



**Новоуральский филиал
Государственного образовательного учреждения
среднего профессионального образования
«Свердловский областной медицинский колледж»
специальность 060501 Сестринское дело**

Сестринская помощь при заболеваниях ЛОР-органов

ЛЕКЦИЯ № 3

«Заболевания глотки, гортани и трахеи»



Острый фарингит

- *Pharyngitis acuta* - острое воспаление слизистой оболочки глотки
- Как самостоятельное заболевание встречается при непосредственном воздействии:
 - а) инфекционного возбудителя,
 - б) различных раздражителей (длительное ротовое дыхание, курение, алкоголь, громкий разговор на холоде, алиментарное раздражение и др.),
 - в) возникает и как сопутствующее заболевание при воспалении верхних дыхательных путей, инфекционных заболеваниях, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и др.



Этиология острого фарингита

- *вирусная* (аденовирус, энтеровирусы, вирусы гриппа и др.)
- встречается в 70% случаев;
 - *бактериальная инфекция:*
(*Haemophilus influenzae*; *Moraxella catarrhalis*; *Corynebacterium diphtheriae*; стрептококки группы А, С, G; диплококки; гонококки; *Mycoplasma pneumoniae*; *Chlamydia pneumoniae* и др.) - встречается в 30% случаев
- Предрасполагающими факторами являются:**
- общее и местное переохлаждение организма;
 - патология полости носа, околоносовых пазух и носоглотки;
 - общие инфекционные заболевания;
 - дисбактериоз;
 - курение и злоупотребление алкоголем;
 - заболевания желудочно-кишечного тракта

Клиника острого фарингита

Жалобы на:

- ощущение жжения, сухости, саднения,
- на першение,
- дискомфорт в горле,
- осиплость,
- заложенность в ушах,
- «ощущение инородного тела в глотке»,
- болевая симптоматика усиливается при глотании,
- иррадиация боли в ухо,
- температура тела, как правило, не повышена или субфебрильная,



- выраженные формы воспаления могут сопровождаться: повышением температуры тела, увеличением регионарных лимфоузлов, головной болью



Лечение острого фарингита

местное:

- полоскания антисептическими препаратами (настоем шалфея, ромашки, хлорофиллиптом и др.);
- пульверизация глотки различными аэрозолями, в состав которых входят препараты, обладающие антибактериальными и противовоспалительным действием (биопарокс, стопангин, гексаспрей и др.);

общее:

- антигистаминные препараты; парацетамол;
- теплые щелочные ингаляции;
- средства, повышающие резистентность организма (ИРС-19, имудон, тонзиллгон);
- исключить раздражающую (горячую, холодную, кислую, острую, соленую и др.) пищу, воздействие никотина, алкоголя,
- соблюдать щадящий голосовой режим,
- при повышении температуры тела показаны антибактериальные средства как с целью профилактики гнойных осложнений, нисходящей инфекции, так и для снижения риска ревматических осложнений (препаратом выбора в таких случаях является пенициллин (феноксиметилпенициллин) как наиболее чувствительный препарат к стрептококкам группы А)



Ангина

- от латинского слова «*ango*» - сжимать, душить, однако оно не является точным, т.к. удушье наблюдается крайне редко
- *общее острое инфекционно-аллергическое заболевание, проявляющееся острым местным воспалением нёбных миндалин*
- **выделяют ангину:**
 - язычную,
 - гортанную,
 - ретроназальную
- ангина - распространенное заболевание и занимает одно из первых мест, уступая только гриппу и острым респираторным вирусным инфекциям;
- среди взрослых заболевание встречается в 4-5% случаев, а среди детей - более 6%;
- характерны сезонные подъёмы заболевания - как правило, в весенний и осенний периоды



Этиология и патогенез ангины

- основная роль принадлежит β -гемолитическому стрептококку группы А (50 - 80%),
- бактериологические исследования последних лет показывают превалирование сочетанной флоры - β - гемолитический стрептококк в ассоциации с гемолизирующим стафилококком, грибами и др.;
- золотистый стафилококк, пневмококки, аденовирусы, спирохеты полости рта и веретенообразная палочка, грибы, а также их ассоциации микроорганизмов
- **Общие патоморфологические изменения**, возникающие при ангине, характеризуются:
 1. резко выраженным расширением мелких кровеносных и лимфатических сосудов в паренхиме миндаины,
 2. тромбозом мелких вен и
 3. стазом в лимфатических капиллярах



