



Лечебно –диагностические вмешательства и сестринский уход при заболеваниях глотки

Выполнила интерн кафедры оториноларингологии СГМУ
Тюлюбаева М.А.

г. Архангельск, 2017 год

Строение глотки

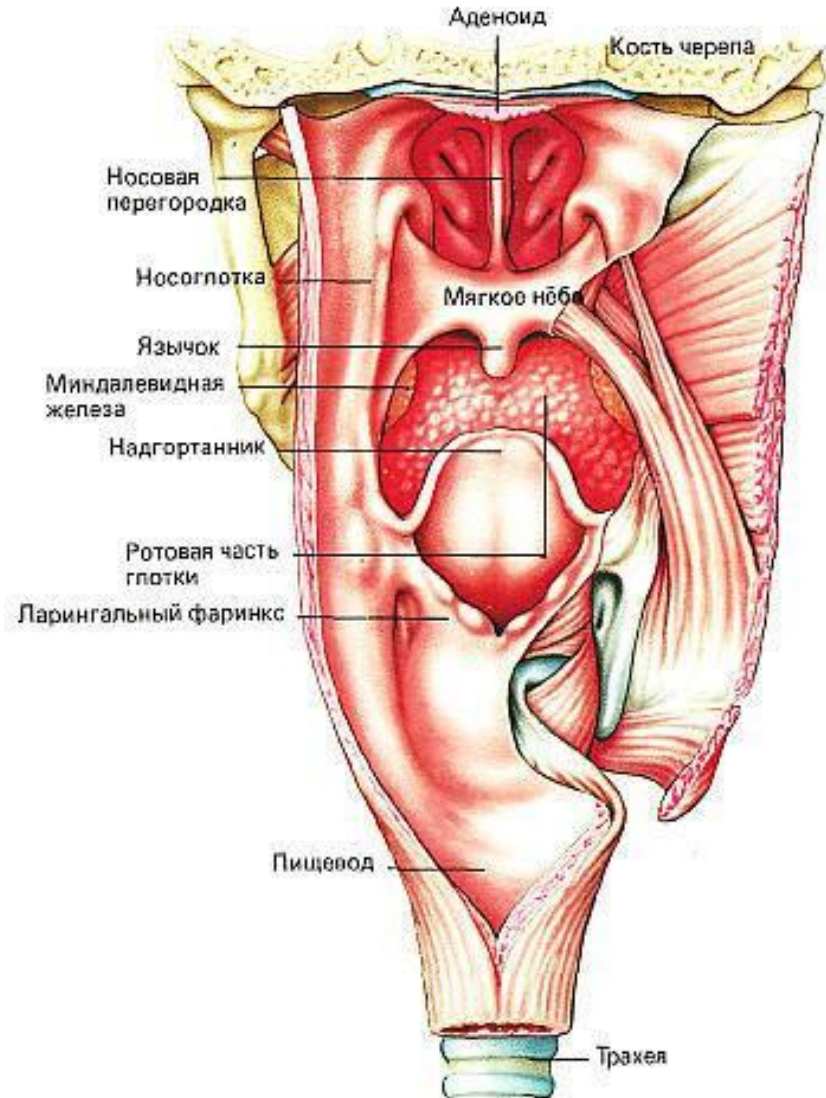
- Глотка (pharynx) входит в начальный отдел пищеварительного тракта и дыхательных путей и представляет собой полый орган, образованный мышцами, фасциями и выстланный изнутри слизистой оболочкой
- Длина глотки взрослого человека от ее свода до нижнего конца равна в среднем 14 см (12—15 см), поперечный размер больше переднезаднего и в среднем равен 4,5 см.



- Спереди от глотки располагается гортань. По бокам к глотке прилежат верхние полюсы долей щитовидной железы и общие, а затем внутренние сонные артерии. Сзади глотки располагаются длинные мышцы шеи, покрытые предпозвоночной пластинкой (5-й фасцией) фасции шеи. В глотке различают три отдела:
 - 1. Верхний - носоглотка,
 - 2. Средний - ротоглотка.
 - 3. Нижний - гортаноглотка.

