

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УША, ГОРЛА, НОСА, ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

Под редакцией профессора А.Ю. Овчинникова

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по направлению подготовки 34.02.01 (060501) «Сестринское дело» по ПМ.02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», МДК.02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	8
ЧАСТЬ I. Заболевания уха, горла, носа	9
Глава 1. Острый ринит, ринофарингит	11
Этиология	11
Патогенез	11
Клиническая картина	12
Диагностика	13
Дифференциальная диагностика	13
Острый ринит у детей	15
Лечение	16
Лечение ринита у грудных детей	16
Сестринский процесс	17
Профилактика	17
Задания для самопроверки	18
Глава 2. Острый фарингит	19
Этиология	19
Патогенез	19
Клиническая картина	20
Лечение	20
Сестринский процесс	21
Профилактика	21
Задания для самопроверки	21
Глава 3. Ангина	22
Этиология	22
Патогенез	22
Классификация	23
Клиническая картина	23
Осложнения банальных ангин	25
Специфические ангины	26
Диагностика	27
Лечение	28
Сестринский процесс	29
Профилактика	29
Задания для самопроверки	30
Глава 4. Синусит	31
Классификация	31
Этиология	31
Патогенез	32
Клиническая картина	32
Диагностика	33

Лечение	36
Сестринский процесс	37
Профилактика	38
Задания для самопроверки	38
Глава 5. Ларинготрахеит	39
Этиология и патогенез	39
Клиническая картина	40
Диагностика	42
Дифференциальная диагностика	42
Лечение	43
Сестринский процесс	44
Профилактика	45
Задания для самопроверки	45
Глава 6. Отит	46
Этиология	46
Патогенез	46
Классификация	47
Клиническая картина	47
Диагностика	51
Лечение	51
Сестринский процесс	54
Профилактика	55
Задания для самопроверки	55
Глава 7. Практические занятия	56
Сестринский процесс при заболеваниях уха, горла, носа у особых категорий больных	56
Сестринская помощь в стационаре и поликлинике	57
Подготовка к методам исследования, принципы лечения, реабилитации	59
Сестринский процесс при заболеваниях носа и околоносовых пазух	60
Сестринский процесс при заболеваниях глотки	66
Сестринский процесс при заболеваниях гортани	67
Сестринский процесс при заболеваниях уха	72
Список рекомендованной литературы	76
ЧАСТЬ II. Орган зрения	77
Глава 1. Анатомия органа зрения	80
Глазное яблоко	80
Глазница	82
Роговица	84
Склера	85

Сосудистая оболочка глаза	86
Радужка	86
Цилиарное тело	86
Внутренняя оболочка глаза — сетчатка	87
Прозрачные внутриглазные среды	89
Кровоснабжение глаза и глазницы	89
Иннервация	90
Глава 2. Физиология органа зрения	91
Центральное зрение	92
Периферическое зрение	93
Задания для самопроверки	93
Глава 3. Методы исследования органа зрения	94
Наружный осмотр органа зрения	95
Осмотр конъюнктивы век, переходных складок и глазного яблока	97
Осмотр глазного яблока	97
Исследование внутриглазного давления	98
Исследование глазного яблока методом бокового (фокального) освещения	100
Осмотр в проходящем свете	101
Офтальмоскопия	102
Исследование глаза щелевой лампой (биомикроскопия)	102
Гониоскопия	104
Эхоофтальмография	104
Электрофизиологические методы исследования	104
Флюоресцентная ангиография	104
Определение общей слезопродукции	105
Осмотр детей	106
Взятие материала для лабораторного исследования	106
Функции зрительного анализатора и методы их исследования	107
Острота центрального зрения	107
Определение остроты зрения	108
Периферическое зрение и методы его исследования	110
Светоощущение, адаптация	112
Цветовосприятие и методы его исследования	113
Нарушения цветового зрения	113
Бинокулярное зрение и методы его исследования	114
Задания для самопроверки	115
Глава 4. Лечебные манипуляции	116
Введение лекарственных препаратов в конъюнктивальную полость	116
Закапывание	116
Закладывание глазных гелей, мазей	117