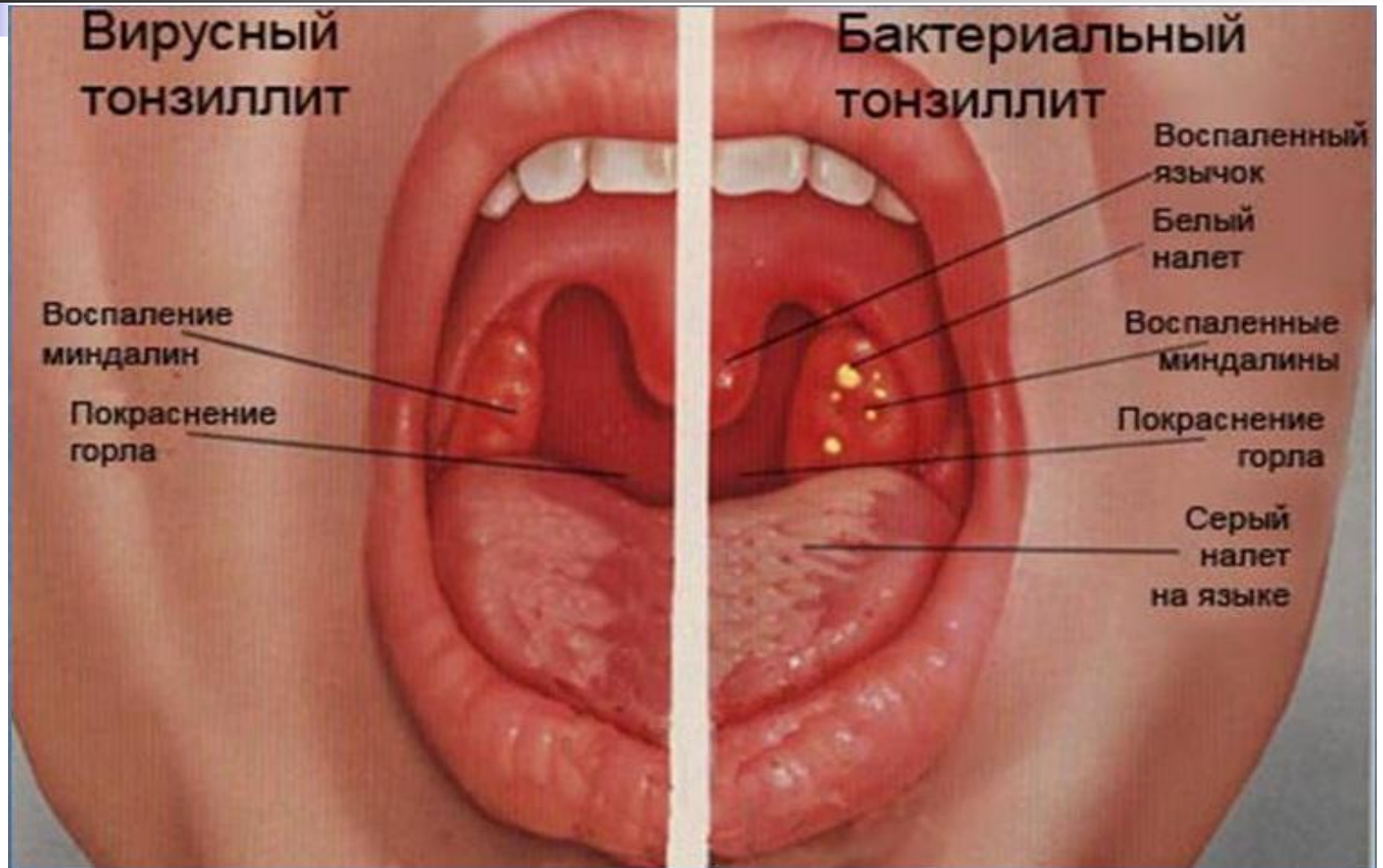
Основные формы ангин (по Б.С. Преображенскому)

- 1) *эпизодическая* - возникающая как аутоинфекция при ухудшении условий внешней среды, чаще всего в результате местного и общего охлаждения;
- 2) *эпидемическая* - в результате заражения от больного человека;
- 3) *обострение хронического тонзиллита*

Инфицирование организма может происходить:

- *экзогенным* путём - воздушно-капельным или алиментарным,
- *эндогенным* путём - ослабление естественных защитных механизмов организма, повышение патогенности сапрофитирующей или условно-патогенной микрофлоры, носителем которой является человек. Чаще всего аутоинфицирование происходит при хроническом тонзиллите

Отличительные особенности вирусных и бактериальных тонзиллитов

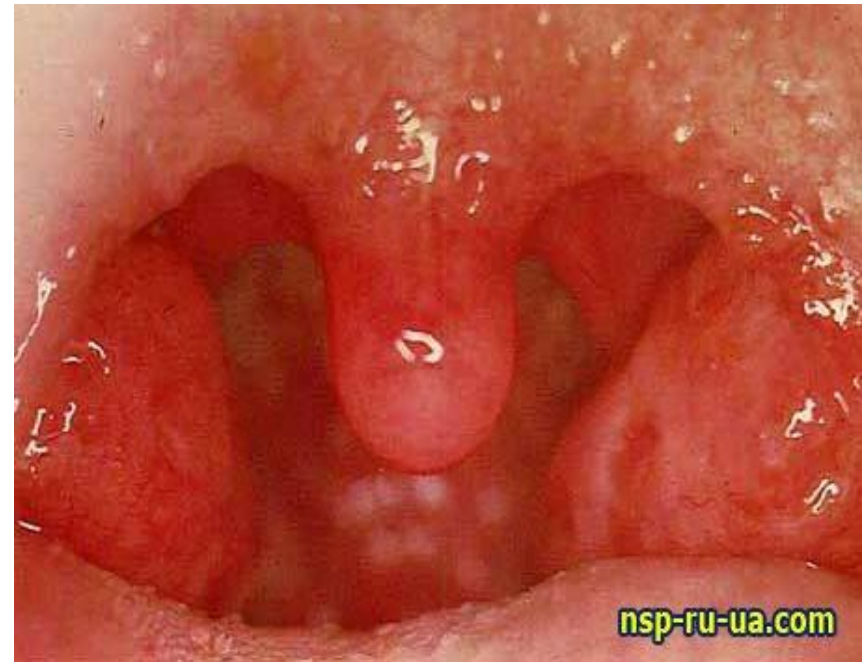


Классификация ангин

Форма	Вид	Признаки
Банальные (вульгарные) ангины	Катаральная Фолликулярная Лакунарная	Характерно двустороннее поражение миндалин Имеются признаки общей интоксикации организма
	Смешанная	Длительность в течение 7 дней. Бактериальной или вирусной этиологии
	Симановского-Венсана	Одностороннее поражение
Отдельные формы ангин (атипичные)	Герпетическая	Двустороннее поражение
	Флегмонозная	Чаще одностороннее
	Грибковая	Одно- и двустороннее
	Смешанные формы	Двустороннее
При инфекцион- ных заболеваниях	Дифтеритическая Скарлатинозная Коревая	Двустороннее поражение
	Сифилитическая При ВИЧ-инфекции	Одно- и двустороннее поражение
При заболеваниях крови	Агранулоцитарная	Двустороннее поражение
	Моноцитарная Ангина при лейкозах	Иногда одностороннее увеличение лимфатических узлов

