**«ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ»**

***Автор: Мясникова Оксана Николаевна,***

***студентка краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Ачинский медицинский техникум»***

***Руководитель: Масловская Елена Сергеевна, преподаватель***

Глоткапредставляет собой начальную часть пищеварительной трубки, расположенной между полостью рта и пищеводом. Также глотка является частью дыхательной трубки, по которой воздух проходит из полости носа в гортань.

Длина глотки у взрослого человека составляет 12-14 см. Особенности строения глотки в области перекреста пищеводного и дыхательного путей создают благоприятные условия для возникновения в миндалинах острых воспалительных заболеваний.

Каждый год, по данным ВОЗ, среди взрослого населения встречается от 5 до 8% острых воспалений верхних дыхательных путей. Возбудителями воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) являются более 300 различных микроорганизмов. Ангина *-* общее острое инфекционно-аллергическое заболевание, проявляющееся острым местным воспалением нёбных миндалин*.* Это заболевание занимает одно из первых мест, уступая только гриппу и острым респираторным вирусным инфекциям; может вызывать тяжелые осложнения, вести к возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы. У взрослого населения заболевание встречается в 4-5% случаев, а среди детей – более 6%. Имеет сезонный характер - как правило, в весенний и осенний периоды.

|  |
| --- |
|  |

**Этиология и патогенез**

Чаще всего основная роль в возникновении ангин принадлежит р-гемолитическому стрептококку группы А. Этот возбудитель, по данным многих авторов, обнаруживается при ангине более чем в 80% случаев. Также ее могут вызывать золотистый стафилококк, пневмококки, аденовирусы, спирохеты полости рта, грибы и т.д.

Различают следующие основные формы ангин (по Б.С. Преображенскому):

1) эпизодическая *-*возникающая как аутоинфекция при ухудшении условий внешней среды, чаще всего в результате местного и общего охлаждения;

2) эпидемическая *-*в результате заражения от больного человека;

3) как обострение хронического тонзиллита.

Наиболее частой формой возникновения ангин является обострение хронического тонзиллита. Инфицирование организма может происходить экзогенным или эндогенным путем. Проникновение экзогенного возбудителя в слизистую оболочку миндалин может происходить воздушно-капельным или алиментарнымпутем. В патогенезеангин немаловажную роль могут играть снижение адаптации организма к холоду, резкие сезонные колебания условий внешней среды (температура, влажность, загазованность и др.). Способствующими факторами может быть травма миндалин, склонность к ангинам, хронические воспалительные процессы в полости рта, носа и околоносовых пазух, нарушение носового дыхания, нерациональное или скудное питание, переутомление, курение, злоупотребление алкоголем.

|  |
| --- |
|  |

**Классификация ангин**

Существуют различные классификации ангин, в основу которых положены различные критерии - морфологические, патофизиологические, этиологические и др. (Миньковский А.Х., Луковский Л.А., Воячек В.И. и др.). Согласно самой распространенной классификации по Б.С. Преображенскому, различают следующие виды ангин:

* катаральная;
* герпетическая;
* фолликулярная;
* флегмонозная (абсцедирующая);
* лакунарная;
* язвенно-некротическая;
* фибринозная;
* смешанные формы.

Для банальных ангин, они встречаются чаще других, существуют общие признаки, отличающих их от других форм:

1 - имеются признаки общей интоксикации организма;

2 - имеются клинико-патологические изменения в обеих нёбных миндалинах;

3 - длительность протекания воспалительного процесса в пределах 7 дней;

4 - первичным фактором в этиологии банальных ангин является бактериальная или вирусная инфекция.

|  |
| --- |
|  |

При катаральной формеангины миндалины гиперемированы, слизистая оболочка набухшая, пропитана серозным секретом. Болезненность при глотании. Увеличение лимфатических узлов. Жжение, першение, сухость в горле. Эпителиальный покров миндалин густо инфильтрирован лимфоцитами и лейкоцитами. Гнойных налетов нет.

При фолликулярной формеморфологическая картина характеризуется более глубокими изменениями в миндалинах. Возникают лейкоцитарные инфильтраты в фолликулах, в некоторых из них появляется некроз. Начало острое, сильна боль при глотании с иррадиацией в ухо.

При лакунарной формехарактерно скопление в лакунах вначале серозно-слизистого, а затем гнойного отделяемого. Налеты из устьев лакун склонны распространяться и соединяться с соседними, образуя более широкие сливные налеты. Температура 39-40 градусов. Слабость, разбитость, нарушение сна,, значительное увеличение лимфоузлов.

При герпетической ангинесерозный экссудат образует небольшие пузырьки, которые, лопаясь, оставляют дефекты эпителия. Такие же пузырьки могут появляться на слизистой оболочке нёбно-язычной и нёбных дужек, мягкого нёба.

При флегмонозной ангине (интратонзиллярный абсцесс)нарушается дренаж лакун, миндалины сначала отекают, затем инфильтрируется лейкоцитами, некротические процессы в фолликулах, сливаясь, образуют гнойник внутри миндалины, давая соответствующую клиническую картину. На миндалинах, а нередко и на нёбных дужках и стенках глотки возникают язвенные дефекты с грязно-серым налетом.

