

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации»

Кафедра ЛОР - болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

«Острый и хронический фарингит»

Зав.кафедрой: д.м.н.,проф . Вахрушев С.Г

Проверила: асс. Смбатян А.С

Выполнил: ординатор 1 года обучения Аббосов Н.Н

Красноярск 2021

Содержание:

1. Введение
2. Профилактика острого и хронического фарингита
3. Классификация острого и хронического фарингита
4. Этиология острого и хронического фарингита
5. Патогенез острого и хронического фарингита
6. Клиника острого и хронического фарингита
7. Диагностика острого и хронического фарингита
8. Дифференциальная диагностика острого и хронического фарингита
9. Лечение острого и хронического фарингита
 - ✓ Показания к госпитализации
 - ✓ Немедикаментозное лечение
 - ✓ Медикаментозное лечение
 - ✓ Хирургическое лечение
10. Прогноз
11. Список литературы

1. Введение

Фарингит (лат. pharyngitis) - острое или хроническое воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки.

Острый фарингит имеет код J02, хронический - J31.2 по МКБ-10. Патология проявляется сухим кашлем, ощущением царапания и першения, болезненностью, которая усиливается при глотании. При остром течении возможна незначительная гипертермия. Обычно болезнь завершается выздоровлением или протекает благоприятно, изредка осложняется абсцессами, становится пусковым фактором развития суставного ревматизма.

Фарингит – широко распространенное заболевание. Составляет от 5 до 9% от общего количества отоларингологических патологий. Острая форма встречается у людей всех возрастов, чаще диагностируется в холодное время года, обычно сочетается с другими ЛОР-болезнями: тонзиллитом, ринитом, ларингитом, синуситом. Хроническое течение характерно для пациентов средней и старшей возрастных групп. Мужчины болеют чаще женщин.

2. Профилактика острого и хронического фарингита

Необходимо исключить переохлаждение организма и воздействие сквозняков, а также раздражение слизистой оболочки глотки агентами алиментарной природы.

Профилактические мероприятия заключаются в общем и местном закаливании организма, в своевременном лечении гнойно-воспалительных заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. Немаловажное значение имеет санация полости рта.

Профилактика хронического фарингита - прежде всего, устранение местных и общих причин заболевания. Необходимо исключить воздействие возможных раздражающих факторов, таких, как курение, запыленность и загазованность воздуха, раздражающая пища и т.п. Следует проводить соответствующее лечение общих хронических заболеваний, в том числе заболеваний внутренних органов (сердца, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, мочевых путей), нарушений обмена веществ, так как развитие и течение хронического фарингита связано с общим состоянием организма.

3. Классификация острого и хронического фарингита

Острый фарингит по этиологическому фактору:

- вирусный;
- бактериальный;
- грибковый;
- аллергический;
- травматический;
- вызванный воздействием раздражающих факторов.

Хронический фарингит по локализации:

- назофарингит;
- мезофарингит;
- гипофарингит.

Хронический фарингит по характеру морфологических изменений:

- катаральный (простой);
- гипертрофический;
- атрофический (субатрофический) фарингит.

4. Этиология острого и хронического фарингита

Этиологическим фактором острого фарингита могут быть вирусы, микробные возбудители, грибы. Вирусную этиологию острого фарингита отмечают приблизительно в 70% случаев; возбудителями при этом выступают риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирусы, энтеровирусы, вирус гриппа, парагриппа и др. Из бактериальных возбудителей острого тонзиллофарингита главную роль играет (3-гемолитический стрептококк группы А и других групп, с которыми связывают соответственно 31% и 15% всех случаев заболевания).

Встречаются такие микроорганизмы, как *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella*, *Klebsiella*, и другая микрофлора, обычно обнаруживаемая в носоглотке в непатогенной форме.

Острое воспаление глотки может развиваться также вследствие аллергического, травматического воздействия, а также под влиянием различных раздражающих факторов: горячего питья, кислот, щелочей, облучения и т.п.

Развитие хронического фарингита в большинстве случаев обусловлено местным длительным раздражением слизистой оболочки глотки.

Способствуют возникновению хронического фарингита повторные острые воспаления глотки, хронический тонзиллит, длительно текущие воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух, нарушение носового дыхания. При постоянно затрудненном носовом дыхании фарингит может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают там анемизирующий эффект. Симптомы хронического фарингита могут развиваться при так называемом постназальном синдроме, когда патологический секрет стекает из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки.