Введение лечебных пленок	117
Промывание конъюнктивальной полости	118
Удаление инородного тела из конъюнктивальной полости и роговицы	118
Массаж век	119
Наложение повязок на глаза	119
Монокулярная повязка	119
Бинокулярная повязка	120
Лейкопластырная повязка	120
Пращевидная повязка	120
Срочная обработка глаз при ожогах	120
Глава 5. Заболевания век, слезных органов, конъюнктивы	122
Заболевания век	122
Аномалии развития и положения век	123
Аллергические заболевания век	123
Воспалительные заболевания век	124
Заболевания слезного аппарата	126
Заболевания конъюнктивы	128
Бактериальные конъюнктивиты	131
Вирусные конъюнктивиты	134
Хламидийные конъюнктивиты	136
Аллергические конъюнктивиты	136
Грибковые конъюнктивиты	138
Профилактика острых конъюнктивитов	139
Сестринская помощь при заболеваниях глаза и его придаточного аппарата	139
Глава 6. Глаукома	142
Патогенез	144
Клиническая картина	145
Лечение глаукомы	148
Профилактика	148
Задания для самопроверки	149
Глава 7. Заболевания хрусталика	150
Катаракта	150
Врожденная катаракта	151
Приобретенная катаракта	154
Клинические проявления катаракты	154
Подготовка больного к удалению катаракты	155
Послеоперационный уход	156
Профилактика	157
Задания для самопроверки	157
Глава 8. Травмы и ожоги глаза и его придаточного аппарата	158
Травмы вспомогательного аппарата глаза	158
Ранения и инородные тела конъюнктивы	160

Ранения глазного яблока	160
Ожоги органа зрения	163
Неотложная доврачебная помощь при травме глаза и его придаточного аппарата	164
Задания для самопроверки	166
Список рекомендованной литературы	166
Предметный указатель	167

Острый фарингит — воспаление слизистой оболочки глотки, которое, как правило, распространяется на все отделы глотки (носоглотку, ротоглотку и гортаноглотку) и соседние отделы дыхательных путей.

ЭТИОЛОГИЯ

Наиболее часто встречаются вирусный фарингит, который вызывается респираторными вирусами — аденовирусом, риновирусом, вирусом парагриппа, коронавирусами, вирусом Эпштейна—Барр, цитомегаловирусом. Как правило, острый вирусный фарингит сопутствует любой ОРВИ. Бактериальная фаза заболевания обычно наступает спустя несколько дней после начала ОРВИ и обусловлена активизацией условно-патогенной микрофлоры. Реже фарингит изначально вызывается бактериями — различная стрептококковая и стафилококковая флора, реже грамотрицательные палочки и атипичные возбудители (микоплазмы и хламидии).

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез острого фарингита не отличается от патогенеза острого ринита — воздушно-капельная передача вирусной инфекции, непродолжительный инкубационный период (2–5 сут), адгезия на поверхности эпителиальных клеток, проникновение внутрь с репликацией и образованием дочерних вирионов, которые распространяются по слизи-

стой оболочке, выполняя аналогичную последовательность действий. В результате разрушаются эпителиальные клетки с образованием очагов деэпителизации и нарушением мукоцилиарного транспорта.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Симптомы фарингита — боль и першение в горле, сухой кашель, повышение температуры тела, увеличение шейных лимфатических узлов.

При фарингоскопии отмечают гиперемию слизистой оболочки глотки, ее отечность (рис. 2.1). Воспаление переходит на нёбные миндалины. Однако изолированное поражение нёбных миндалин не является фарингитом. Симптомы острого фарингита при ОРВИ и других инфекционных болезнях, как правило, дополняются признаками основной болезни: высокая температура тела, ринит, бронхит, кашель, выраженная интоксикация, боли в мышцах, сыпь и пр.



Рис. 2.1. Фарингоскопическая картина острого фарингита

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение фарингита зависит от его этиологии. В любом случае из рациона исключают раздражающую горячую, холодную, кислую, острую и соленую пищу. Рекомендуют обильное питье — 1,5–2 л в сутки. Воздействие раздражающих факторов, например табачного дыма, исключают. Основные лечебные мероприятия при вирусной природе заболевания — полоскание горла антисептическими

и противовоспалительными растворами, использование аэрозолей, ингаляции, лекарства в форме пастилок, таблеток, леденцов для рассасывания. При выявлении бактериальной природы проводят местную или системную антибиотикотерапию.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Сестринский процесс у больных острым фарингитом на разных этапах лечения включает первичную оценку состояния пациента, планирование сестринского процесса, выполнение сестринских вмешательств, итоговую оценку сестринского ухода.

