ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКЙ ОБЛАСТИ

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ «ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

(информационное письмо-2022 год)

***Оториноларингологические признаки общих заболеваний.***

Изменения со стороны ЛОР органов является частым симптомом различных общих заболеваний. Нередко они являются начальными симптомами этих заболеваний, с чем и попадают на прием к оториноларингологу.

**Дифтерия** - инфекционное заболевание, вызываемое бактерией Corynebacterium diphtheriae (бацилла Лёффлера, дифтерийная палочка). Отмечаются сукровичные или серозно-гнойные выделения из одной половины носа. В области преддверия носа и верхней губы образуются трещины, покрытые корками. При риноскопии отмечается отек слизистой оболочки полости носа, участки эрозий, язвочки, фибринозные, грязно-серые пленки, после снятия которых остается кровоточащая поверхность. При фарингоскопии отмечается на миндалинах, небных дужках, язычке грязноватые, желто-серые пленки, которые снимаются с трудом и оставляют кровоточащую поверхность. В тяжелых случаях отмечается отек слизистой оболочки глотки, массивные налеты со сладковато-гнилостным запахом. Сос стороны гортани отмечаются серовато-белые участки экссудата на голосовых складках и в подскладочном пространстве. По мере развития процесса наступает афония, попёрхивание серыми плёнками, которые суживают голосовую щель. Крайне редко при дефтирии поражается ухо. На ушной раковине и в наружном слуховом проходе определяется трудно снимаемые пленки. При поражении среднего уха отмечаются серозные или серозно-кровянистые выделения. Барабанная перепонка полностью разрушена.

**Скарлатина** - ([итал.](https://ru.wikipedia.org/wiki/Итальянский_язык) *scarlattina*, от [позднелат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/Латинский_язык#Поздняя_латынь) *scarlatinum* — ярко-красный) — [инфекционная болезнь](https://ru.wikipedia.org/wiki/Инфекционные_заболевания), вызванная гемолитическим [стрептококком](https://ru.wikipedia.org/wiki/Стрептококк) группы *А (Streptococcus pyogenes)*. Начало заболевания острое, рвота, боль в горл. Для скарлатинозной ангины характерна яркая гиперемия миндалин, небных дужек, язычка, не распространяющаяся на твердое небо. Ангина постоянный симптом скарлатины, может быть катаральной, фолликулярной, некротической. Некротическая ангина развивается на 2-3 день болезни. На ярко гиперемированной фоне миндалин появляются некротические участки, которые могут быть поверхностными и глубокими. Цвет некрозов грязно-серый или зеленоватый. Некрозы могут распространяться за пределы миндалин: за дужки, мягкое небо, слизистую оболочку глотки и носа. В этом случае говорят о некротическом фарингите и рините. Некрозы исчезают в течение 7-10 дней. Для скарлатины характерна сухость слизистой оболочки полости рта. В начале заболевания язык покрыт серо-желтым налетом. После очищения от налетов язык становится ярко-красным “малиновый язык”. Нормальную окраску язык приобретает через 1-2 недели. Регионарные лимфоузлы увеличены, плотные, болезненные при пальпации. Поражение уха при скарлатине, как правило бывает двусторонним. Наиболее тяжело протекают отиты, развивающиеся в разгар скарлатинозной инфекции. Отмечаются сильные боли в ушах, гноетечение с характерным гангренозным запахом, распад барабанной перепонки. В гнойном отделяемом из уха может быть примесь крови, костные секвестры. Часто скарлатинозный отит переходит в хронический.

**Коклюш** - инфекционное заболевание вызванное бактериями рода bordetella pertussis – мелкий неподвижный аэробный грамотрицательный кокк (хотя традиционно бактерию называют «коклюшевой палочкой»). В начале заболевания отмечается умеренно выраженный ринит. Через две недели от начала заболевания наступает период спазматического кашля. В этот период ларингоскопически определяется гиперемия слизистой оболочки гортани, расширенные сосуды и очаги кровоизлияний. Наблюдается так же гипертрофия лимфоидной ткани в области задней комиссуры и в подскладочном пространстве. Частые приступы кашля способствуют проникновению инфекции через слуховую трубу в барабанную полость. Течение среднего отит при коклюше аналогично течению отита при кори.