Катаральная форма ангины

- миндалины гиперемированы,
- слизистая оболочка набухшая, пропитана серозным секретом,
- эпителиальный покров миндалин на зевной поверхности и в криптах густо инфильтрирован лимфоцитами и лейкоцитами, в некоторых местах эпителий разрыхлен и десквамирован,
- гнойных налетов нет



Фолликулярная форма ангины

Характеризуется:

- более глубокими изменениями в паренхиме миндалины,
- возникают лейкоцитарные инфильтраты в фолликулах, в некоторых из них появляется некроз,
- фолликулы просвечивают через эпителий миндалин в виде жёлтых просяных точек, которые хорошо определяются при фарингоскопии



Лакунарная форма ангины

Характерно:

- скопление в лакунах вначале серозно-слизистого, а затем гнойного отделяемого,
- последнее состоит из лейкоцитов, лимфоцитов, слущенного эпителия и фибрина,
- налёты из устьев лакун склонны распространяться и соединяться с соседними, образуя более широкие сливные налёты



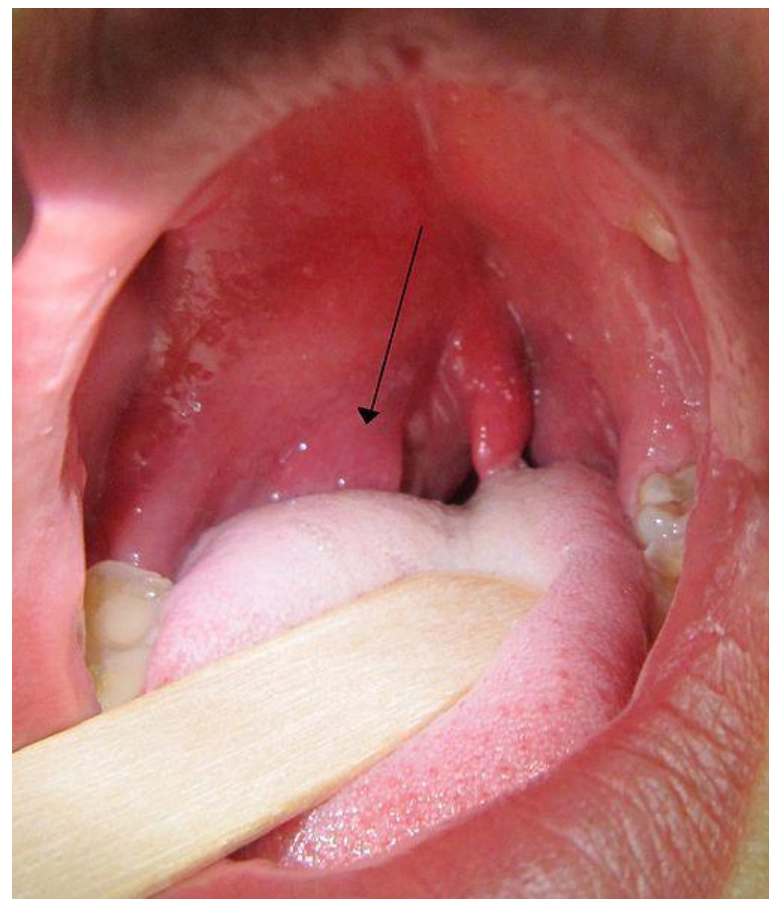
Герпетическая ангина

- серозный экссудат образует подэпителиальные небольшие пузырьки, лопаясь, оставляют дефекты эпителиальной выстилки,
- одновременно такие же пузырьки могут появляться на слизистой оболочке нёбноязычной и нёбноглоточной дужек, мягкого нёба



Флегмонозная ангина (интратонзиллярный абсцесс)

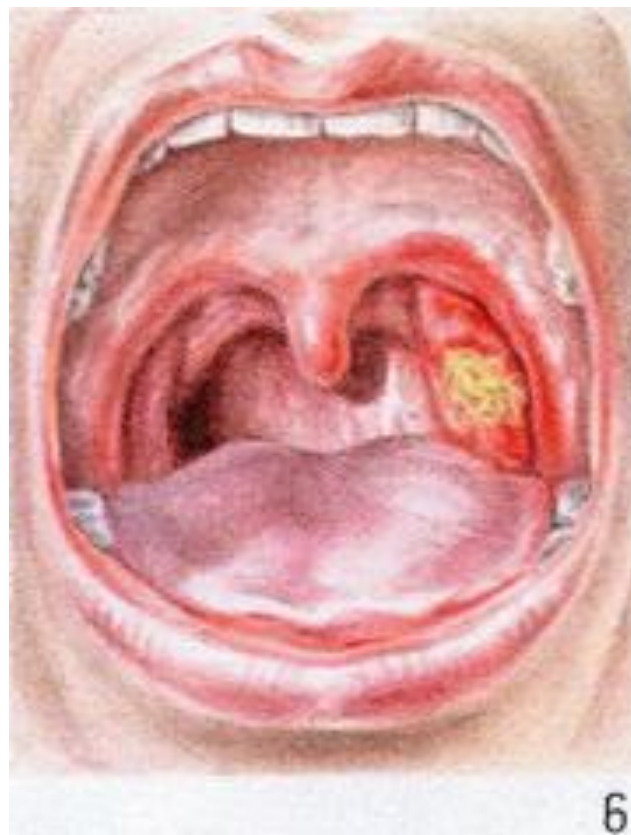
- нарушается дренаж лакун,
- паренхима миндалины вначале отечная, затем инфильтрируется лейкоцитами,
- некротические процессы в фолликулах, сливаясь, образуют гнойник внутри миндалины, давая соответствующую клиническую картину
- Такой абсцесс может локализоваться близко к поверхности миндалины и опорожниться в полость рта