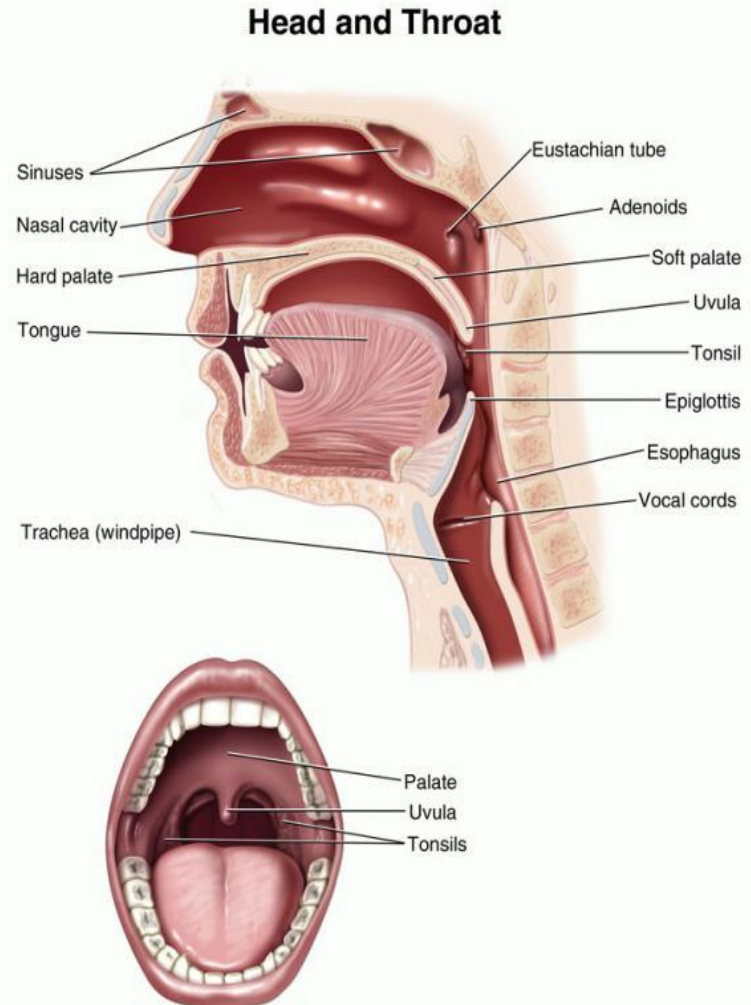
Носоглотка

- (nasopharynx или eipharynx) выполняет дыхательную функцию, стенки ее не спадаются и неподвижны.
- Вверху свод носоглотки фиксирован к основанию черепа, сзади носоглотка граничит с I и II шейными позвонками, впереди находятся хоаны, на боковых стенках располагаются глоточные отверстия слуховых труб. Кзади от устья слуховой трубы имеется глоточный карман, в котором находится трубная миндалина (V и VI миндалины глотки). На границе верхней и задней стенки носоглотки находится глоточная (III или носоглоточная) миндалина.



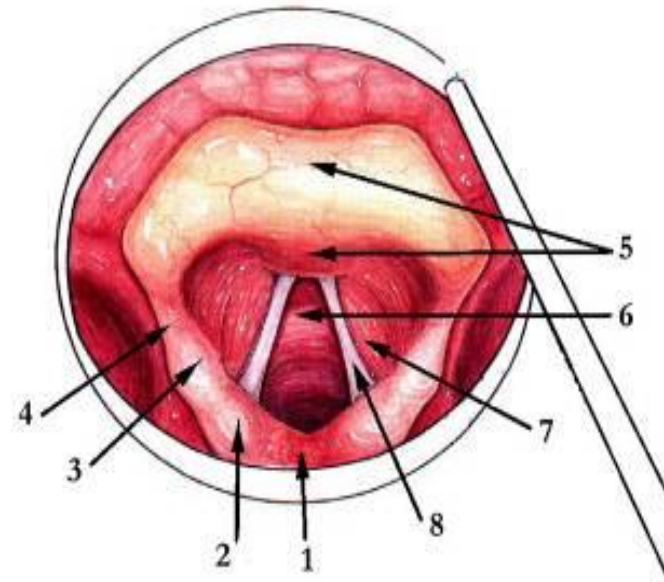
Ротоглотка

- (mesopharynx) участвует в проведении как воздуха, так и пищи; здесь происходит перекрест дыхательного и пищеварительного путей
- Спереди ротоглотка через зев открывается в полость рта, сзади она граничит с III шейным позвонком. Зев ограничен краем мягкого неба, передними и задними небными дужками и корнем языка. Между небными дужками находятся небные миндалины (I и II). На корне языка располагается язычная (IV) миндалина глотки.



Гортаноглотка

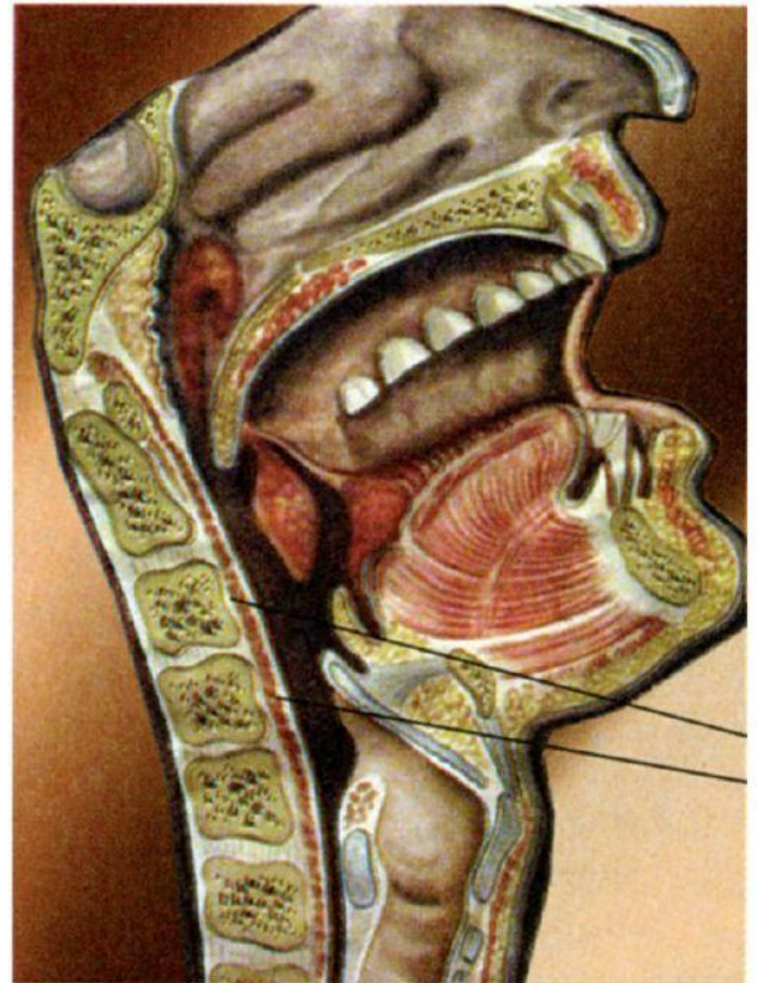
- (hypopharynx). Границей между ротоглоткой и гортаноглоткой служат верхний край надгортанника и корень языка; книзу гортаноглотка воронкообразно суживается и переходит в пищевод.
- Книзу гортанно глотка воронкообразно суживается и переходит в пищевод. Гортаноглотка располагается впереди IV, V и VI шейных позвонков. Спереди и снизу в гортанноглотку открывается вход в гортань. По бокам от входа в гортань имеются грушевидные синусы



