

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России
Фармацевтический колледж

Лекция № 15

Тема: «Тонзиллярный синдром»

Преподаватель
Лопатина Т.Н.
2017

План лекции

- Характеристика тонзиллярного синдрома.
- Гипертрофия миндалин.
- Отек миндалин.
- Ангина, классификация ангин.
- Дифтерия, классификация, симптоматика.

В основе диагностики и выделения тонзиллярного синдрома лежат **3 клинических признака**:

- Боли в горле,
- Увеличение и воспалительные изменения небных миндалин, устанавливаемые при осмотре зева,
- Воспалительная реакция со стороны регионарных (тонзиллярных) лимфатических узлов.

Все **3 признака** могут достигать разной степени выраженности. Важно оценить наличие и характер наложений на миндалинах, налеты, отечность слизистой оболочки зева.

Степени увеличения небных миндалин

- Первой степени - характерно небольшое увеличение, при котором расстояние между дужкой и до середины глотки закрыто не более чем на $\frac{1}{3}$ от общего размера.
- При второй степени увеличения небных миндалин это расстояние занимает $\frac{2}{3}$ от общего.
- При третьей степени гланды уже соприкасаются между собой.



1

в норме



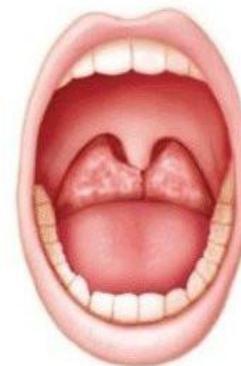
2

слегка увеличены



3

средняя гипертрофия

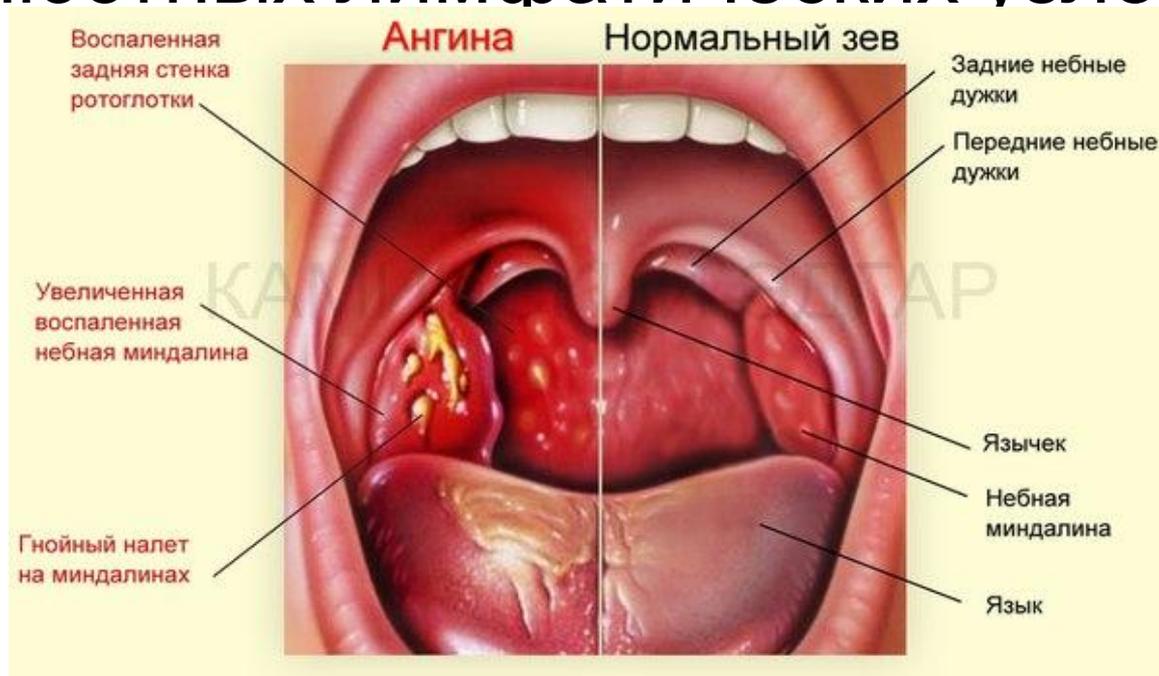


4

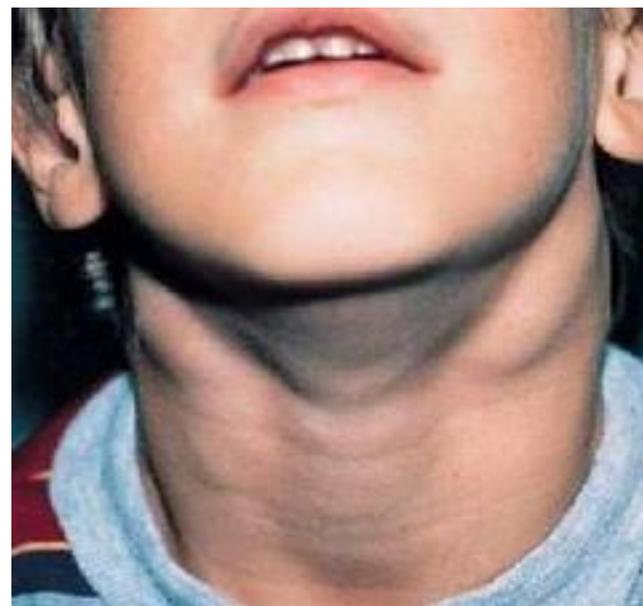
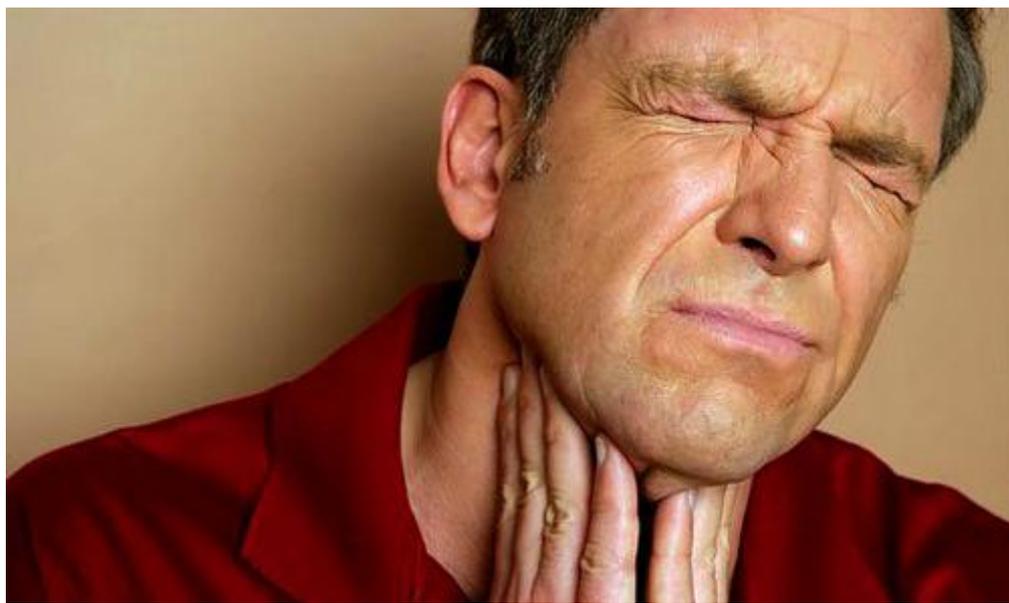
тяжелая гипертрофия

Тонзиллит (ангина) - воспаление нёбных миндалин.

Характеризуется следующими признаками: боль при глотании, гиперемия и гипертрофия миндалин, наложения на них, увеличением и болезненностью подчелюстных лимфатических узлов.



В патологический процесс
включаются подчелюстные
которые воспаляются и болят.



Воспаление небных миндалин

- Катаральная форма — поверхностное поражение небных миндалин, проявляющееся стойким субфебрилитетом, першением в горле, гиперемией, гипертрофия миндалин и слизистой оболочки вокруг них, наложений на миндалинах нет.
- Болевые
незначит



- При фолликулярном воспалении появляется жар, интенсивная боль в горле, отдающая в уши.
- На поверхности миндалин обнаруживают гнойнички — желто-белые фолликулы размером с булавочную головку.
- Больные страдают от выраженной интоксикации, озноба, боли в пояснице и конечностях, общей слабости, отсутствия аппетита.



