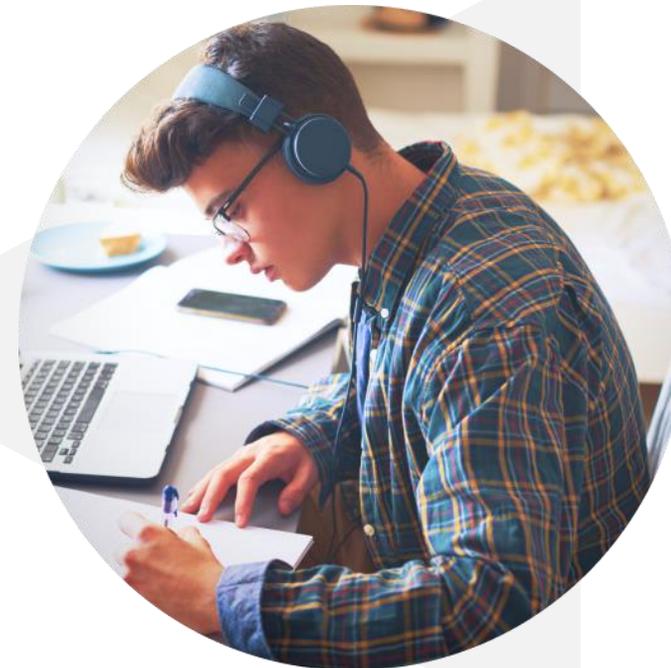


**Лекция № 13 – 14 ЛОР болезни.**

**Методики исследования глотки и гортани.**

**Заболевания глотки и гортани.**



---

Кафедра внутренних болезней  
Дисциплина пропедевтика клинических  
дисциплин

# Цель и задачи дисциплины



**Цель** изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

## **Задачи дисциплины:**

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



ЛОР - оториноларингология, область медицины, изучающая строение и функционирование уха, горла и носа.

## *Larynx (гортань)*

*Otos (ухо)*

*Rhinos (нос).*

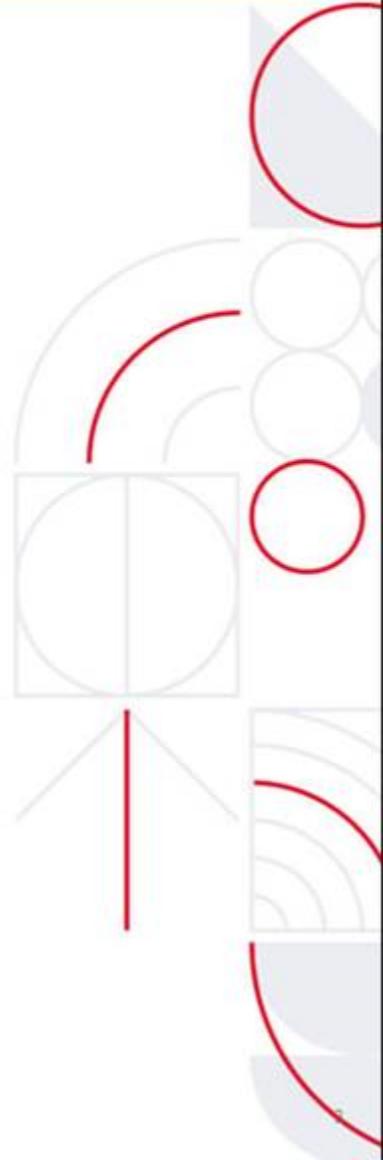




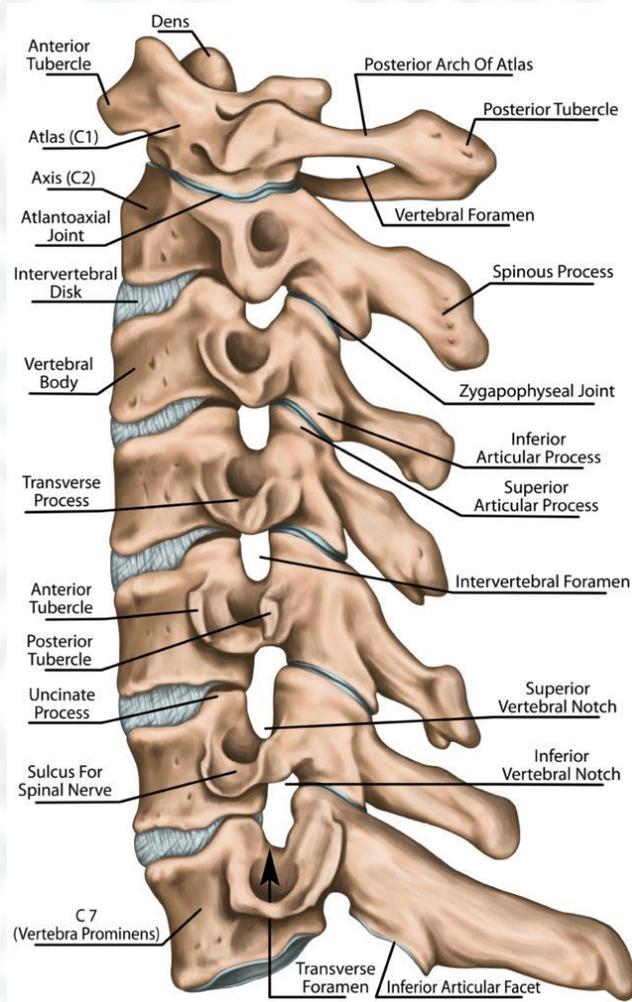
# План практического занятия

---

1. Клиническая анатомия шеи и гортани
2. Методы обследования глотки
3. Методы обследования гортани
4. Аномалии развития
5. Острый, хронический ларингит
6. Ложный, истинный круп, стридор.
7. Папилломатоз гортани
8. Дифтерия
9. Инородные тела
10. Рак гортани



# Шейный отдел позвоночника



- Шейный отдел состоит из 7 позвонков. Два верхних шейных позвонка - имеют анатомическое строение, отличное от строения всех остальных позвонков. Шейный отдел самый подвижный.
- Первый позвонок (**атлант**) неподвижно сросся с черепом. Атлант удерживает на себе голову. Атлант не имеет тела позвонка, а состоит из передней и задней дужек. Дужки соединены между собой боковыми костными утолщениями (латеральными массами).
- Второй позвонок (**аксис**) имеет выдающийся вверх отросток — «зуб», на который насажен «атлант». Вокруг “зуба”, как вокруг оси, вращается “атлант” вместе с черепом.
- Остальные шейные позвонки по строению похожи на грудные и поясничные, кроме небольшого отличия – в каждом из их поперечных отростков есть отверстия, которые образуют канал, в котором проходит позвоночная артерия.
- Седьмой шейный позвонок (**выступающий**) имеет характерную особенность – длинный остистый отросток.

# Мышцы шеи

---

## 1. Собственные мышцы шеи:

- подкожная мышца шеи
- **грудино-ключично-сосцевидная (кивательная) мышца**
- лестничные мышцы (передняя, средняя, задняя)
- длинная мышца шеи и длинная мышца головы

## 2. Подзатылочные мышцы:

- передняя прямая мышца головы
- латеральная прямая мышца головы
- задняя прямая мышца головы (большая, малая)
- косая мышца головы (верхняя, нижняя).

## 3. Надподъязычные мышцы

## 4. Подподъязычные мышцы





# Период новорожденности

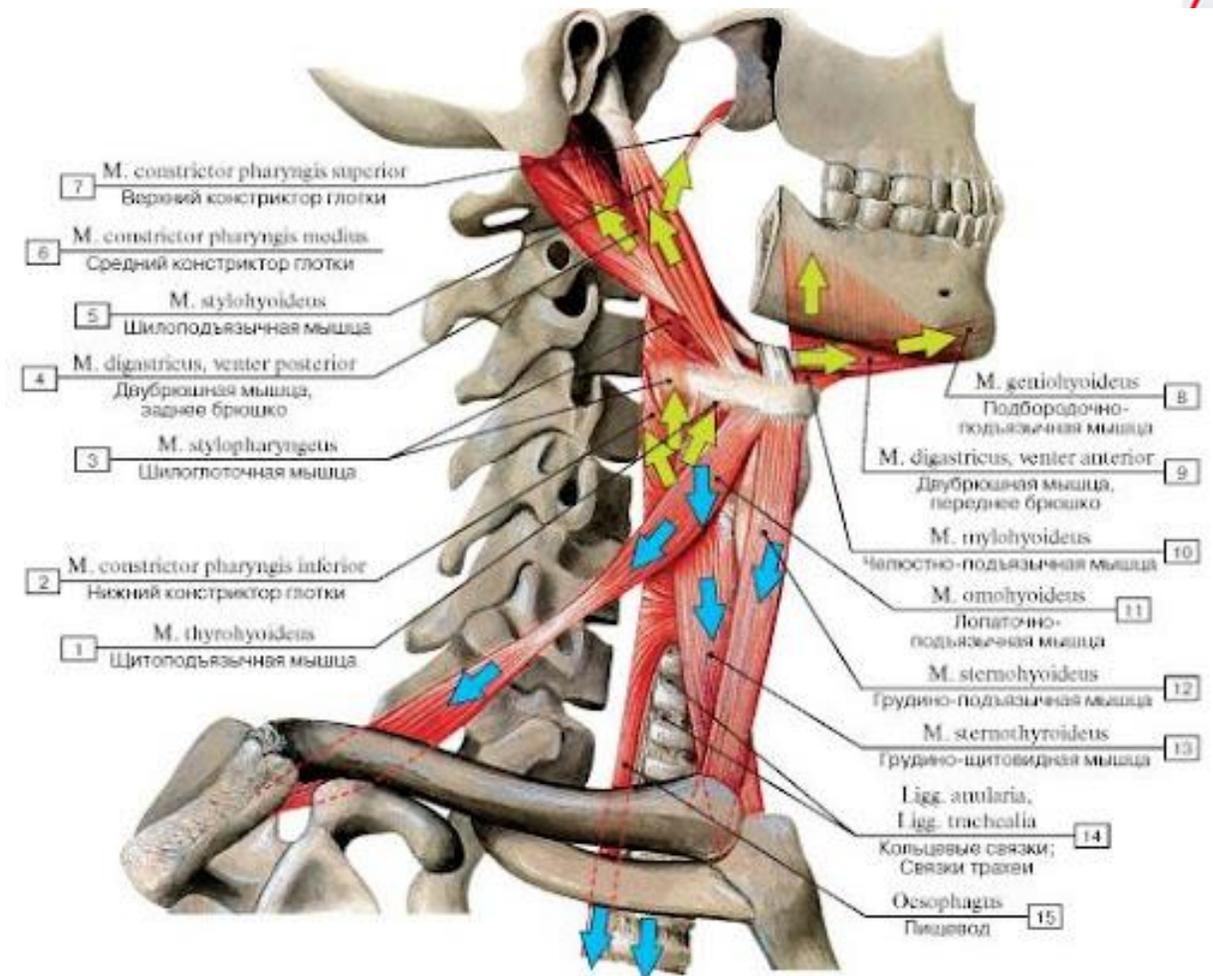
## Надподъязычные мышцы

(формируют дно ротовой полости):

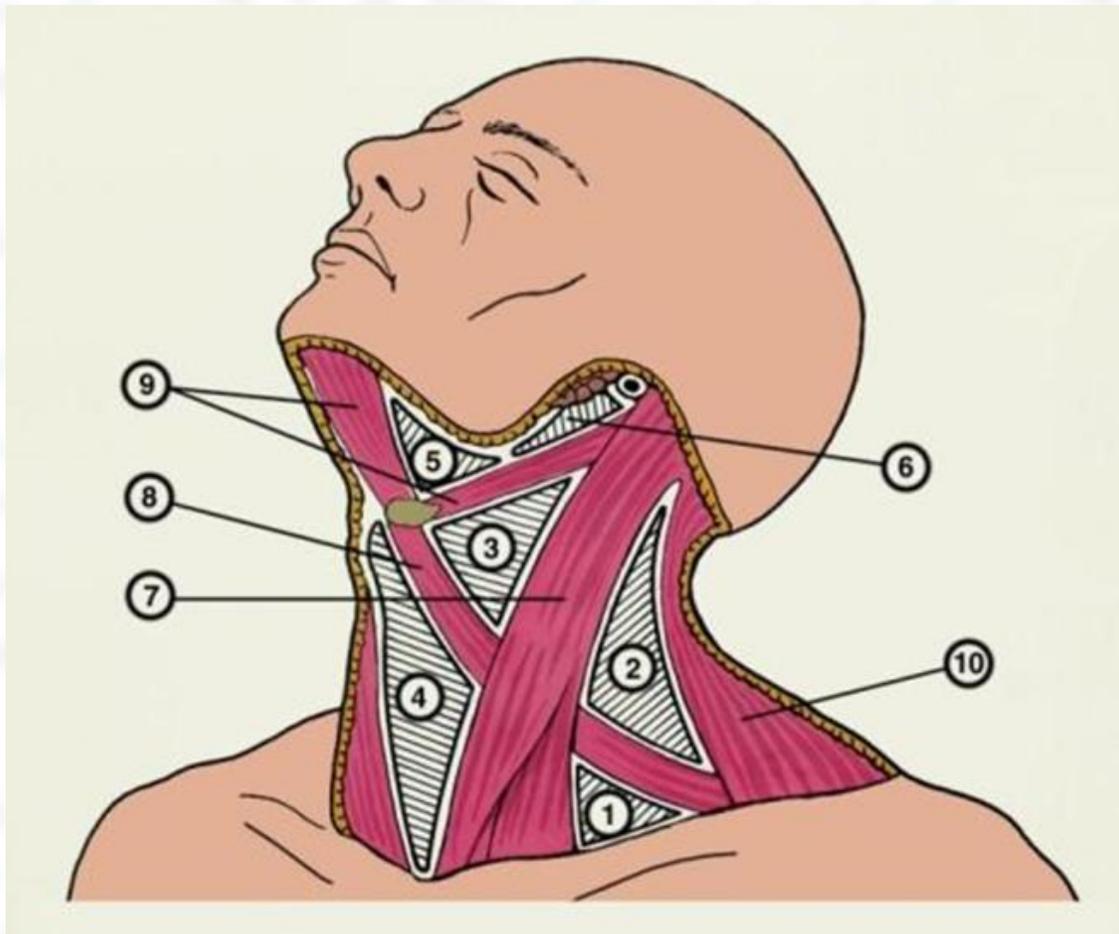
1. двубрюшная мышца
2. шилоподъязычная мышца
3. челюстно-подъязычная
4. подбородочно-подъязычная

## Подподъязычные мышцы:

1. грудино-подъязычная мышца
2. грудино-щитовидная мышца
3. щитоподъязычная мышца
4. лопаточно-подъязычная мышца