К развитию хронического фарингита может привести воздействие неблагоприятных климатических и экологических факторов (пыль, горячий сухой или задымленный воздух, химические вещества), курение, злоупотребление алкоголем и т.п.

Причиной заболевания могут быть болезни желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холецистит, панкреатит, дисбактериоз кишечника). Например, к развитию хронического фарингита нередко приводит попадание кислого желудочного содержимого в глотку во время сна при гастроэзофагальном рефлюксе и грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

Развитие хронического фарингита может быть обусловлено эндокринными и гормональными нарушениями (менопауза, гипотиреозидизм), аллергией, гипо- или авитаминозом А, кариесом зубов, употреблением алкоголя, острой раздражающей и чрезмерно горячей или холодной пищи. Сахарный диабет, сердечная, легочная и почечная недостаточность также бывают причиной хронического фарингита. Наконец, хронический фарингит может возникнуть и при ряде хронических инфекционных заболеваний, например при туберкулезе.

5. Патогенез острого и хронического фарингита

Морфологические изменения при остром фарингите характеризуются отеком и инфильтрацией клеточных элементов слизистой оболочки, расширением и инъецированностью сосудов, десквамацией эпителия. Воспалительная реакция обычно более выражена в местах скопления лимфоидной ткани: в области свода носоглотки, около устьев слуховых труб, на задней и боковой стенке глотки.

При катаральной форме хронического фарингита выявляется стойкая диффузная венозная гиперемия, пастозность слизистой оболочки за счет расширения и стаза вен малого калибра; при этом наблюдается периваскулярная клеточная инфильтрация.

Гипертрофическая форма фарингита характеризуется утолщением всех слоев слизистой оболочки, большим количеством рядов эпителия. Слизистая оболочка становится толще и плотнее, кровеносные и лимфатические сосуды расширены, в периваскулярном пространстве определяются лимфоциты. Лимфоидные образования, рассеянные по слизистой оболочке в норме в виде едва заметных гранул, значительно утолщаются и расширяются, часто за счет слияния соседних гранул; отмечается гиперсекреция, слизистая оболочка гиперемирована. Гипертрофический процесс может локализоваться преимущественно на задней стенке глотки (гранулезный фарингит) или на боковых ее отделах (боковой гипертрофический фарингит).

Для атрофического хронического фарингита характерно резкое истончение и сухость слизистой оболочки глотки; в выраженных случаях она блестящая, «лакированная». Величина слизистых желез и их количество уменьшены; наблюдается десквамация эпителиального покрова.

6. Клиника острого и хронического фарингита

- ✓ При остром фарингите и обострении хронического фарингита больной жалуется на неприятные ощущения в носоглотке: на жжение, сухость, нередко скопление вязкой слизи, першение и иногда слабо выраженные боли в горле (особенно при «пустом глотке»). При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб появляется заложенность и боль в ушах, Больного может беспокоить слабость, головная боль; возможно незначительное повышение температуры. Иногда отмечают увеличение регионарных лимфатических узлов, умеренно болезненных при пальпации.
- ✓ Для хронического фарингита не характерно повышение температуры и существенное ухудшение общего состояния. Катаральная и гипертрофическая формы воспаления характеризуются ощущением першения, щекотания, саднения, неловкости в горле при глотании, ощущением инородного тела, не мешающего приему пищи, но заставляющего часто производить глотательные движения. При

гипертрофическом фарингите все эти явления выражены в большей степени, чем при катаральной форме заболевания.

Основные жалобы при атрофическом фарингите представлены ощущением сухости в глотке, нередко затруднением глотания, особенно при так называемом пустом глотке, и часто неприятным запахом изо рта. У больных нередко возникает желание выпить глоток воды, особенно при продолжительном разговоре.

7. Диагностика острого и хронического фарингита

1. Лабораторные исследования

С целью диагностики стрептококковой природы фарингита используют культуральный метод, экспресс-определение стрептококкового антигена, иммунологические исследования.

2. Инструментальные исследования

При фарингоскопии у больного острым фарингитом и обострением хронического воспаления слизистая оболочка глотки гиперемирована, отечна.

Процесс может распространиться на небные дужки, миндалины; небная занавеска и язычок могут быть отечны, увеличены в объеме. Нередко на задней и боковых стенках глотки видны отдельные лимфаденоидные фолликулы в виде ярко-красных округлых возвышений (гранул) - гранулезный фарингит.