**Менингококковая инфекция.** Локализованные формы менингококковой инфекции проявляются в виде острого ринофарингита. Отмечается головная боль, боль и першение в горле, кашель, затруднение носового дыхания. В носовых ходах скудные слизисто-гнойные выделения с примесью крови. Отмечается гиперемия и отечность задней стенки глотки. Очень часто острый ринофарингит предшествует развитию генерализованных форм менингококковой инфекции.

**Стафилококковая инфекция.** Одним из клинических синдромов, вызванных патогенным стафилококком, является стафилококковых ларинготрахеит. Для него характерно острое начало: повышение температуры, появляется кашель, охриплость голоса (афонии не бывает). Наступает отек слизистой оболочки гортани с развитием ее стеноза в первые сутки болезни. Симптомы стеноза могут держаться 10-12 дней, охриплость — 2-3 недели. Стафилококковая ангина протекает в виде лакунарной ангины. Отмечаются рыхлые, желтоватые налеты на миндалинах, небных дужках, мягком небе. Стафилококковые отиты характеризуются обильными, густыми гнойными выделениями.

**Корь** (лат. Morbilli) — острое инфекционное вирусное заболевание с очень высоким уровнем заразности, возбудителем которого является вирус кори. По внутренней поверхности щек, в месте перехода слизистой оболочки на альвеолярной отросток, обнаруживают белые пятна Филатова-Коплика. В продромальном периоде наступает затруднение носового дыхания, отек слизистой оболочки носа, серозно-гнойные выделения в носовых ходах. Слизистая оболочка гортани гиперемирована. В тяжелых случаях может быть отек черпалонадгортанных и голосовых складок, подскладочного пространства. Наблюдается региональный лимфаденит. Изменения со стороны уха могут быть ранними - в период высыпаний, и поздними - в период шелушения. Ранние коревые отиты протекают относительно благополучно. Поздние же отличаются более бурным течением. Наблюдается обильное слизисто-гнойное отделяемое из уха, распад барабанной перепонки.

**Краснуха** - инфекционное, контагиозное заболевание, вырабатывающее стойкий иммунитет. Возбудитель *Rubella virus* относится к семейству Matonaviridae. За 1-2 дня до высыпания наблюдаются увеличение и легкую болезненность при пальпации затылочных, околоушных лимфоузлов. В это время отмечается умеренное затруднение носового дыхания со слизистыми выделениями на коже, на слизистой оболочке зева появляются мелкие красные пятнышки.

**Инфекционный мононуклеоз** (железистая лихорадка) — это инфекция вызываемая вирусом Эпштейн-Барра. К концу первой недели заболевания происходит увеличение шейных и заднешейных лимофузлов. Они плотные на ощупь, эластичные, малоболезненные, не спаянные с окружающей клетчаткой. К этому времени появляется увеличение и отечность небных миндалин, язычка. Нередко небные миндалины соприкасаются друг с другом. Поражение слизистой оболочки нижней носовой раковины и входа в носоглотку дает картину так называемого «заднего ринита». Отмечается также гиперемия, отечность задней стенки глотки, гиперплазия лимфоидной ткани. На небных миндалинах определяются беловато-желтые или грязно-серые, рыхлые, шероховатые, легко снимающиеся налеты. При попытке снять их пинцетом они крошатся и рвутся. При эндоскопии на задней стенке носоглотки определяются рыхлые налеты, закрывающие хоаны. Иногда эти налеты свободно свисают, и их можно видеть между язычком и задней стенкой глотки.

**Грипп —** это острое респираторное вирусное заболевание, вызываемое вирусами гриппа. В первые часы заболевания появляется заложенность носа, затрудненное носовое дыхание. Слизистая оболочка носовых ходов гиперемирована, отечна, скудное серозное или слизистое отделяемое. Появляются жалобы на сухость и жжение в полости носа, боль в горле при глотании. Отмечается яркая гиперемия миндалин, мягкого неба, задней стенки глотки, наличие мелких кровоизлияний. Как осложнение гриппа может отмечаться поражение околоносовых пазух — гаймориты, этмоидиты, фронтиты, сфеноидиты. Опасным осложнением является отечный ларингит, который развивается в первые 1-2 дня от начала заболевания. Появляется грубый, лающий кашель, приступы стеноза. При ларингоскопии определяется диффузная гиперемия слизистой оболочки гортани с отеком надгортанника, голосовых складок, в подскладочном пространстве. Частым осложнением гриппа является средний отит, который характеризуется сильными болями в ухе, кровянистыми выделениями из уха. На барабанной перепонке и в наружном слуховом проходе отмечаются кровянистые пузыри, наблюдается выбухание барабанной перепонки в виде сосочкообразного выступа в задневерхнем квадранте. Выделения из барабанной полости вначале кровянисто-серозные, затем становятся сероватыми и гнойными. Несмотря на хороший отток гноя, боли могут держаться длительное время.