МЫШЦЫ ГЛОТКИ

Название	Начало	Прикрепление	Функция
<i>Констрикторы (сжиматели) глотки</i>			
Верхний констриктор глотки	Медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, крыловидно-нижнечелюстной шов, нижняя челюсть	На задней поверхности глотки мышцы обеих сторон срастаются по средней линии, образуя шов глотки	Сжиматели сокращаются последовательно сверху вниз при глотании
Средний констриктор глотки	Большой и малый рога подъязычной кости	То же	То же
Нижний констриктор глотки	Латеральная поверхность щитовидного и перстневидного хрящей	То же	То же
<i>Подниматели глотки</i>			
Шило-глоточная мышца	Шиловидный отросток височной кости	Боковая стенка глотки	Поднимает глотку кверху
Трубно-глоточная мышца	Хрящ слуховой трубы	Боковая стенка глотки	Поднимает глотку, расширяет слуховую трубу

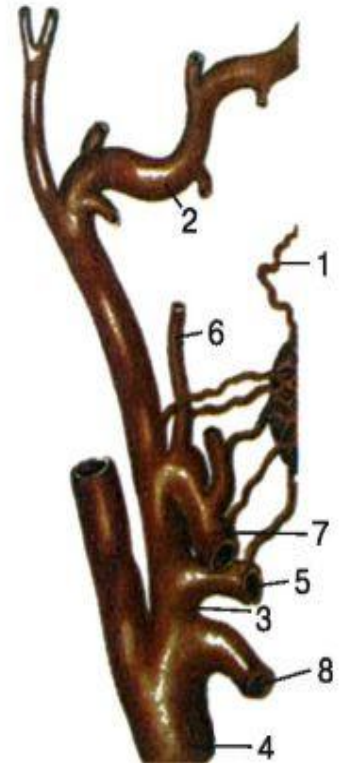
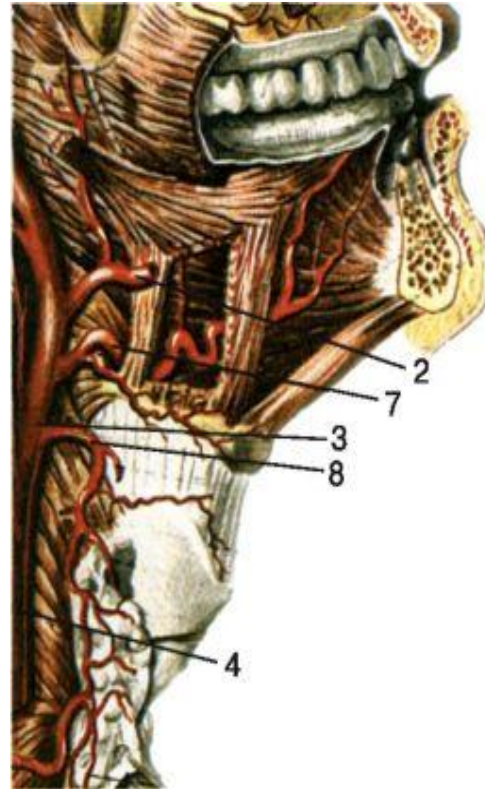
- Между задней стенкой глотки и предпозвоночной фасцией располагается заглоточное пространство в виде плоской щели, заполненной рыхлой соединительной тканью.
- У детей рядом со срединной перегородкой находятся лимфатические узлы, они могут нагнаиваться, образуя заглоточный абсцесс, с возрастом эти узлы атрофируются
- 1- предпозвоночная пластинка шейной фасции; 2 - клетчатка заглоточного пространства



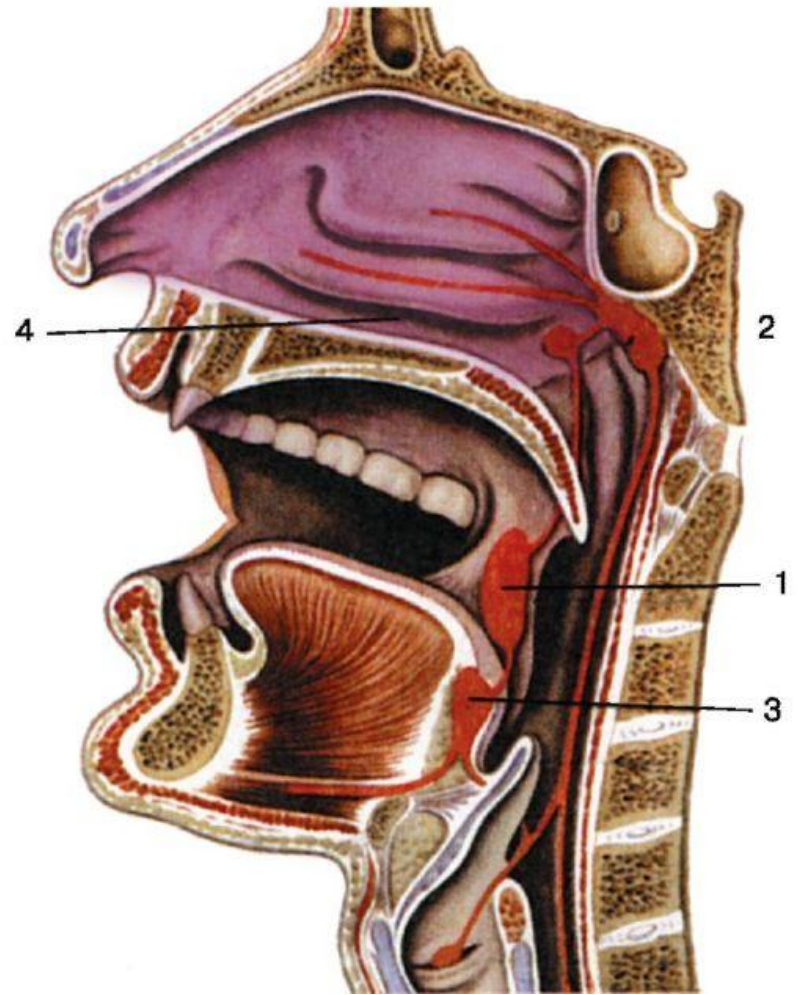
1
2

Кровоснабжение. Лимфатические сосуды. Иннервация.