Медицинская сестра должна уметь:

- подготовить кабинет к работе;
- подготовить инструменты для исследования глотки;
- пользоваться лобным осветителем;
- выполнять фарингоскопию;
- взять материал со слизистой оболочки глотки для исследования;
- наматывать вату на зонд с навивкой;
- выполнить аппликацию лекарственных препаратов на слизистую оболочку глотки или инстилляцию аэрозоля.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика острого фарингита, как и других воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, непосредственно связана с профилактикой ОРВИ в целом. Необходимо выработать устойчивость организма к респираторным вирусам и бактериям. Для профилактики острого фарингита, как и ринита, используют комплекс мероприятий, направленных на исключение влияния вредных факторов, своевременное лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний и выявление хронических очагов инфекции (кариес зубов, хронический тонзиллит и синусит) (см. Профилактика острого ринита).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Определение острого фарингита.
2. Этиология острого фарингита.
3. Клиническая картина острого фарингита.
4. Основные лечебные мероприятия при остром фарингите.

Ангина — общее острое инфекционное заболевание, при котором местное воспаление поражает лимфаденоидную ткань миндалин глотки, однако чаще воспаление затрагивает нёбные миндалины.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиологические агенты заболевания — разные микроорганизмы: вирусы, бактерии, грибы и другие. Однако классический вариант заболевания, сопровождающийся тонзиллогенной интоксикацией и развитием сопряженных заболеваний, вызывается β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Его обнаруживают у 50–80% больных ангиной. Более редкие этиологические агенты — стрептококки других групп (С и G), *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria*, анаэробы, спирохеты, микоплазмы и хламидии. Нёбные миндалины часто поражаются и при ОРВИ, когда этиологический агент — ба-нальные респираторные вирусы.

ПАТОГЕНЕЗ

Экзогенные возбудители проникают в слизистую оболочку миндалин обычно воздушно-капельным путем, например при вирусном тонзиллите. Вирусное воспаление «прокладывает» путь бактериальной инфекции, разрушая эпителиальный покров и увеличивая адгезию бактерий к клеткам эпителия. Для бактериального воспаления возможен

воздушно-капельный, алиментарный, контактный путь или активизация эндогенной флоры. Предрасполагающие факторы — снижение иммунитета, резкие сезонные колебания условий внешней среды (температура, влажность, питание, ограниченное поступление в организм витаминов и др.), травма миндалин, наследственная предрасположенность к ангинам, состояние центральной и вегетативной нервной системы, хронические воспалительные заболевания в полости рта, носа и околоносовых пазухах.

Ангина развивается по типу аллергически-гиперергической реакции, что способствует ревматизму, острому диффузному нефриту и другим заболеваниям инфекционно-аллергического характера и ассоциированным с антигеном БГСА.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Учитывая разнообразие этиопатогенеза ангин, существует удобная классификация ангин по Б.С. Преображенскому, согласно которой ангины разделяют на:

- первичные ангины (простые, банальные) — катаральная, лакунарная, фолликулярная, флегмонозная;
- вторичные (симптоматические) ангины при острых инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, дифтерия, инфекционный мононуклеоз) и заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз и др.);
- специфические ангины — ангина Симановского—Плаута—Венсана, грибковая ангина.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Банальные ангины имеют ряд общих клинических особенностей. Воспаление миндалин всегда двустороннее; первичный этиологический фактор — банальная микрофлора; признаки интоксикации организма, боль при глотании локализуется преимущественно в проекции нёбных миндалин.

Переход одной формы ангины в другую — последовательный процесс, поскольку лакунарная форма без предшествующей катаральной ангины невозможна. Для этого имеют значение вирулентность этиологического агента и связанная с ней быстрота смены стадий, своевременность обращения к врачу и другие факторы.

При **катаральной форме** признаки воспаления выражены незначительно. Фарингоскопически определяют разлитую гиперемию миндалин и краев нёбных дужек, миндалины несколько отечны (рис. 3.1).

