления:*

- ▶ Ощущение жжения, сухости, першения в горле;
- ▶ Температура субфебрильная;
- ▶ Умеренно выраженная интоксикация;
- ▶ Увеличение регионарных лимфоузлов.

При фарингоскопии определяется:

- ▶ Разлитая гиперемия миндалин и небных дужек;

- ▶ Небольшое увеличение миндалин;
- ▶ Местами определяется пленка слизисто-гнойного экссудата.



Фолликулярный тонзиллит

Продолжительность заболевания 5-7 дней. *Клинические признаки:*

- ▶ Повышение t до 38-39 °С;
- ▶ Сильная боль в горле при глотании;
- ▶ Иррадиация боли в ухо;
- ▶ Выраженная интоксикация, снижение аппетита, рвота, помрачение сознания, явление менингизма;
- ▶ Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.



- ▶ Значительные гематологические изменения - нейтральный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ.

При фарингоскопии отмечают:

- ▶ Выраженная гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек;
- ▶ Увеличение и гиперемия миндалин, бугристая поверхность в первые дни заболевания;
- ▶ Множественные желтовато-белые точки величиной 1-3мм (гнойные фолликулы на 3-й день заболевания).

Лакунарный тонзиллит

Продолжительность заболевания 10-12 дней. *Клинические проявления:*

- ▶ Сильная боль в горле при глотании;
- ▶ Иррадиация боли в ухо;
- ▶ Озноб, повышение t до 39-40 °C;
- ▶ Боль в пояснице, суставах, в области сердца;
- ▶ Выраженные гематологические изменения;
- ▶ Значительное увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов и селезенки.

При *фарингоскопии* определяются:

- ▶ Выраженная гиперемия и увеличение миндалины;
- ▶ Желтовато-белые налеты, расположенные в устьях лакун, которые легко снимаются шпателем;
- ▶ Островки гнойных налетов, иногда покрывающие значительную поверхность миндалины.



Флегмонозный тонзиллит

Флегмонозный тонзиллит характеризуется гнойным расплавлением ткани внутри миндалины - образованием флегмоны.

Причины, способствующие формированию процесса, могут быть следующие:

- ▶ Снижение иммунных сил организма;
- ▶ Вирулентность возбудителя;
- ▶ Травма миндалины инородным телом или при выполнении медицинских манипуляций;
- ▶ Развитие спаек в глубине миндалины с затруднением оттока содержимого.

- ▶ *Клинические признаки* флегмонозной ангины могут быть сходны с проявлениями лакунарного тонзиллита, небольшие абсцессы могут протекать бессимптомно.

В более тяжелых случаях отмечается:

- ▶ Нарастание боли с одной стороны;
- ▶ Затруднение глотания;
- ▶ Ухудшение общего состояния.

При фарингоскопии определяются:

- ▶ Увеличение одной миндалины, гиперемия, напряжение;
- ▶ Болезненность при надавливании шпателем;
- ▶ Наличие флюктуации при созревшей флегмоне;
- ▶ Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны со стороны поражения.



Неспецифические ангины



Флегмозная ангина



ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ АНГИНА



ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА



КАТАРАЛЬНАЯ АНГИНА

Острый парантозиллит - инфекционное воспалительное заболевание клетчатки, окружающей небную миндалину, без формирования абсцесса.

Причинами развития парантозиллита являются снижение иммунитета и неполноценное или рано прекращенное лечение ангины.

Клинические проявления заболевания:

- ▶ Сильная боль при глотании вплоть до отказа от приема пищи;
- ▶ Иррадиация боли в ухо, зубы;
- ▶ Возникновение тризма - спазма жевательной мускулатуры;
- ▶ Невнятная, гнусавая речь;
- ▶ Вынужденное положение головы (набок), возникающее в результате воспаления мышц глотки, шеи и шейного лимфаденита;
- ▶ Выраженная интоксикация - головная боль, чувство разбитости, фебрильная температура;
- ▶ Значительные гематологические изменения воспалительного характера.

В течение заболевания выделяют две стадии - инфильтрацию и абсцедирования.

Фарингоскопия обычно затруднена из-за тризма. Определяются:

- ▶ Ощущается неприятный гнилостный запах изо рта;
- ▶ Асимметрия мягкого неба за счет смещения одной из миндалин к средней линии;
- ▶ Резкое выбухание верхнего полюса миндалины, который вместе с дужками и мягким небом представляет собой шаровидное образование;
- ▶ В области наибольшего выпячивания отмечается *флюктуация*.

