

ФАРИНГИТЫ

Выполнила: студентка 426 группы лечебное дело

Гончаревич Ю.А.

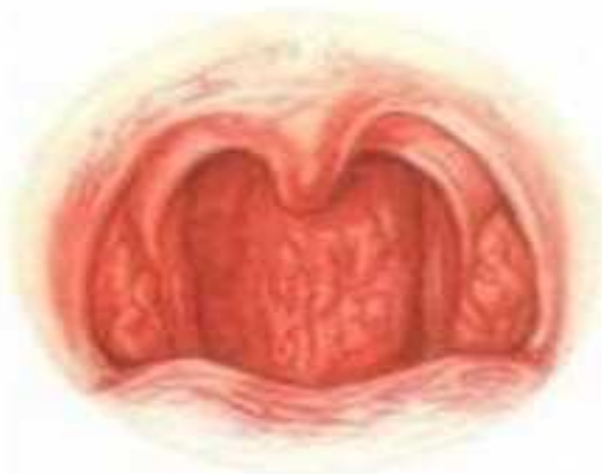
ФАРИНГИТ

- **Фарингитом называют острое или хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, которое сопровождается болями, першением или дискомфортом в горле.** Поскольку с анатомической точки зрения глотка делится на три отдела – верхний (носоглотка), средний (ротоглотка) и нижний (гортаноглотка), воспалительные процессы, развивающиеся здесь, можно также подразделить в соответствии с их преимущественной локализацией. Однако деление это будет весьма условным, особенно при остром фарингите, из-за того, что острые вирусные и бактериальные инфекции диффузно поражают слизистую оболочку верхних дыхательных путей и носят мигрирующий, чаще нисходящий характер. Морфологические изменения слизистой оболочки при хроническом фарингите обычно имеют преимущественную локализацию в одном из анатомических отделов глотки, что позволяет с долей условности выделять отдельные нозологии, например, хронический назофарингит.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Острый**
 - Вирусный
 - Бактериальный
 - Грибковый
 - Аллергический
 - Травматический
 - Вызванный воздействием раздражающих факторов
- **Хронический**
 - Простой (катаральный)
 - Гипертрофический (гранулезный)
 - Атрофический
 - Смешанная форма

