

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ С ТОНЗИЛЛИТОМ

Видеолекция подготовлена
Маукаевой С.Б., Жакияновой Ж.О.

ТОНЗИЛЛИТ

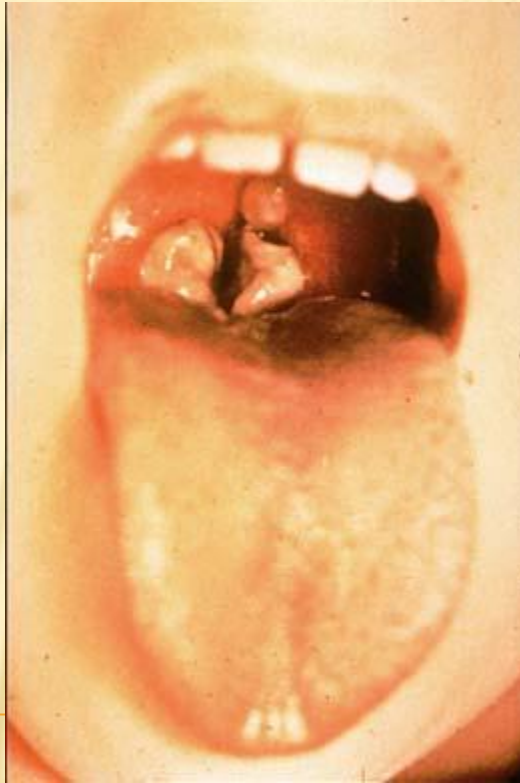
- инфекционное заболевание, обусловленное В-гемолитическим стрептококком группы А, реже другими микроорганизмами, поражающее всевозможные компоненты лимфаденоидного кольца глотки, чаще только нёбные миндалины, поэтому под термином тонзиллит подразумевают воспаление именно этого отдела.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Острые тонзиллиты** (ангины)
 - **Первичные:** катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-плёнчатая ангины.
 - **Вторичные**
 - При острых инфекционных заболеваниях -дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе, инфекционном мононуклеозе.
 - При заболеваниях системы крови — агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.
 - **Хронические тонзиллиты**
 - **Неспецифические:**
 - Компенсированная форма
 - Декомпенсированная форма.
 - **Специфические** при инфекционных гранулёмах: туберкулёзе, сифилисе, склероме.
-

ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ

- отличаются от ангины постепенным началом заболевания, специфическими проявлениями общей интоксикации в виде бледности кожи лица, умеренной адинамии и вялости (озноб, ломота в теле, боли в мышцах и суставах, характерные только для ангины), несоответствием объективных и субъективных проявлений болезни (незначительная боль в горле при глотании при наличии выраженных воспалительных изменений со стороны миндалин), особенностями воспалительного процесса в ротоглотке, характеризующегося застойно-синюшным цветом гиперемии и выраженным отеком миндалин с наличием на их поверхности пленчатого трудно снимаемого налета, оставляющего после себя дефект ткани.
-



СКАРЛАТИНА

- отличается от ангины появлением в первые сутки болезни по всему телу, кроме носогубного треугольника, обильной точечной сыпи, расположенной на гиперемизированном фоне, сгущающейся на шее, боковых поверхностях грудной клетки и в треугольнике Симона и особенно выраженной в естественных складках кожи (симптом Пастия), а также характерными проявлениями тонзиллита в виде ярко-красного цвета гиперемии миндалин, небных дужек, язычка и мягкого неба ("пылающий зев").



ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

- характерны, кроме тонзиллита (гнойно-некротического или фибринозного), полиаденит, увеличение печени и селезенки, лимфоцитоз с одновременным появлением атипичных мононуклеаров и плазматических клеток, а также положительная реакция ХД/ПБД.
-



АНГИНОЗНАЯ ФОРМА ТУЛЯРЕМИИ

- отличается от ангины сравнительно поздним появлением (на 3-5-е сутки) одностороннего катарального или некротического тонзиллита, выраженным увеличением регионарных к пораженной миндалине лимфатических узлов, которые продолжают увеличиваться и после исчезновения тонзиллита (туляремийный бубон).
-



ГЕРПАНГИНА

- наблюдаются, наряду с лихорадкой и интоксикацией, местные изменения в виде гиперемии слизистой оболочки ротоглотки и наличия на небных дужках, язычке, мягком небе, а иногда - на миндалинах и языке отдельных папул размером 2-4 мм в диаметре, быстро превращающихся в пузырьки бело-серого цвета, а затем эрозии.



ЛИСТЕРИОЗ

- кроме изменений со стороны миндалин, характеризуется высокой горячкой, значительной интоксикацией, увеличением и болезненностью шейных и аксиллярных лимфоузлов, возможны насморк, конъюнктивит, полиморфная сыпь на коже. Диагноз устанавливают по результатам бактериологического обследования (выявление листерий в ликворе, крови, моче) и серологических данных (РСК).