**Диагностика**

Все виды ангин следует считать подозрительными на дифтерию, тем более при наличии налетов. Типичный дифтеритический налет в виде пленки серовато-белого или желтовато-серого цвета появляется к концу 2 сут. болезни. Пленка толстая, удаляется с трудом, не растирается на предметном стекле, опускается на дно сосуда с жидкостью - тонет. После удаления пленка повторно формируется на месте снятой. Такая типичная картина дифтерии. Температура тела при дифтерии чаще ниже, чем при банальной ангине, в то время как общее состояние тяжелое, прогрессивно ухудшается.

Диагноз ставится на основании бактериологического исследования мазков, взятых из участков поражения и попросить сдать общий анализ крови, т.к определенные признаки может иметь не только ангина. Симптомы в виде бело-серого налета на миндалинах характерны для дифтерии, как уже упоминалось выше. Только ангину лечат антибиотиками и противовирусными препаратами (в зависимости от возбудителя), а дифтерию – с помощью противодифтерийной сыворотки.

**Осложнения ангин**

Различают общие и местныеосложнения ангин. Среди общих осложнений на первом месте по частоте стоит ревматизм и поражения сердца. Нередки осложнения ангин со стороны почек, суставов, возможно поражение кроветворных органов, желудочно-кишечного тракта, развитие сепсиса. Наиболее частым местным осложнением ангины является паратонзиллит. Из других местных осложнений возможно развитие заглоточного, окологлоточного абсцесса, острого шейного лимфаденита, острого среднего отита, отека и стеноза гортани Осложнения ангины часто проявляются и при самолечении. Своевременное комплексное лечение ангины под контролем [отоларинголога](https://www.mediccity.ru/doctors/doctor/119) поможет избежать тяжелых последствий заболевания.

**Профилактика ангин**

Для профилактики ангины следует обратить внимание на следующие меры:

1. Соблюдение личной гигиены. Нужно 2 раза в сутки чистить зубы, консультироваться со стоматологом.
2. Принимать витамины. Питание должно быть сбалансированным, содержать в достаточным количестве белки, жиры, углеводы, минералы, микроэлементы.
3. Чистота квартир. Соблюдать режим влажной уборки и проветривания. Условно патогенные микробы, обитающие во рту и на слизистой ротоглотки, начинают активно размножаться, становятся агрессивными в сухой, теплой атмосфере.
4. Вакцинация. Этот вопрос необходимо решать индивидуально. Детально рассмотреть, нужна прививка или нет, может только ЛОР-врач.
5. Не переохлаждаться. Ангина может настигнуть человека даже летом, в жару, стоит только выпить, например, холодной воды, которая раздражает слизистые ротоглотки.
6. Отказ от вредных привычек. В первую очередь это касается курения, которое снижает местный иммунитет, повышая при этом риск возникновения тонзиллита.

Закаливание, даст положительный эффект из-за укрепления общей иммунной системы. К закаляющим процедурам относятся:

* Постоянные прогулки на улице.
* Контрастный душ.
* Плавание.

Прием адаптогенов и общетонизирующих препаратов, цель которых – повышение общего тонуса. Посильные физическими нагрузками ускоряют обменные процессы за счет более быстрого кровообращения. Это делает тканевую поверхность органов ЛОР-системы способной устоять против патогенной микрофлоры.

Профилактикой повторной ангины является в первую очередь контроль состояния. Для этого рекомендуется периодически в течение 15–20 дней сдавать общие анализы мочи и крови, что даст возможность врачу определить: есть угроза осложнений в виде повторного заболевания или нет.

**Список литературы**

1. [Мальцева Г.С. Дифференцированный подход к лечению боли в горле [Электронный ресурс] // Consilium Medicum. 2019 .](https://cyberleninka.ru/article/n/differentsirovannyy-podhod-k-lecheniyu-boli-v-gorle)
2. [Крюков А.И., Гуров А.В., Гусева О.А., Изотова Г.Н., Кравчук А.П. Этиотропная и патогенетическая терапия болевого синдрома в ротоглотке [Электронный ресурс] // Медицинский совет. 2015 .](https://cyberleninka.ru/article/n/etiotropnaya-i-patogeneticheskaya-terapiya-bolevogo-sindroma-v-rotoglotke)
3. Степанова Ю.Е., Швалев Н.В. Применение видеостробоскопии для диагностики, лечения функциональных и органических заболеваний гортани: Учебное пособие //СПб НИИ уха, горла, носа и речи. 2000.
4. Пальчун В.Т., Полякова Т.С., Романова О.Н. Вестник оториноларингологии. 2001.
5. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии. Рос ринол 1999. 1., Thomson C., Blake P. N Z Med J 1996; 109:1027:9:298-299.
6. Овчинников А. Ю. и соавт. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания . Русский Медицинский Журнал. «РМЖ» 2011.