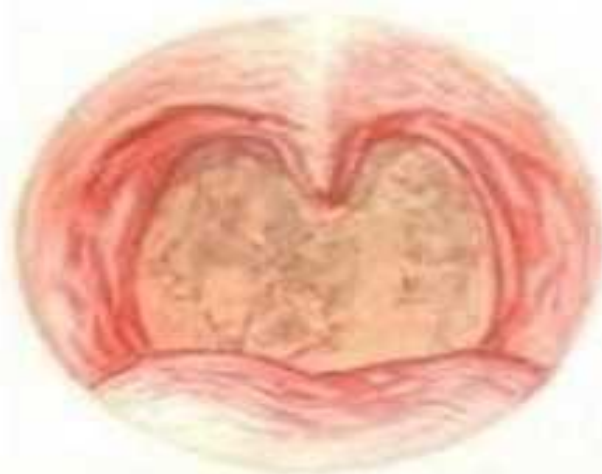
острый фарингит



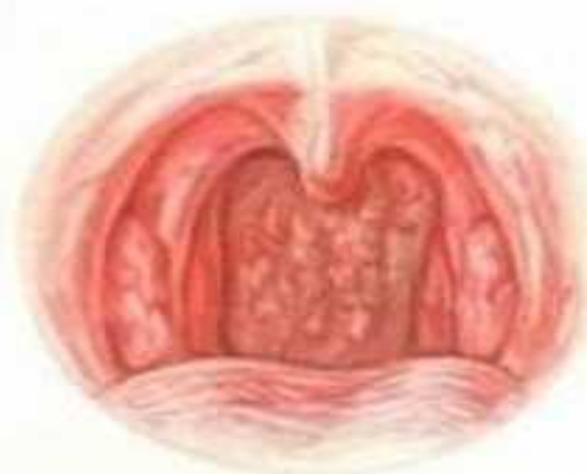
*хронический
катаральный
фарингит*



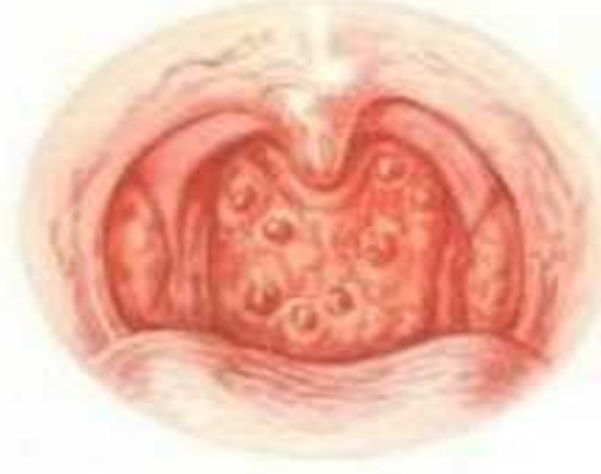
*хронический
гипертрофический
фарингит*



*хронический
атрофический
фарингит*



*хронический
боковой
фарингит*



*хронический
гранулезный
фарингит*

ОСТРЫЙ ФАРИНГИТ

- Самой распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является катаральный фарингит при ОРВИ. Известно, что примерно 70% фарингитов вызываются вирусами, среди которых отмечают риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа. Наиболее типичным возбудителем острого фарингита являются риновирусы. Исследования последних лет показывают, что их значение стремительно растет, и теперь риновирусы ответственны более чем за 80% случаев ОРВИ в период осенних эпидемий. Вирусное инфицирование часто является лишь первой фазой заболевания, и оно «прокладывает путь» для последующей бактериальной инфекции.

ВИРУСЫ – ВОЗБУДИТЕЛИ ОСТРОГО ФАРИНГИТА

- **Основные:**

- Риновирусы
- Коронавирусы
- Аденовирусы
- Вирус гриппа
- Вирус парагриппа

- **Редкие:**

- Респираторный синцитиальный вирус
- Вирусы простого герпеса (типы 1 и 2)
- Энтеровирусы
- Вирус Коксаки
- Вирус Эпштейна–Барра
- Цитомегаловирус
- Вирус иммунодефицита человека

КЛИНИКА ОСТРОГО ФАРИНГИТА

- **Для клинической картины острого фарингита характерны першение, сухость, дискомфорт и боли в горле при глотании (особенно при пустом глотке), реже – общее недомогание, подъем температуры. При воспалении тубофарингеальных валиков боль обычно иррадирует в уши. При пальпации может отмечаться болезненность и увеличение верхних шейных лимфоузлов. При фарингоскопии видны гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные для ангины признаки воспаления небных миндалин. Следует помнить, что острый фарингит может быть первым проявлением некоторых инфекционных болезней: кори, скарлатины, коревой краснухи. В ряде случаев требуется проведение дифференциальной диагностики с болезнью Кавасаки и синдромом Стивенса–Джонсона.**

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

- Не характерны повышение температуры и существенное ухудшение общего состояния. Ощущения характеризуются больными как сухость, першение и ощущение комка в горле, что вызывает желание откашляться или «прочистить горло». Кашель обычно упорный, сухой и легко отличимый от кашля, сопровождающего течение трахеобронхита. Дискомфорт в горле часто связан с вынужденной необходимостью постоянно проглатывать находящуюся на задней стенке глотки слизь, что делает больных раздражительными, мешает их обычным занятиям и нарушает сон.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

- конституциональные особенности строения слизистой оболочки глотки и всего желудочно–кишечного тракта;
- длительное воздействие экзогенных факторов (пыль, горячий сухой или задымленный воздух, химические вещества);
- затрудненное носовое дыхание (дыхание через рот, злоупотребление деконгестантами);
- курение и злоупотребление алкоголем;
- аллергия;
- эндокринные расстройства (менопауза, гипотиреозидизм и др.);
- авитаминоз А;
- сахарный диабет, сердечная, легочная и почечная недостаточность.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- **Основные:** 1. Сбор жалоб и анамнеза.
- 2. Физикальный осмотр.
- 3. Эпи-, мезо-, гипофарингоскопия.
- **Дополнительные:** 1. Эндоскопия носоглотки и гипофаринкса.
- 2. ФГДС по показаниям.
- 3. Бакпосев поверхности слизистой глотки.
- 4. Цитологическое исследование по показаниям.

- **Жалобы и анамнез:** — неприятные ощущения в носоглотке, жжение, сухость;
- — нередко скопление вязкой слизи;
- — першение и иногда слабо выраженные боли в горле;
- — заложенность и боль в ушах;
- — головная боль в затылочной области;
- — повышение температуры тела у детей (у взрослых острый фарингит (назофарингит) протекает без повышения температуры тела);
- — гнусавость, особенно у детей.
- **Физикальный осмотр:** — может иметь место увеличение региональных лимфатических узлов, ду умеренно болезненные при пальпации.
- **Лабораторные исследования** Культуральный метод, экспресс – определение стрептококкового антигена.