# Треугольники шеи

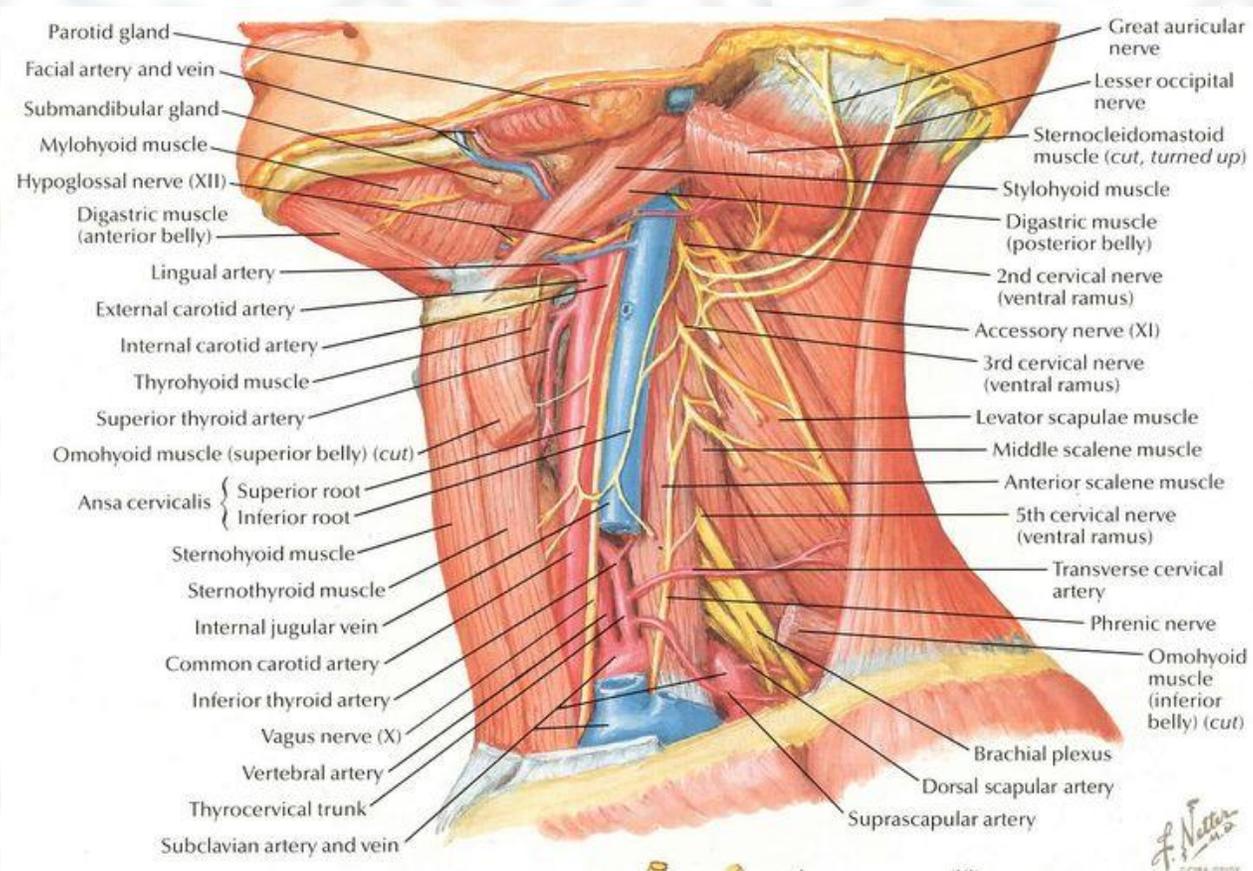


**Внутренний треугольник** (ограничен краем нижней челюсти, **грудино-ключично-сосцевидной мышцей** и срединной линией шеи):

**5 Подчелюстной треугольник** (ограничен краем нижней челюсти и обоими брюшками **двубрюшной мышцы**). **3 Сонный треугольник** (ограничен задним брюшком двубрюшной мышцы, передним краем грудино-ключично-сосцевидной и верхним брюшком **лопаточно-подъязычной мышц**). **4 Лопаточно-трахеальный треугольник** (ограничен верхним брюшком лопаточно-подъязычной и кивательной мышцами и срединной линией шеи).

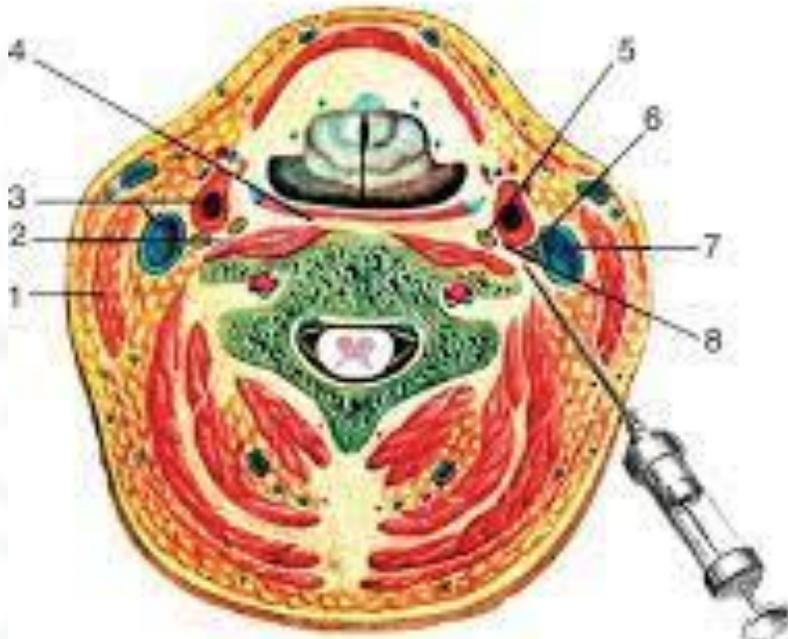
**Наружный треугольник** (ограничен ключицей, грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышцами): **2 Лопаточно-трапециевидный треугольник** (ограничен грудино-ключично-сосцевидной, латеральным краем трапециевидной, нижним брюшком лопаточно-подъязычной мышц). **1 Лопаточно-ключичный треугольник** (ограничен грудино-ключично-сосцевидной, нижним брюшком лопаточно-подъязычной мышц и ключицей).

# Грудино-ключично-сосцевидная область



Под кивательной мышцей (иннервируется (11) добавочным нервом) располагается внутренняя яремная вена, блуждающий нерв (10), общая сонная артерия. На уровне средней трети сосуды лежат позади мышцы, в нижней трети располагается в промежутке между грудинной и ключичной ножками. «Сонный бугорок» выступающий бугорок поперечного отростка 6 шейного позвонка (середина переднего края), место пальцевого прижатия артерии. Глубже артерии располагается шейный симпатический нерв.

# Вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневскому



Целью блокады является купирование или профилактика плевропульмонального шока при ранениях и операциях на органах грудной и брюшной полости.

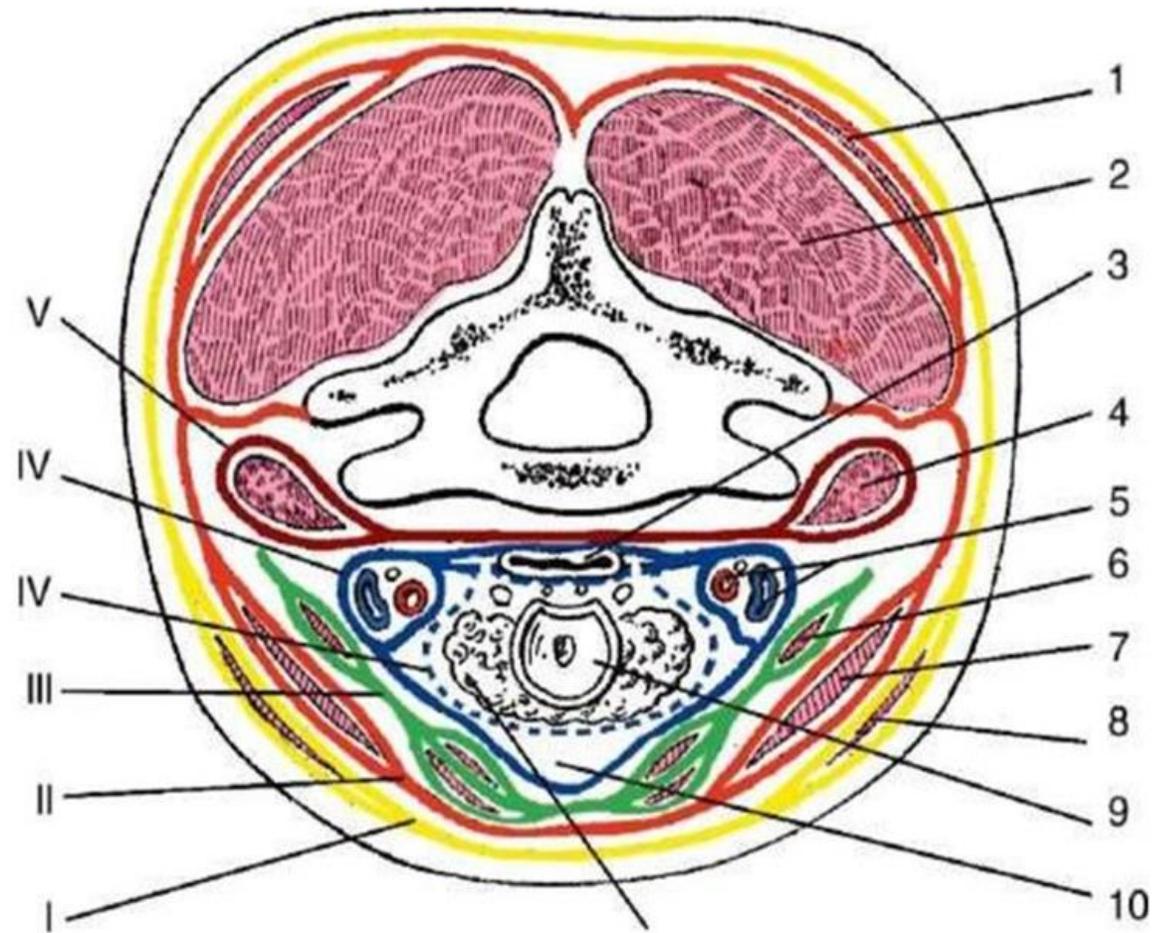
Техника:

- Положение больного с повернутой головой и опущенной рукой
- В точке пересечения наружной яремной вены и заднего края кивательной мышцы пальцем определяют позвонок
- Смещают мышцу в медиальном направлении вместе с сосудами.
- Продвигая вперед иглу нагнетают 0,25 % р-р новокаина в футляр сосудисто-нервного пучка.
- Иглу постепенно проводят до позвонка, потягивают поршень и убеждаются в отсутствии крови, вводят 40 – 50 мл раствора новокаина.
- При правильно выполненной блокаде отмечается гиперемия лица и сужение зрачка и глазной щели на стороне блокады.

# Фасции шеи

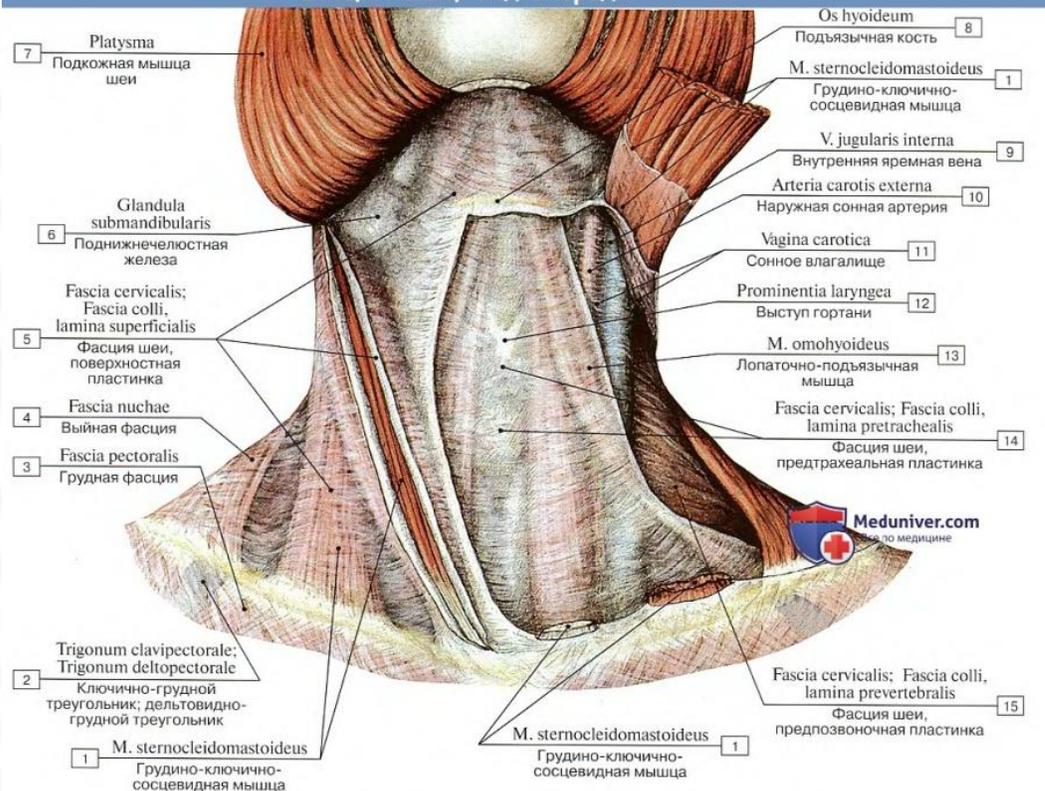
Фасции шеи по Шевкуненко.