Язвенно- некротическая ангина (Симановского – Плаута Венсана)

Характеризуются:

- распространением некроза на эпителий и паренхиму миндалины,
- на миндалинах, а нередко и на нёбных дужках и стенках глотки возникают язвенные дефекты с грязно-серым налётом



Грибковая ангина

- налёт бело-серого цвета на слегка гиперемированной слизистой оболочке миндалин,
- чаще всего налёты бывают множественными и небольших размеров, довольно рыхлые (творожистые),
- легко снимаются шпателем,
- при этом открывается гладкая, гиперемированная слизистая оболочка, либо эрозированная и несколько кровоточащая слизистая оболочка



- Реже наблюдаются кандидозные язвенные поражения слизистой миндалин и дужек, которые сопровождаются очень сильной болью в горле при глотании и значительным ухудшением состояния больного



ОСЛОЖНЕНИЯ АНГИН

Общие осложнения:

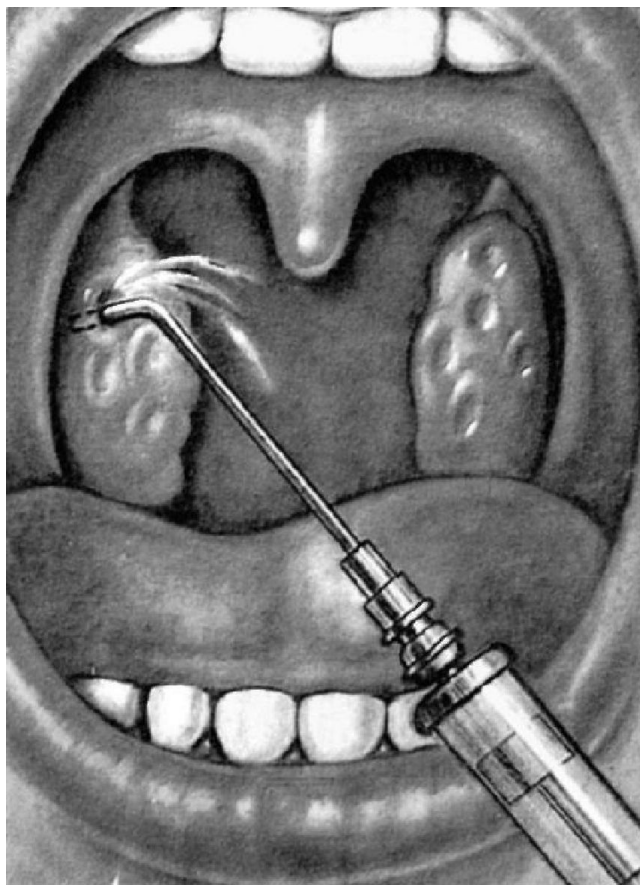
- ревматизм и поражения сердца (тонзиллокардиальный синдром),
- со стороны почек (тонзиллоренальный синдром),
- суставов,
- возможно поражение кроветворных органов, желудочно-кишечного тракта,
- развитие сепсиса

Местные осложнения:

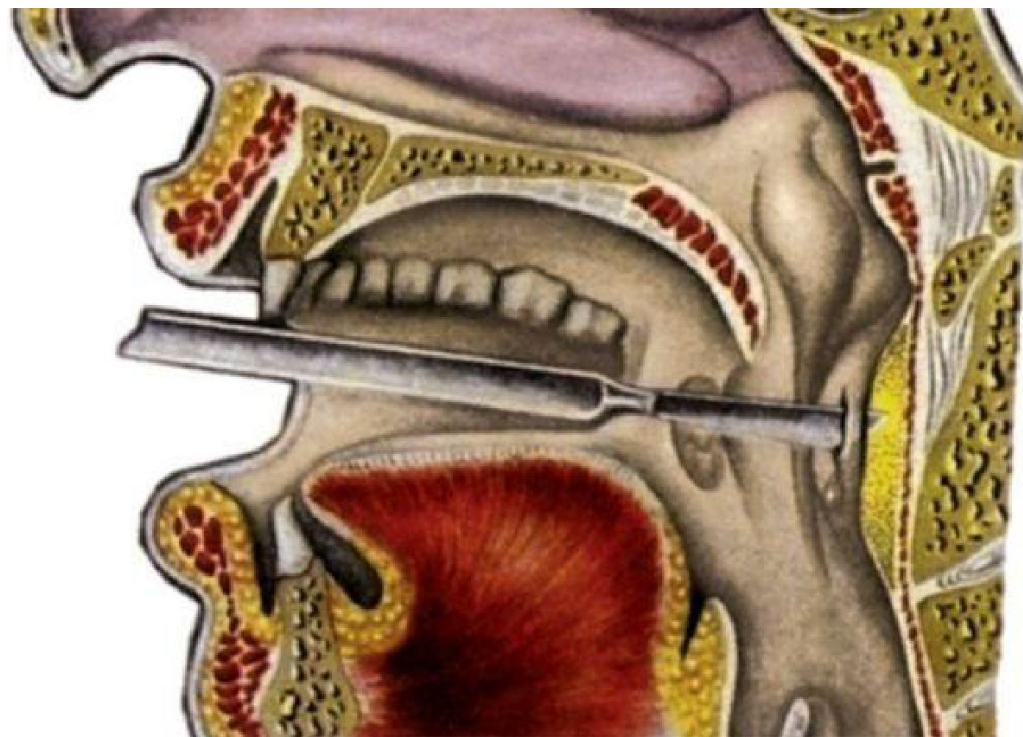
- паратонзиллит,
- развитие:
 - заглоточного (ретрофарингеального абсцесса),
 - окологлоточного (парафарингеального) абсцесса,
 - острого шейного лимфаденита,
 - острого среднего отита (особенно при ангине глоточной и тубарной миндалин),
- отёка и стеноза гортани (чаще при паратонзиллите)

