

Заболевание глотки

2017 год

Выполнили работу:

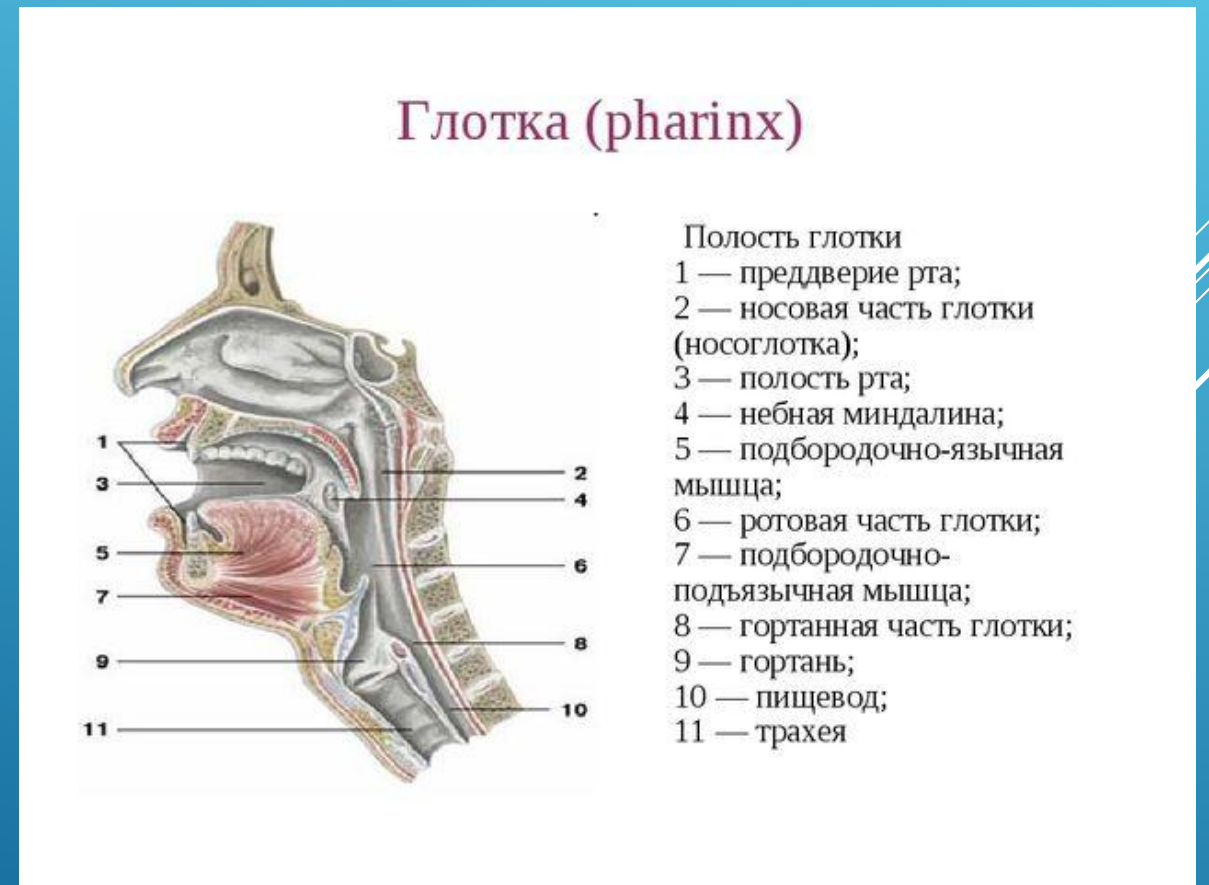
Мухортова Л, Цирульник Ю
студентки 312 группы (3 бригады)

Преподаватель:

Старикова О.И.

АНАТОМО- ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОТКИ

- ▶ Фактически глотку, можно, разделить на 3 основные части, а именно:
- ▶ Верхняя стенка глотки или ее свод. Эта часть прилегает к самому основанию черепа и является верхней точкой глотки человека.
- ▶ Носовая часть. С функциональной точки зрения выполняет исключительно дыхательную функцию. Мышцы глотки в этом отделе практически отсутствуют и поэтому его стенки всегда остаются неподвижными.
- ▶ Передняя стенка носового хода – там располагаются хоаны.



▶ На боковых стенках полости глотки имеются воронкообразные отверстия. Это так называемая слуховая труба, которая соединяет полость глотки со средним ухом. Отверстие этой трубы ограничивается специальным валиком, который препятствует попаданию содержимого носоглотки в полость среднего уха.

▶ Анатомия и физиология глотки такова, что эта полость по сути является главными воротами в наш организм. Все, что попадет внутрь человека, сначала должно пройти через рот и глотку. Так вот в глотке все устроено таким образом, что болезнетворные бактерии не могут проникнуть вглубь организма. На их пути встают скопления лимфоидной ткани, которые, еще называются миндалинами. Наибольшее их скопление расположено между сводом и задней стенкой горла.



АКТ ГЛОТАНИЯ

- ▶ Всем известно, что фактически в районе глотки соединяются дыхательные и пищеварительные пути. Однако, полость устроена так хитро, что там существуют специальные механизмы, которые в момент акта глотания могут отделить пищеварительные от дыхательных путей. Происходит это следующим образом: в тот момент, когда мышцы языка начинают сокращаться и комок пищи прижимается языком к твердому небу, мягкое, наоборот, оттягивается вверх и перекрывает носоглотку. Таким образом, ни пища, ни вода в момент глотания просто не может, попасть в дыхательные пути. В глотке же в это время происходят следующие процессы: мышцы, которые находятся немного выше подъязычной кости притягивают гортань вверх, а корень языка в этот же момент уходит вниз и давит на надгортанник, опуская его, и закрывая, вход в дыхательные пути, расположенные внизу гортани. Теперь к процессу подключаются констрикторы (крупнейшие мышцы-выполняют сжимающую функцию) – они сжимают глотку и пищевой комок начинает опускаться вниз до тех пор, пока не достигнет пищевода.



МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОТКИ

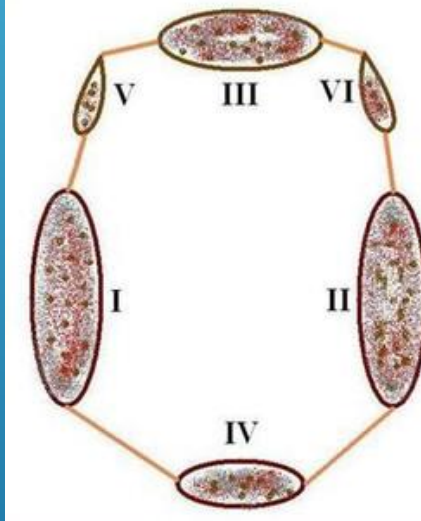
- ▶ I этап. Наружный осмотр и пальпация. (Осматривают область шеи, слизистую оболочку губ. Пальпируют регионарные лимфатические узлы глотки)
- ▶ II этап. Эндоскопия глотки.
Ороскопия. Мезофарингоскопия.
Эпифарингоскопия (Задняя риноскопия). Пальцевое исследование носоглотки



ЛИМФОИДНОЕ КОЛЬЦО ПИРОГОВА-ВАЛЬДЕЙЕРА

- ▶ -расположенное на границе ротовой полости и глотки в слизистой оболочке скопление лимфоидной ткани, окружающее вход в дыхательные и пищеварительные пути. Является частью лимфатической системы организма. Относится к периферическим органам иммунитета. Наиболее крупные скопления лимфоидной ткани называются миндалинами.
- ▶ Кольцо состоит из:
 - двух небных миндалин;
 - двух трубных миндалин, находящихся в области слуховых труб;
 - глоточной миндалины;
 - язычной миндалины;
 - лимфоидных гранул и боковых лимфоидных валиков на задней стенке глотки.

Лимфаденоидное глоточное кольцо Пирогова-Вальдейера.



I и II - небные миндалины

III - носоглоточная

IV - язычная

V и VI - трубные

Кроме этого имеется скопление лимфаденоидной ткани на задней стенке глотки, в области боковых валиков и язычной поверхности надгортанника.

АДЕНОИДЫ

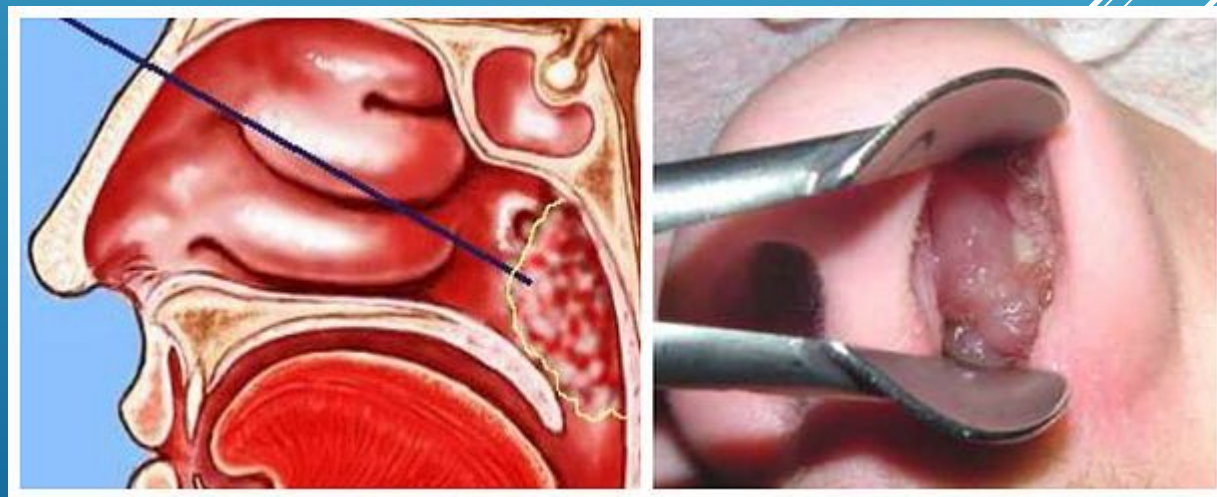
- ▶ - это скопление лимфоидной ткани, которая окружает глотку и носовую часть, помогает поддерживать иммунитет. Когда аденоиды разрастаются, они становятся постоянным очагом размножения микробов, грибков и вирусов. В этом случае воздух, который попадает в нос, не увлажняется и не очищается, а сразу оказывается в нижних отделах дыхательных путей.
- ▶ Надо сказать, что аденоиды разрастаются постепенно после перенесенных заболеваний, таких как ОРВИ, грипп, скарлатина и другие



СИМПТОМЫ И СТЕПЕНИ АДЕНОИДОВ

- ▶ нарушение носового дыхания
- ▶ головные боли
- ▶ снижение слуха
- ▶ приступы кашля в ночное время, астматические приступы
- ▶ появляется ощущение жжения в носоглотке
- ▶ непонятная боль в ушах и их заложенность
- ▶ Болезненные лимфатические узлы

- ▶ **Аденоиды 1 степени** характеризуют себя тем, что ребёнок дышит свободно в течение дня, а во время сна размер аденоидов увеличивается, тем самым мешая ребёнку свободно дышать.
- ▶ **Аденоиды 2 степени** характеризуются затрудненным дыханием круглыми сутками, храпом во время сна, дыханием через рот.
- ▶ **Аденоиды 3 степени** характеризуются тем, что аденоидная ткань полностью или почти полностью перекрывает поступление воздуха через нос в горло, больной ребёнок вынужден всегда дышать через ротовую полость.



ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОИДОВ

- ▶ Подходы к лечению аденоидов разнятся, в зависимости от степени их разрастания. Если образования закрывают не более трети пространства носоглотки (1 степень), применяют различные консервативные способы. Это могут быть: промывания, медикаментозная или физиотерапия. С помощью промываний поверхность воспаленной аденоидной ткани очищают от гноя. При носовом душе, усаживают на стул. В одну ноздрю ему вставляют тонкую трубку, через которую вливают лечебный раствор. Огибая носовую перегородку, раствор выливается из второй ноздри. А вот промывать нос в домашних условиях крайне не рекомендуется. Малышам довольно трудно объяснить технику выполнения процедуры: из-за неправильных манипуляций раствор может попасть в полость среднего уха и спровоцировать развитие отита.
- ▶ При 3 степени применяют хирургическое лечение (Операция кратковременная, малоболезненная, может проводиться в амбулаторных условиях. Прогноз благоприятный.)

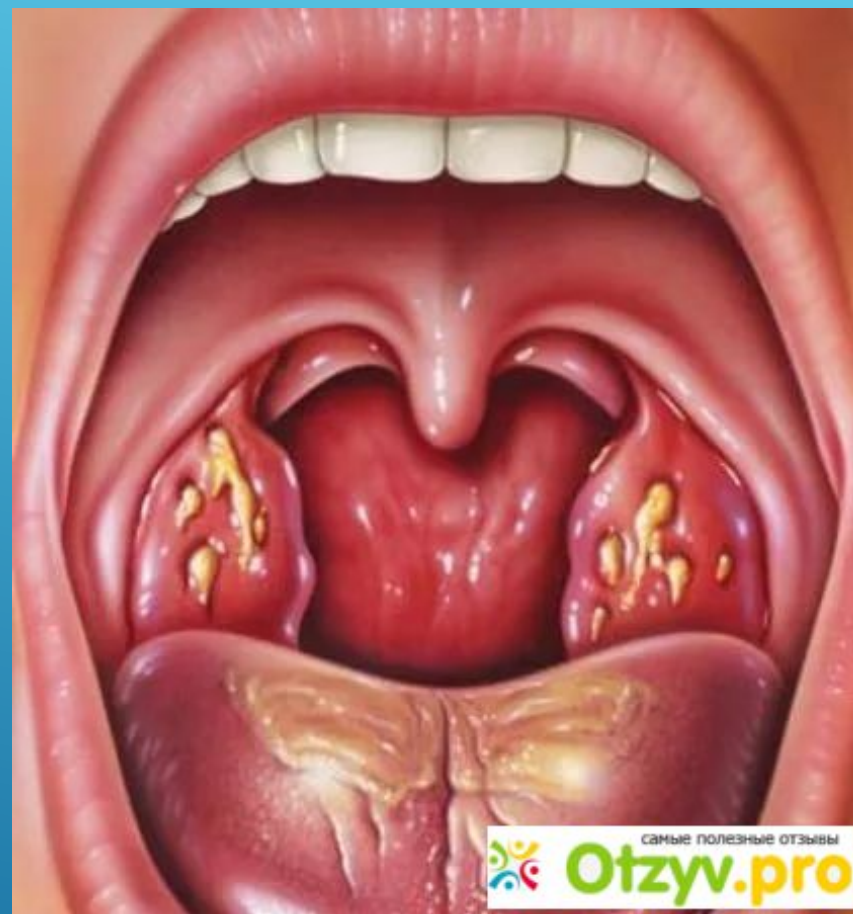


ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ

- ▶ острое воспаление миндалин, связанное с активностью болезнетворных микроорганизмов.

Основные причины заболевания:

- Бактериальные инфекции (стафилококки, стрептококки, хламидии, пневмококки и некоторые другие)
- Грибковые инфекции
- Вирусные инфекции
- Повреждения миндалин
- Воспалительные заболевания близлежащих тканей (синусит, ринит, фарингит и даже пародонтит или кариес).



Основные признаки острого тонзиллита:

- ▶ Дискомфорт в горле
- ▶ Боль в горле, усиливающаяся при глотании.
- ▶ Увеличение лимфатических узлов, расположенных в непосредственной близости от очага воспаления.
- ▶ Повышение температуры тела (до 38-39 градусов) и сопутствующие ему симптомы, такие как озноб, недомогание, лихорадка, боль в мышцах и голове.
- ▶ Покраснение и увеличение в размерах миндалин



ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА

- ▶ Антибиотики широкого спектра действия с учётом конкретных возбудителей
- ▶ Спреи «Мирамистин», «Биопарокс», «Каметон», местно
- ▶ таблетки для рассасывания или леденцы с антибактериальным эффектом: «Гексализ», «Лизобакт».
- ▶ Для снятия боли в горле назначаются местные препараты, содержащие антисептические компоненты: «Септолете», «Стрепсилс», «Тантум Верде»
- ▶ Процедуры полоскания с использованием противовоспалительных и антисептических средств. Применяются марганцовка, «Фурацилин», «Хлоргексидин», отвары лекарственных растений (ромашки, шалфея).
- ▶ При повышенной температуре назначаются жаропонижающие средства.
- ▶ При сильном отёке миндалин могут быть назначены антигистаминные препараты.
- ▶ Желательно соблюдать щадящую диету. Следует отказаться от грубой, горячей или холодной, а также острой пищи.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ

- ▶ характеризуется хроническим воспалением миндалин. Заболевание протекает с обострениями, а в период ремиссий может никак не давать о себе знать.