- I. поверхностная фасция шеи
- II. собственной фасцией шеи
- III. глубокий листок собственной фасции
- IV. внутришейная фасция
- V. предпозвоночная фасция



# Фасции шеи

Фасции шеи, вид спереди

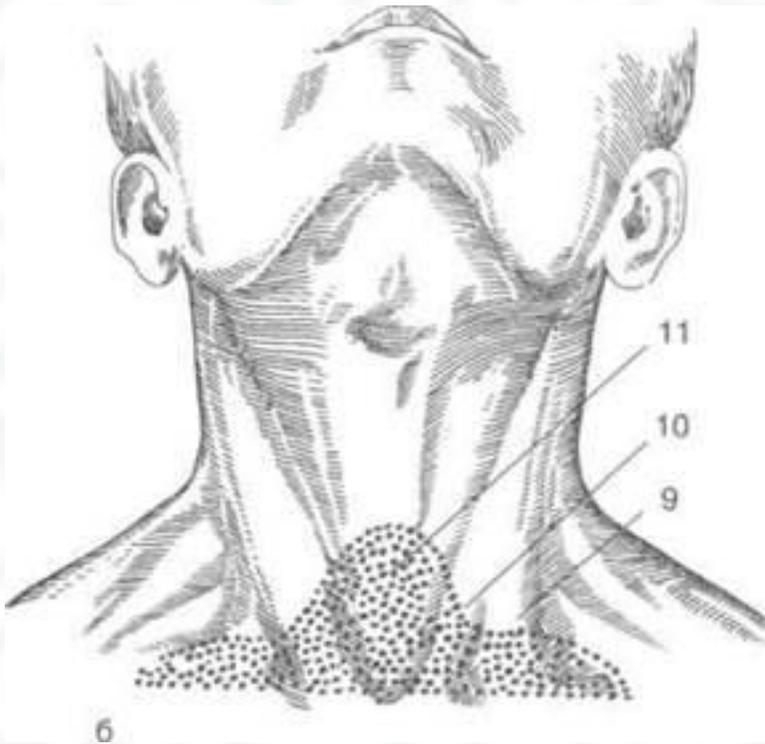


1 – Sternocleidomastoid; 2 – Clavipectoral triangle; Deltpectoral triangle; 3 – Pectoral fascia; 4 – Nuchal fascia; 5 – Cervical fascia, investing layer; superficial layer; 6 – Submandibular gland; 7 – Platysma; 8 – Hyoid bone; 9 – Internal jugular vein; 10 – External carotid artery; 11 – Carotid sheath; 12 – Laryngeal prominence; 13 – Omohyoid; 14 – Cervical fascia, pretracheal layer; 15 – Cervical fascia, prevertebral layer

1. Первая фасция – поверхностная, влагалище для подкожной мышцы;
2. Вторая фасция – поверхностный листок собственной фасции, влагалище для кивательной, трапециевидной мышцы, капсулу подчелюстной слюнной железы.
3. Третья фасция - глубокий листок собственной фасции, влагалище для лопаточно-подъязычной мышцы (боковые границы) и подподъязычных мышц, участвует в образовании белой линии шеи вместе со 2 фасцией.
4. Четвертая фасция (париетальный и висцеральный листок) – охватывает глотку, пищевод, гортань, трахею, щитовидную железу, заднюю стенку влагалища сосудисто-нервного пучка.
5. Пятая фасция – покрывает симпатический ствол и мышцы лежащие на позвоночнике, влагалище для лестничных мышц.

Все фасции прикреплены к поперечным отросткам шейных позвонков и делят шею на передний и задний отдел.

# Клетчаточные пространства шеи



К замкнутым клетчаточным пространствам шеи относятся:

- **Фасциальный мешок поднижнечелюстной железы.** Он образован двумя листками поверхностной пластинки шейной фасции (2-й фасции шеи) и основанием тела нижней челюсти. Кроме поднижнечелюстной железы содержит лицевую артерию и вену, а также поднижнечелюстные лимфатические узлы;
- **Фасциальный мешок грудино-ключично-сосцевидной мышцы.** Формируется за счет расщепления поверхностной пластинки шейной фасции на два листка (2-й фасции шеи).
- **Надгрудинное межжапоневротическое пространство.** Оно находится между поверхностной и предтрахеальной пластинками шейной фасции (между 2-й и 3-й фасциями шеи). Снизу пространство ограничено рукояткой грудины, а сверху простирается до середины расстояния между грудиной и подъязычной костью. Латерально пространство продолжается под грудино-ключично-сосцевидную мышцу и заканчивается слепым карманом (Грубера). В надгрудинном межжапоневротическом пространстве кроме клетчатки находится яремная венозная дуга, соединяющая между собой передние яремные вены.

# Клетчаточные пространства шеи

К незамкнутым клетчаточным пространствам или фасциальным щелям относятся:

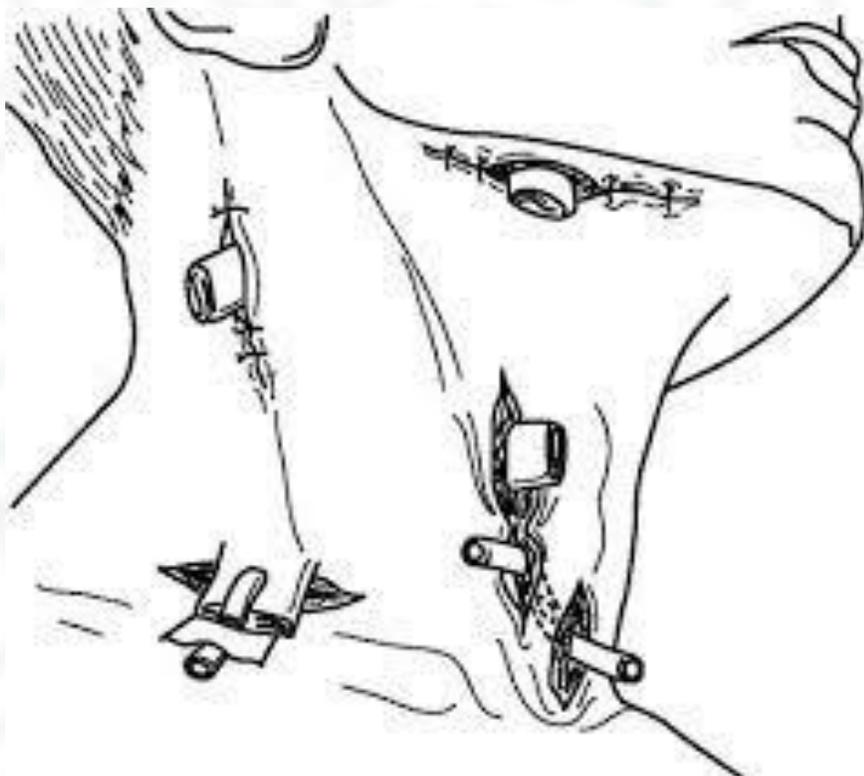
- **Предвисцеральное (предорганное) пространство.** Оно расположено между предтрахеальной пластинкой шейной фасции и висцеральной фасцией, покрывающей органы шеи: трахею, гортань, щитовидную железу (между париентальным и висцеральными листками 4-й фасции шеи). На уровне трахеи предвисцеральное пространство называется *предтрахеальным*. По бокам и сзади трахеи оно переходит в *околопищеводное пространство*. Пространство сообщается с верхним средостением.
- **Ретровисцеральное (позадиорганное) пространство.** Оно находится между предпозвоночной фасцией и висцеральной фасцией (между висцеральным листком 4-й и 5-й фасциями шеи). Частью позадиорганного пространства является *ретрофарингеальное (заглоточное) клетчаточное пространство*, которое начинается от основания черепа. Позадиорганное пространство сообщается с задним средостением и простирается до диафрагмы.
- **Клетчаточное пространство сосудисто-нервного пучка.** Парное, находится в пределах сонного влагалища. Вверху доходит до основания черепа, а внизу сообщается с верхним средостением.
- **Клетчаточное пространство бокового треугольника шеи.** Оно расположено между поверхностной и предпозвоночной пластинками шейной фасции (между 2-й и 5-й фасциями шеи). Пространство сообщается с клетчаткой подмышечной и надостной ямок.
- **Глубокое предпозвоночное пространство** расположено между предпозвоночной фасцией и телами шейных и трёх верхних грудных позвонков, содержит длинные мышцы головы и шеи и на их поверхности проходит симпатический ствол.

# Лимфоузлы шеи

---

1. Подчелюстные узлы – фасциальное ложе подчелюстной железы;
2. Подподбородочные узлы – под второй фасцией в подбородочном треугольнике.
3. Передние шейные узлы – по ходу передней яремной вены, впереди гортани, в области перешейка щитовидной железы, в области трахеи.
4. Латеральные шейные узлы – по ходу наружной яремной вены.
5. Глубокие шейные узлы – по ходу внутренней яремной вены, по ходу добавочного нерва (позади кивательной мышцы) , в области бифуркации общей сонной артерии, по ходу поперечной артерии шеи (надключичная группа). Узел Траузье-Вирхова определяется одним из первых при раке желудка.

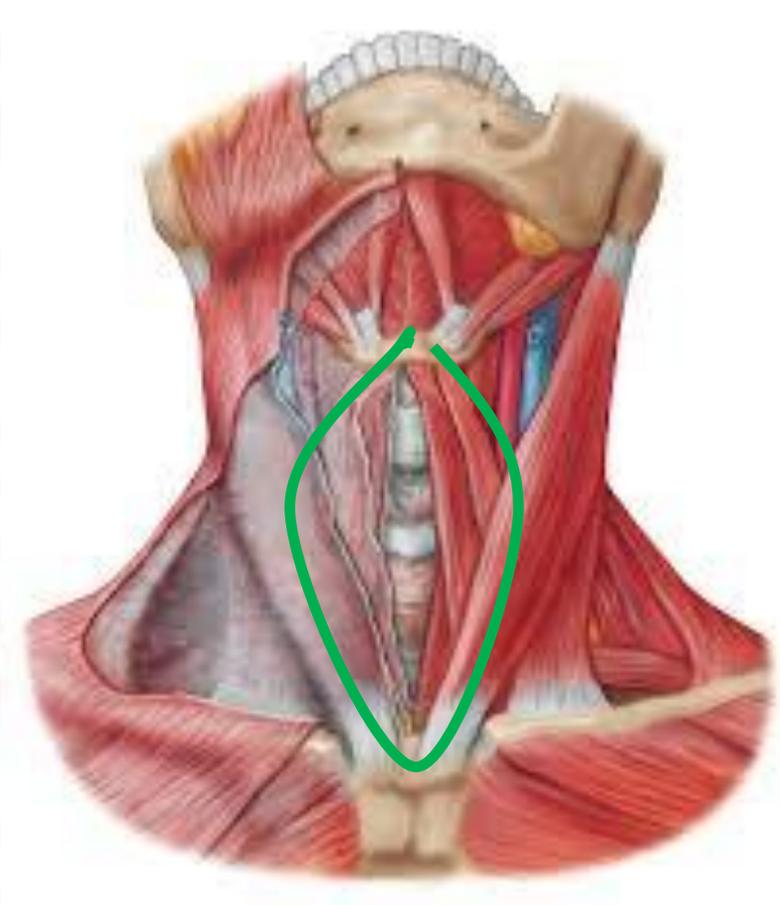
# Флегмоны шеи



Чаще всего флегмоны шеи осложнения гнойных лимфаденитов.

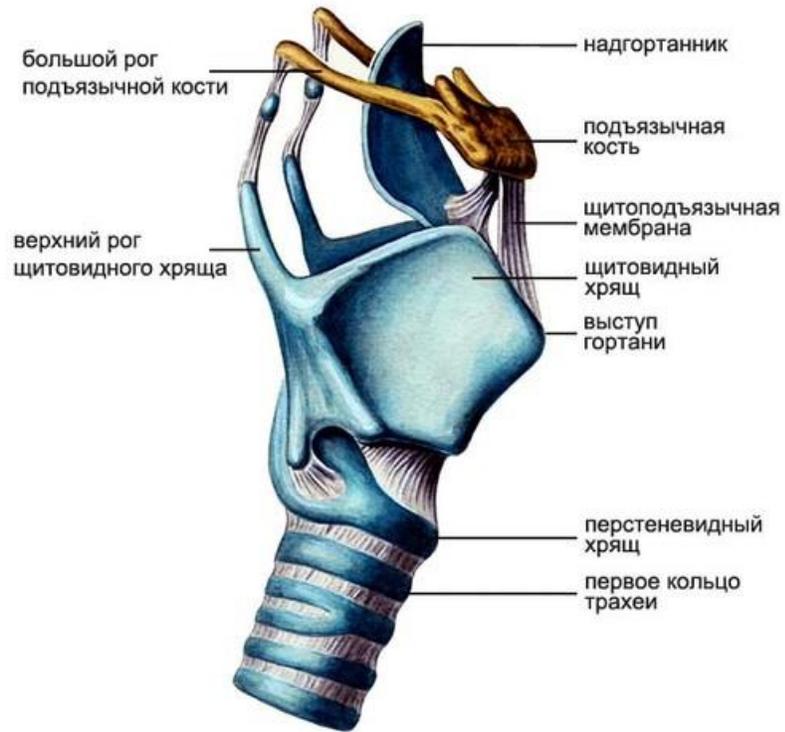
- Подчелюстная флегмона – разрез по краю нижней челюсти (опасность повреждения лицевых сосудов);
- Флегмоны дна полости рта – разрез от подбородка до подъязычной кости;
- Флегмоны сосудистой щели – разрез по краю кивательной мышцы, при гнойном затеке разрез над ключицей;
- Превисцеральные флегмоны вскрывают срединными разрезами как при трахеотомии;
- Ретровисцеральные флегмоны вскрывают доступом к шейному отделу пищевода;

# Лопаточно-трахеальный треугольник



- Кожа тонкая подвижная;
- Поверхностная фасция (1) и подкожная мышца;
- Поверхностные вены и нервы (ветви поперечного нерва шеи из шейного сплетения);
- Собственная фасция (2) и надгрудинный клетчаточный промежуток;
- Глубокая фасция шеи (3) образует влагалище 4-х подподъязычных мышц
- Париетальный и висцеральный листок внутришейной фасции окружающий органы шеи – гортань и трахея, глотка и пищевод, щитовидная и паращитовидная железа

# Гортань



Находится на уровне 5 – 6 шейных позвонков. У детей находится выше на уровне 3 позвонка.

Спереди покрыта предгортанные мышцы, латерально боковые доли щитовидной железы, позади глотка, снизу переходит в трахею, сверху достигает корня языка.

Выделяют три отдела:

Верхний отдел – от надгортанника до ложных голосовых связок;

Средний отдел – межсвязочное пространство;

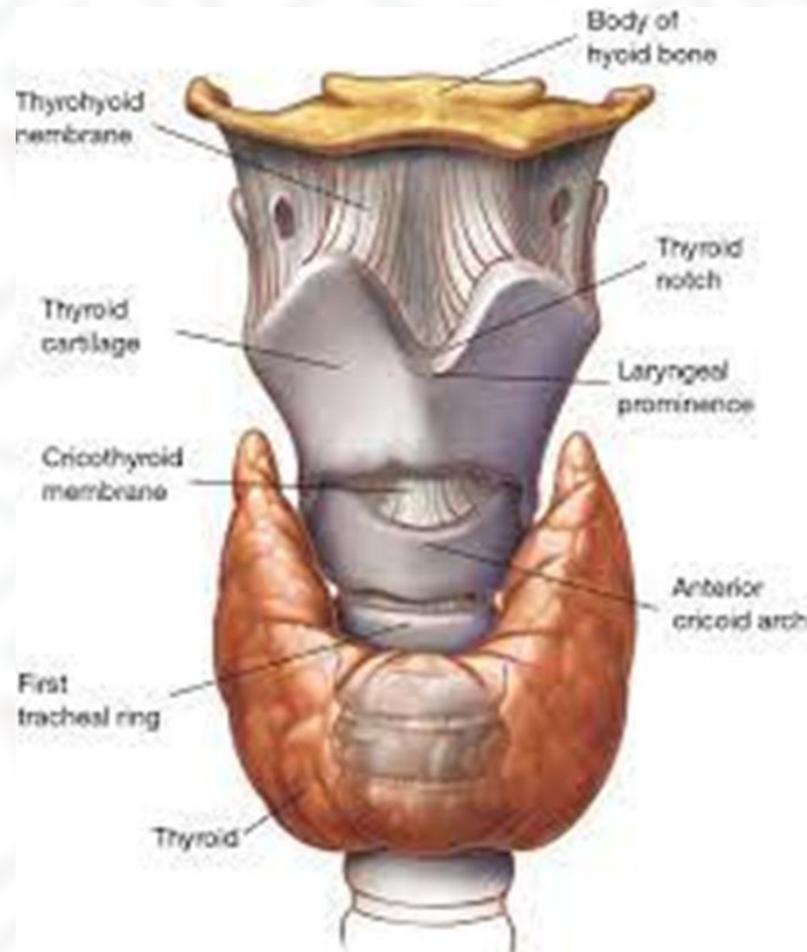
Нижний отдел – подсвязочное пространство;

Кровоснабжение ветви щитовидных артерий,

Нижний гортанный нерв конечная ветвь возвратного нерва (10) иннервирует голосовые связки.