Для решения вопроса о наличии гноя производят диагностическую пункцию.



Вторичные (специфические)

ТОНЗИЛЛИТЫ

Дифтерия

острое инфекционное заболевание, при котором в результате действия специфического токсина развивается фибринозное воспаление с образованием пленок на месте возбудителя - палочки Клебса-Левфлера.

В зависимости от выраженности клинических проявлений различают следующие формы: *локализованную, распространенную и токсическую.*

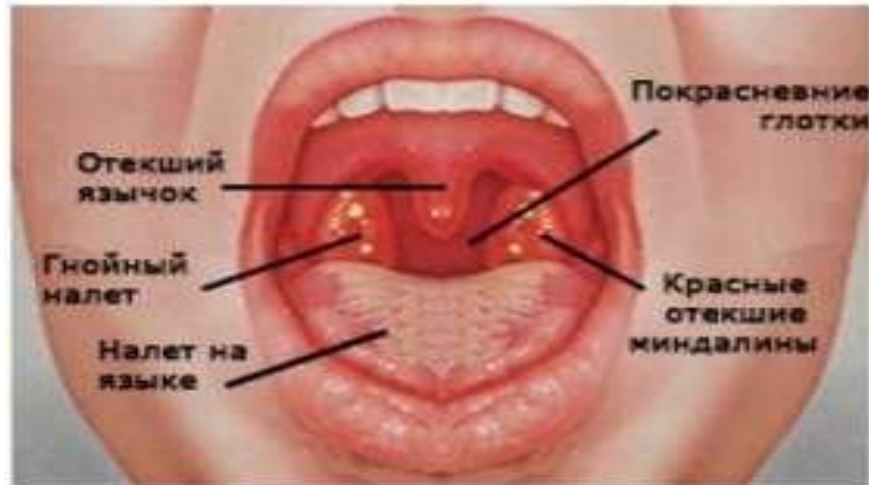
Клинические признаки локализованной формы дифтерии:

- ▶ Острое начало с кратковременным повышением температуры тела до 38-39 °С;
- ▶ Боли в горле при глотании;
- ▶ Сладковатый запах изо рта;
- ▶ Головная боль, снижение аппетита, слабость;
- ▶ Бледность кожных покровов;
- ▶ Увеличение регионарных лимфатических узлов до 1-2 см, мало болезненны, отмечается лимфангоит.

Фарингоскопия при локализованной дифтерии:

- ▶ Неяркая гиперемия небных миндалин и дужек с цианотичным оттенком;
- ▶ Налеты часто выходят за пределы миндалин;
- ▶ Фибриновые налеты с гладкой поверхностью грязно-серого цвета, которые снимаются с трудом, подлежащая ткань кровоточит.

Диагноз ставится на основании данных эпидемиологического анамнеза и результатов бактериологического исследования слизи из носа и глотки на наличие возбудителя.



Ангина



Дифтерия

Язвенно-пленчатая (некротическая) ангина Симановского-Венсана

Продолжительность заболевания: 1-3 недели.

Этиология: веретенообразная палочка + спирохета полости рта (обычно находятся в маловирулентном состоянии в складках слизистой оболочки полости рта).

Клинические проявления заболевания:

- ▶ Температура тела субфебрильная или в норме;
- ▶ Боли в горле отсутствуют;
- ▶ Ощущение инородного тела при глотании;
- ▶ Гнилостный запах изо рта;
- ▶ Повышенное слюноотделение;
- ▶ Регионарные лимфоузлы увеличены на стороне поражения, умеренно болезненны.

При *фарингоскопии* патологические изменения обнаруживаются на одной миндалине:

- В верхнем полюсе сероватый или желтоватый налет;
- После отторжения налета образуется глубокая язва с неровными краями и рыхлым дном.



Сифилитическая ангина

Этиология: бледная спирохета.