Основные причины заболевания:

- Не вылеченный до конца острый тонзиллит.
- Хронические заболевания носоглотки или верхних дыхательных путей, такие как ринит, фарингит и прочие.
- Снижение иммунитета.
- Частые простудные заболевания.
- Причинами обострения могут быть переохлаждения, резкие перепады температур



ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

- ▶ Неприятные ощущения в горле: чувство присутствия инородного тела или некого налёта, першение, саднение.
- ▶ Периодические боли, появляющиеся чаще всего с утра при глотании.
- ▶ Частые простуды.
- ▶ Повышенная утомляемость, хроническая усталость, слабость.
- ▶ Увеличение лимфатических узлов.
- ▶ Миндалины практически всегда увеличены. Нередко отмечается покраснение. Поверхность может быть рыхлой, в большинстве случаев наблюдаются лакуны, периодически заполняющиеся гноем или остатками пищи.
- ▶ Периодические незначительные повышения температуры (до 37-37,5 градусов).

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

- ▶ В период обострений меры будут такими же, как и при острой форме заболевания.
- ▶ Восстановить ткани миндалин и ускорить их регенерацию помогут физиотерапевтические процедуры (ультрафиолетовое облучение, лазерная терапия, электрофорез, фонофорез)
- ▶ Регулярные промывания лакун с целью их очищения от гнойного содержимого и остатков пищи. Для таких процедур обычно используются антисептические составы, например, перекись водорода, «Мирамистин», «Хлоргексидин» и прочие.
- ▶ Часто назначаются средства для укрепления и повышения местного иммунитета («Имудон», «ИРС-19»).
- ▶ Закаливание и приём витаминных комплексов с целью укрепления иммунитета.
- ▶ Если консервативное лечение оказалось неэффективным, и хронический тонзиллит протекает с частыми обострениями и вызывает осложнения, то потребуются тонзилэктомия – удаление миндалин.



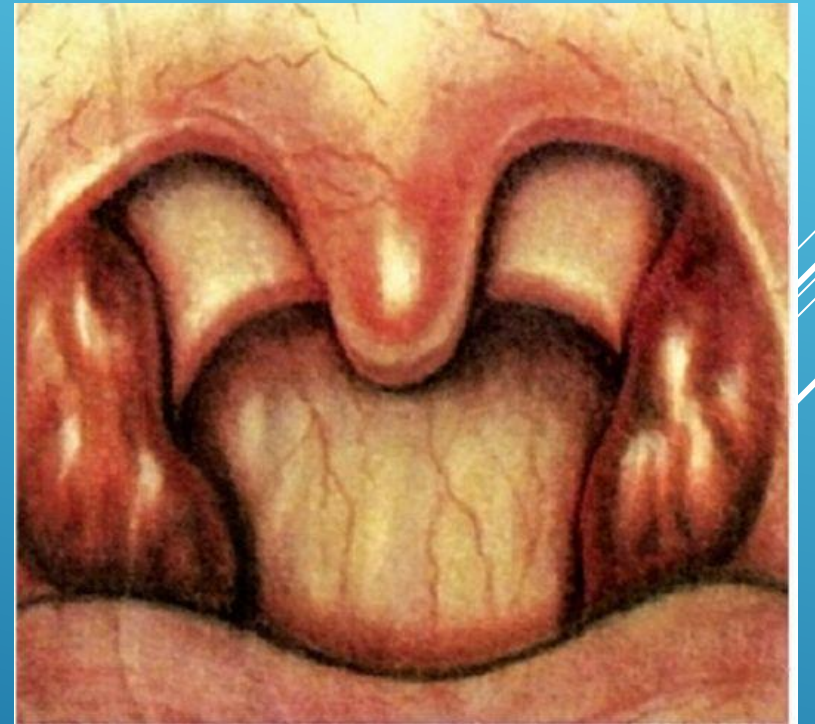
АНГИНА

- ▶ - общее острое инфекционно-аллергическое заболевание, проявляющееся острым местным воспалением нёбных миндалин.
- ▶ Термин «ангина» происходит от латинского слова «*ango*» - сжимать, душить.
- ▶ Характерны сезонные подъемы заболевания - в весенний и осенний периоды.



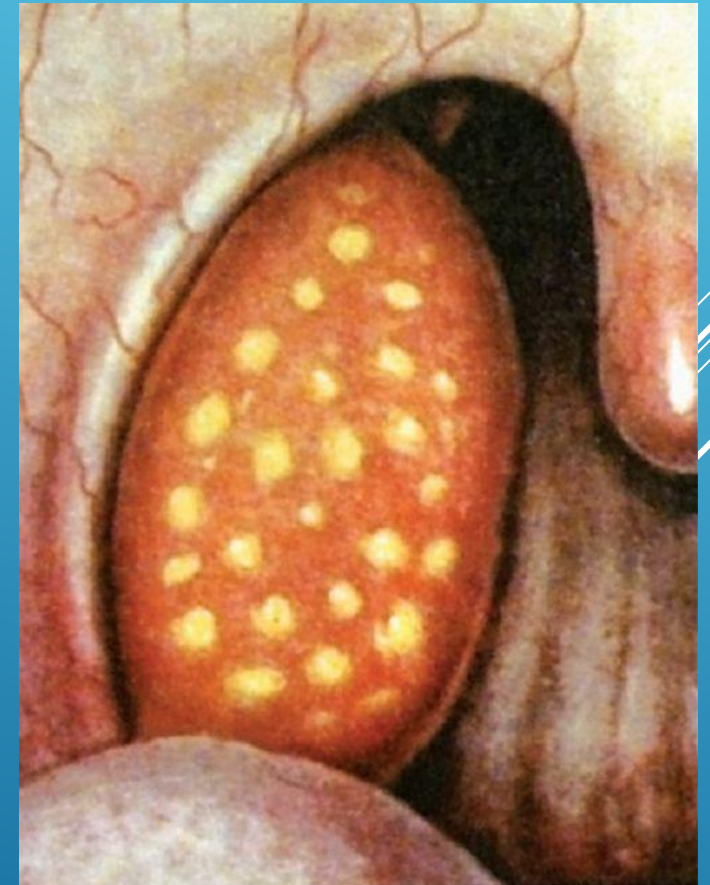
КАТАРАЛЬНАЯ АНГИНА

- ▶ - наиболее легкая форма заболевания. Воспалительный процесс ограничен поражением только слизистой оболочки нёбных миндалин. Заболевание начинается остро, в горле появляется ощущение жжения, сухости, першение, а затем незначительные боли, усиливающиеся при глотании. Больного беспокоит недомогание, разбитость, головная боль. Температура тела обычно субфебрильная, у детей может подниматься до 38 °С.