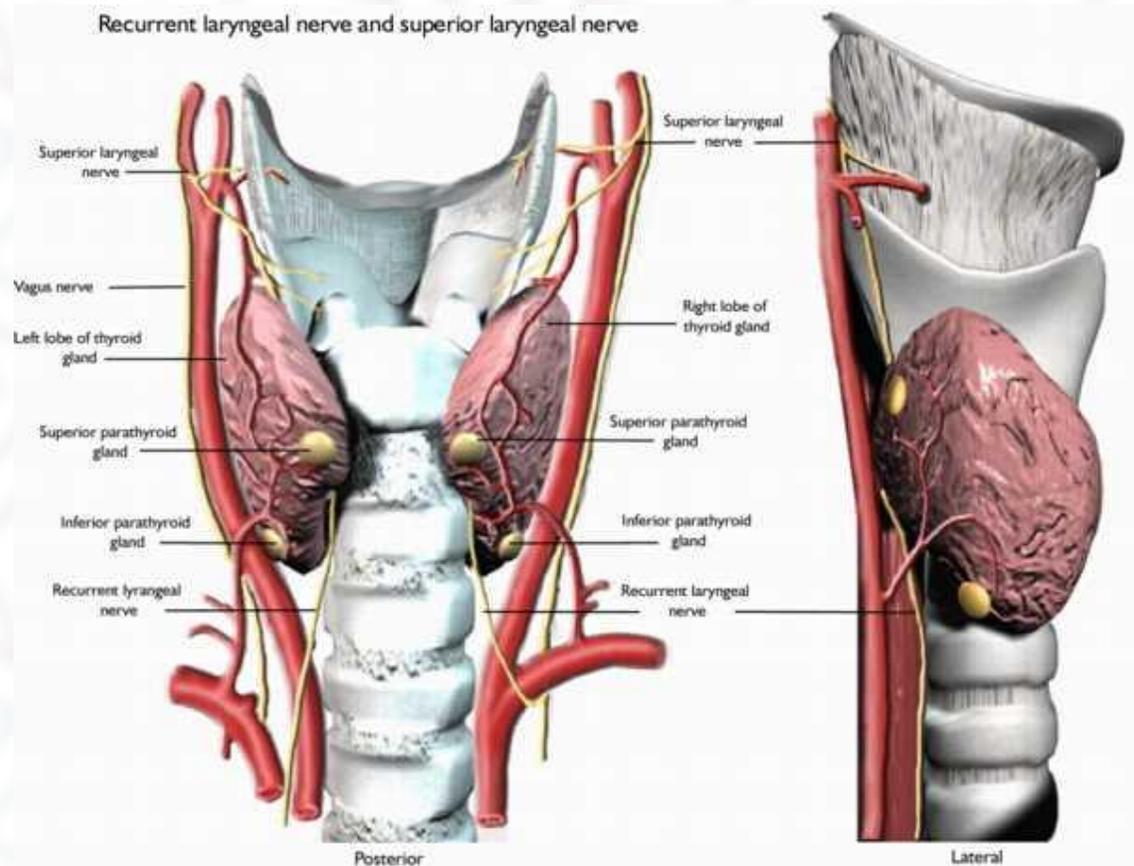


# Трахея



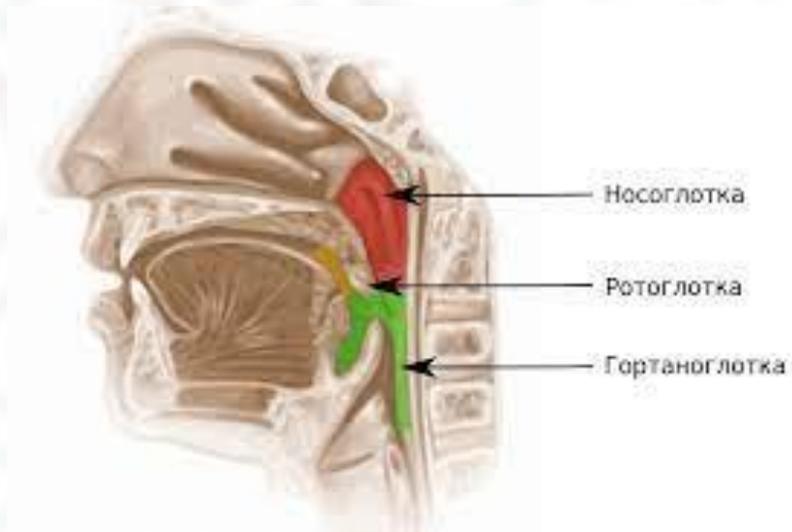
- Трахея человека — дыхательное горло, непосредственное продолжение гортани. Имеет вид трубки длиной 11—13 см, состоящей из 16—20 хрящевых полуколец, соединённых между собой связками и мышцами и объединённых под слоем рыхлой соединительной ткани.
- Начальный отдел трахеи прикрыт перешейком щитовидной железы, с боков её долями.
- Кровоснабжение осуществляется нижними щитовидными артериями, иннервация возвратными нервами.

# Щитовидная железа



- Состоит из двух боковых долей (верхний и нижний полюс) и перешейка (может быть в виде добавочной доли или отсутствовать).
- Имеет капсулу окружающую железу и влагалище из 4 фасции, между ними проходят артерии, вены, нервы и находятся паращитовидные железы.
- Железа фиксирована связками к перстневидному и щитовидному хрящу (срединной и боковой).
- Кровоснабжение - нижние щитовидные а. (щито-шейный ствол), верхние щитовидные а. (наружная сонная а.) и у 5% пятая непарная артерия отходящая от дуги аорты.
- Иннервация – симпатические стволы гортанных нервов и верхним возвратным гортанным нервом (10).

# Глотка

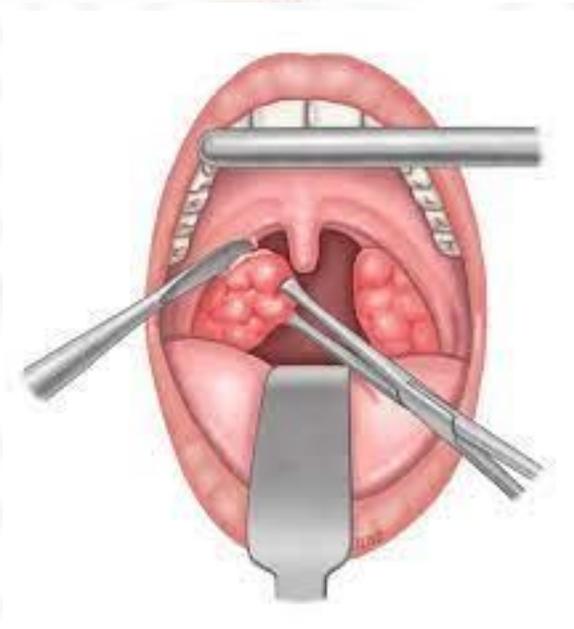


Делится на три отдела – носоглотка (до твердого неба), ротоглотка (до подъязычной кости) и гортаноглотка (от подъязычной кости до перехода в пищевод).

Глоточное кольцо – небные, трубные миндалины, глоточная и язычная миндалина. В гортаноглотке имеются два грушевидных кармана.

Кровоснабжение – восходящая глоточная, щитовидные артерии, ветви лицевой артерии. Иннервация блуждающий, языкоглоточный нерв и шейное сплетение.

**Тонзилэктомия** – удаление небных миндалин при их хроническом воспалении. Миндалины выделяют вместе с капсулой от окружающих тканей «тупым» путем при помощи - распатора. Кровотечение останавливают при помощи коагуляции кровоточащих сосудов.





# Методы обследования глотки

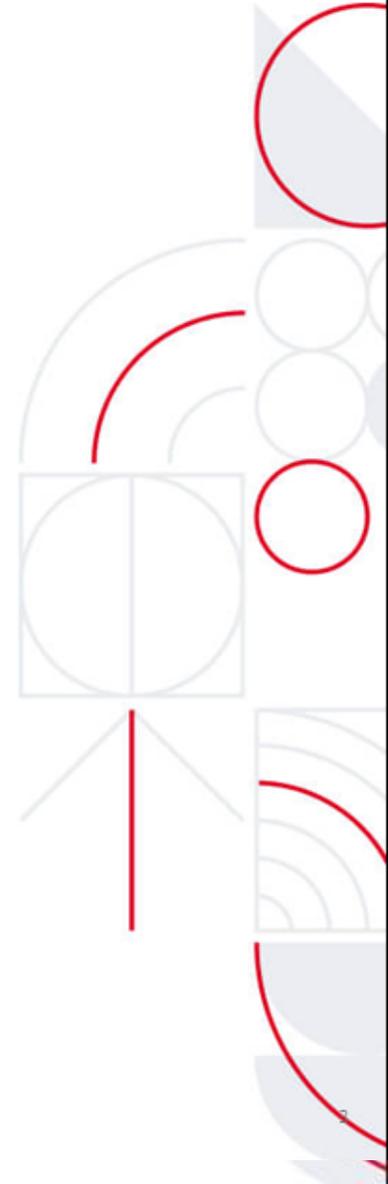
---

Первый этап - внешний осмотр, пальпация шеи и лимфоузлов.

Второй этап – эндоскопическое исследование глотки

1. Ороскопия
2. Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки)
3. Эпифарингоскопия (осмотр носоглотки)
4. Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки)

Третий этап - пальцевое исследование глотки



### Методика обследования глотки:

**Наружный осмотр и пальпация:** осмотреть область шеи, слизистую оболочку губ.

Пропальпировать регионарные лимфатические узлы глотки: **подчелюстные, глубокие шейные, задние шейные.**

**Подчелюстные лимфатические узлы** пальпируют, при несколько наклоненной вперед голове исследуемого, легкими движениями концов фаланг пальцев, которые мягко проникают в ткань. В подчелюстной области движения направлены от середины к краю нижней челюсти.



## Пальпация лимфоузлов

### Методика обследования глотки:

**Глубокие шейные лимфатические узлы** пальпируются сначала с одной стороны, потом с другой, голова исследуемого несколько наклонена вперед.

При пальпации справа, правая рука врача на темени исследуемого, левой рукой производит пальпацию впереди переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы сверху вниз и в горизонтальном направлении.

При пальпации слева - левая рука находится на темени исследуемого, а правой производится пальпация.



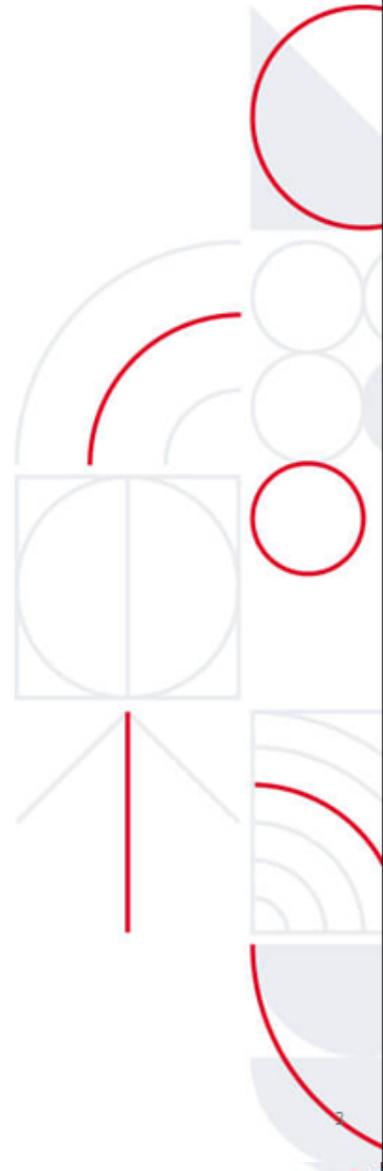
## Пальпация лимфоузлов

### Методика обследования глотки:

**Задние шейные лимфатические узлы** пальпируются двумя руками, сразу с двух сторон, сзади по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Концами фаланг пальцев в вертикальном и горизонтальном направлении.

Лимфатические узлы в над- и подключичных ямках пальпируются сначала с одной стороны, потом с другой;

При исследовании справа: правая рука врача на темени, а левой - пальпируют, при исследовании слева, левая рука на темени, а правой пальпируют.





## Ороскопия - осмотр предверия полости рта

---

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 больного. Просят больного открыть рот, шпателем плашмя оттягивают поочередно левый и правый углы рта и осматривают преддверие рта: слизистую оболочку, выводные протоки околоушных слюнных желез, находящиеся на щечной поверхности на уровне верхнего премоляра, состояние зубов и прикус, твердое и мягкое нёбо (расстояние от задней стенки, высота стояния).