**Парагрипп.** С первых часов заболевания отмечается сухой, грубый, навязчивый кашель, охриплость голоса. Отмечается умеренная гиперемия передних небных дужек, края мягкого неба, иногда наблюдается единичные петехиальные элементы на дужках, мягком небе, язычке. Определяется заложенность носа, скудные серозные выделения. У детей от года до 7 лет часто развивается стенозирующий ларинготрахеит. Ребенок ночью просыпается от грубого, лающего кашля, появляется шумное дыхание. При стенозе I степени дыхание слегка шумное, усиливающееся при плаче. При стенозе II степени отмечается беспокойство, шумное дыхание, втяжение межреберных промежутков, умеренное напряжение вспомогательной дыхательной мускулатуры. При стенозе III степени наблюдается резкое беспокойство, бледность, цианоз, выраженное напряжение вспомогательной дыхательной мускулатуры.

**Риновирусная инфекция.** В начале заболевания отмечается чихание, насморк, першение, чувство неловкости в горле. Через несколько часов появляется заложенность носа. Резко затруднено носовое дыхание. Риноскопически определяется отечность слизистой оболочки полости носа, обильное слизистое отделяемое, мацерация преддверия носа. Выделение из носа на 2-3 сутки становятся более густыми.

Герпетическая инфекция.

*Простой герпес.* На крыльях носа, ушных раковинах расположены пузырьки диаметром 0.1-0.3 см, которые располагаются группами и окружены зоной гиперемии. Через 3-4 дня пузырьки подсыхают и на их месте возникают корочки. Герпетические высыпания могут возникнуть и на слизистой оболочке гортани.

*Ветряная оспа.* Отмечается небольшая болезненность при глотании и жевании. На слизистой оболочке полости рта, задней стенке глотки, реже — гортани, появляются папулы, которые в течение нескольких часов превращаются в везикулы. Везикулы имеют округлую или овальную форму, расположены поверхностно, содержимое из прозрачное. Везикулы быстро превращаются в эрозии с желтовато-серым дном.

*Аденовирусная инфекция.* С первого дня болезни появляется затруднение носового дыхания, обильные серозные или слизистые выделения. Слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована, с цианотичным оттенком, нижние носовые раковины отечны. Отмечаются симптомы фарингита: гиперемия, отечность, разрыхленность задней стенки глотки. Редко развивается стеноз гортани, который протекает легче и быстро ликвидируется. Отмечается увеличение подчелюстных и задних шейных лимфоузлов. Характерной формой аденовирусной инфекции является фарингоконъюнктивальная лихорадка, которая характеризуется триадой симптомов: лихорадка, фарингит с местной реакцией лимфоузлов, негнойный фолликулярный конъюнктивит.

**Респираторно-синтициальная вирусная инфекция.** Отмечается затруднение носового дыхания, обильные выделения вязкого слизистого секрета, гиперемия, отечность слизистой оболочки полости носа. Отмечаются жалобы на першение в горле, в ряде случаев наблюдается охриплость голоса, приступы кашля с затрудненным вдохом.

**Энтеровирусные (Коксаки и ЕСНО) инфекции.** Одной из форм энтеровирусных инфекций, встречающейся преимущественно у детей первых лет жизни, является герпетическая ангина. На второй день болезни, на гиперемированной слизистой оболочке небных дужек, миндалин, мягкого и твердого неба появляются мелкие красные папулы, которые превращаются в поверхностные пузыри. Пузырьки через 1-2 дня лопаются с образованием поверхностных эрозий с серовато-белым дном и узкой каймой гиперемии. Отдельные эрозии могут сливаться. Отмечается умеренная болезненность при глотании. Увеличиваются регионарные лимфоузлы. При пальпации они болезненны.