- Лакунарное воспаление — самая тяжелая форма патологии, характеризующаяся скоплением гноя в лакунах миндалин. Больные жалуются на хрипоту или полную потерю голоса. Гипертрофия небных миндалин препятствует нормальному смыканию голосовых связок, благодаря чему голос становится

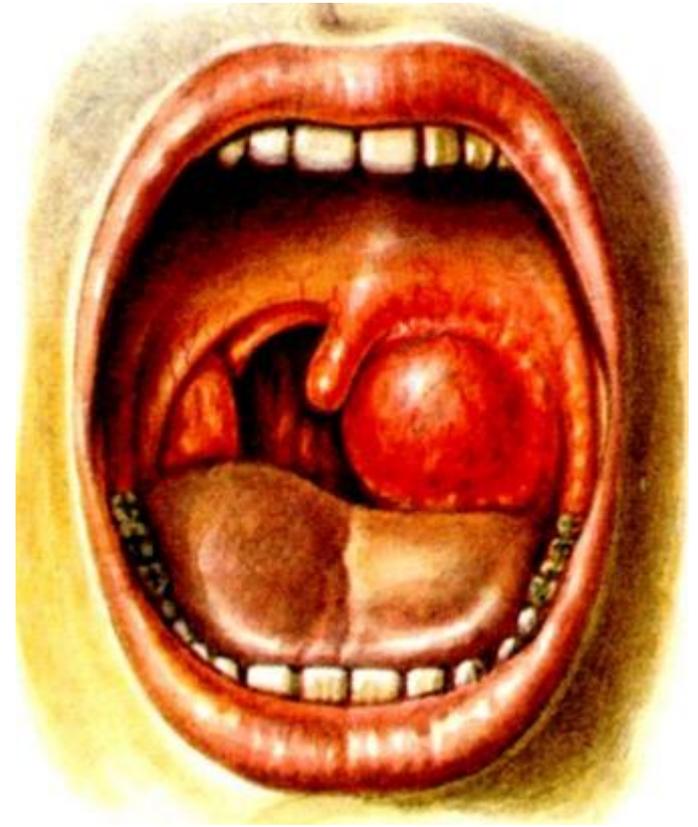


Флегмонозная форма

Обусловлена односторонним гнойным расплавлением миндалины.

Проявляется лихорадкой, ознобом, болью в горле при глотании, слюнотечением, неприятным запахом изо рта, болезненностью увеличенных лимфоузлов и общим тяжелым состоянием больного.

Осложняется заболевание образованием паратонзиллярного абсцесса.



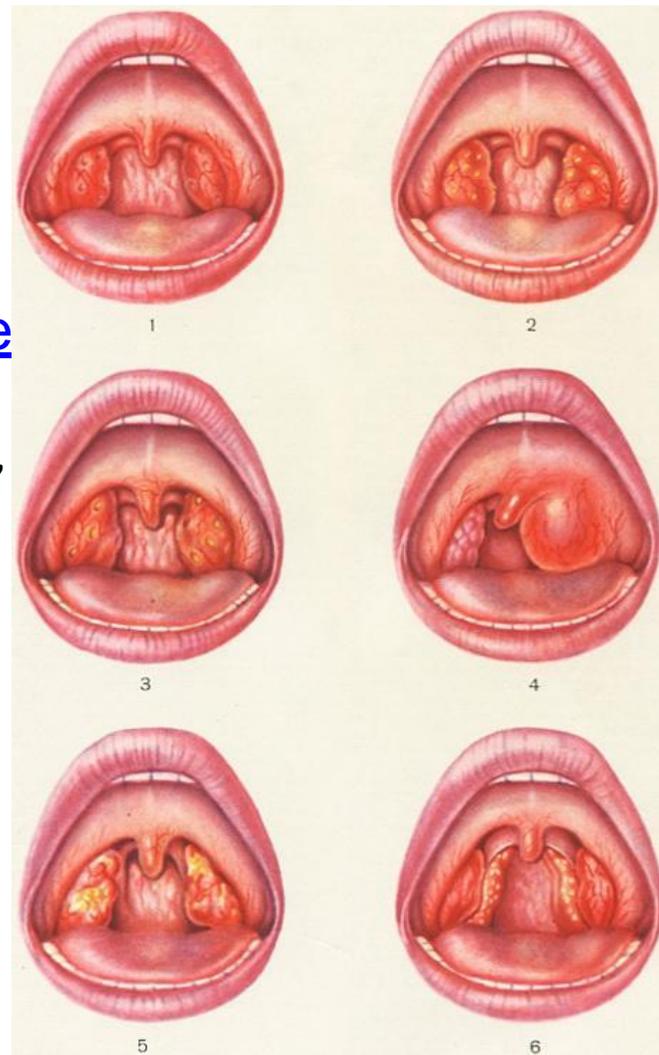
Паратонзиллярный абсцесс

Острое воспаление, локализующееся в околоминдалиновой клетчатке.