# Ороскопия - осмотр предверия полости рта

## Ротовая полость



Что нас в ней интересует:

Губы и щеки

Зубы

Протоки больших слюнных желез  
и малые слюнные железы

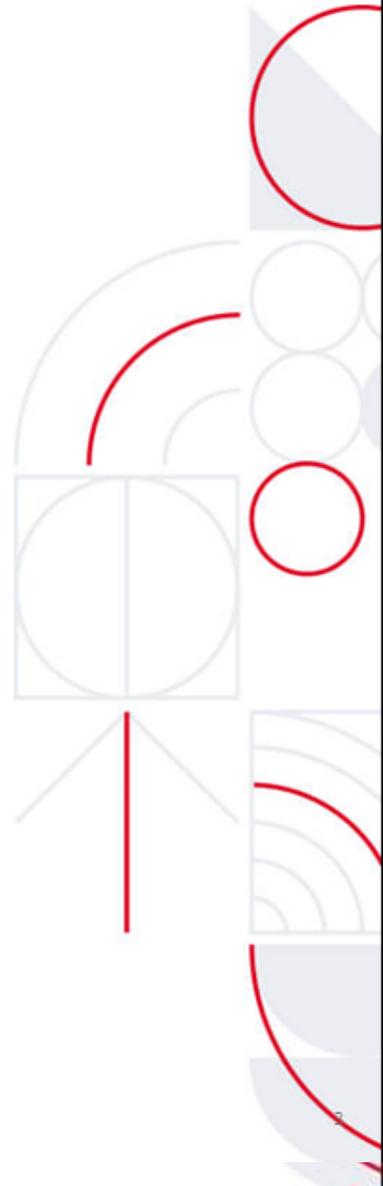
Слюна

Язык

Язычок (нужен для рвотного  
рефлекса)

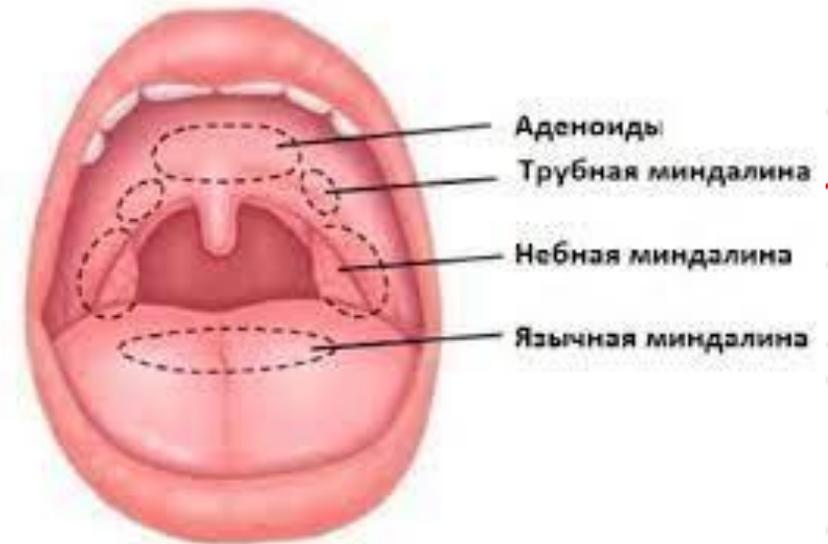
Миндалины (лимфоузлы –  
иммунная защита от  
микроорганизмов, попадающих  
через рот)

В ротовой полости расщепляются  
и всасываются сахара



## Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки)

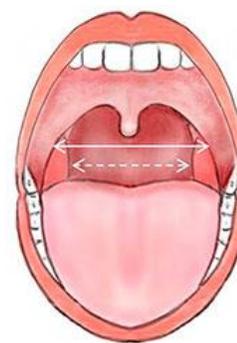
Держа шпатель в левой руке, отжимают им передние 2/3 языка книзу, не касаясь корня языка. Шпатель вводят через правый угол рта, язык отжимают не плоскостью шпателя, а его концом. При прикосновении к корню языка сразу возникает рвотное движение. Определяют подвижность и симметричность мягкого нёба, попросив 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.



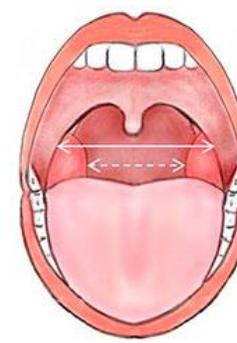


## Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки)

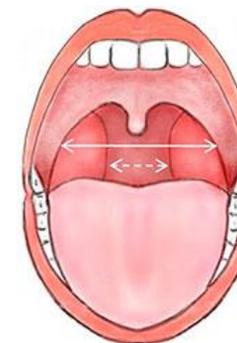
Определяют размер нёбных миндалин, для этого мысленно делят на три части расстояние между медиальным краем передней нёбной дужки и вертикальной линией, проходящей через середину язычка и мягкого нёба. Величину миндалины, выступающей до  $1/3$  этого расстояния, относят к I степени, выступающей до  $2/3$  - ко II степени; выступающей до средней линии глотки - к III степени.



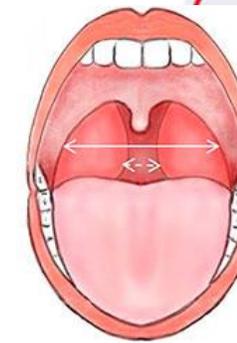
Стадия 0  
(<25%)



Стадия I  
(>25% <50%)



Стадия II  
(>50% <75%)



Стадия III  
(>75%)





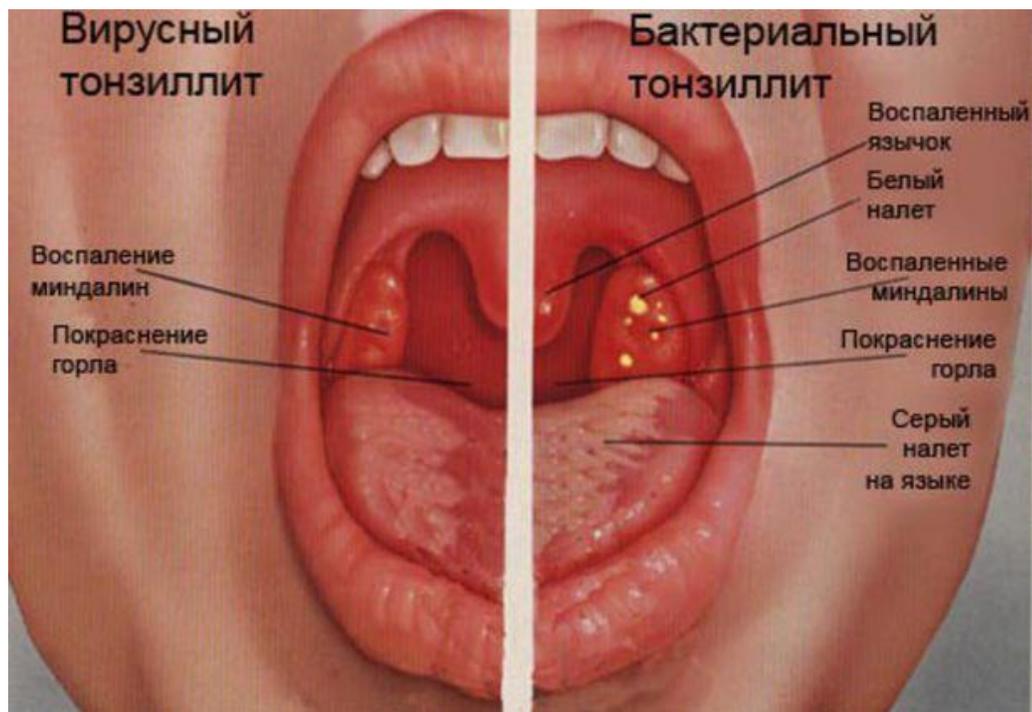
## Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки)

---

- 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.



## Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки)





## Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки)

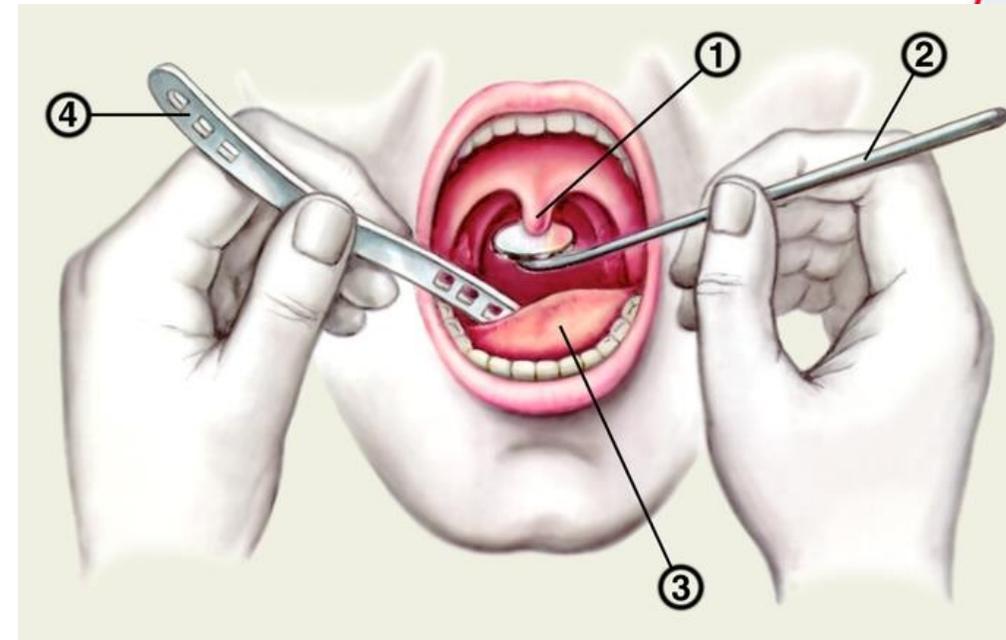
---



## Эпифарингоскопия (Задняя риноскопия)

Носоглоточное зеркало укрепляют в ручке, подогревают в горячей воде до 40-45 °С, протирают салфеткой. Шпателем, взятым в левую руку, отжимают книзу передние 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.



## Эпифарингоскопия (Задняя риноскопия)

---

- 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 по 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.



## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

---

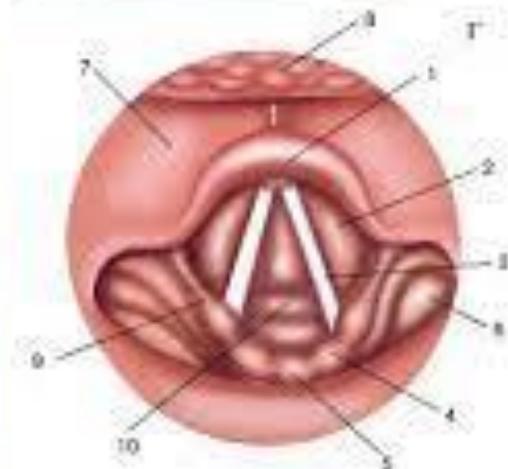
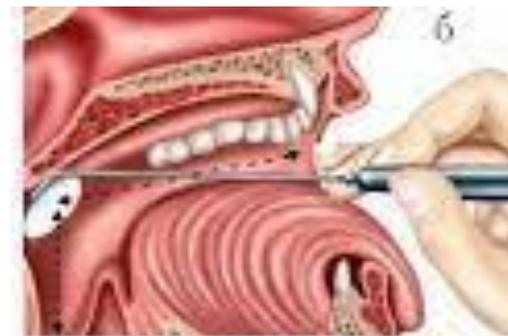
Для выполнения не прямой (зеркальной) ларингоскопии необходим источник света, гортанное зеркало с ручкой, марлевая салфетка. Во избежание запотевания гортанное зеркало перед исследованием слегка нагревают (до 40-50°C) над пламенем спиртовки или в горячей воде. Чтобы не вызвать ожога слизистой оболочки глотки, температуру зеркала нужно контролировать, прикасаясь к нему тыльной стороной кисти. Степень нагревания может быть достаточной, если зеркальную поверхность медленно провести над пламенем спиртовки 2-3 раза или в течение 2-3 с подержать в горячей воде. Исследуемого просят открыть рот, высунуть язык и дышать ртом. Обернув кончик языка сверху и снизу марлевой салфеткой, берут его пальцами левой руки так, чтобы I палец располагался на верхней поверхности языка, III - на нижней поверхности, а II палец – на верхней губе. Слегка потягивают язык вперед и книзу.

Баллы суммируются, максимум 10 баллов



## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

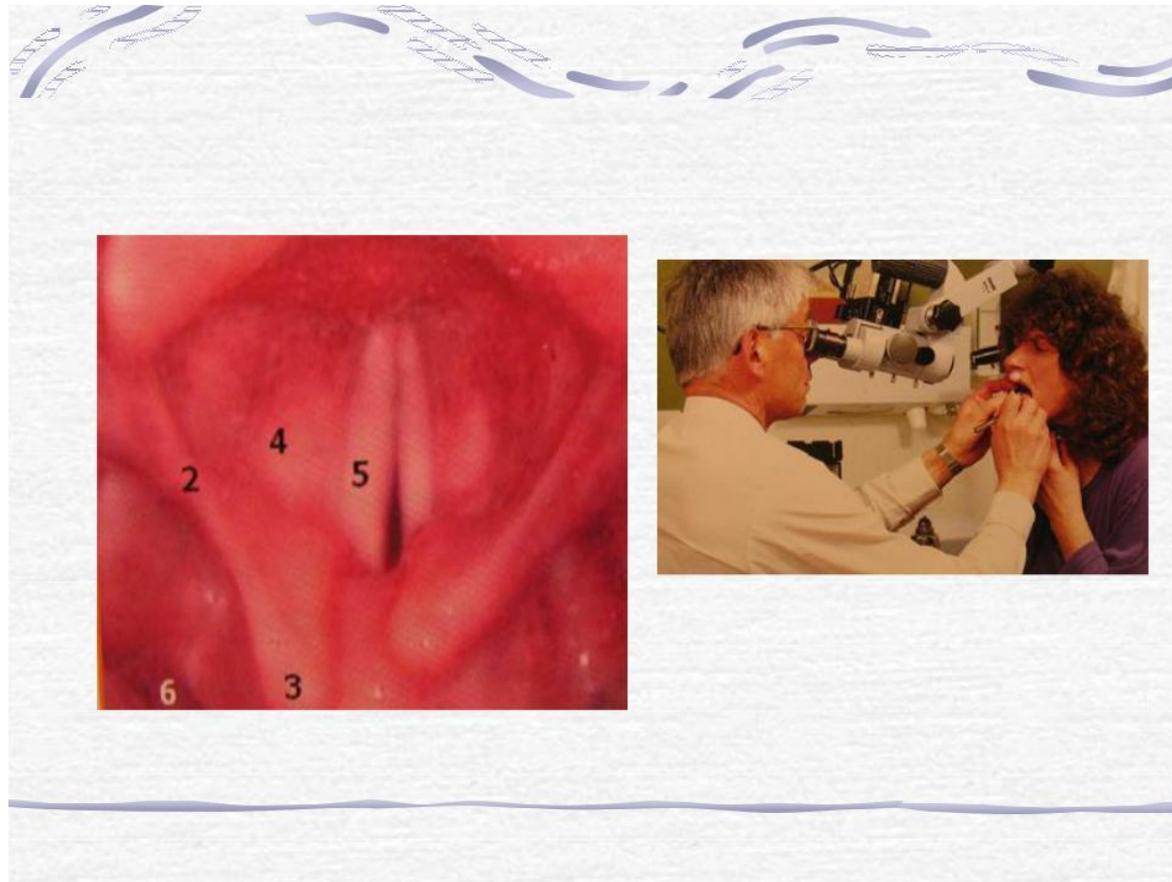
Гортанное зеркало берут за конец в правую руку, как ручку для письма, вводят в полость рта зеркальной поверхностью книзу, параллельно плоскости языка, и продвигают зеркало в глубину по направлению задней стенки глотки, оттесняя кверху мягкое нёбо. При продвижении зеркала не следует касаться корня языка и задней стенки глотки, отраженный от рефлектора свет должен быть направлен на зеркало.





## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

Тыльной поверхностью зеркала приподнимают нёбный язычок, разворачивая инструмент таким образом, чтобы угол зрения к поверхности зеркала составлял  $45^\circ$  - в зеркале появляется отражение нижележащих структур. Осторожно, мелкими движениями производят коррекцию положения зеркала до тех пор, пока в нем не отразится картина гортани.





## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

---

Осмотр гортани при обычном дыхании считается первым этапом исследования. Вторым этапом – больному предлагают произнести протяжный звук «эээ...» или «иии...». При этом надгортанник отклоняется и становится обзримой голосовая щель, одновременно происходит фонаторное смыкание голосовых складок. Наконец, третий этап – исследуемый должен сделать глубокий вдох, при котором голосовые складки максимально расходятся и голосовая щель зияет, что позволяет увидеть подголосовое пространство и переднюю стенку трахеи. Обычно при ларингоскопии в зеркале можно увидеть лишь ограниченный участок глубоких отделов гортани, но если зеркало осторожно, мелкими движениями поворачивать под разными углами, то видно отражение различных участков и это позволяет составить полное представление о полости гортани. После завершения осмотра гортани удаляют зеркало из глотки, отделяют от ручки и опускают в дезинфицирующий раствор.



## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

---

В гортанном зеркале видно изображение, которое отличается от реального тем, что передние отделы гортани в зеркале видны внизу, поэтому они кажутся сзади, а задние - вверху и представляются расположенными спереди. Правая и левая стороны в зеркале соответствуют истинному их расположению. При осмотре в гортанном зеркале прежде всего виден нижний отдел глотки: корень языка и расположенная на нем язычная миндалина, затем надгортанник в виде развернутого лепестка.



## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

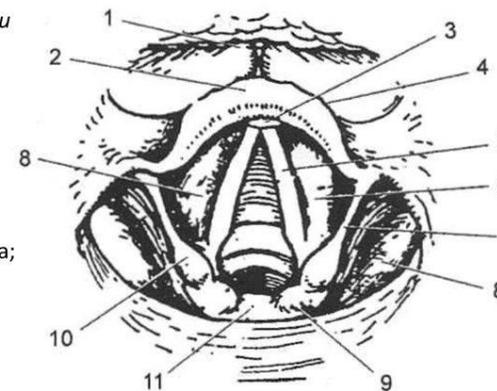
Спереди в зеркале видны задние отделы гортани. В виде двух бугорков представлены черпаловидные хрящи, покрытые розовой гладкой слизистой оболочкой, к голосовым отросткам этих хрящей прикрепляются задние концы голосовых складок, а между телами хрящей располагается межчерпаловидное пространство. От черпаловидных хрящей кверху к лепестку надгортанника идут черпалонадгортанные складки, они розового цвета, с гладкой поверхностью.

Кнаружи от черпалонадгортанных складок расположены грушевидные синусы, выстланные розовой, гладкой слизистой оболочкой.

### Непрямая ларингоскопия

*Внутренний вид гортани при непрямой ларингоскопии:*

- 1 — корень языка;
- 2 — надгортанник;
- 3 — бугорок надгортанника;
- 4 — свободный край надгортанника;
- 5 — черпалонадгортанная складка;
- 6 — складки преддверия;
- 7 — голосовые складки;
- 8 — желудочек гортани;
- 9 — черпаловидный хрящ с рожковидным хрящом;
- 10 — клиновидный хрящ;
- 11 — межчерпаловидное пространство





## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

---

Слизистая оболочка надгортанника обычно бледно-розовая или чуть желтоватого цвета.

Между надгортанником и корнем языка определяются два небольших углубления – валекулы, ограниченные срединной и боковыми язычно-надгортанными складками. Во время фонации и при глубоком вдохе обычно хорошо видны голосовые складки; в норме они перламутрово-белого цвета. Передние концы складок у места их отхождения от щитовидного хряща образуют острый угол – переднюю комиссуру. Над голосовыми складками видны вестибулярные складки розового цвета, а между голосовыми и вестибулярными складками с каждой стороны имеются углубления - гортанные желудочки.

## Гипофарингоскопия (осмотр гортаноглотки, непрямая ларингоскопия)

При вдохе между голосовыми складками образуется треугольной формы пространство, которое называется голосовой щелью. Ширина голосовой щели - это наибольшее расстояние между голосовыми складками во время вдоха. В норме у взрослого человека она составляет от 15 до 19 мм (у женщин – 15-17 мм, у мужчин – 17-19 мм). Через голосовую щель в момент вдоха удастся увидеть подголосовое пространство и верхние кольца трахеи, покрытые бледно-розовой слизистой оболочкой



Осмотр голосовых связок



Нормальные голосовые связки



Контактные язвы



Полип



Узелки



Односторонний паралич

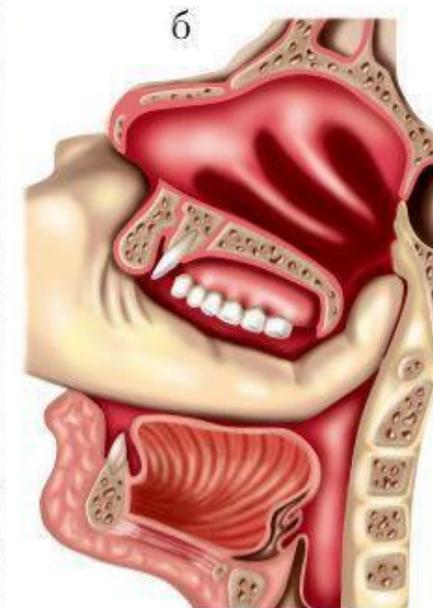
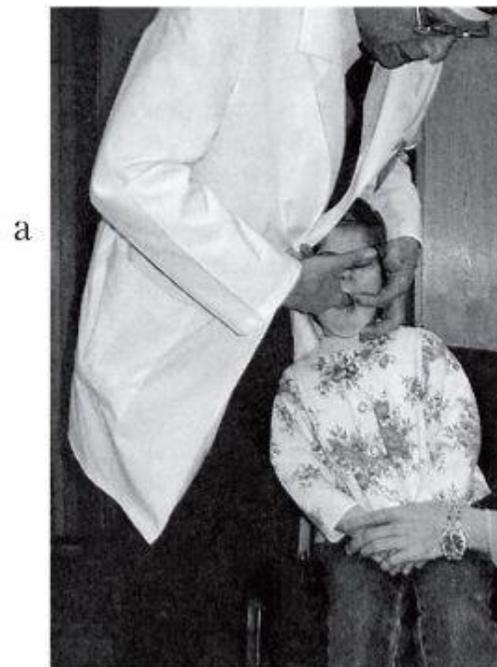


Рак

Патология голосовых связок, выявляемая при осмотре

## Пальцевое исследование носоглотки

Больной сидит, врач встает сзади справа от исследуемого. Указательным пальцем левой руки мягко вдавливают левую щеку больного между зубами при открытом рте. Указательным пальцем правой руки быстро проходят за мягкое нёбо в носоглотку и ощупывают хоаны, свод носоглотки, боковые стенки. При этом глоточная миндалина ощущается концом тыльной стороны указательного пальца.



## Видео эндоскопия гортани

Современная диагностика заболеваний гортани базируется на эндоскопическом методе исследования, который позволяет на качественно новом уровне оценивать состояние органа.

Видеоэндостробиоскопия – единственный практический метод исследования гортани, который позволяет увидеть колебания голосовых складок, оценить количественно и качественно показатели их вибраторного цикла. Применение гибкого и жесткого эндоскопов делает возможным осмотр гортани у любого пациента с дисфонией как взрослого, так и ребенка.

Исследование гибким эндоскопом практически не имеет противопоказаний. На сегодняшний день это самый информативный, безопасный метод диагностики состояния гортани у детей. Поэтому его следует рекомендовать в качестве метода выбора, особенно, при сочетанной патологии полости носа и гортани.

## Видео эндоскопия гортани

При эндоскопическом исследовании врач видит прямое (истинное) изображение гортани и оценивает цвет слизистой оболочки всех отделов гортани, тонус голосовых складок и натяжение их краев, характер смыкания голосовых складок, форму голосовой щели во время фонации и дыхания; форму надгортанника, симметричность расположения, подвижность черпаловидных хрящей и черпалонадгортанных складок, участие в фонации вестибулярных складок, состояние подголосового отдела гортани и первых колец трахеи.



## КТ исследование

---

Благодаря высокой диагностической эффективности КТ можно выявить проявления разнообразных патологических состояний гортани и трахеи, недоступные для обычных рентгенологических и эндоскопических методов исследования.

МСКТ обладает наибольшей информативностью в дифференциальной диагностике как гиперпластических, так и неопластических процессов гортани. При обследовании больных с подозрением на злокачественное новообразование гортани выполняется МСКТ с болюсным контрастным усилением, так как без этого невозможно диагностировать опухолевый процесс на фоне воспалительного компонента.



---

# Заболевания глотки



# Острый фарингит

Острый фарингит - острое воспаление слизистой оболочки всех отделов глотки. Это заболевание чаще бывает сопутствующим при респираторных инфекциях. Больной жалуется на саднение или боли в глотке, першение, сухость, осиплость голоса, а при осмотре отмечается гиперемия слизистой всех отделов глотки, скопление вязкой слизи на задней стенке, иногда геморрагического характера. Общие симптомы - слабость, лихорадка, дискомфорт обусловлены основным заболеванием.

## Виды фарингита

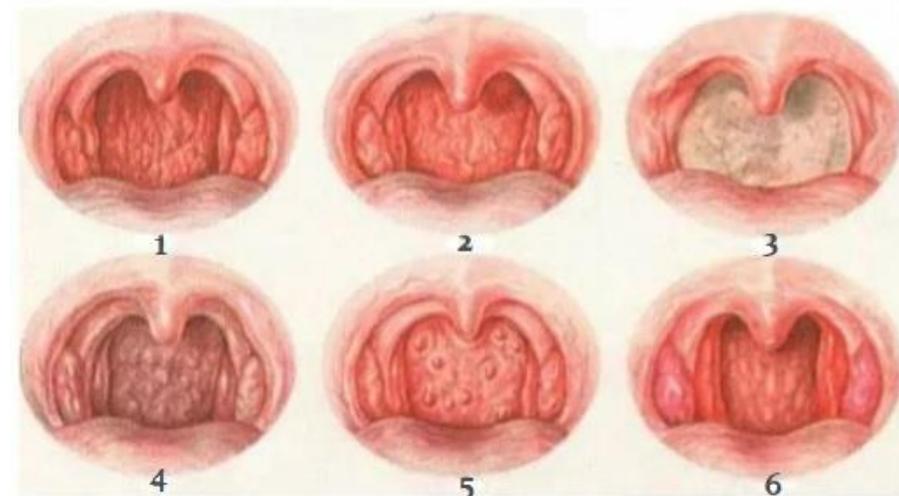


Рис. 1 - Острый фарингит

Рис. 2 - Хронический катаральный фарингит

Рис. 3 - Хронический атрофический фарингит

Рис. 4 - Хронический гипертрофический фарингит

Рис. 5 - Хронический гранулезный фарингит

Рис. 6 - Хронический боковой фарингит

# Ангина

---

Острое воспаление небных миндалин и слизистой оболочки глотки. Термин "острый тонзиллит" суживает понятие "ангина" и не рекомендуется. Ангины по клиническим данным и фарингоскопической картине разделяются на

1. катаральную,
2. фолликулярную,
3. лакунарную,
4. язвенно-пленчатую
5. некротическую.

Ангина занимает третье место среди всех заболеваний по числу дней нетрудоспособности (после гриппа и ОРЗ), причем 75% больных до 30 лет, что делает проблему ангины особенно актуальной для военной медицины. Более двадцати заболеваний протекают с симптомами ангины.

# Ангина

- В большинстве случаев основная этиологическая роль принадлежит б-гемолитическому стрептококку группы А (БГСА). Этот возбудитель, по данным ряда авторов, обнаруживается при ангине более чем в 80% случаев. Гораздо реже острый тонзиллит вызывают стрептококки группы С и G,
- *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского–Плаута–Венсана), крайне редко – микоплазмы и хламидии.
- Причиной острого вирусного тонзиллита могут быть аденовирус, риновирус, коронавирус, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпштейна–Барра, вирус Коксаки А и другие.

# Ангина

---

Проникновение экзогенного возбудителя в слизистую оболочку миндалин может происходить воздушно–капельным и алиментарным путем, а также при прямом контакте. В возникновении эндогенного возбудителя большое значение придают хроническому тонзиллиту. При ангине имеется обычно до 75% случаев носительства БГСА, вегетирующего в криптах небных миндалин.

В патогенезе ангин определенную роль могут играть снижение общей реактивности организма к холоду, травма миндалин, конституциональная предрасположенность к ангинам (например, у детей с лимфатико–гиперпластической конституцией), состояние центральной и вегетативной нервной системы. Предрасполагающими к ангине факторами являются хронические воспалительные процессы в полости рта, носа и околоносовых пазухах.

# Ангина

Для вульгарных ангин характерно наличие четырех общих признака:

- (1) имеется выраженная симптоматика общей интоксикации организма;
- (2) имеются патологические изменения в обеих небных миндалинах;
- (3) длительность вульгарных ангин не превышает 7 дней (1 недели);
- (4) первичным фактором в этиологии названных ангин является бактериальная или вирусная инфекция.



## Катаральная ангина.

---

Заболевание начинается остро, в горле появляются ощущения жжения, сухости, першения, а затем небольшая боль при глотании. Беспокоят общее недомогание, разбитость, головная боль.

Температура тела обычно субфебрильная; имеются небольшие воспалительного характера изменения периферической крови.

При осмотре определяется разлитая гиперемия миндалин и краев небных дужек, миндалины несколько отечны. Язык сухой, обложен. Часто имеется небольшое увеличение регионарных лимфатических узлов. В редких случаях катаральная ангина протекает более тяжело. В детском возрасте клинические явления выражены в большей степени, чем у взрослых. Обычно болезнь продолжается 3–5 дней.

## Фолликулярная ангина.

---

Характеризуется преимущественным поражением паренхимы миндалин, их фолликулярного аппарата. Как и лакунарная, фолликулярная ангина начинается внезапным ознобом с повышением температуры тела до 40°C, сильной болью в горле. Выражены явления интоксикации. Пациентов беспокоит резкая общая слабость, головная боль, боль в сердце, суставах и мышцах.

Небные миндалины гиперемированы, резко отечны. Сквозь эпителиальный покров просвечивают фолликулы в виде беловато–желтоватых образований величиной с булавочную головку.

Поверхность миндалин, по образному выражению Н.П. Симановского, приобретает вид «звездного неба». Резко выражен регионарный лимфаденит.