Первичная стадия имеет следующие клинические проявления:

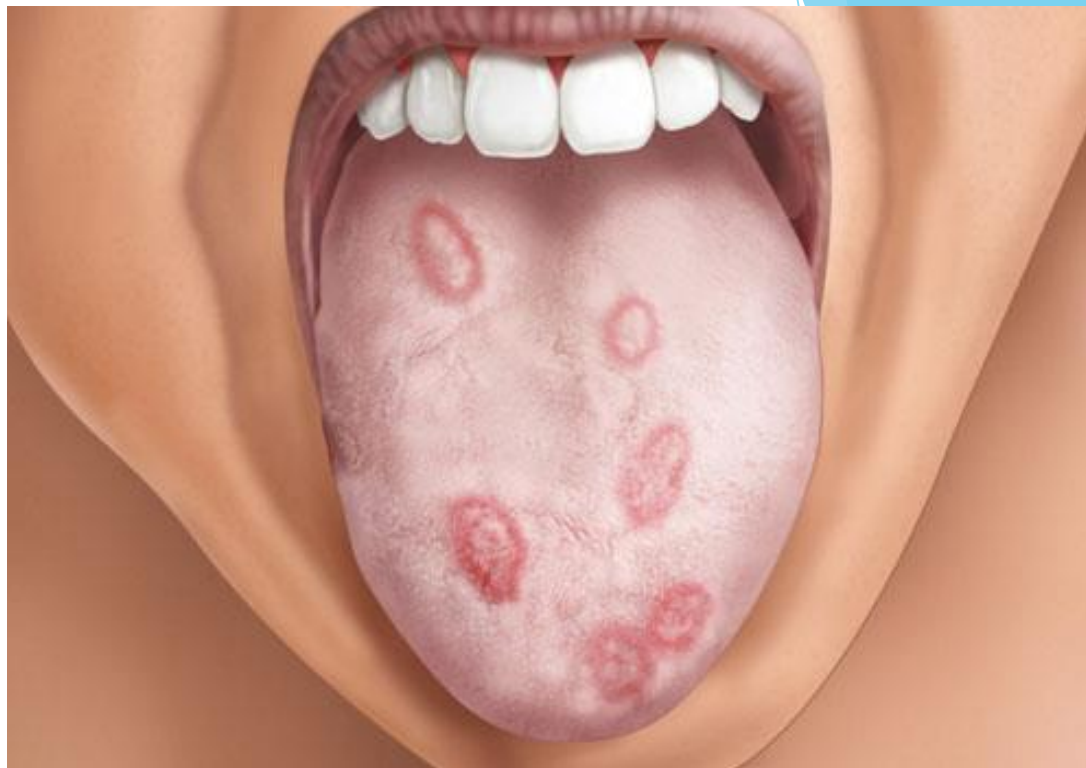
- ▶ Незначительная болезненность при глотании на стороне поражения;
- ▶ На поверхности миндалина определяется красного цвета эрозия, язва; или миндалина приобретает вид как при остром тонзиллите;
- ▶ Ткань миндалина при ощупывании плотная;
- ▶ Наблюдается одностороннее увеличение лимфатических узлов.

Вторичный сифилис глотки имеет следующие характерные признаки:

- ▶ Разлитой медно-красный цвет слизистой оболочки, захватывающий дужки, мягкое и твердое небо;
- ▶ Папулезная сыпь круглой или овальной формы серовато-белого цвета;
- ▶ Увеличение регионарных лимфоузлов.

Третичный сифилис проявляется:

- ▶ Ограниченная гуммозная опухоль, которая после распада образует глубокую язву с ровными краями и сальным дном с дальнейшим разрушением окружающих тканей.



По всей ротоглотке появляется сыпь круглой формы. Мягкое небо может приобретать красный цвет.

Герпетический тонзиллит

Этиология: заболевание, вызываемое аденовирусами. (вирус Коксаки группы А)

Клинические проявления герпангины у детей:

- Повышение температуры тела до 38-40 С;
- Боли в горле при глотании;
- Головная боль, мышечные боли в области живота;
- Рвота и жидкий стул отмечаются у детей раннего возраста.

У взрослых заболевание протекает в более легкой форме.

При *фарингоскопии* определяется:

- Гиперемия слизистой оболочки глотки;
- Мелкие пузырьки на гиперемированном основании в области мягкого неба, язычка, небных дужек, иногда на задней стенке глотки;
- Образование язвочек на месте вскрывшихся пузырьков на третий-четвертый день заболевания.



Грибковый тонзиллит

Этиология: патогенные дрожжеподобные грибки типа *Candida*.