Появляется в результате распространения воспалительного процесса с нёбных [миндалин](#) при [ангине](#). Может быть одно- и двусторонним.

Симптомы:

- Нарастающая [боль в горле](#), [затруднение глотания](#).
- Повышение температуры тела до 39-40°, возможен озноб.
- Слабость, головная боль и другие симптомы [интоксикации](#).
- Увеличение [лимфатических узлов](#).
- Неприятный запах изо рта.
- Иногда [тризм](#), который затрудняет обследование из-за того что больной не может открыть рот.

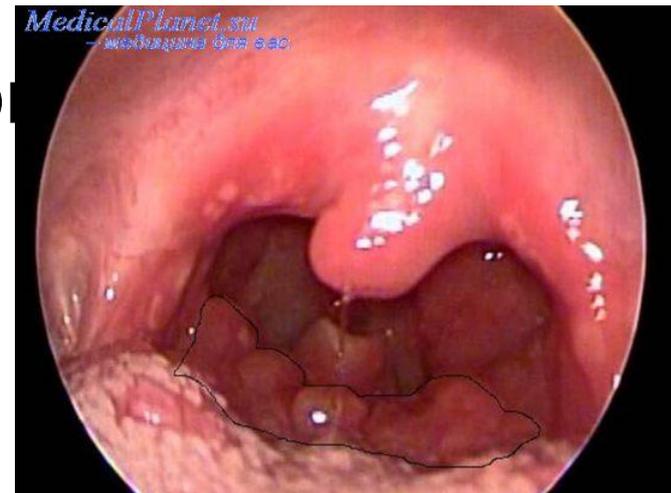


- Тонзиллит может протекать с общетоксическим синдромом и без него. Без **лихорадки** и **интоксикации** протекают тонзиллиты при кандидозной ангине и сифилисе.
- При кандидозной ангине налёты - «творожистые», легко снимаются шпателем, открывая лакированную слизистую оболочку, могут распространяться за пределы миндалин. Возникает при



ангина

- При первичном сифилисе поражается чаще всего одна миндалина, на которой может формироваться шанкр или эрозия с чёткими плотными краями, боли в горле при этом отсутствуют, увеличены ближайшие лимфатические узлы, которые безболезненны.
- При вторичном сифилисе на обеих миндалинах, нёбных дужках, мягком и твёрдом нёбе слегка возвышаются крупные бляшки, окружённые ободком гиперемии, на поверхности которых потом образуются эрозии, появляются умеренные боли при глотании, полиаденит .

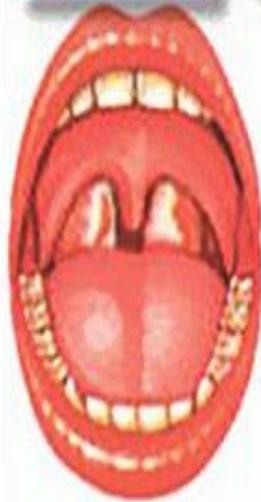


Скарлатина

внешний вид
больного



ангина



мононуклеоз



увеличение лимфоузлов

Скарлатина

Как заподозрить скарлатину?

Скарлатина имеет весьма характерные признаки

ангина

изменения
на языке

сыпь



Аденовирусная инфекция

Аденовирусная инфекция

Внешний вид больного –
Пастозность лица, явления
конъюнктивита, слизисто-гнойные
выделения из носа, увеличенные
печени и селезенка



Изменения в зеве –
лакунарная ангина,
гранулезный фарингит



Геморрагический
конъюнктивит



Дифтерия

- Острое инфекционное антропонозное заболевание склонное к эпидемическому распространению с воздушно-капельным механизмом передачи.
- Характеризуется явлениями общей интоксикации, местным фибринозным воспалением в месте входных ворот инфекции, преимущественным поражением сердечно-сосудистой и нервной систем, почек, надпочечников.

Возбудитель – токсигенная **Corynebacterium diphtheriae** - палочка Леффлера.