- **Инструментальные исследования** У больных с острым фарингитом и обострением хронического фарингита при фарингоскопии наблюдаются при:
 - — катаральном фарингите – отечность, инфильтрация слизистой оболочки глотки, яркая гиперемия, местами инъекция сосудами, задняя стенка покрыта слизистым отделяемым;
 - — гипертрофическом фарингите – инфильтрация и отечность боковых валиков, определяются лимфоаденоидные фолликулы в виде округлых возвышений;
 - — субатрофическом фарингите – сухость и бледность слизистой оболочки глотки;
 - — атрофическом фарингите – истонченная, тусклая, сухая слизистая оболочка, покрытая вязкой мокротой, инъецированная сосудами;
 - — при смешанной – признаки всех видов фарингита.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- При ОРВИ, в том числе гриппе, помимо глотки поражены другие отделы дыхательной системы. Воспалительный процесс имеет нисходящий характер, наблюдается региональный лимфаденит.
- В ряде случаев неспецифический ринофарингит надо дифференцировать с дифтерийным процессом, иногда острый фарингит сочетается с катаральной ангиной.
- Ринофарингит может сопровождать сфеноидит и этмоидит. Диагностику проводят с помощью эндоскопии и рентгенологического исследования ППН.
- У детей острый фарингит нужно дифференцировать от гонорейного ринофарингита. Учитывается, что гонококковая инфекция вызывает специфическое поражение глаз уже в период новорожденности.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- При хроническом фарингите: першение, щекотание, саднение, ощущения инородного тела, при гипертрофическом фарингите – эти явления выражены в большей степени, чем при катаральном фарингите.
- Атрофический фарингит – ощущения сухости в глотке, нередко затруднение глотания, и часто неприятный запах изо рта.
- Гиперкератоз (лептотрихоз) – на поверхности лимфоидных образований (в том числе небных миндалин) образуются пирамидоподобные остроконечные выросты ороговевшего эпителия размером около 2-3 мм. Микроскопическое исследование – нитчатые бактерии *V.leptotrix*.
- Упорные односторонние боли в горле могут быть вызваны удлинением шиловидного отростка, может пальпироваться над верхним полюсом небной миндалины. Невралгия языко-глоточного и блуждающего нервов могут быть причиной болей в горле, особенно у пожилых людей.

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение: — диета;

- — исключение курения, приема алкоголя.

Медикаментозное лечение: — местные антисептики в виде растворов для полоскания, таблеток, леденцов или драже для рассасывания во рту;

- — системная антибиотикотерапия с целью предупреждения гнойных осложнений, нисходящей инфекции в случаях выраженной общей реакции с высокой температурой;
- — местные иммуномодуляторы: лизатов бактерий смесь и др.;
- — при аллергической природе фарингита назначают антигистаминные препараты;
- — при хроническом фарингите лечение начинают с санации хронических очагов инфекции в области верхних дыхательных путей;

- — при гипертрофических формах применяют полоскание изо — и гипертоническим растворами. Этими же растворами можно производить ингаляции и пульверизацию глотки;
- — уменьшение отёчности слизистой оболочки — смазывание задней стенки глотки 3-5% раствором нитрата серебра, 3-5% раствором протеина серебра, 5-10% раствором танин-глицерина. Крупные гранулы на задней и боковых стенках глотки эффективно удалять с помощью криовоздействия, выпаривания лазером, ультразвуковой дезинтеграции, прижигания концентрированным 10-30% раствором нитрата серебра;
- — лечение атрофического фарингита включает ежедневное удаление с поверхности слизистой оболочки глотки слизисто-гнойного отделяемого и корок. Для этой цели используют полоскания 0,9-1% раствором натрия хлорида с добавлением 4-5 капель 5% спиртового раствора йода на 200 мл жидкости. Эффективно применение препаратов морской воды. При обилии сухих корок проводят ингаляции протеолитическими ферментами (6-10 раз в день), в последующем назначают ингаляции растительных масел, содержащих ретинол, токоферола ацетат, аскорбиновую кислоту.

- **Другие виды лечения** Среди методов физиотерапии применяют электрофорез на подчелюстную область с 3-5% раствором калия йодида, воздействие инфракрасным лазером на слизистую оболочку задней стенки глотки и подчелюстные лимфатические узлы, грязевые или парафиновые аппликации на подчелюстную область. При лечении хронического атрофического фарингита показан электрофорез 0,5% раствором никотиновой кислоты на подчелюстную область (продолжительность процедуры 15-20 мин, на курс лечения 20 процедур).

- **Хирургическое вмешательство: нет**

- **Профилактические мероприятия:** — санация хронических очагов инфекции в полости рта и ВДП;
- — лечение больных хроническим фарингитом, развившимся на фоне желудочно-пищеводного рефлюкса, проводят под наблюдением врача-гастроэнтеролога.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!