**Брюшной тиф —** это острое инфекционное заболевание вызванное бактерией Salmonella typhi**.** Отмечается сухость в носу и гиперемия слизистой оболочки полости носа. Частые носовые кровотечения. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, образование язвочек овальной формы на передних небных дужках. Миндалины при этом остаются не измененными. На голосовых складках, черпаловидных хрящах, надгортаннике наблюдаются поверхностные изъязвления. Тяжелым осложнением является перихондрит с некрозом перстневидного, черпаловидного и щитовидного хрящей. Впоследствии развивается рубцовый процесс, оканчивающийся стенозом гортани. Среднее ухо при брюшном тифе поражается на 4-5 день заболевания. Наблюдается резкая гиперемия барабанной перепонки, отечность и выбухание ее в задних квадрантах. Гнойное отделяемое незначительное.

**Сыпной тиф** — инфекционное заболевание вызываемое бактериями из группы риккетсий.Наблюдается гиперемия, увеличение небных миндалин. На твердом небе, небных дужках, язычке определяются множественные продолговатые пятна с зазубренными краями красно-синего цвета. В центре пятная имеется более темный участок, который при надавливании не исчезает. В гортани иногда можно наблюдать отек слизистой области черпаловидных хрящей, черпалонадгортанных складок, надгортанника, голосовых складок. Может развиваться язвенно-некротический процесс, захватывающий кроме слизистой оболочки и хрящевой остов гортани с образованием абсцессов. В последующем могут развиваться рубцовые стеноз гортани. При поражении среднего уха развивается типичный гнойный отит, который нередко переходит в хронический.

**Кандидозная инфекция.** Различают поверхностный (кандидоз слизистых оболочек) и висцеральный (кандидоз дыхательных путей, кандидоз органов пищеварения). Кандидоз слизистых оболочек протекает в виде глоссита, стоматита, ангины.

*Кандидозный стоматит (молочница).* Встречается преимущественно у детей раннего возраста и у ослабленных детей, длительно леченных антибиотиками. Отмечаются творожистые, белые, легко снимающиеся наложения на слизистой оболочке щек, деснах, мягком и твердом небе.

*Кандидозный глоссит.* Отмечается отечность, очаговая гиперемия и исчерченность языка продольными и поперечными бороздами. Язык покрыт грибковыми наложениями, но есть и участки, лишенные сосочков.

*Кандидозная ангина.* Миндалины покрыты рыхлыми беловатыми островчатыми или сплошными наложениями, легко снимающимися шпателем. Гиперемии слизистой оболочки зева нет.

*Висцеральный кандидоз.* Может протекать в виде кандидозного ларингита, эзофагита.

**Ящур** — острое вирусное заболевание, вызвано РНК-вирусом из семейства пикорнавирусов. После инкубационного периода (2-12 дней) внезапно повышается температура тела до 40-410, появляется чувство жжения во рту. На гиперемированной слизистой оболочке полости рта и зева появляются пузырьки, которые через 2-3 дня лопаются, оставляя эрозированную поверхность. Появляется отек слизистой, оболочки глотки, и гортани, речь становится невнятной, затруднение глотание, возникает обильное слюноотделение. Температура тела снижается через 3-5 дней.

**Туляремия** — зоонозная инфекция, вызвана Francisella tularensis.Ангинозно-бубонная форма туляремии характеризуется наряду с общими симптомами умеренными болями в горле, затруднением глотания. Происходит увеличение, отек небных миндалин, на них появляются трудно снимающиеся некротические налеты серовато-белого цвета. В результате некроза миндалина разрушается с последующим рубцеванием. Процесс односторонний с выраженной реакцией регионарных лимфоузлов.

**Спид** — синдром иммунодефицита человека, развивается на фоне ВИЧ инфекции. Саркома Капоши, шейная аденопатия, кандидоз полости рта и пищевода. Часты банальные гнойные отиты, синусит, ангины. Наряду с кожными проявлениями саркомы Капоши опухоль локализуется в твердом и мягком небе, деснах, значительно реже — в носоглотке, гортани, пищеводе.

**Используемая литература:**

|  |  |
| --- | --- |
| Б.В. Шеврыгин, Г.П.Мчедлидзе «Справочник по ториноларингологии». Шувалова, Е.. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.И.Змушко «Инфекционные болезни».  Врач оториноларингологического отделения Е.С.Витушкина |  |
| Заведующий  оториноларинологическим отделением БУЗ ВО «ВОКБ» В.М.Беляев |  |