Лечение ангин

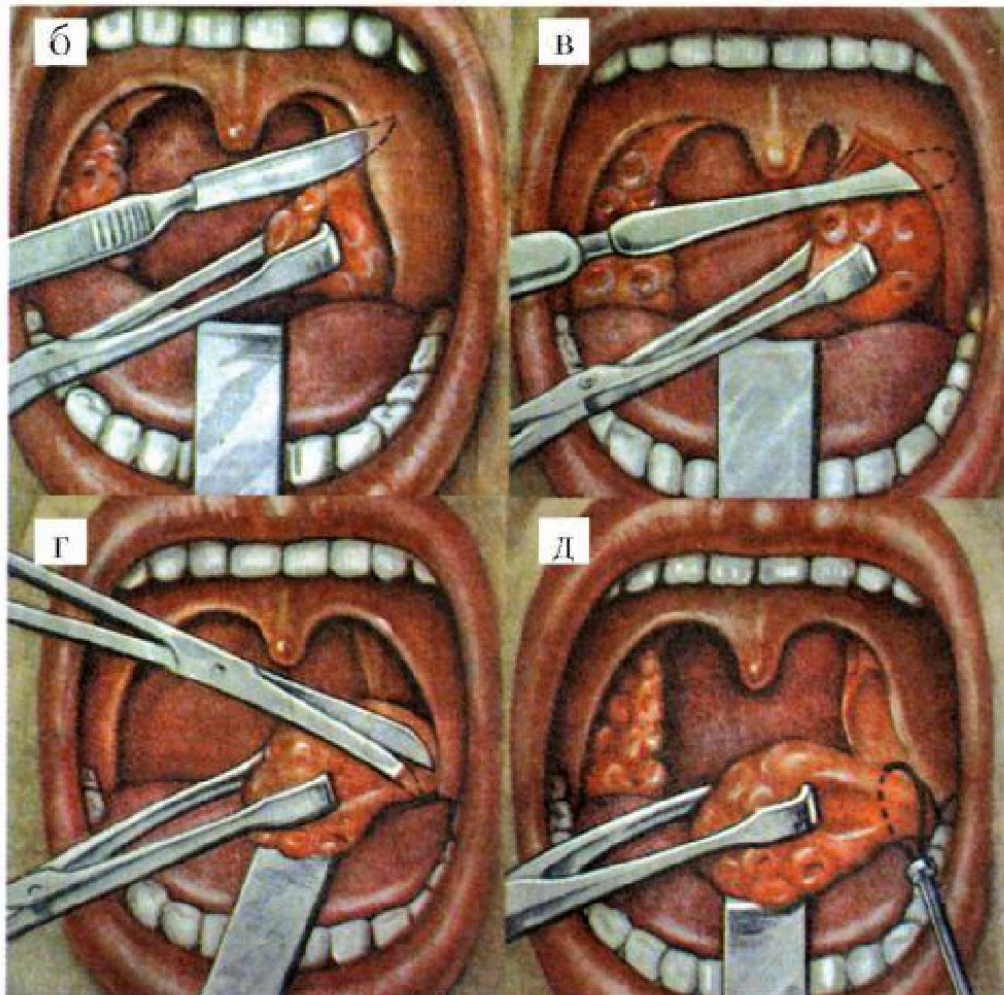
Промывание лакун миндалин



Вскрытие заглоточного



Тонзиллэктомия



а - места введения
анестетика;
б, в, г, д - этапы
оперативного
вмешательства



ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ГЛОТКИ

Причинами их попадания в глотку могут быть:

- невнимательность и поспешность при приёме пищи,
- разговор или смех во время еды,
- кашель, чихание во время еды,
- дети, оставленные без присмотра, берут в рот и пытаются проглотить различные предметы,
- у пожилых людей инородными телами могут быть зубные протезы,
- в условиях жаркого климата инородными телами становятся попадающие вместе с выпиваемой жидкостью пиявки или другие мелкие насекомые,
- Инородные тела могут быть различной природы и формы: рыбы и куриные кости, мелкие металлические предметы, кусочки фруктов, стекло и др.
- В зависимости от формы и величины инородные тела могут застревать в ткани небных миндалин, боковых валиках глотки, язычной миндалине, валекулах, грушевидном синусе и т.д.