Гр(+) палочка, неподвижная, спор не образует.
Устойчива в окружающей среде, особенно при **t +20°C** . Максимальный рост при **t +37°C** . Плохо переносит высокие температуры. При **t +58°C** погибает.

На носовых платках, постельном белье и одежде сохраняют свою жизнеспособность длительное время.



- Передача возбудителя происходит в основном воздушно-капельным и контактно-бытовыми путями.
- Наибольшая восприимчивость к дифтерии наблюдается у детей в возрасте от 3 до 7 лет, но в последние годы увеличилась заболеваемость подростков и взрослых.

Патогенез. Дифтерия развивается при попадании токсических штаммов дифтерийной палочки на слизистые оболочки верхних дыхательных путей, конъюнктивы глаз, раневую поверхность кожи или половые органы.

Это приводит к образованию характерных налетов в виде тонкой сетки, быстро переходящих в плотные и прочно фиксированные фибринозные пленки от бело-серого до черного цвета.

Токсемия начинается с момента образования дифтерийных пленок и обуславливает поражение почек, надпочечников, сердечно-сосудистой, нервной и др. систем.

Клинические проявления дифтерии

**Инкубационный период дифтерии
составляет от 2-х до 7 дней.**



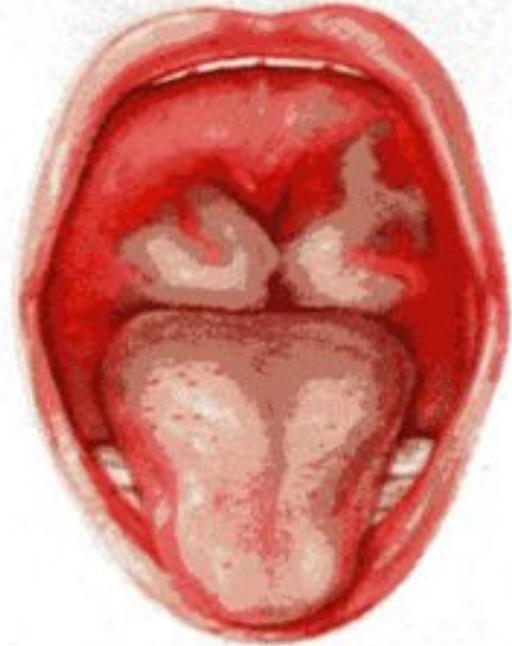
Локализованная форма дифтерии миндалин

- Характеризуется образованием на миндалинах тонких полупрозрачных пленок, которые могут иметь вид паутинообразной сети, которые превращаются в плотные фибриновые пленки серовато-белого или грязно-серого цвета.
- Поверхность плёнок гладкая, блестящая, иногда с перламутровым блеском, они возвышаются над поверхностью миндалин («плюс ткань»), имеют ровные края.
- При насильственном отторжении пленки на ее месте возникает кровоточащая поверхность.
- Пленки расположены чаще на обеих миндалинах, в основном на их внутренней поверхности.



- Длительность существования налетов при локализованной дифтерии миндалин составляет 6–8 дней. При осмотре ротоглотки обращает внимание застойная гиперемия слизистой оболочки, небольшая отечность миндалин. Субъективные ощущения в виде боли при глотании выражены слабо. Периферические регионарные лимфатические узлы умеренно увеличены, болезненны при пальпации.
- Нарушение общего состояния больных проявляется повышением температуры тела до 38°C, вялостью, адинамией, снижением аппетита, бледностью кожных покровов,

- Выделяют также токсические (тяжелые) формы дифтерии, которые характеризуются более бурным началом: озноб, быстрый подъема t тела до 40°C , головная боль, тошнота, рвота.
 - Боль в горле появляется с первых часов болезни.
 - Характерен отек слизистой оболочки ротоглотки, начинающийся с миндалин и далее распространяющийся на соседние отделы твердого неба.
 - Слизистая оболочка диффузно гиперемированна; на отечных миндалинах появляются налеты, распространяющиеся на небные дужки, язычок и мягкое небо.
- Миндалины могут смыкаться, ущемляя язычок.



- **Увеличиваются и становятся болезненными поднижнечелюстные лимфатические узлы.**
- **Возникает отек подкожной клетчатки шеи («бычья шея»).**



Дифтерия гортани

- Обычно развивается при распространении пленок с миндалин.
- Клиническая картина характеризуется постепенным развитием симптомов крупа: шумное затрудненное дыхание, нарастающий стеноз, афония.
- Втяжение надгрудинных, подключичных и межреберных мышц на вдохе указывает на выраженный стеноз гортани.