## Лакунарная ангина.

---

Начало болезни и ее общие симптомы такие же, как и при фолликулярной ангине. Чаще лакунарная ангина протекает более тяжело, чем фолликулярная. Фарингоскопическая картина при лакунарной ангине характеризуется появлением на гиперемизированной поверхности увеличенных миндалин вначале ограниченных в устьях лакун, а затем все более широко покрывающих миндалину островков желтовато-белых налетов. Иногда отдельные участки налета сливаются и покрывают большую или меньшую часть миндалины, не выходя за ее пределы. Налет легко снимается без повреждения эпителиального слоя. В период отделения налета, на 2–5–й день, чаще всего выраженность симптомов уменьшается, однако температура обычно остается субфебрильной до стихания воспалительной реакции в регионарных лимфатических узлах. Продолжительность заболевания 5–7 дней, при осложнениях может затягиваться на более длительный срок.

## Осложнения ангины.

---

**Местные осложнения:** перитонзиллит и паратонзиллярный абсцесс, отит и др.

Паратонзиллит проявляется

- высокой лихорадкой,
- преобладанием односторонних болей в ротоглотке, резко усиливающихся при глотании, повышенную саливацию,
- тризм и болезненность при открывании рта,
- односторонние отеки, гиперемию мягкого неба,
- отек небной дужки на стороне поражения,
- а также смещение к центру пораженной миндалины и асимметрию небного язычка.

**Общие осложнения** (метатонзиллярные заболевания) – ревматизм, инфекционно–аллергический миокардит, гломерулонефрит и полиартрит.

## Осложнения ангины.

Наиболее опасными осложнениями заглоточного абсцесса являются:

1. обструкция дыхательных путей,
2. септический шок,
3. самопроизвольное вскрытие абсцесса в дыхательные пути с развитием аспирационной пневмонии или асфиксии,
4. медиастинит,
5. разрыв сонной артерии
6. гнойный тромбоз внутренних яремных вен (синдром Лембера).





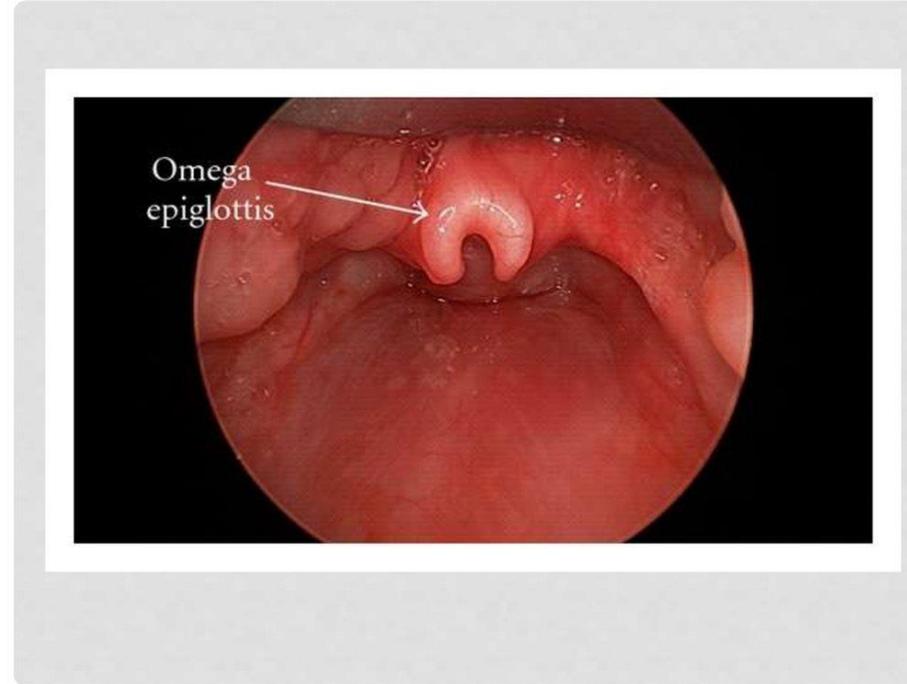
---

# Заболевания гортани



## Аномалии развития.

Чаще всего отмечаются отклонения в строении надгортанника. Существенного влияния на функцию голосоречеобразования дефекты надгортанника обычно не оказывают. В некоторых случаях наблюдается врожденная диафрагма гортани — тонкая перепонка между истинными голосовыми связками (или под ними), оставляющая небольшой просвет, через который проходит воздух. В зависимости от степени закрытия дыхательной щели отмечается большее или меньшее затруднение дыхания. Нередко возникают охриплость и другие дефекты голоса.



# Аномалии развития глотки и гортани

Надгортаник представляется свернутым в виде трубочки, иногда вплоть до соприкосновения медиальных его краев друг с другом, а также вытянутостью надгортанника в сагиттальной плоскости. Асимметрия надгортанника за счет утолщения левой его половины. Патология черпаловидных хрящей заключается в частичном западении одного или обоих хрящей в просвет гортани.

Ларингомалация или хондромалация, мягкость всего скелета гортани.



# Острый Ларингит

---

Острое воспаление слизистой оболочки гортани, или острый ларингит, развивается чаще всего как часть разлитого поражения слизистой оболочки дыхательных путей при гриппе и так называемом сезонном катаре верхних дыхательных путей. Возникновению воспалительного процесса в гортани способствует общее и местное охлаждение (пребывание в сыром и холодном помещении, вдыхание холодного воздуха через рот), а предрасполагающими факторами являются перенапряжение голоса и курение. Болезнь проявляется в ощущении сухости, царапания в горле, затем присоединяется сухой кашель, голос становится хриплым, а иногда совсем беззвучным — афония.

## Хронический ларингит.

Хроническое воспаление слизистой оболочки гортани развивается чаще всего в результате повторяющегося острого ларингита. Другой причиной хронического ларингита служит длительное перенапряжение голоса. Предрасполагающими причинами могут служить:

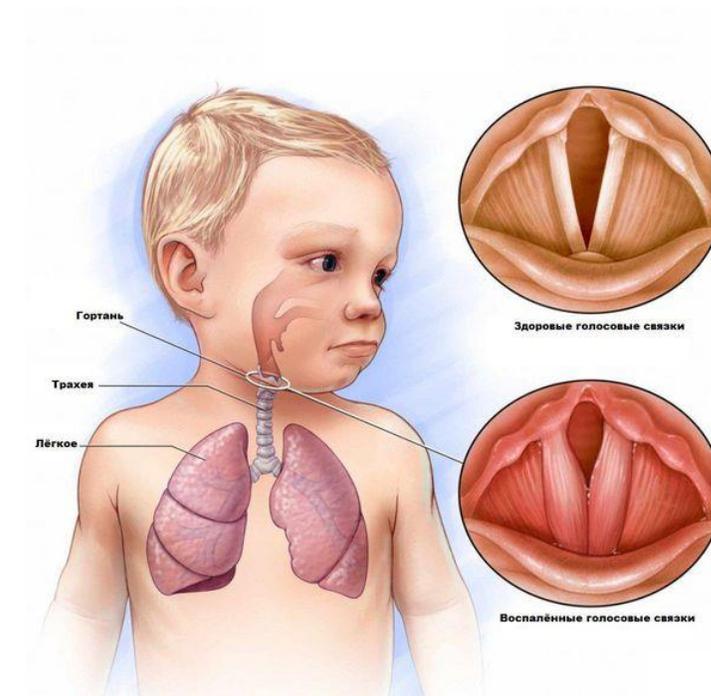
- 1) постоянное или длительное дыхание ртом вследствие отсутствия или затруднения носового дыхания;
- 2) частый кашель вследствие заболевания нижележащих дыхательных путей (например, при хроническом бронхите);
- 3) 3) раздражение стекающими из носоглотки слизистыми или гнойными выделениями при хроническом насморке и при заболеваниях придаточных пазух носа. Следует отметить, что у некоторых даже хорошо слышащих детей бывает привычка чрезмерно громко разговаривать. У таких «крикунов» нередко развивается хронический ларингит.

## Ложный круп

При остром ларингите нередко возникает припухание слизистой оболочки гортани под истинными голосовыми связками (подсвязочный ларингит).

У детей, особенно младшего возраста (2—7 лет), наблюдается форма подсвязочного ларингита, характеризующаяся значительной отечностью слизистой оболочки и получившая название ложного крупа.

Припухшая слизистая оболочка выступает в просвет гортани и суживает дыхательную щель. У ребенка появляется сухой «лающий» кашель, а нередко и затрудненное дыхание в виде приступов удушья.



# Стридор

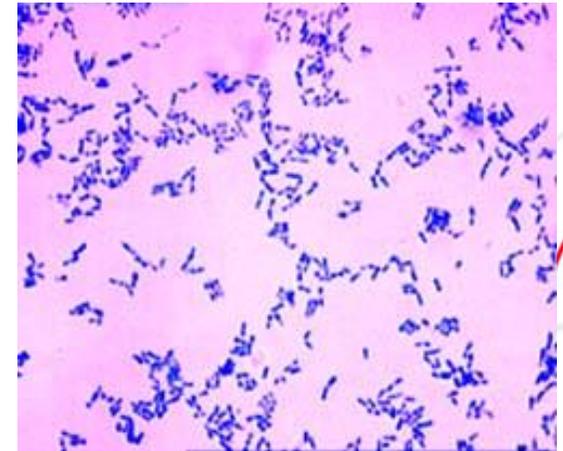
---

Стридор — это судорожный звук во время вдоха в результате частичной закупорки горла (глотки), голосового аппарата (гортани) или дыхательного горла (трахея). Стридор обычно достаточно громкий, чтобы быть услышанным на некотором расстоянии.

Выраженная в разной степени обструкция дыхания (особенно часто встречается у детей) может быть обусловлена механическим сдавлением гортани и глотки при заглоточном и парафарингеальном абсцессах, при обширных гематомах дна полости рта и гортаноглотки. При этом осиплости голоса не наблюдается, но он становится гнусавым, сдавленным; кашля нет. Абсцессы сопровождаются выраженным болевым синдромом, затруднением глотания, саливацией, регионарным шейным лимфаденитом. Визуально и пальпаторно выявляется выбухание в области задней или боковой стенок глотки или кровоизлияния в области корня языка и гортаноглотки.

## Дифтерия (истинный круп)

Под действием дифтерийного экзотоксина возникает фибринозное воспаление гортани с выделением экссудата, который свертывается с выпадением фибрина из-за присутствия в выпоте фибриногена. Этому процессу способствуют альтернативные изменения тканей (коагуляционный некроз эпителия), вследствие чего при гибели клеток освобождается большое количество тромбопластина. Фибриноген и тромбопластин формируют дифтерийные пленки, в петлях фибриноидной сети которых находятся дегенерированные эпителиальные клетки и коринебактерии дифтерии.



Окраска метиленовым синим по Лёфлеру

# Дифтерия

---

Дифтерия гортани проявляется триадой симптомов: стеноз, дисфония и соответствующий голосу кашель. Стадия На стадии катаральных явлений отмечается повышения температуры до 38 °С. Отмечаются вялость, бледность кожных покровов, легкая гиперемия слизистой оболочки глотки, заложенность носа. Появляется навязчивый кашель, сначала сухой, затем лающий. длится от 2 до 4 сут, а у детей младшего возраста — несколько часов. В стадии выраженных клинических проявлений быстро ухудшается общее состояние, появляется лающий кашель, который в дальнейшем делается беззвучным, голос угасает до афонии, нарастают симптомы затрудненного дыхания. На голосовых складках и в подголосовой полости появляются фибринозные пленки. Симптоматика и тяжесть состояния постепенно нарастают от небольшой охриплости до тяжелых стенотических явлений с одновременным усилением интоксикации и реакции шейных лимфатических узлов. Стенотическое дыхание обусловлено заполнением просвета гортани фибринозными пленками, а также рефлекторным спазмом внутренних мышц гортани из-за раздражения нервных окончаний дифтерийным токсином.

# Дифтерия

Наиболее важна ранняя диагностика токсической формы дифтерии зева.

Основным критерием при этом служит отек слизистых оболочек ротоглотки сочетании с обширными налетами, которые имеют тенденцию к уплотнению, слиянию и переходу с миндалин на близлежащие участки слизистой оболочки.

Важно учитывать и другие, свойственные дифтерийным налетам черты: гладкую поверхность, серовато-белый цвет, наплыв на неизмененную близлежащую слизистую оболочку, тесную связь с подлежащей тканью. Следует помнить, что перечисленные признаки формируются постепенно, соответствующую динамику можно уловить при повторных осмотрах зева в течение нескольких часов. Раннее обращение к врачу и активное наблюдение за больным имеют решающее значение для своевременной диагностики. Отек подкожной шейной клетчатки, выявляемый на 2-е сутки болезни, является веским доводом в пользу токсической дифтерии зева.



# Дифтерия

При стенозе вирусной этиологии голос сохраняется. Кашель при вирусном стенозе грубый, развивается в течение одной ночи. При дифтерии кашель усиливается постепенно, параллельно нарастающим симптомам интоксикации и миокардита. Осложнения наблюдаются главным образом при токсической форме: нефроз, миокардит, сердечный коллапс, полирадикулоневрит (неврит блуждающего, преддверно-улиткового нерва, паралич мягкого неба, глазных мышц, поражение двигательных нервов верхних и нижних конечностей).



## Папилломатоз гортани

Начальными симптомами заболевания - утомляемость голоса и охриплость, постепенно переходящая в афонию, особенно при множественном распространении папиллом.

В дальнейшем по мере сужения просвета голосовой щели папилломами прогрессирует затруднение дыхания, сначала во время сна, при волнении ребенка, затем оно становится постоянным, отмечаются приступы приглушенного кашля.

Диагностика папилломатоза гортани не представляет больших трудностей. Тщательно собранный анамнез и ларингоскопия позволяют уже на ранних стадиях безошибочно диагностировать заболевание. Степень распространения устанавливается на рентгенограммах. Данные биопсии позволяют уточнить клинический диагноз.

## Узелки голосовых связок (узелки певцов).

При чрезмерном и длительном напряжении голоса на истинных голосовых связках иногда образуются так называемые узелки. Узелки представляют собой ограниченные припухлости, расположенные симметрично на свободном крае истинных голосовых связок на границе между передней и средней третью их протяжения.

Наличие симметричных выступов на обеих истинных голосовых связках препятствует их полному смыканию во время фонации. Между связками образуется щель, через которую происходит утечка воздуха, в результате чего голос становится хриплым. Узелки голосовых связок наблюдаются иногда у много и сильно кричащих детей.

## Параличи и парезы гортанных мышц

Параличи и парезы гортанных мышц в детском возрасте наблюдаются сравнительно редко.

Они могут быть центрального и периферического происхождения.

Центральные параличи возникают при поражениях того или иного отдела головного мозга (коры, моста, продолговатого мозга). Периферические параличи развиваются вследствие инфекционных поражений (ревматических, дифтерийных, тифозных) или травматических повреждений *нижнегортанного (возвратного) нерва и его ветвей*. Иногда паралич и парезы гортанных мышц наступают в результате сдавления нервных волокон увеличенными бронхиальными и шейными лимфатическими узлами, увеличенной щитовидной железой, опухолью пищевода.

## Параличи и парезы гортанных мышц

Параличи и парезы гортанных мышц в детском возрасте наблюдаются сравнительно редко.

Они могут быть центрального и периферического происхождения.