Верхняя, средняя
и нижняя носовые
раковины

Инородное
тело

Мягкое небо

Язык

Надгортанник

Пищевод

Голосовые складки

Трахея

Перстневидный хрящ

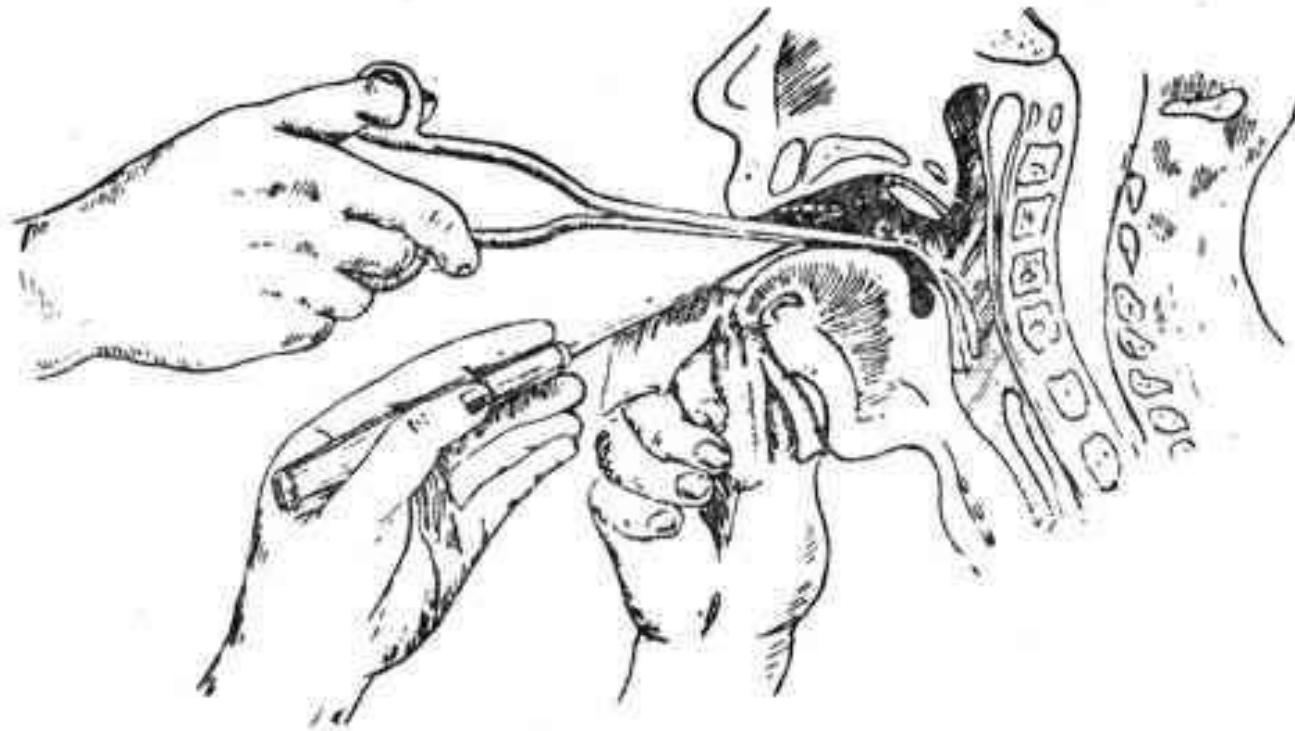




Клиническая картина

- ощущение комка в горле,
- наличия болей в горле, усиливающихся при глотании,
- при крупных инородных телах, застревающих в ротоглотке, возможна обтурация дыхательных путей с последующей асфиксией и летальным исходом,
- *особые трудности* возникают при подозрении на попадание инородного тела в нижний отдел глотки, например в грушевидный карман или вблизи перехода глотки в пищевод. Одним из признаков инородного тела, скрытого в грушевидном синусе, служит задержка в нём слюны (слюное озерце). В таких случаях, кроме обычной ларингоскопии, используются прямые методы с применением жестких эзофагоскопов,
- в некоторых случаях инородное тело глотки может вызвать флегмону или абсцесс боковой стенки глотки, а также подкожную эмфизему и медиастинит, что требует соответствующего хирургического вмешательства

Удаление инородного тела



- предварительная аппликационная анестезия слизистой оболочки 10% р-ром лидокаина,
- инородное тело захватить гортанными или носоглоточными щипцам, иногда пинцетом,
- раневая поверхность смазывается анестетиками,
- назначается полоскание р-рами антисептиков,
- местная противовоспалительная терапия



ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ



Острый катаральный ларингит

- *Laryngitis* - острое катаральное воспаление слизистой оболочки гортани
- как самостоятельное заболевание возникает в результате активизации флоры, сапрофитирующей в гортани под влиянием *факторов* :
 - а) **ЭКЗОГЕННЫХ** - переохлаждение, раздражение слизистой оболочки, воздействие профессиональных вредностей (пыль, газы и др.), длительный громкий разговор на холоде, употребление очень холодной или очень горячей пищи;
 - б) **ЭНДОГЕННЫХ** - пониженная иммунная реактивность, болезни желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции, возрастная атрофия слизистой;
 - в) в период полового созревания, когда происходит мутация голоса

Этиологические факторы:

- а) бактериальная флора - В-гемолитический стрептококк, *streptococcus pneumoniae*,
- б) вирусные инфекции; вирусы гриппа (А и В), парагриппа, коронавирус, риновирус, грибковая флора,
- в) смешанная флора

Клиническая картина острого катарального ларингита

Характеризуется:

- появлением охриплости, першения, чувства дискомфорта и инородного тела в горле,
- температура чаще нормальная, реже повышается до субфебрильной,
- нарушения голосообразовательной функции выражаются в виде различной степени дисфонии,
- иногда больного беспокоит сухой кашель, который в дальнейшем сопровождается отхаркиванием мокроты