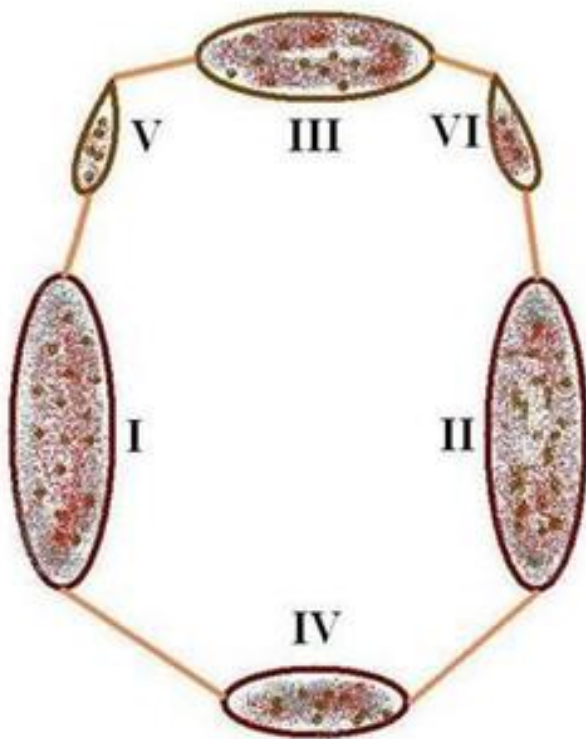
- происходит из ветвей наружной сонной артерии.
- Отток лимфы из глотки происходит в глубокие и задние шейные лимфатические узлы. Лимфаденоидные образования глотки, в том числе и все миндалины глотки, не имеют приводящих лимфатических сосудов.
- нервное сплетение, образованное ветвями пп. *glossopharyngeus*, *vagus* et *sympathicus*. Это сплетение обеспечивает двигательную и чувствительную иннервацию глотки.



- Лимфоидный аппарат в глотке расположен кольцеобразно, в связи с чем он получил название **«лимфаденоидного глоточного кольца» Вальдейера-Пирогова**. Образуют его две нёбные миндалины (I и II), одна глоточная или носоглоточная (III), одна язычная (IV) и две трубные (V-VI)



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.

Основные функции:

- Глотка — часть пищеводного и дыхательного путей; через нее попеременно проходят пища и слюна в желудочно-кишечный тракт, а воздух — в гортань, легкие и обратно. Различают участие глотки в следующих жизненно важных функциях:
 - 1) акте приема пищи — сосании и глотании;
 - 2) защитных механизмах при приеме пищи и дыхании;
 - 3) акте дыхания;
 - 4) голосо-и речеобразовании

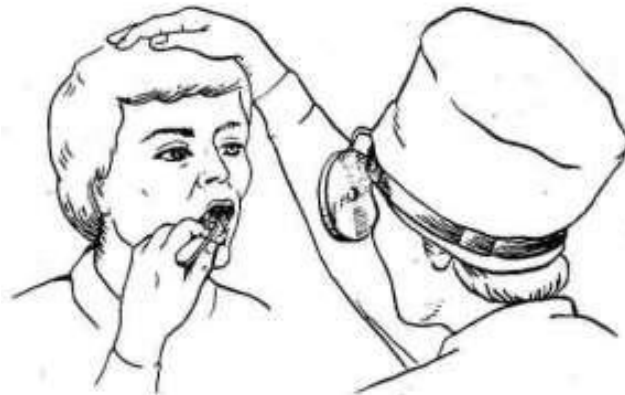


Методика обследования глотки

- I этап. Наружный осмотр и пальпация.
- 1) Осматривают шею, красную кайму и слизистую оболочку губ.
- 2) Пальпируют регионарные лимфатические узлы глотки: верхние и средние шейные, задние шейные, над-и подключичные .



- II этап. Ороскопия.(осмотр полости рта)
- 1. Берут шпатель в левую руку так, чтобы большой палец поддерживал шпатель снизу, а указательный и средний (можно и безымянный) пальцы были сверху. Правую руку кладут на темя пациента.
- 2) Просят больного открыть рот, шпателем плашмя оттягивают поочередно левый и правый углы рта и осматривают преддверие рта: слизистую оболочку, выводные протоки околоушных слюнных желез, находящихся на щечной поверхности на уровне верхнего премоляра.
- 3) Осматривают полость рта: зубы, десны, твердое нёбо, язык, выводные протоки подъязычных и подчелюстных слюнных желез, дно рта. Дно полости рта можно осмотреть, попросив исследуемого приподнять кончик языка или приподнимая его шпателем.