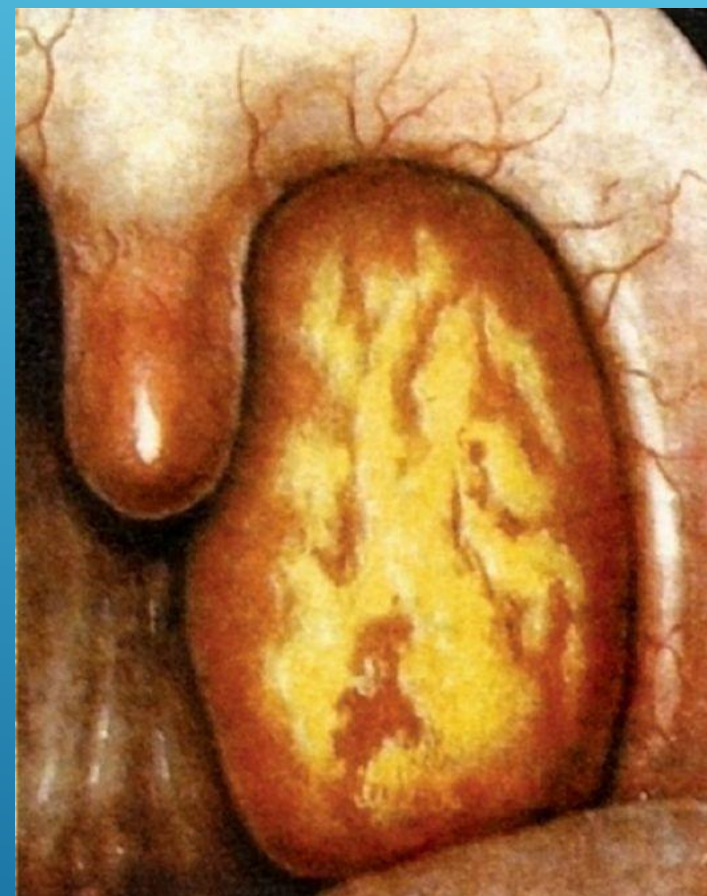
ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ АНГИНА

- ▶ Более тяжелая форма воспаления, протекающая с вовлечением в процесс не только слизистой оболочки, но и самих фолликулов. Болезнь начинается обычно с повышения температуры тела до 38-39 °С. Появляется выраженная боль в горле, усиливающаяся при глотании, часто иррадирует в ухо. Выражена и общая реакция организма - интоксикация, головная боль, общая слабость, лихорадка, озноб, иногда боли в пояснице и суставах.
- ▶ У детей нередко развиваются более тяжелые симптомы - наряду с фебрильной температурой часто возникает рвота, могут быть явления менингизма, помрачение сознания.



ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА

- ▶ характеризуется развитием гнойно-воспалительного процесса в устьях лакун с дальнейшим их распространением на поверхности миндалин. Начало воспаления и клиническое течение практически такие же, как и при фолликулярной форме ангины, однако лакунарная ангина может протекать более тяжело. При ангине воспаление развивается, как правило, в обеих миндалинах, но интенсивность и особенности его могут быть разными; у одного и того же больного можно одновременно наблюдать признаки фолликулярной и лакунарной ангины.
- ▶ Продолжительность заболевания 6-8 дней; при осложнениях может затягиваться на более длительный срок



ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ проводится амбулаторно на дому с изоляцией больного и вызова врача на дом. В тяжелых случаях показана госпитализация в инфекционное отделение. Необходимо соблюдать строгий постельный режим в первые дни заболевания, а затем - домашний, с ограничением физических нагрузок. Больному выделяют отдельную посуду и предметы ухода; дети как более восприимчивые к ангине к больному не допускаются. Назначают нераздражающую, мягкую пищу, преимущественно растительно-молочную, витамины, обильное теплое питье.
- ▶ Основу этиотропной терапии при лечении ангин в течение многих лет составляют препараты пенициллиновой группы. Препаратом выбора является феноксиметилпенициллин по 1,0-1,5 млн ME 3 раза в сут за 1 ч до еды. Необходимо принимать антибиотики - не менее 10 сут.
- ▶ Целесообразно также назначение антигистаминных препаратов: супрастин, тавегил, фенкарол, кларитин.
- ▶ Местно назначают ингаляцию биопароксом
- ▶ Полоскание глотки теплыми отварами трав (шалфей, ромашка, календула и др.), растворами соды, фурацилина, согревающие компрессы на подчелюстную область.