Характерные *клинические проявления*:

- ▶ Повышение температуры тела - непостоянное;
- ▶ Боли в горле незначительные, сухость, нарушение вкусовых ощущений;
- ▶ Явления общей интоксикации слабо выражены;
- ▶ Регионарные лимфоузлы увеличены, безболезненны.

При фарингоскопии определяются:

- ▶ Увеличение и небольшая гиперемия миндалин;
- ▶ Ярко-белые, рыхлые творожистого вида налеты, которые легко снимаются без повреждения подлежащей ткани.



Тонзиллит при инфекционном мононуклеозе

Для данного вида ангины характерны следующие клинические проявления:

- ▶ Озноб, повышение температуры тела до 39-40 С, головная боль;
- ▶ Увеличение небных миндалин, картина лакунарной, иногда язвенно-некротической ангины;
- ▶ Увеличение и болезненность шейных, подчелюстных лимфатических узлов;
- ▶ Одновременное увеличение печени и селезенки;
- ▶ Изменения в крови- рост количества мононуклеаров и сдвиг формулы влево.



Хронический тонзиллит – хроническое воспаление небных миндалин.

Заболевание поражает обычно детей школьного возраста от 12 до 15% и взрослых до 40 лет - от 4 до 10%.

В основе этой патологии лежит инфекционно-аллергический процесс, который проявляется повторными ангинами и вызывает поражение многих органов и систем.

Этиология:

- ▶ Изменение реактивности организма;
- ▶ Хроническая очаговая инфекция (синуситы, аденоидиты, кариозные зубы);
- ▶ Наличие в небных миндалин глубоких лакун, создающих благоприятные условия для развития вирулентной микрофлоры;
- ▶ Ассимиляция чужеродного белка, токсинов микрофлоры и продуктов распада тканей в лакунах, способствующая местной и общей алергизации организма;
- ▶ Обширные лимфатические кровеносные пути, приводящие к распространению инфекции и развитию осложнений инфекционно-аллергического характера.

Классификация хронического тонзиллита (И.Б.Солдатов 1975г.)

Хронический тонзиллит

```
graph TD; A[Хронический тонзиллит] --> B[Специфический:]; A --> C[Неспецифический:]; B --> B1[Сифилис]; B --> B2[Туберкулез]; B --> B3[Склерома]; C --> C1[Компенсированная форма]; C --> C2[Декомпенсированная форма];
```

Специфический:

- Сифилис;
- Туберкулез;
- Склерома.

Неспецифический:

- Компенсированная форма;
- Декомпенсированная форма.

Компенсированная форма хронического тонзиллита

Жалобы пациента:

- ▶ Боли в горле по утрам, сухость, покалывание;
- ▶ Ощущение неловкости или инородного тела при глотании;
- ▶ Неприятный запах изо рта;
- ▶ Указание на ангины в анамнезе.

Фарингоскопия:

- ▶ Изменение дужек - небольшая гиперемия, валикообразное утолщение;
- ▶ Спайки небных дужек с миндалинами;
- ▶ Миндалины рыхлые, выраженный лакунарный рисунок;
- ▶ Наличие гнойно-казеозных пробок в лакунах или жидкого гноя, которые обнаруживаются путем надавливания шпателем на основание передней небной дужки;
- ▶ Гипертрофия небных миндалин преимущественно у детей;
- ▶ Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов в подчелюстной области.

Наличие двух-трех из перечисленных признаков дает основание для постановки диагноза. При компенсированной форме заболевания в период между ангинами общее состояние не нарушается, признаки интоксикации и алергизации организма отсутствуют.



Декомпенсированная форма хронического тонзиллита

- ▶ Местные признаки фарингоскопии компенсированной формы хронического тонзиллита;
- ▶ Наличие обострений (ангины) 2-4 раза в год;
- ▶ Общие проявления декомпенсации:
 - появление субфебрильной температуры по вечерам;
 - повышенной утомляемостью, снижением работоспособности;
 - периодические боли в суставах, в сердце;
 - функциональные расстройства нервной системы и др. систем;
 - наличием особенно в периоды обострения, сопряженных с хроническим тонзиллитом заболеваний: ревматизм, миокардит, острый и хронический тонзиллогенный сепсис, гломерулонефрит, пиелонефрит и др.



Задание на дом

Ананьева С.В. Учебник «Болезни уха, горла, носа»,
Феникс, 2018г. стр.61-70, 73, 77, 79, 80-83, 86, 88-98.