В развитии **дифтерийного крупа** выделяют три стадии:

1. Катаральную (дисфоническую) продолжительностью 1–3 дня;
2. Стенотическую от нескольких часов до 2–3 суток;
3. Асфиксическую, длительность которой от 15 минут до 2–3 часов.

- Ведущие симптомы **катаральной (дисфонической) стадии** – грубый «лающий» кашель и нарастающая осиплость голоса.
- В **стенотической стадии** голос становится афоничным, кашель – беззвучным. Больной бледный, беспокойный, дыхание шумное с удлинённым вдохом и втяжением уступчивых мест грудной клетки.
- В **асфиксической стадии** дыхание становится частым, поверхностным, затем аритмичным. Нарастает цианоз, пульс становится нитевидным, артериальное давление падает. Нарушается сознание, появляются судороги, наступает смерть от асфиксии.

Организация сестринского ухода при тонзиллярном синдроме

- Разнообразные физиологические проблемы пациентов, возникающие при развитии тонзиллярного синдрома, требуют тщательного сестринского ухода.
- Особенности независимого сестринского ухода при тонзиллярном синдроме заключаются в частой и интенсивной обработке полости рта, носа, глаз пациента, особенно в остром периоде болезни.

- Для создания условий, ускоряющих процессы рассасывания воспалительных очагов на миндалинах и отторжения некротизированных тканей, а также для вымывания скопившейся слизи, гноя, фибринозных плёнок и других продуктов воспаления, необходимо делать частые полоскания ротоглотки водными растворами антисептиков: хлогексидин, мирамистин, фурациллин, тёплыми отварами трав (календула, шалфей).
- Температура жидкости для полоскания должна быть в пределах 40-45градусов С. При более низкой температуре происходит сужение сосудов слизистых оболочек, и нужный эффект лечения не достигается. При более высокой температуре жидкости может произойти ожог слизистой оболочки.
- Полоскания необходимо проводить через каждые 20-30 мин. и обязательно после каждого приёма пищи. После двух-трёх правильных полосканий

- Медицинские сёстры должны уделять большое внимание поддержанию чистоты не только в ротовой полости, но и в носовых ходах.
- Скопившуюся слизь и корочки из носа необходимо удалять с помощью ватных тампонов, смоченных в слабых водных антисептических растворах.
- Категорически запрещается удалять механически шпателем или пинцетом дифтерийные плёнки, так как это приводит к ухудшению местного воспалительного процесса.

- Для снятия сухости и першения в горле медицинская сестра может порекомендовать питьё тёплого молока с содой или полоскание щелочной минеральной водой.
- Больным дифтерией гортани с явлениями крупа необходимо придать полусидячее положение, дать увлажнённый кислород через носовые катетеры.
- При аспирации дифтерийными плёнками больному проводится интубация или трахеотомия. В этом случае около него должна неотлучно находиться медицинская сестра

- Основная задача сестринского ухода при трахеотомии - сохранить проходимость трахеи и канюли.
- После операции уход за трахеостомой выполняет медсестра, а затем сам пациент.
- В первые дни внутреннюю трубку необходимо дважды в сутки извлекать, очищать от слизи ватно-марлевым тампоном, мыть можно только кипятком, так как дезсредства раздражают верхние дыхательные пути, и снова вставить.
- Чтобы слизистая оболочка трахеи не высыхала, трубку закрывают влажной марлевой салфеткой.
- Туалет трахеи и бронхов включает отсасывание вязкого содержимого с помощью электроотсоса.
- Перед отсасыванием необходимо пациенту дать вдыхать увлажненный кислород, закапать в трахею (через стому) 3-5 мл тёплого стерильного раствора гидрокарбоната или химотрипсина (по и значению врача), чтобы разжижить густую слизь.

Средства индивидуальной защиты
применяются при работе с
больным, заборе материала для
исследования, проведения
дезинфекции



Учебно-методическое и информационное обеспечение

- Ющук, Н. Д. [Инфекционные болезни](http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970434673.html) [Электронный ресурс] : учеб. для мед. училищ и колледжей / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, Л. И. Мельникова. - 5-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970434673.html>.
- СП 3.1.2.3117-13 "Профилактика гриппа и других острых респираторно-вирусных инфекций».

**Спасибо за
внимание!**