ФЛЕГМОНОЗНАЯ АНГИНА (ИНТРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС)

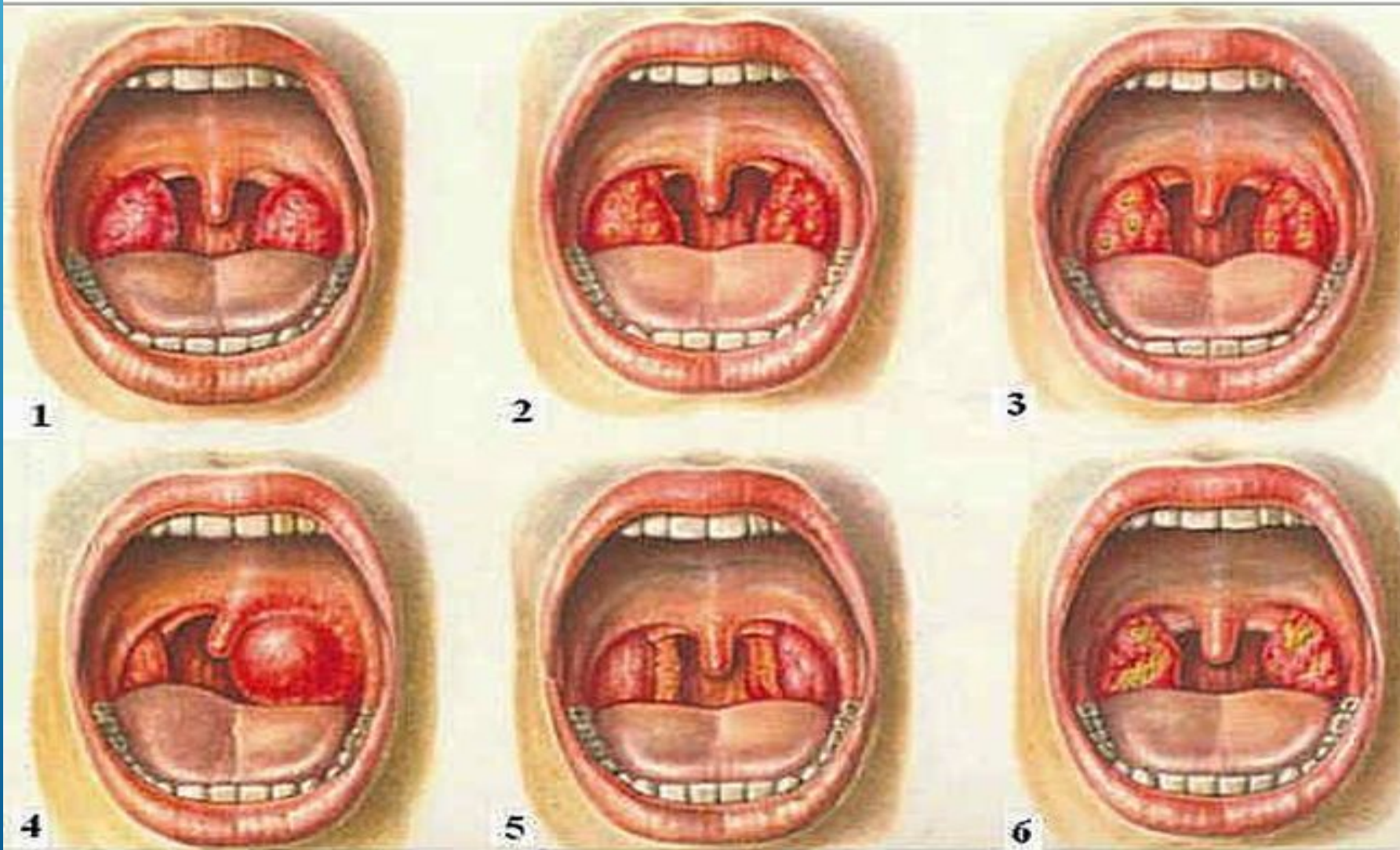
- ▶ Осложнение ангины. Абсцессы внутри миндалин встречаются сравнительно редко. Их возникновение связано с гнойным расплавлением участка миндалины, как правило, одностороннего характера. Наряду с банальными формами ангин, приводящих к абсцессу внутри миндалин, причинными факторами могут быть и травмы твердой пищей.
- ▶ При флегмонозной ангине миндалина гиперемированна, увеличена, ее поверхность напряжена, пальпация болезненна. Небольшие внутриминдаликовые абсцессы могут протекать бессимптомно или сопровождаться незначительными местными и общими явлениями, в отличие от паратонзиллярного абсцесса, который, как правило, протекает с бурной клинической симптоматикой. Созревший абсцесс может прорваться через лакуну в полость рта или в паратонзиллярную клетчатку.




- ▶ **Лечение** хирургическое - широкое вскрытие абсцесса. При рецидивировании показана односторонняя тонзиллэктомия в остром периоде - абсцесстонзиллэктомия. Одновременно назначается противовоспалительная антибактериальная терапия, антигистаминные средства, анальгетики.



1. Катаральная ангина. 2. Фолликулярная ангина. 3. Лакунарная ангина. 4. Флегмонозная ангина (паратонзиллярный абсцесс). 5. Ангина боковых валиков. 6. Ангина Симановского - Плаута - Венсана.



ОСТРЫЕ ВТОРИЧНЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ

- ▶ развиваются, как одно из проявлений какого-либо общего тяжелого, чаще всего инфекционного или гематологического заболевания. Из инфекционных заболеваний чаще других поражают лимфоидный аппарат скарлатина, дифтерия, брюшной тиф, туляремия.
- 