Язык сухой, обложен. Часто определяют небольшое увеличение регионарных лимфатических узлов. Обычно болезнь на фоне лечения продолжается 3–5 дней. Редко катаральная ангина протекает тяжелее.



Рис. 3.1. Фарингоскопическая картина катаральной ангины

Лакунарная ангина характеризуется выраженным воспалением более глубоких отделов миндалин — лакуны. Налеты в них — следствие некроза эпителия — легко снимаются шпателем без обнажения кровоточащей их поверхности в отличие от дифтерийных налетов (рис. 3.2). При этой форме более выражены клинические признаки — высокая температура тела, общая интоксикация, сильная боль при глотании. В анализе крови — увеличение числа лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов. Продолжительность заболевания на фоне лечения — 5–7 дней.



Рис. 3.2. Фарингоскопическая картина лакунарной ангины

Фолликулярная ангина характеризуется преимущественным поражением паренхимы миндалин, их фолликулярного аппарата — наиболее тяжелая форма первичной ангины, при которой степень выраженности симптомов максимальная. При фарингоскопии видны отечные и гиперемированные нёбные миндалины, сквозь эпителиальный покров которых просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку. Резко выражен регионарный лимфаденит. Нередко у больного обнаруживают одновременно признаки лакунарной и фолликулярной ангины. Длительность заболевания на фоне лечения — 5–7 дней.

Помимо нёбных миндалин в острое воспаление вовлекаются и другие скопления лимфаденоидной ткани, в частности, глоточная миндалина, расположенная в носоглотке. Ее воспаление — **аденоидит** — наиболее актуально в педиатрической практике, поскольку в детском возрасте роль глоточной миндалины, ее размеров высока. Аденоидит характеризуется болями в верхних отделах глотки (носоглотке), затрудненным носовым дыханием, стеканием слизистогнойного отделяемого по задней стенке глотки, «гнусавостью», храпом, частым распространением воспаления на трубные миндалины и закупоркой устьев слуховых труб.

Ангина язычной миндалины сопровождается болью при глотании и при высовывании языка. Воспаление, распространяясь на соединительную и межмышечную ткани, может привести к интерстициальному гнойному воспалению языка.

ОСЛОЖНЕНИЯ БАНАЛЬНЫХ АНГИН

Осложнения банальных ангин разделяют на местные и системные.

Местные осложнения — паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. Развитие этих осложнений свидетельствует о несостоятельности местного иммунитета и распространении воспаления за пределы миндалин. Паратонзиллит — ранняя стадия паратонзиллярного абсцесса — характеризуется односторонними болями в ротоглотке, резко усиливающимися при глотании, повышенной саливацией. При осмотре видны отечные и гиперемированные нёбные дужки с одной стороны, однако мягкое нёбо, как правило, остается симметричным и отсутствует тризм жевательной мускулатуры (рис. 3.3). Два последних симптома в большей степени характерны для паратонзиллярного абсцесса.

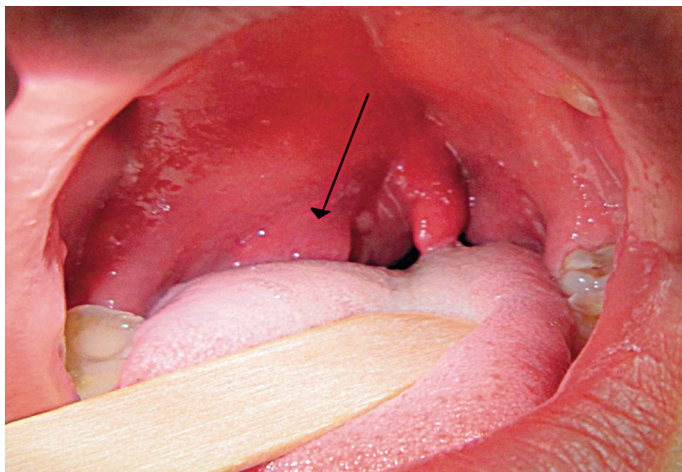


Рис. 3.3. Фарингоскопическая картина паратонзиллита

Системные осложнения банальных ангин — метатонзиллярные заболевания: ревматизм, инфекционно-аллергический миокардит, ревматоидный полиартрит, гломерулонефрит.