Иногда на боковых стенках, сразу за небными дужками, можно наблюдать увеличенные в размерах, инфильтрированные лимфаденоидные валики (боковой фарингит).

При катаральной форме хронического фарингита отмечают умеренно выраженную застойную гиперемию, некоторую отечность и утолщение слизистой оболочки; местами поверхность задней стенки глотки покрыта вязкой слизью.

Гипертрофический фарингит, помимо описанных выше признаков, нередко характеризуется слизисто-гнойными выделениями, стекающими по задней стенке глотки.

Для гранулезного фарингита характерно наличие на задней стенке глотки гранул - полукруглых возвышений величиной с просыное зерно темно-

красного цвета, расположенных на фоне гиперемизированной слизистой оболочки, поверхностных ветвящихся вен.

Боковой фарингит выявляется в виде тяжей различной толщины, расположенных за задними небными дужками.

Для атрофического процесса характерна истонченная, сухая слизистая оболочка, бледно-розового цвета с тусклым оттенком, покрытая местами корками, вязкой слизью. На блестящей поверхности слизистой оболочки могут быть видны инъецированные сосуды.

При обострении хронического фарингита указанные изменения сопровождаются гиперемией и отеком слизистой оболочки, однако скудность объективных данных часто не соответствует выраженности симптомов, беспокоящих больного.

8. Дифференциальная диагностика острого и хронического фарингита

Острый фарингит следует дифференцировать от катаральной ангины, поражения глотки при острых инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, дифтерия). Постановка диагноза облегчается при появлении характерных высыпаний на слизистых оболочках, на коже больного ребенка.

При острой респираторной инфекции, в том числе гриппе, помимо глотки, поражены другие отделы дыхательной системы. Воспалительный процесс имеет нисходящий характер, более выражена общая реакция организма, наблюдается регионарный лимфаденит.

Ринофарингит может сопровождать заболевания клиновидной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта. В этом случае дифференциальную диагностику проводят с помощью эндоскопии и рентгенологического исследования.

К гипертрофическим формам фарингита можно отнести гиперкератоз глотки (лептотрихоз), при котором на поверхности лимфоидных образований (в том числе и небных миндалин) образуются пирамидоподобные остроконечные выросты ороговевшего эпителия размером около 2-3 мм. Чаще всего желтовато-белые плотные образования выступают на зевной поверхности

небных миндалин, на сосочках языка и отличаются от лакунарных пробок твердостью и прочной спаянностью с эпителием (с трудом отрываются пинцетом); морфологически характеризуются пролиферацией эпителия с ороговением. При микроскопическом исследовании в этих образованиях обнаруживают нитчатые бактерии *V. leptotrix*, что дает основание считать данный возбудитель этиологическим фактором в возникновении заболевания.

При упорных, не поддающихся обычной терапии болезненных ощущениях в горле в ряде случаев требуется дифференциальная диагностика с синдромами, развивающимися при ряде системных заболеваний (синдром Шегрена) и болезнях нервной системы (невралгии языкоглоточного или блуждающего нерва).

9. Лечение острого и хронического фарингита

✓ Показания к госпитализации

Тяжелое течение респираторной инфекции, а также те случаи, когда острое инфекционное заболевание, одним из проявлений которого явился воспалительный процесс в глотке, контагиозно и представляет опасность для окружающих (дифтерия, корь, скарлатина).

✓ Немедикаментозное лечение

Лечение острого фарингита следует начинать с исключения раздражающей (горячей, холодной, кислой, острой, соленой и т.п.) пищи, газированных напитков. Среди первоочередных назначений также можно назвать запрет курения, алкоголя, рекомендацию соблюдать голосовой режим.

✓ Медикаментозное лечение

Местное лечение заключается в назначении препаратов, обладающих антисептическим, противовоспалительным, болеутоляющим действием. Эффективна при инфекционной природе фарингита пульверизация глотки различными аэрозолями: фузафунгином, прополисом, дексаметазоном + неомицином + полимиксином В, повидон-йодом + аллантоином, биклотимолом, стопангином*, бензидамином. Находят применение различные местные антисептики в виде таблеток (антиангин*, амилметакрезол + дихлорбензиловый спирт, амбазон и др.), пастилок (диклонин), леденцов или драже (стрепсилс*,

ацетиламинонитропропоксибензен) для рассасывания во рту. Препараты, в состав которых входит йод (повидон-йод, повидон-йод + аллантоин) и которые содержат растительные антисептики и эфирные масла (ротокан*, септолете*), хотя и эффективны, но противопоказаны людям, страдающим аллергией.