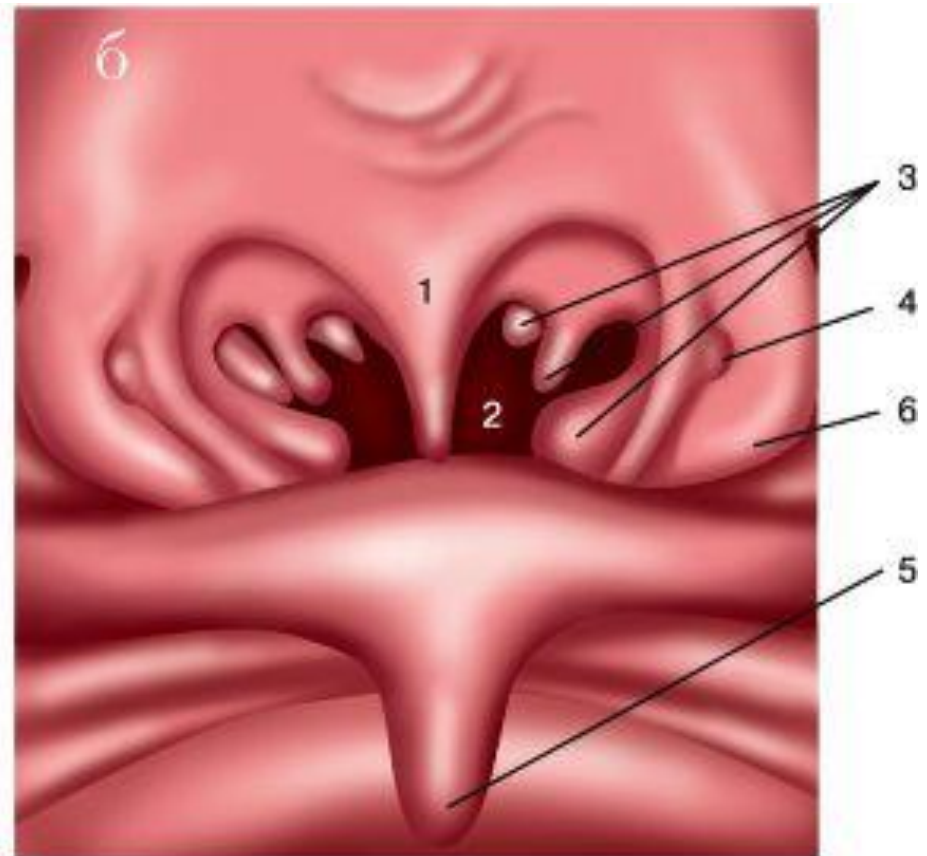
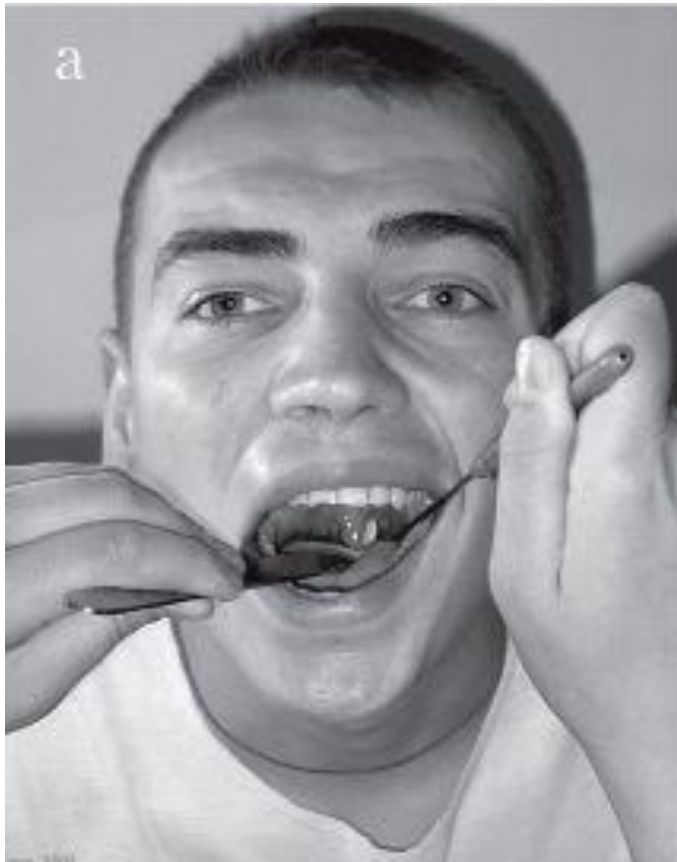


Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки)

- Держа шпатель в левой руке, отжимают им передние $\frac{2}{3}$ языка книзу, не касаясь корня языка. Шпатель вводят через правый угол рта, язык отжимают не плоскостью шпателя, а его концом. При прикосновении к корню языка сразу возникает рвотное движение. Определяют подвижность и симметричность мягкого нёба, попросив больного произнести звук «а». В норме мягкое нёбо хорошо подвижно, левая и правая стороны симметричны.
- Осматривают слизистую оболочку мягкого нёба, его язычка, передних и задних нёбных дужек. В норме слизистая оболочка гладкая, розовая, дужки контурируются. Осматривают зубы и десны с целью выявления патологических изменений.
- Определяют размер нёбных миндалин, для этого мысленно делят на три части расстояние между медиальным краем передней нёбной дужки и вертикальной линией, проходящей через середину язычка и мягкого нёба. Величину миндалины, выступающей до $\frac{1}{3}$ этого расстояния, относят к I степени, выступающей до $\frac{2}{3}$ - к II степени; выступающей до средней линии глотки - к III степени.
- Осматривают слизистую оболочку миндалин. В норме она розовая, влажная, поверхность ее гладкая, устья лакун сомкнуты, отделяемого в них нет.
- Определяют содержимое в криптах миндалин. Для этого берут два шпателя, в правую и левую руки. Одним шпателем отжимают книзу язык, другим мягко надавливают через переднюю дужку на миндалину в области ее верхней трети. При осмотре правой миндалины язык отжимают шпателем в правой руке, а при осмотре левой миндалины - шпателем в левой руке. В норме в криптах содержимого нет или оно скудное, негнойное в виде незначительных эпителиальных пробок.
- Осматривают слизистую оболочку задней стенки глотки. В норме она розовая, влажная, ровная, на ее поверхности видны редкие, размером до 1 мм, лимфоидные гранулы.