Миокардит развивается при первичной ангине в первые дни реконвалесценции, при повторной ангине — с первых дней болезни. Это осложнение редко проявляется классическими симптомами заболевания. Частый единственный признак миокардита — стойкие изменения электрокардиограммы, свидетельствующие об очаговом поражении мышцы сердца, и умеренное повышение активности 1—2-й фракций лактатдегидрогеназы.

Гломерулонефрит развивается на 5—6-е сутки нормальной температуры тела (8—10-е сутки заболевания), что соответствует времени формирования аутоиммунных (против тканей почек) и иммуннопатологических факторов. Гломерулонефрит протекает без экстраренальных симптомов. Единственное его проявление — стойкий мочевого синдром в виде умеренной протеинурии (0,033—0,099 г/л), лейкоцитурии (10—50 клеток в поле зрения в препарате осадка мочи), эритроцитурии (3—20 клеток в поле зрения) и цилиндрурии.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНГИНЫ

Ангина Симановского—Плаута—Венсана вызывается симбиозом веретенообразной палочки (*Bacillus fusiformis*) и спирохеты полости рта (*Spirochaeta buccalis*), как правило, у ослабленных больных или при наличии очагов некроза в полости рта (кариес зубов). При этом

общее состояние не изменяется. Основные клинические симптомы — неприятный запах изо рта, увеличение регионарных лимфатических узлов на стороне поражения, поскольку воспаление обычно одностороннее.

Грибковую ангину (фарингомикоз) встречаются в основном у детей раннего возраста. Она вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida albicans* — 95% и *Leptotryx buccalis* — 5%. Общие симптомы не выражены или слабо выражены. При фарингоскопии выявляют точечные белые или желтоватые налеты на миндалинах, легко снимающиеся шпателем, иногда распространяющиеся на слизистую оболочку щек и языка.

ДИАГНОСТИКА

Ангину диагностируют по клинико-анамнестическим данным. Однако при наличии налетов на миндалинах обязательно выполнение медико-экономического стандарта помощи таким больным — бактериологическое исследование мазка для выявления БГСА. От этого зависит выбор антибиотика, длительность лечения, необходимость дополнительного обследования. В арсенале оториноларинголога имеются экспресс тест-полоски для диагностики БГСА — быстрый и достаточно чувствительный метод, не требующий отправки материала в микробиологическую лабораторию. Дополнительно при налетах на миндалинах берут материал из глотки и носа для микроскопического выявления коринебактерий дифтерии. Общий анализ крови по изменениям в лейкоцитарной формуле позволяет дифференцировать преимущественно бактериальную или вирусную фазу болезни. В общем анализе мочи при активизации сопряженных с тонзиллитом заболеваний выявляют различную степень нефротического синдрома. В этот период в крови повышен уровень белков острой фазы воспаления, ревматоидный фактор и антистрептолизин О. На электрокардиограмме отмечают различные изменения, связанные с тонзиллокардиальным рефлексом. Поражение клапанного аппарата сердца в рамках тонзиллогенного эндокардита определяют при ЭХО-кардиографии (ультразвуковой кардиографии). При выявлении этих отклонений следует рекомендовать больному консультацию кардиоревматолога. Углубленное обследование при банальной ангине и отсутствии характерных жалоб, указывающих на какое-либо сопряженное заболевание, обычно не проводят в отличие от ситуации с хроническим тонзиллитом для определения его формы (компенсированная или декомпенсированная).

ЛЕЧЕНИЕ

Ангина — острое инфекционное заболевание, поэтому необходима строгая изоляция больного либо в инфекционном стационаре, либо на дому. Дома больному необходимо выделить отдельное помещение, которое следует регулярно проветривать и проводить влажную уборку, и отдельную посуду. Больной должен соблюдать постельный режим. При необходимости общения с ним следует пользоваться медицинскими масками.

Учитывая выраженную интоксикацию, показано обильное питье, жидкая калорийная, витаминизированная пища.

Широко используют полоскания горла антисептиками 5–6 раз в сутки. Для увеличения времени экспозиции лекарства на слизистой оболочке используют лекарственные формы в виде таблеток или леденцов для рассасывания.