Центральные параличи возникают при поражениях того или иного отдела головного мозга (коры, моста, продолговатого мозга). Периферические параличи развиваются вследствие инфекционных поражений (ревматических, дифтерийных, тифозных) или травматических повреждений *нижнегортанного (возвратного) нерва и его ветвей*. Иногда паралич и парезы гортанных мышц наступают в результате сдавления нервных волокон увеличенными бронхиальными и шейными лимфатическими узлами, увеличенной щитовидной железой, опухолью пищевода.

## Хронические стенозы гортани и трахеи

---

1. оперативные вмешательства и травмы при ларинготрахеальных операциях, длительная трахеальная интубация (свыше 5 дней);
2. доброкачественные и злокачественные опухоли гортани и трахеи;
3. травматический ларингит, хондроперихондриты;
4. термические и химические ожоги гортани;
5. длительное пребывание инородного тела в гортани и трахее;
6. нарушение функции нижних гортанных нервов в результате токсического неврита, после струмаэтомии, при сдавлении опухолью и др.;
7. врожденные пороки, рубцовые мембраны гортани;
8. специфические заболевания верхних дыхательных путей (туберкулез, склерома, сифилис и др.).

## Инородные тела гортани

Инородные тела значительных размеров (кусочек мяса, аденоидные разрастания, аспирированный тампон и др.), характеризующиеся мягкой эластичной консистенцией, при рефлекторном спазме гортани, как правило, полностью перекрывают гортань, не оставляя щелей и ходов для осуществления хотя бы минимального дыхания, очень часто приводят к смерти от асфиксии. Если обструкция гортани не полная, то инородное тело провоцирует мощные средства защиты, которые не все играют положительную роль, например защитный спазм, в то время как сильный пароксизмальный кашель, тошнота и рвота способствуют выталкиванию инородных тел как из гортаноглотки, так и из гортани.



## Инородные тела гортани и трахеи

---

Очень быстро, в течение десятка секунд, появляется цианоз лица, на котором запечатлено выражение чрезвычайного испуга. Пострадавший начинает метаться, движения его становятся беспорядочными, хриплый голос и конвульсивные дыхательные движения тщетны. Такое состояние может продолжаться 2-3 мин, и если инородное тело не извергнуто или каким-либо способом не удалено, то сознание быстро покидает больного, он впадает в коматозное состояние и состояние клинической смерти. Вовремя невосстановленное дыхание (в течение 7-9 мин) приводит к гибели от остановки сердечной и дыхательной деятельности.

## Рак гортани

---

Рак гортани — распространенный вид злокачественных опухолей в области головы и шеи. Возраст большинства пациентов с раком гортани составляет 60 лет и более. Курение является наиболее важным фактором риска — более 95 % больных курят. Чрезмерное употребление алкоголя также повышает риск возникновения заболевания. Число людей, у которых развивается рак гортани, постепенно сокращается. Скорее всего, это связано с изменением отношения к курению. По сравнению с раком других отделов гортани, рак голосовых связок, как правило, раньше приводит к появлению симптомов, меньше распространяется и чаще поддается лечению.

# Рак гортани

---

Рак гортани обычно возникает на голосовых связках и быстро вызывает охриплость голоса.

Злокачественные опухоли, возникающие в других частях гортани, развиваются более медленно и вначале вызывают не охриплость голоса, а такие симптомы, как:

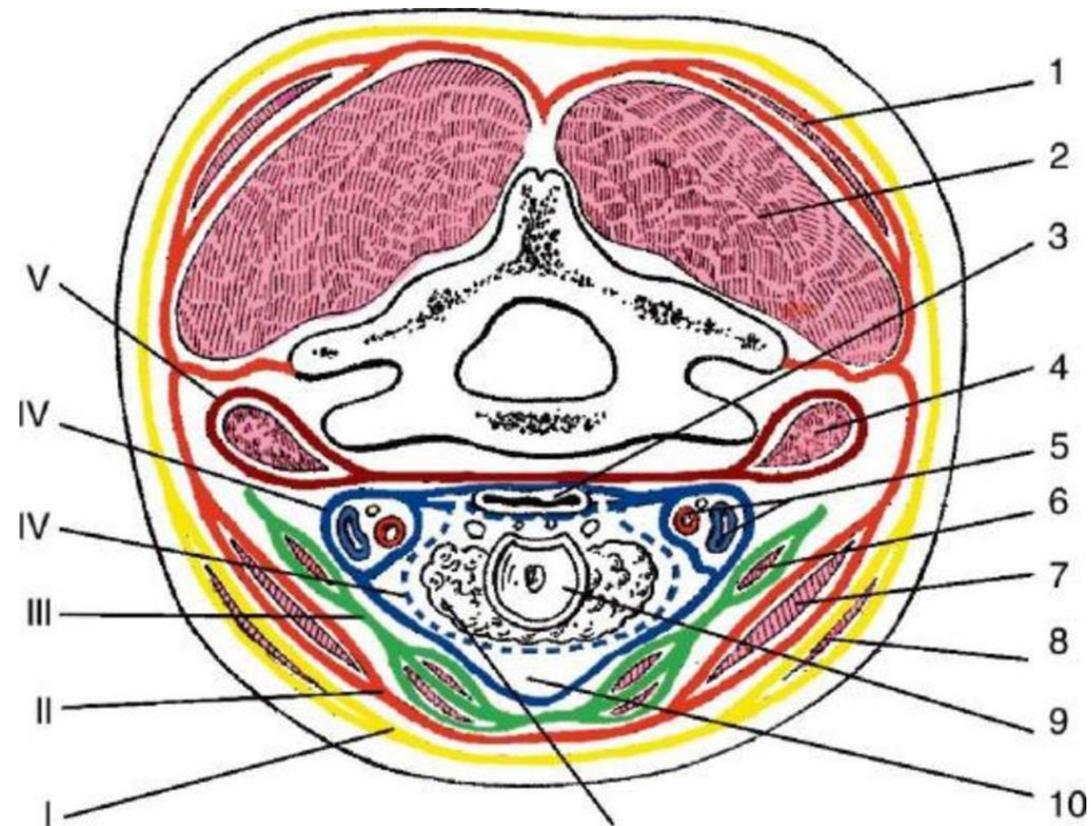
1. Потеря веса
2. боль в горле;
3. боль в ухе;
4. приглушенный голос (как будто у пациента во рту находится что-то горячее, например, картошка);
5. затрудненное глотание или дыхание.



# Задание 1

Подписать анатомические образования 1-10 (используя тетрадь по анатомии)

И фасции шеи I – V (используя лекцию)



## Задача 1

У больной 21 года, жалобы на сильную боль в горле,  $t 38,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ , слабость, вялость. Больна 2-ой день, после переохлаждения.

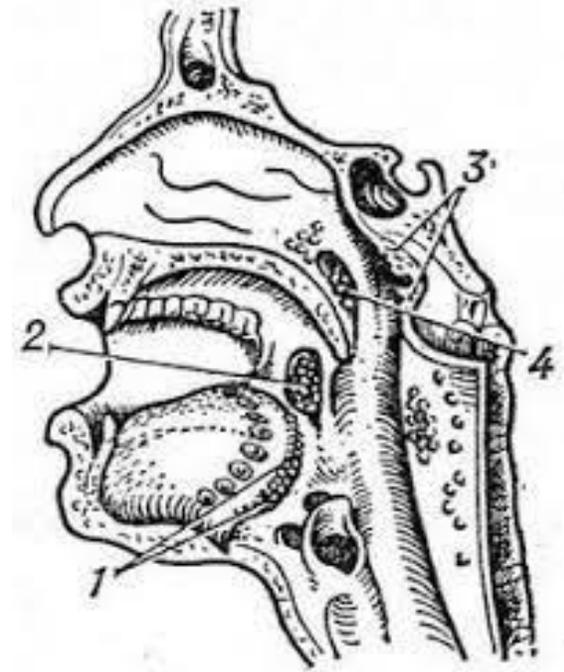
Общее состояние средней тяжести,  $t 38,1\text{ }^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные регионарные лимфатические узлы глотки.

Фарингоскопически определяется гиперемия и инфильтрация мягкого неба, небных дужек, отёчны и гиперемированны небные миндалины, на поверхности которых многочисленные круглые, слегка возвышающиеся желтые точки.

Назвать анатомические образования.

Какие узлы будут увеличены?

Ваш диагноз?



## Задача 2

### Задача №7

Ребенок 3 лет, доставлена бригадой СМП в приемное покои с жалобами на затруднение дыхания, сильную боль в горле,  $t 38,2^{\circ}C$ , слабость. Со слов родителей известно, что болен 3-й день, до этого в течение недели отмечают гнойный насморк, лечили Називином.

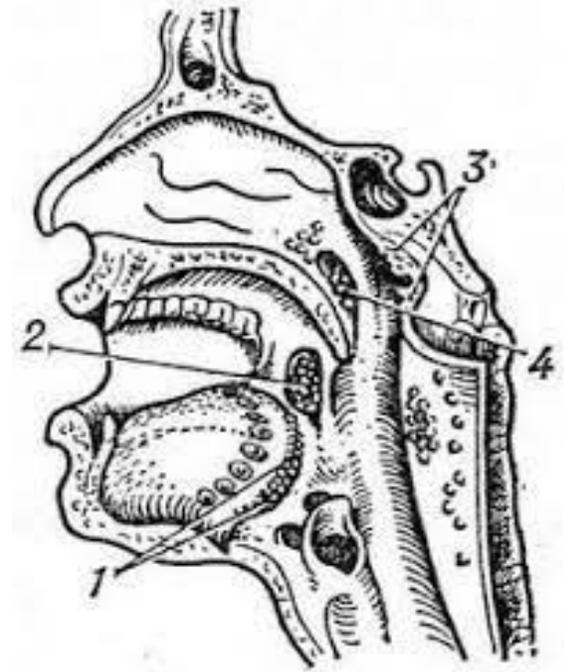
Объективно: состояние тяжелое, дыхание стридорозное, голос хриловатый, кожные покровы бледные,  $t 38,6^{\circ}C$ , пальпируются увеличенные, резко болезненные регионарные лимфатические узлы, голова наклонена влево.

Фарингоскопически асимметрия, гиперемия и выпячивание задней стенки глотки, больше слева. При ощупывании тупым зондом определяется мягкая припухлость.

Ваш диагноз?

Укажите на схеме где локализован патологический очаг.

Какие могут быть осложнения?



## Задача 3

---

Больной 16 лет доставлен на носилках с жалобами на резкую слабость, недомогание, головную боль, боль в горле. Болен второй день, около недели назад был в контакте с больным ребенком, который госпитализирован в инфекционное отделение.

Состояние больного средней тяжести, ослаблен. Температура 38,6 °С, пульс 82 в мин.

Слизистая оболочка миндалин гиперемирована, покрыта грязносерыми налетами, которые распространяются на дужки, налеты снимаются с трудом, подлежащая ткань кровоточит. В подчелюстной области – отечность мягких тканей шеи.

Ваш диагноз?

Какие могут быть осложнения?



# Домашнее задание

---

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции
- Повторить фолликулярную ангину, заглоточный абсцесс, дифтерию.





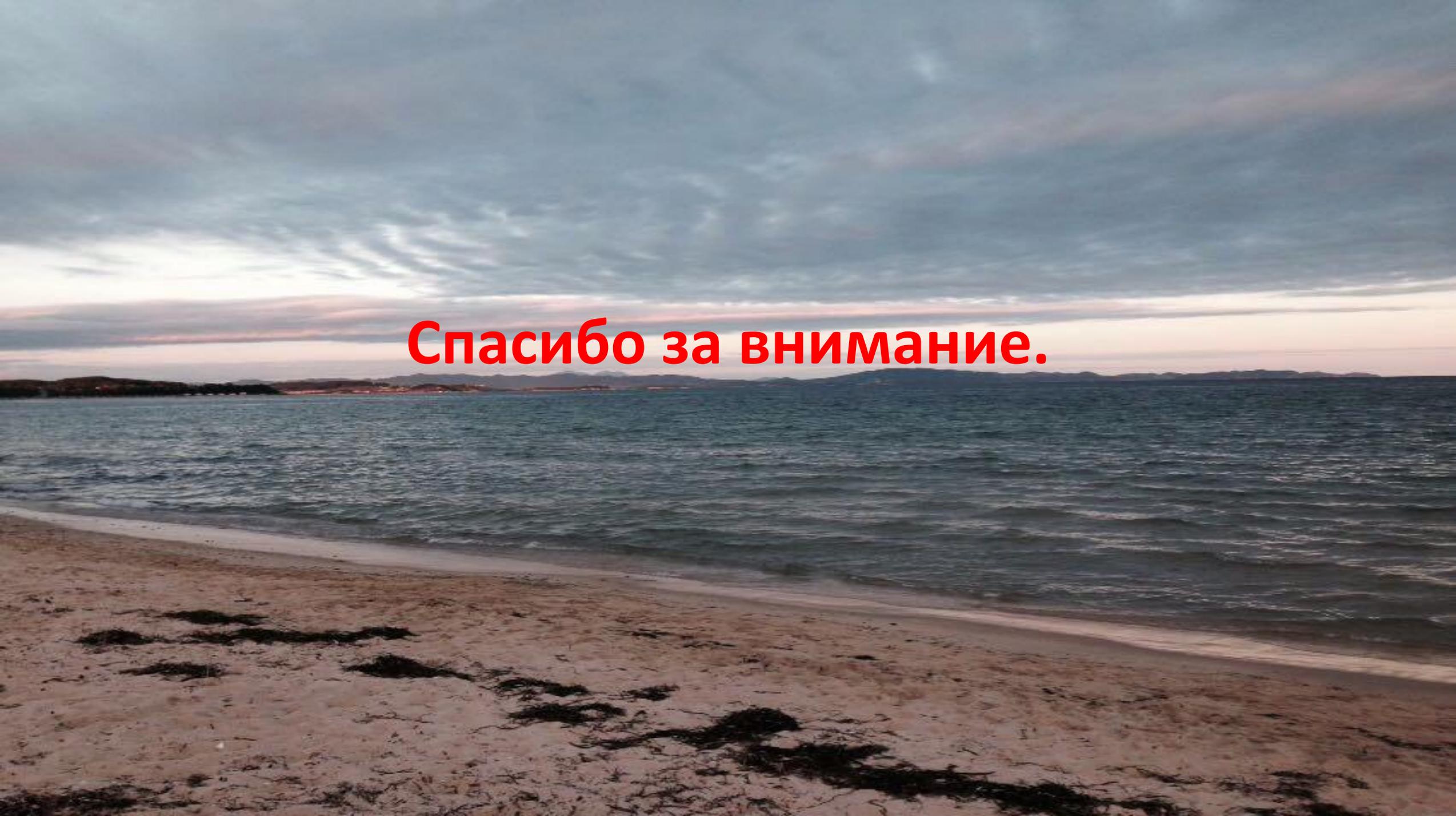
# Список литературы

## Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

## Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



**Спасибо за внимание.**