Эпифарингоскопия или задняя риноскопия (осмотр носоглотки и задних отделов полости носа)

- Носоглоточное зеркало укрепляют в ручке, подогревают в горячей воде до 40-45 °С, протирают салфеткой.
- Шпателем, взятым в левую руку, отжимают книзу передние $\frac{2}{3}$ языка. Просят больного дышать через нос.
- Носоглоточное зеркало берут в правую руку, как ручку для письма, вводят в полость рта, зеркальная поверхность должна быть направлена кверху. Затем заводят зеркало за мягкое нёбо, не касаясь корня языка и задней стенки глотки. Направляют луч света от лобного рефлектора на зеркало. При легких поворотах зеркала (на 1-2 мм) осматривают носоглотку (
- При задней риноскопии нужно осмотреть: свод носоглотки, хоаны, задние концы всех трех носовых раковин, глоточные отверстия слуховых (евстахиевых) труб. В норме свод носоглотки у взрослых свободный (здесь может быть тонкий слой глоточной миндалины), слизистая оболочка розовая, хоаны свободные, сошник средней линии, слизистая оболочка задних концов носовых раковин розового цвета с гладкой поверхностью, концы раковин не выступают из хоан, носовые ходы свободные
- У детей и подростков в заднем отделе свода носоглотки имеется третья (глоточная) миндалина, которая в норме не закрывает хоаны.
- На боковых стенках носоглотки на уровне задних концов нижних носовых раковин имеются углубления - глоточные отверстия слуховых труб, впереди которых располагаются небольшие гребешки - глоточные края передних хрящевых стенок слуховых труб.



а - положение носоглоточного зеркала; б - картина носоглотки при задней риноскопии: 1 - сошник; 2 - хоаны; 3 - задние концы нижней, средней и верхней носовых раковин; 4 - глоточное отверстие слуховой трубы; 5 - язычок; 6 - трубный валик

Инородные тела

- Инородные тела: как правило, эндогенные (извне) попадают в глотку с пищей (рыбьи, мясные кости, кусочки стекла, зерна злаков, могут быть случайные предметы, швейные булавки, кнопки, мелкие части игрушек, зубные протезы, пуговицы, монеты, крайне редко – пиявки, аскариды)

Клиника:

- ✓ боль в горле, усиливающаяся при глотании
- ✓ ощущение постороннего предмета
- ✓ затруднение глотания
- ✓ саливация
- ✓ крупные предметы в нижнем отделении глотки могут нарушить речь, вызвать кашель и затруднение дыхания

Диагностика:

- ✓ тщательный осмотр, особенно мест «излюбленной» локализации – небные миндалины, дужки, валекулы, грушевидные карманы
- ✓ осмотр под местной анестезией + при необходимости R-графическое исследование в прямой и боковой проекции

Острый фарингит

- -это острое диффузное воспаление слизистой оболочки глотки
- Этиологические факторы:
 - инфекция (70%)
 - травма
 - аллергия
 - ирритативные

Инфекция: - вирусная (аденовирус, вирус гриппа, парагриппа)
-бактерии (*Haemophilus influenzae*; *Moraxella catarrhalis*; *Corynebacterium diphtheriae*; стрептококки группы А)

-грибы (*Candida*)



Вирусной этиологии

Жалобы: жжения, сухости, саднения, першения в горле, кашель, боль усиливается при глотании воздуха «пустой глоток»

Общее состояние

пациента: зависит от этиологии. Характерно увеличение регионарных переднешейных лимфатических узлов .



- Мезофарингоскопически:
диффузная гиперемия
слизистой, отёк по задней стенке
глотки, наличие лимфоидных
гранул на задней стенке глотки (зернистость)



- Лечение: амбулаторно
- Лечит: ВОПр, терапевт, педиатр
- Госпитализация при осложнении: инфекционное отделение
- Лечение: консервативное
 1. Орошение глотки
 2. Таблетки для рассасывания
 3. Растительные препараты (Эреспал)
 4. НПВП
 5. Противовирусные
 6. Иммуномодуляторы (Иммудон)
 7. Ингаляции (с муколитиками, ГКС, физиологическим раствором)
 8. Щадящий голосовой режим

Хронический фарингит

- (pharyngitis chronica) - хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, развивающееся как следствие острого воспаления при неадекватном лечении и неустраненных этиологических факторах.

Различают :

- хронический катаральный,
- гипертрофический (боковой и гранулезный) и
- атрофический фарингит.

- **Этиология.** Возникновение хронического фарингита в большинстве случаев обусловлено местным длительным раздражением слизистой оболочки глотки.



Катаральный

- Жалобы: ощущением саднения, першения, щекотания, неловкости в горле при глотании, ощущением инородного тела, не мешающего приему пищи, но заставляющего часто производить глотательные движения.
- Мезофарингоскопически: катаральный процесс характеризуется гиперемией, некоторой отечностью и утолщением слизистой оболочки глотки, местами поверхность задней стенки покрыта прозрачной или мутной слизью.



Гипертрофический

- Жалобы: все эти явления выражены в большей степени, чем при катаральной форме заболевания. Иногда возникают жалобы на закладывание ушей, которое исчезает после нескольких глотательных движений.



- Мезофарингоскопически: Для гранулезного фарингита характерно наличие на задней стенке глотки лимфоидных гранул - полукруглых возвышений величиной с просыаное зерно темно-красного цвета, расположенных на фоне гиперемированной слизистой оболочки, поверхностных ветвящихся вен. Боковой фарингит представляется в виде гиперемированных, утолщенных боковых лимфоидных валиков, расположенных позади задних нёбных дужек.

Атрофический

- Жалобы: ощущение сухости в глотке, нередко затруднение глотания, особенно при так называемом пустом глотке, часто неприятный запах изо рта. У больных нередко возникает желание выпить глоток воды, особенно при продолжительном разговоре.
- Мезофарингоскопически: характеризуется истонченностью, сухостью слизистой оболочки, которая имеет бледно-розовый цвет с блестящим оттенком, покрытой местами корками, вязкой слизью.