Системное антибактериальное лечение применяют обычно при тяжелых формах ангин: лакунарной, фолликулярной. Препарат выбирают таким образом, чтобы он действовал на все возможные патогенные микроорганизмы и особенно на БГСА. При подозрении на БГСА продолжительность антибактериального лечения — не менее 10 дней (в остальных случаях 5–7 дней). Препараты выбора при лечении банальной ангины — аминозащищенные пенициллины (амоксциллин+клавулановая кислота); цефалоспорины III–IV поколений, формы для приема внутрь и парентеральные формы; современные макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин, спирамицин) и респираторные фторхинолоны, разрешенные к применению только у взрослых (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин). Учитывая высокую резистентность БГСА к тетрациклину, сульфаниламидам и ко-тримоксазолу, применять их не следует.

Стартовые антибиотики — защищенные аминопенициллины. При аллергии к ним применяют препараты других групп. Следует помнить о возможной перекрестной аллергии к цефалоспоринам.

По показаниям используют жаропонижающие и антигистаминные средства.

Показатели здоровья после перенесенной ангины — нормальная температура тела, отсутствие болей в горле и болезненности при пальпации подчелюстных лимфатических узлов, нормальные показатели анализов крови, мочи и электрокардиограммы.

Лечение специфической ангины Симановского–Плаута–Венсана проводится оториноларингологом: смазывание изъязвленной слизистой оболочки глотки 10% раствором новарсенола в глицерине, 2% метиленовым синим*, 1% раствором борной кислоты, 10% рас-

твором сульфата меди[★], полоскание горла 0,1% раствором этикридина, 0,1% раствором перманганата калия. При тяжелом течении заболевания рекомендуют системное антибактериальное лечение и внутривенные инъекции новарсенола (0,3–0,4 г с интервалом 1–2 сут. Больного, страдающего **вторичным острым тонзиллитом** при инфекционных заболеваниях, лечат в инфекционном стационаре, используя этиотропное и патогенетическое лечение. Местно применяют дезинфицирующие полоскания. Больного со вторичным острым тонзиллитом при заболеваниях системы крови лечат в терапевтическом или специализированном гематологическом отделении по правилам лечения основного заболевания.

Лечение грибковой ангины комплексное — прием внутрь противогрибковых препаратов в течение 10–14 дней (кетоконазол, флуконазол, клотримазол), аскорбиновой кислоты, антигистаминных препаратов и витаминов группы В. Местно — полоскания и ингаляции. Для полосканий используют водный 3% раствор борной кислоты, грамицидина С 1:10000, перманганата калия 1:10000, 1% раствор оксихинолина (хинозол[★]).

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Сестринский процесс у больных ангиной на разных этапах лечения включает первичную оценку состояния больного, планирование сестринского процесса, выполнение сестринских вмешательств, итоговую оценку сестринского ухода.

Медицинская сестра должна уметь:

- подготовить кабинет к работе;
- подготовить инструменты для исследования глотки;
- пользоваться лобным осветителем;
- выполнять фарингоскопию;
- взять материал со слизистой оболочки глотки и миндалин для исследования;
- научить больного правильному полосканию горла;
- наматывать вату на зонд с навивкой;
- выполнять аппликацию лекарственных средств на слизистую оболочку глотки.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика ангины — многочисленные общие мероприятия, направленные на исключение влияния вредных факторов, своевременное лечение других острых инфекционно-воспалительных забо-

леваний, выявление хронических очагов инфекции (кариес зубов, хронический тонзиллит и синусит), санаторно-курортное лечение, регулярные занятия физической культурой, которые актуальны и для человека, не болеющего ангиной, для сохранения здоровья.

Помимо общеукрепляющего лечения и мероприятий, направленных на предупреждение ОРВИ, эффективное средство профилактики ангины — препараты бактериального происхождения, в частности комплексы лизат-антигенов наиболее частых возбудителей воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, полости рта и глотки.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Определение ангины.
2. Клинические отличия ангины от острого фарингита.
3. Классификация ангин.
4. Какая форма лекарственных средств для местного применения (таблетки для рассасывания, раствор для полоскания или спрей для орошения) при заболеваниях глотки предпочтительна и почему?
5. Для выявления каких микроорганизмов, помимо банальных бактерий, необходимо брать материал при лакунарной ангине?