Однако в ряде случаев даже самые эффективные местные препараты не заменяют полностью потребности в системной антибактериальной терапии, особенно при сочетании фарингита и ангины, вызванных В-гемолитическим стрептококком. Системная антибиотикотерапия показана для предупреждения гнойных осложнений, нисходящей инфекции в случаях выраженной общей реакции с высокой температурой. Препаратами выбора в таких случаях являются антибиотики пенициллиновой группы, макролиды, цефалоспорины.

В лечении острого фарингита используют также иммуномодуляторы: лизатов бактерий смесь и др. При аллергической природе фарингита назначают антигистаминные препараты.

При хроническом фарингите лечение нередко начинают с санации хронических очагов инфекции в области верхних дыхательных путей. Эффективно местное лечебное воздействие на слизистую оболочку глотки с целью очистить ее от слизи и корок. Получила распространение ингаляционная терапия. При гипертрофических формах применяют полоскание теплым 0,9-1% раствором натрия хлорида. Этим же раствором можно производить ингаляции и пульверизацию глотки. В последние годы для этой цели успешно используют препараты морской воды.

Уменьшает отечность слизистой оболочки смазывание задней стенки глотки 3-5% раствором нитрата серебра, 3-5% раствором протеината серебра, 5-10% раствором танин-глицерина. Крупные гранулы на задней и боковых стенках глотки эффективно удаляются с помощью воздействия холодом, выпаривания лазером, ультразвуковой дезинтеграции, прижигания концентрированным 30-40% раствором нитрата серебра, поликрезулена.

Лечение атрофического фарингита включает ежедневное удаление слизисто-гнойного отделяемого и корок с поверхности слизистой оболочки глотки. Для этой цели используют полоскания 0,9-1% раствором натрия хлорида с добавлением 4-5 капель 5% спиртового раствора йода на 200 мл жидкости.

Эффективны также препараты морской воды. При обилии сухих корок проводят ингаляции с использованием протеолитических ферментов (6-10 дней), затем назначают ингаляции с применением различных растительных масел. При субатрофическом фарингите хороший эффект дает полоскание глотки раствором В.С. Преображенского (70% раствор этилового спирта, глицерин и мятная вода поровну; 1 ч. л. смеси на х/г стакана кипяченой воды) после приема пищи 3-4 раза в день.

Периодически курсами смазывают слизистую оболочку глотки 0,5% раствором Люголя с глицерином. Положительный эффект дают новокаиновые блокады в боковые отделы задней стенки глотки.

Лечение больных хроническим фарингитом, развившимся на фоне желудочно-пищеводного рефлюкса, проводят под наблюдением врача-гастроэнтеролога.

Одной из вероятных причин упорно протекающего хронического фарингита может быть дисбактериоз кишечника, вследствие чего целесообразно рекомендовать больному исследование микрофлоры кишечника и при необходимости провести лечение (хилак форте*, бактисубтил* и др.). Поскольку причиной развития хронического фарингита бывают эндокринные и гормональные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, почечная недостаточность, может потребоваться участие в лечении соответствующих специалистов (эндокринолог, кардиолог, пульмонолог, нефролог и др.).

Из 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 лечение

При хроническом фарингите проводят лечебные мероприятия по восстановлению носового дыхания (аденотомия, лечение синусита и гипертрофического ринита, полипотомия, септопластика и т.п.). При сочетании хронического фарингита и хронического тонзиллита вопрос о

целесообразности хирургического лечения тонзиллита в каждом конкретном случае решается индивидуально.

10. Прогноз

Прогноз благоприятен, но при хроническом атрофическом фарингите требуется систематическое проведение симптоматической терапии.

11. Список литературы:

1. Оториноларингология/ Вишняков В.В. – 2014.
2. Острый фарингит/ Зайцева О.В.// Лечащий врач – 2011 – №10.
3. Местная терапия при различных формах фарингита/ Лучшева Ю.В., Кунельская Н.Л., Изотова Г.Н.// Медицинский совет – 2012 - №2.
4. Лечение острого и хронического фарингита/ *Лопатин А. С.*// РМЖ – 2001 – Т.9.