Лечение

- щадящая диета,
- устранение причины(хронический гнойный процесс в полости носа и околоносовых пазух, миндалинах и т.д.)
- местные противовоспалительные средства



Острые первичные тонзиллиты

- это инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин.
- Входные ворота: небные миндалины
- Этиология:
 - бактериальная: В –гемолитический стрептококк А, стафилококки, менингококки, клебсиелла
 - Вирусная: аденовирусы, коксаки



Классификация:

- катаральная,
- лакунарная,
- фолликулярная,
- язвенное - пленчатая.

Клиническая картина:

- Острое начало
- Повышение температуры тела до фебрильных цифр и выше
- Недомогание
- Интоксикация
- Боль при глотании с одной стороны, потом с двух сторон



- При осмотре пальпаторно: увеличение регионарных лимфоузлов



Мезофарингоскопически:

- Катаральная форма:

-Гиперемия слизистой оболочки нёбных миндалин, отёчность, гиперемия на свободном крае нёбной дужки, гиперемия язычка



- Фолликулярная форма:

-Гиперемия, отёк, на поверхности миндалин желтовато-белые точки (нагноившиеся фолликулы миндалин)



- Лакунарная форма:

-гиперемия, отёк, жидкий бело-жёлтый гной из лакун



Лечение

- 1. Амбулаторно
- 2. Антибактериальная терапия 10 дней
- 3. Орошение глотки растворами антисептиков
- 4. Рассасывающие таблетки
- 5. НПВП
- 6. Обильное питье

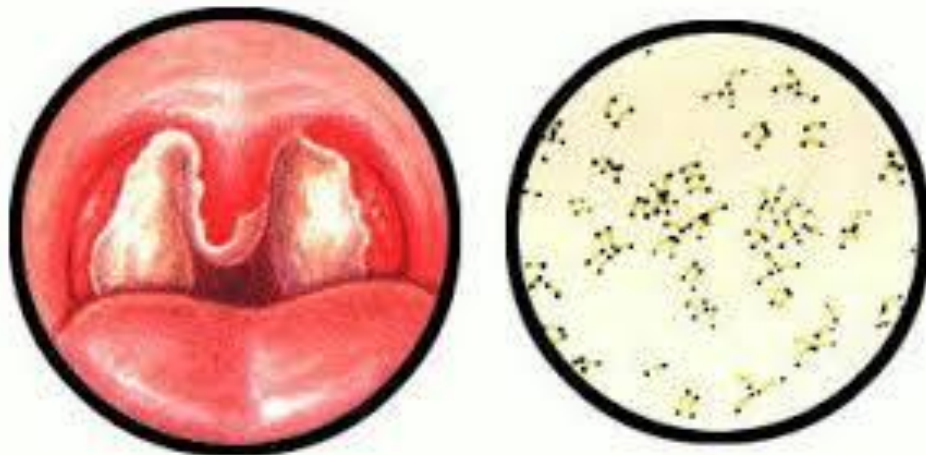


Острые вторичные тонзиллиты

- а) при острых инфекционных заболеваниях - дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе;
- б) при заболеваниях системы крови - инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, лейкозах, алиментарное - токсической алейкии.

Дифтерия:

- острое инфекционное заболевание, характеризующееся токсическим поражением организма, преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем, а также местным воспалительным процессом с образованием фибринового налета.
- Возбудителем дифтерии являются токсигенные штаммы дифтерийных микробов (*Corynebacterium diphtheriae*) или бацилла Леффлера (VL)
- Источник инфекции: больной и бактерионоситель
- Механизм передачи: воздушно-капельный



Клинические признаки	Лакунарная ангина	Дифтерия зева
Общее состояние	Средней тяжести	Тяжелое (при распространенной форме), с тенденцией к ухудшению. Больной апатичен, вял, землистый оттенок кожных покровов
Температура	39–40°	От субфебрильной до 38–38,6°, постоянная
Пульс	Соответствует температуре (подъем на 1 градус – учащение пульса на 10 ударов)	В начале брадикардия, затем тахикардия. Пульс аритмичный, слабого наполнения
Жалобы	На сильную боль при глотании	Боль при глотании умеренная
	Фарингоскопическая картина:	
Состояние миндалин	Двусторонняя умеренная Резкое припухание небных миндалин, отек, включая инфильтрация миндалин дужки, мягкое небо, язычок. Процесс может быть односторонним.	
Налеты	Распространены в пределах миндалин, поверхностные, легко снимаются	Выходят за пределы миндалин, распространяются на дужки, мягкое небо, боковые и задние стенки глотки. Налеты глубокие, снимаются с трудом (в типичных случаях), оставляя эрозивную кровоточащую поверхность
Цвет налетов	Желтый Серобелый, грязносерый	
Региональные лимфоузлы	Увеличены, отдельные, легко прощупываются, резко болезненные	Значительное двустороннее припухание подчелюстных лимфоузлов с самого начала заболевания. Отек подкожной клетчатки шеи, сглаженность ее контуров
Бактериологическое исследование	Кокковая форма, отрицательное на наличие дифтерийных палочек	Положительное (в большинстве случаев) на наличие дифтерийных палочек Леффлера.