Лечение острого катарального ларингита

- при своевременном и адекватном лечении заболевание заканчивается в течение 10-14 дней; длительность более 3 недель чаще всего свидетельствует о переходе в хроническую форму
- соблюдение голосового режима (режима молчания) до стихания острых воспалительных явлений,
- не рекомендуется прием острой, соленой пищи, спиртных напитков, курение,
- *местная лекарственная терапия:*
 - ингаляции и орошение слизистой гортани комбинированными препаратами, содержащими противовоспалительные компоненты (биопарокс, ИРС-19 и др.), вливание в гортань лекарственных смесей из кортикостероидных, антигистаминных препаратов и антибиотиков в течение 7-10 дней, смесей, состоящих из 1% масляного р-ра ментола, эмульсии гидрокортизона с добавлением нескольких капель 0,1% р-ра адреналина гидрохлорида,
 - в комнате, где находится больной, желательно поддерживать повышенную влажность воздуха,
 - при стрептококковых и пневмококковых инфекциях, сопровождающихся повышением температуры тела, интоксикацией организма, назначают *общую* антибиотикотерапию: препараты пенициллинового ряда (феноксиметилпенициллин по 1 млн 4-6 раз в сут, амоксициллин 500 мг 2 раза в сут) или макролиды (например, сумамед по 500 мг 1 раз в сут).
- **Прогноз** благоприятный при соответствующем лечении и соблюдении голосового режима.



Отёк гортани

- *oedema laryngis* - быстро развивающийся вазомоторно-аллергический отёчный процесс в слизистой оболочке гортани, суживающий её просвет;
- как правило, является вторичным проявлением какого-либо заболевания гортани, а не самостоятельной нозологической формой

Этиология.

- воспалительные процессы гортани (подскладочный ларингит, острый ларинготрахеобронхит, хондроперихондрит и др.);
- острые инфекционные заболевания (дифтерия, корь, скарлатина, грипп и т.д.);
- опухоли гортани (доброкачественные, злокачественные);
- травмы гортани (механическая, химическая);
- аллергические заболевания;
- патологические процессы соседних с гортанью и трахеей органов (опухоли средостения, пищевода, щитовидной железы, заглоточный абсцесс, флегмона шеи и др.).



Клиника отёка гортани

- Сужение просвета гортани и трахеи может развиваться:
 - а) молниеносно (инородное тело, спазм),
 - б) остро (инфекционные заболевания, аллергические процессы и др.),
 - в) хронически (на фоне опухоли)
- Клиническая картина зависит от степени сужения просвета гортани и быстроты его развития: чем быстрее стеноз развивается, тем он опаснее.

При воспалительной этиологии отёка беспокоят:

- боли в горле, усиливающиеся при глотании,
- ощущение инородного тела,
- изменение голоса,
- распространение отёка на слизистую оболочку черпаловидных хрящей, черпалонадгортанных складок и подскладкового пространства способствует появлению острого стеноза гортани, что вызывает тяжелую картину удушья, угрожающего жизни больного

Клиника отёка гортани

Ларингоскопически определяется :

- отёчность слизистой оболочки пораженного отдела гортани в виде водянистой или студенистой припухлости,
- надгортанник при этом резко утолщен; могут быть элементы гиперемии,
- процесс распространяется на область черпаловидных хрящей,
- голосовая щель при отёке слизистой оболочки резко суживается,
- в подголосовом пространстве отёк выглядит как двустороннее подушкообразное выпячивание,
- *при воспалительной этиологии отёка* наблюдаются различной степени выраженности реактивные явления, гиперемия и инъецированность сосудов слизистой,
- *при невоспалительной* гиперемия обычно отсутствует





Лечение отёка гортани

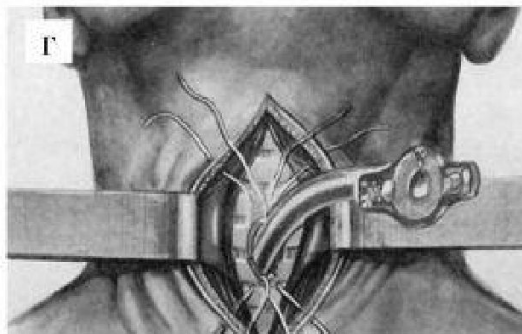
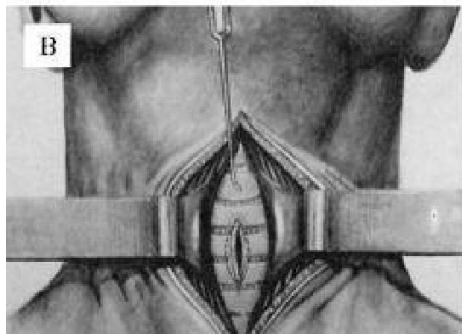
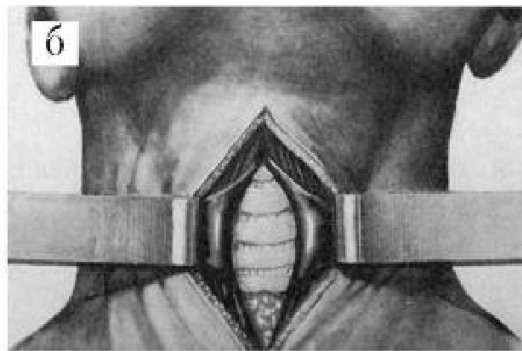
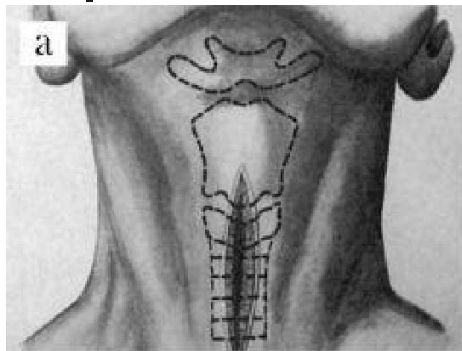
- проводится в условиях стационара и направлено в первую очередь на восстановление внешнего дыхания,
- в зависимости от выраженности клинических проявлений используются методы лечения:

а) *консервативные:*

показаны при компенсированной и субкомпенсированной стадии сужения дыхательных путей и включают назначения:

- 1) антибиотиков широкого спектра действия парентерально (цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, макролиды и др.);
 - 2) антигистаминных препаратов (р-р 0,25% пипольфена в/м, тавегила);
 - 3) кортикостероидной терапии (р-р гидрокортизона, преднизолона 3% - до 120 мг в/м); рекомендуется введение глюконата кальция 10% - 10 мл в/м, глюкозы 40% - 20 мл одновременно с 5 мл аскорбиновой кислоты в/в;
 - 4) дегидратационных средств [фуросемид (лазикс) 20-40 мг в/м или в/в; буметанид 1-2 мг в/в; гипотиазид, таб; верошпирон, таб; и др).
- Из *общих мероприятий* рекомендуется ограничение приёма жидкости, щадящий голосовой режим, ограничение физической нагрузки.

Трахеостомия



б) *хирургические:*

отсутствие эффекта от консервативного лечения, появление декомпенсированного стеноза требуют немедленной трахеостомии,

при асфиксии производится экстренная *КОНИКОТОМИЯ*,

а затем, после восстановления внешнего дыхания, производят *трахеостомию*

- а - срединный разрез кожи и разведение краев раны;
- б - обнажение колец трахеи;
- в - рассечение колец трахеи;
- г - формирование трахеостомы



Острый трахеит

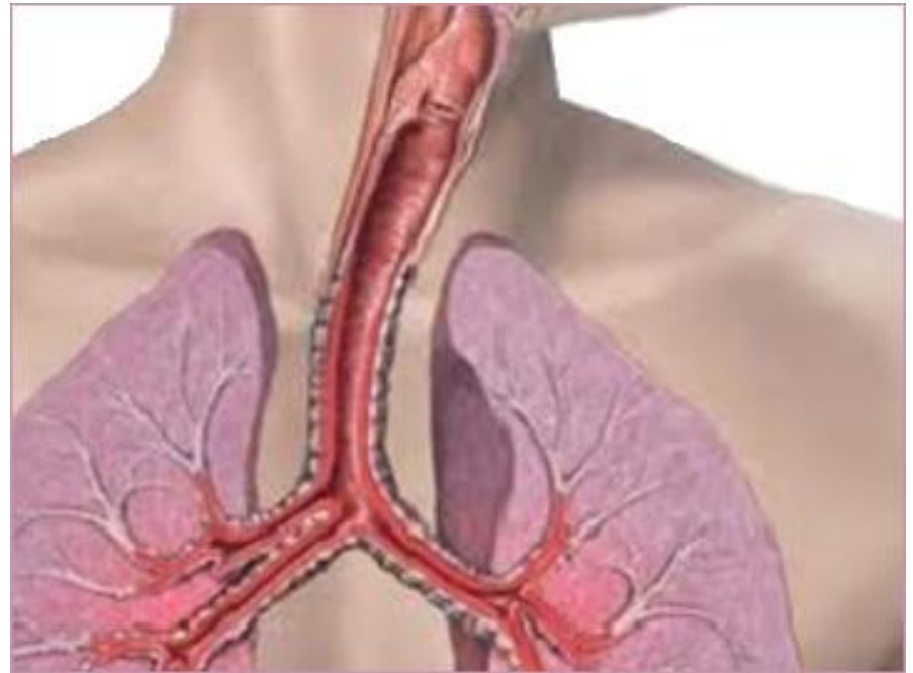
- *tracheitis acuta* - острое воспаление слизистой оболочки нижних дыхательных путей (трахеи и бронхов),
- редко встречается изолировано; в большинстве случаев острый трахеит сочетается с воспалительными изменениями верхних дыхательных путей - носа, глотки и гортани

Этиология

- инфекции, возбудители которых сапрофитируют в дыхательных путях и активизируются под влиянием различных экзогенных факторов;
- вирусные инфекции,
- воздействие неблагоприятных климатических условий, переохлаждение организма, профессиональные вредности и др.
- бактериальная флора: *Staphylococcus aureus*, *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* и др.

Клиника острого трахеита

- типичным клиническим признаком при трахеите является приступообразный кашель, особенно по ночам,
- в начале болезни кашель сухой,
- затем присоединяется мокрота слизисто-гнойного характера, иногда с прожилками крови,
- после приступа кашля отмечают различную выраженности боли за грудиной и в области гортани,
- голос иногда теряет звучность становится хриплым,



- в некоторых случаях наблюдается субфебрильная температура, слабость, недомогание



Лечение острого трахеита

- больному необходимо обеспечить теплый влажный воздух в помещении,
- отхаркивающие (корень солодки, мукалтин, глицирам и др.) и противокашлевые (либексин, тусупрекс, синупрет, бронхолитин и др.) средства,
- муколитические препараты (ацетилцистеин, флуимуцил, бромгексин),
- антигистаминные средства (супрастин, пипольфен, кларитин и др.),
- парацетомол,
- хороший эффект оказывает применение горчичников на грудную клетку, ножные ванны,
- при повышении температуры тела с целью профилактики нисходящей инфекции рекомендуется антибактериальная терапия (амоксциллин, аугментин, амоксиклав, цефазолин и др.),
- *Прогноз* при рациональной и своевременной терапии благоприятный и заканчивается выздоровлением в течение 2-3 нед. В то же время заболевание может принять затяжное течение или перейти в хроническую форму; иногда осложняется нисходящей инфекцией: бронхопневмонией, пневмонией.