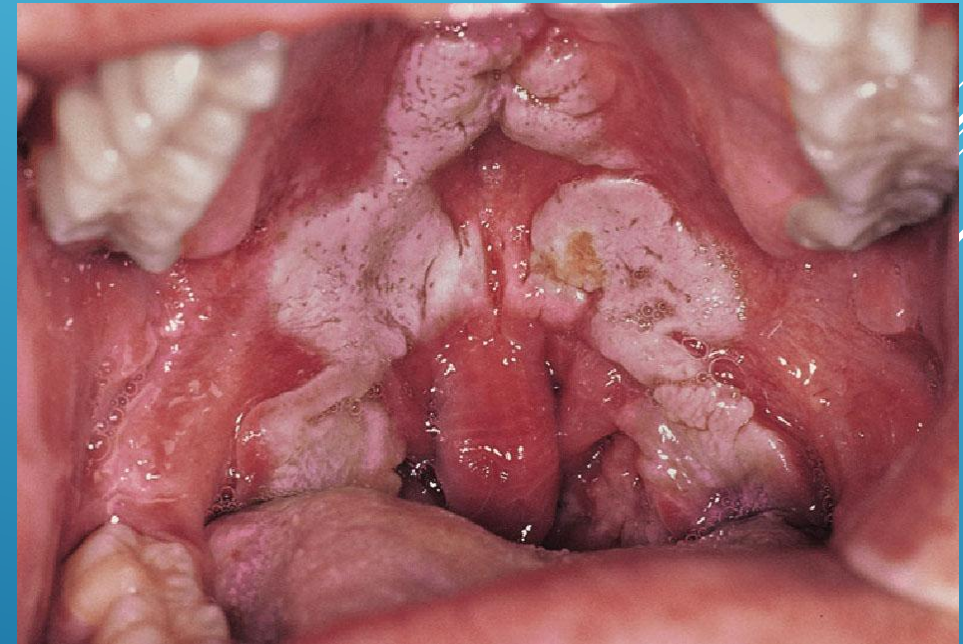
АНГИНА ПРИ СКАРЛАТИНЕ

- ▶ может протекать под различными клиническими масками. Чаще всего это ангина катаральная и лакунарная. При классическом течении скарлатины отмечается характерная краснота мягкого неба в окружности зева, не распространяющаяся за пределы мягкого неба, набухание шейных лимфатических желез и беловатый густой налет на языке с последующим его очищением, когда язык принимает яркую окраску (малиновый язык). Существуют тяжелые формы скарлатины, протекающие в виде:
 - ▶ ложноперепончатой ангины с образованием распространенного на слизистой оболочке миндалин, глотки, носоглотки и даже щек фибринозного экссудата в виде толстой плотно спаянной с подлежащей тканью сероватого цвета пленки, вместе с тем отмечается яркая гиперемия окружности зева; сыпь появляется уже в первый день заболевания; прогноз данной формы скарлатины неблагоприятный;
 - ▶ язвенно-некротическая ангина характерна появлением сероватых пятен на слизистой оболочке, быстро превращающихся в язвы; могут иметь место глубокое изъязвление с образованием стойких дефектов мягкого неба; боковые шейные лимфоузлы поражаются обширным воспалением;
 - ▶ гангренозная ангина наблюдается редко; процесс начинается с миндалин появлением грязно-серого налета с последующим глубоким разрушением тканей вплоть до сонных артерий;



АНГИНА ПРИ ДИФТЕРИИ

- ▶ может протекать в различных клинических формах. Также, как и при скарлатине, очень часто признаков поражения глотки недостаточно для дифференциальной диагностики. Это связано с тем, что при дифтерии налеты выходят за пределы дужек. Для ангины патогномичным является строгая граница распространения налетов в пределах миндалин.



- ▶ **Ангина при кори** протекает под маской катаральной в продромальном периоде и в период высыпания. Во втором случае диагноз кори не вызывает затруднений, в продромальном периоде необходимо следить за появлением коревой энантемы в виде красных пятен на слизистой оболочке твердого неба, а также пятен Филатова-Коплика на внутренней поверхности щек у отверстия стенового протока. Течение ангины при коревой краснухе сходно с корью, однако энантема в виде розовых пятен.
- ▶ **Ангина при гриппе** протекает так же, как катаральная, однако правильнее говорить об остром фарингите, поскольку разлитая гиперемия захватывает миндалины, дужки, язычок, заднюю стенку глотки.
- ▶ **Рожа** является тяжелым заболеванием, часто протекающим вместе с рожей лица. Начинается с высокой температуры и сопровождается сильными болями при глотании. Слизистая окрашена в ярко красный цвет с резкими очерченными границами покраснения, кажется лакированной из-за отека.

АНГИНА ПРИ ТУЛЯРЕМИИ

- ▶ начинается остро с озноба, общей слабости, покраснения лица, увеличения селезенки. Для дифференциальной диагностики важно выяснить контакт с грызунами (водяные крысы, домовые мыши и серые полевки) или кровососущими насекомыми (комары, слепни, клещи).
- ▶ Ангина при туляремии, однако, в большинстве случаев возникает при заражении алиментарным путем - при употреблении воды, пищи после загрязнения грызунами после инкубационного периода 6-8 дней у зараженного больного. Другим дифференциально-диагностическим признаком служит образование бубонов - пакетов лимфоузлов шеи, иногда достигающих размера куриного яйца.
- ▶ Лимфоузлы могут нагнаиваться. Картина глотки может напоминать катаральную или чаще пленчатую ангину, ошибочно диагностируемую как дифтерия.

ДИФТЕРИЯ ЗЕВА

- ▶ является наиболее частой формой заболевания. Она бывает локализованной, распространенной и токсической.
- ▶ Локализованная дифтерия зева характеризуется слабо выраженными симптомами интоксикации. По данным разных авторов, частота этого вида дифтерии в первой половине XX в. составляла 70—80%. Болезнь начинается общим недомоганием, слабостью, плохим аппетитом, повышением температуры тела до 38°C. По выраженности местного процесса локализованная дифтерия зева подразделяется на пленчатую, островковую и катаральную формы.



КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

- ▶ Токсическая дифтерия зева обычно достигает полного развития на 2—3-й сутки, причем явления могут прогрессировать еще в течение 1—2 сут, несмотря на введение больших доз противодифтерийной сыворотки, после этого признаки ее идут на убыль. Начинается бурно с высокой температуры тела (39...40°C), может наблюдаться повторная рвота. Пульс частый, нитевидный, дыхание учащенное, поверхностное, лицо бледное. Отмечаются общая слабость, вялость, апатия, реже возбуждение и бред. Тонзиллярные лимфатических узлов значительно увеличены, болезненны; вокруг них появляется отек подкожной клетчатки, который иногда распространяется на значительное расстояния (книзу до сосков, кзади — на верхнюю часть спины, вверх — на область щек). Отек мягкий, тестообразный, безболезненный, на шее образует 2—3 и более толстые складки. Кожа над отеком не изменена.

ЛЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ ЗЕВА

- ▶ проводят в инфекционном стационаре. Основным его методом является введение противодифтерийной антитоксической сыворотки. При токсических формах назначают детоксикационную терапию (внутривенное введение плазмы, гемодеза в сочетании с 10% раствором глюкозы, реополиглюкин), а также препараты, улучшающие сердечную деятельность, кокарбоксылазу, витамины группы В, кортикостероиды. При отеках гортаноглотки и гортани, угрожающих удушьем, целесообразно, не дожидаясь асфиксии, проведение превентивной интубации трахеи или трахеотомии.

ПОСЕВ НА БАЦИЛЛЫ ЛЕФФЛЕРА (ПОСЕВ НА VL, ПОСЕВ НА ДИФТЕРИЙНУЮ ПАЛОЧКУ)

Используемый биоматериал: мазок из зева и носа.

Для чего используется исследование?

- ▶ Для подтверждения диагноза «дифтерия».
- ▶ Для дифференциальной диагностики заболеваний, протекающих со сходными симптомами, таких как ангины различного происхождения, паратонзиллярный абсцесс, инфекционный мононуклеоз, острый ларинготрахеит, эпиглоттит, бронхиальная астма.
- ▶ Чтобы оценить эффективность проводимой антибактериальной терапии.

Когда назначается исследование?

- ▶ При подозрении на дифтерию.
- ▶ Когда известно, что пациент контактировал с больными дифтерией.
- ▶ После проведения антибактериальной терапии – не менее чем через 2 недели после окончания курса антибиотиков.
- ▶ В некоторых случаях перед госпитализацией в стационар (с профилактической целью).

Выявление возбудителя дифтерии подтверждает диагноз «дифтерия» или, если симптомы заболевания отсутствуют, свидетельствует о бактерионосительстве.

ОСТРЫЙ ФАРИНГИТ

- ▶ развивается в результате воздействия на слизистую оболочку глотки агрессивного фактора (инфекция, химические вещества и др.). Течение заболевания благоприятное.

Симптомы:

- ▶ сухость и першение в горле;
- ▶ болевое ощущение при глотании;
- ▶ реже – общее недомогание, повышение температуры тела;
- ▶ возможная иррадиация боли в уши.



ХРОНИЧЕСКИЙ ФАРИНГИТ


- ▶ может развиваться как следствие недолеченного острого фарингита или быть самостоятельным заболеванием, возникшим в результате длительного раздражения слизистой оболочки глотки. Течение хронического фарингита характеризуется фазами обострения и ремиссии. У взрослых чаще всего встречается хронический фарингит.

Симптомы:

- ▶ сухость, першение в горле;
- ▶ ощущение комка в горле, что вызывает желание откашляться;
- ▶ сухой кашель.



ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ФАРИНГИТОМ

- ▶ недолеченные простудные заболевания;
 - ▶ оставшийся кариес во рту;
 - ▶ курение;
 - ▶ частые стрессы;
 - ▶ ослабленный иммунитет;
 - ▶ употребление холодных (прямо из холодильника) и слишком горячих напитков;
 - ▶ бесконтрольный прием лекарств;
 - ▶ аллергия;
 - ▶ плохая экология и работа на вредном для здоровья производстве.
- 

ЛЕЧЕНИЕ ФАРИНГИТА

- ▶ При лечении фарингита необходима квалифицированная диагностика, включающая осмотр оториноларинголога, мазок из ротоглотки на флору с определением чувствительности к антибиотикам и бактериофагам, а также при необходимости - консультация гастроэнтеролога, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ брюшной полости.

Общие мероприятия:

- ▶ Санация верхних дыхательных путей и полости рта
- ▶ Средства, направленные на повышение иммунитета
- ▶ Уменьшить воздействие негативных факторов внешней среды на слизистую оболочку глотки

Местное лечение

- ▶ Антибиотикотерапия
- ▶ Орошение глотки лекарственными препаратами
- ▶ Ингаляции
- ▶ Полоскание горла антисептическими растворами

острый фарингит



хронический катаральный ф.



хронический гипертрофический ф.



хронический атрофический ф.



хронический боковой ф.



хронический гранулезный ф.



ОТЛИЧИЕ ОСТРОГО ФАРИНГИТА ОТ АНГИНЫ

Ангина и фарингит – это инфекционно-воспалительные заболевания глотки, часто связанные с простудными явлениями. Они имеют похожие начальные симптомы – болезненность в горле, внезапное начало, покраснение слизистой глотки, проявления интоксикации. Поэтому эти два заболевания часто путают.

Причина заболеваний

Ангина: вызывается преимущественно патогенными бактериями – стрептококками, стафилококками и их ассоциациями.

Фарингит: возбудитель чаще всего вирус (грипп, риновирус, аденовирус, герпес и т.д.), хотя стоит учитывать, что бывает и бактериальный фарингит. Также он может быть аллергического и травматического характера.

Ангина это воспаление небных миндалин.

Фарингит – это разлитое воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки, миндалины и небные дужки в процесс, как правило, не вовлекаются.

Так как возбудителем ангины чаще всего является стрептококк, это заболевание часто приводит к поражению почек, миокарда, суставов и может вызывать сепсис.

Фарингит характеризуется распространением воспаления на прилежащие органы, присоединяя гортань, трахею и респираторные пути.