Скарлатина

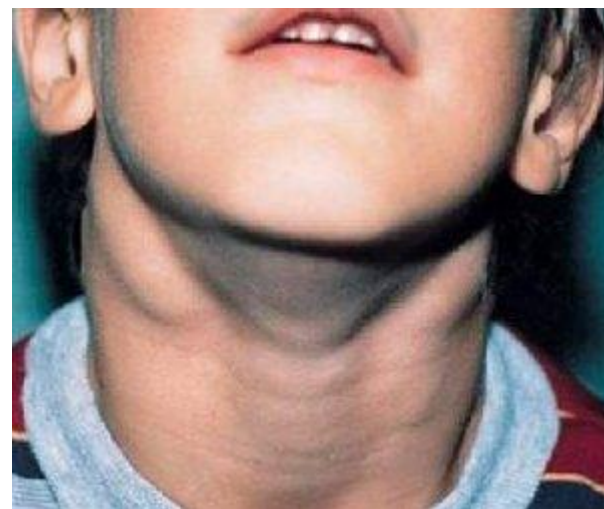
- Возбудитель В-гем. Стрептококк А
- Механизм передачи: воздушно капельный (дети с 2х-7 лет)

Характерно: чёткие границы «пылающий зев»; сыпь на животе; «малиновый язык»



Инфекционный мононуклеоз

- Возбудитель: вирус Эпштейн-Барр, группа вирусов герпеса
- Механизм передачи: воздушно-капельным путем, но чаще со слюной (например, при поцелуях),» болезнь поцелуев», возможна передача инфекции при переливаниях крови.
- Болеют до 25 лет
- Характерно: выраженная интоксикация, температура до 1 дней, нёбные миндалины розовые, гнусавость голоса, полиаденопатия(бычья шея), пальпация безболезненна.
- При лечении антибиотиками-сыпь!!!



Хронический тонзиллит

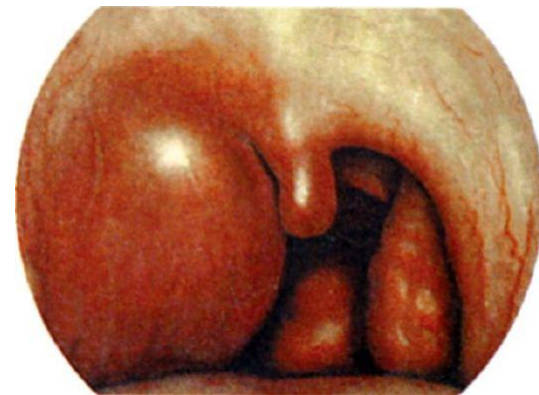
- -общее инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выраженной в виде альтерации, экссудации и пролиферации
- Классификация: -специфические
-неспецифические

Классификация (неспецифические)

Компенсированная форма

Декомпенсированная форма

- Жалобы: не острая боль в горле, неприятный запах изо рта, скопление пробок в нёбных миндалинах
 - Анамнез: частые ангины 2 раза в год
 - Осмотр: Ротоглотка: казеозные пробки в лакунах, гиперемия дужек, утолщение свободных краёв дужек, спайки с нёбными дужками, миндалины рубцово-деформированы
 - При пальпации: регионарные лимфаденит
- Жалобы: те же
 - Анамнез: ангины чаще, чем 2 раза в год, наличие осложнений (
 - Осмотр: паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, тонзиллярная лихорадка (длительный субфебрилитет), интоксикация)



Лечение

Компенсированная форма

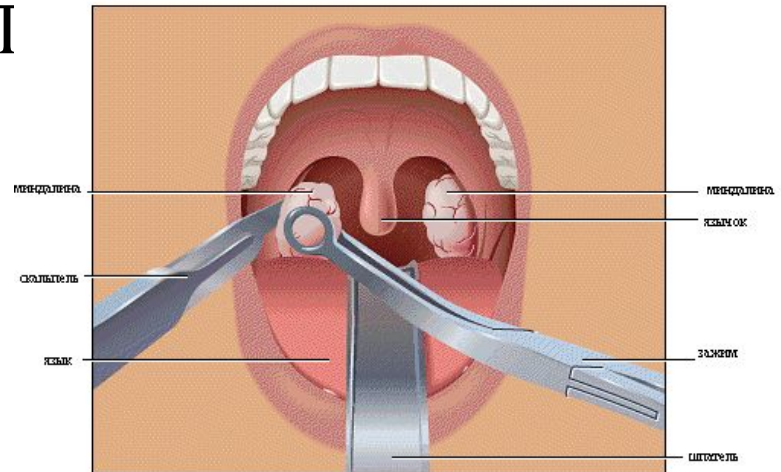
- Консервативное(бактериофаги внутрь); противовирусные; противогрибковые; антибактериальная терапия по чувствительности
- Санация полости рта,очагов инфекции
- Промывание лакун (тонзиллор) или лакунарной канюлей
- Иммуномодуляторы
- Растительные препараты (тонзилгон-капли)
- Антиоксиданты,витамины

Декомпенсированная форма

- Оперативное лечение(двусторонняя тонзиллэктомия)
- -орошение глотки растворами антисептиков
- -анальгетики
- -щадящая диета

Тонзиллэктомия

- – полное удаление небных миндалин – показана при декомпенсации хронического тонзиллита в виде рецидивирующих ангин [при неэффективности полноценного консервативного лечения), при рецидивах паратонзиллярных абсцессов, выраженной тонзиллогенной интоксикации, заболевании отдаленных органов и систем.
- Под общей анестезией (ЭТ



Роль медсестры и уход за больными

- для больного ангиной является изоляция его от окружающих, учитывая инфекционную природу заболевания. Больному выделяют отдельную посуду для приема пищи, проветривают помещение и облучают кварцевой лампой. Необходимо соблюдать правила личной гигиены (использование марлевой маски, дезинфекция рук и т. д.).
- Для лечения многих заболеваний глотки используют лекарственные вещества в виде полосканий, ингаляций, промывание лакун небных миндалин. Медсестра готовит раствор лекарственного вещества на одну процедуру. Рецептуру растворов для полоскания и схему применения определяет врач.
- В обязанности медсестры входит научить больного правильному полосканию горла. Лекарство набирают в рот в небольшом количестве, не глотая, запрокидывают голову назад, полощут и выплёвывают. В течение дня полоскание повторяют 3–5 раз, обязательно после приема пищи. Ингаляции проводит медсестра в специально оборудованном кабинете или с помощью портативного ингалятора.