- Острый тонзиллит с налетом может наблюдаться при **аденовирусной инфекции**, однако для этого заболевания характерны также фарингит, конъюнктивит, полиаденит, гепатолиенальный синдром.
-

- Острый тонзиллит иногда развивается при брюшном тифе (**ангина Дюге**). При этом миндалины отечны, на них имеются мелкие язвы, покрытые сероватым налетом. Следует учитывать присущие этой болезни продолжительную горячку, брадикардию с дикротией пульса, метеоризм, симптом Падалки, гепатоспленомегалию, а также данные бактериологического и серологического исследований.

АНГИНОЗНАЯ ФОРМА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

- характеризуется односторонним язвенно-некротическим тонзиллитом, отеком слизистых и шеи, увеличением регионарных к пораженной миндалине лимфатических узлов.
-



ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

- отличается от повторной ангины постепенным началом, вялым и относительно продолжительным течением заболевания с непостоянной субфебрильной температурой тела, отсутствием выраженной интоксикации, умеренными болями и неприятными ощущениями в горле при глотании, застойным характером гиперемии рубцово измененных и спаянных с небными дужками миндалин, наличием казеозного содержимого в лакунах, увеличением углочелюстных лимфатических узлов, характеризующихся плотной консистенцией и умеренной болезненностью, нормальными показателями количества нейтрофилов в крови или незначительно выраженным нейтрофильным лейкоцитозом.



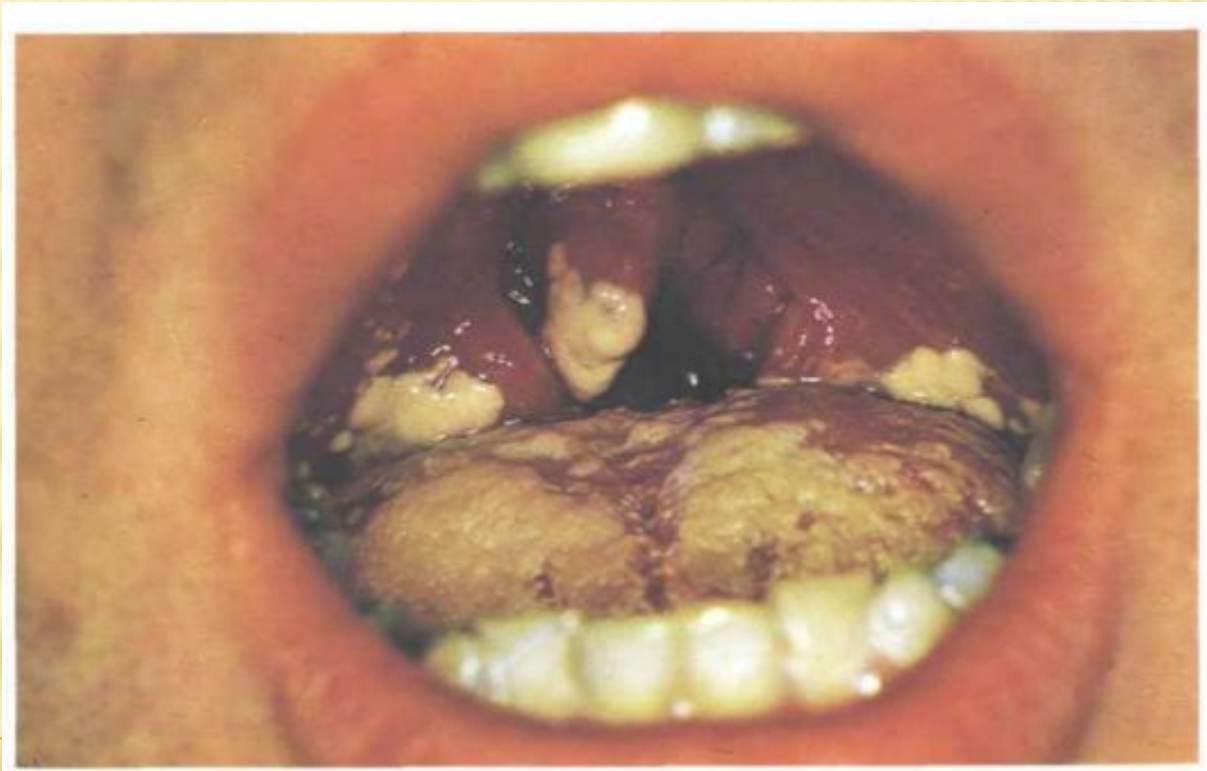
АНГИНА СИМАНОВСКОГО-ВЕНСАНА

- (фузоспирохетоз) - характеризуется незначительно выраженными общими проявлениями (кратковременная субфебрильная температура тела, отсутствие общей слабости, головной боли и др.), поражением лишь одной миндалины в виде язвы размером 5-10 мм, покрытой легко снимающимся желтовато-белым или беловато-серым налетом, наличием в препаратах из отделяемого язвы, окрашенных по Романовскому-Гимза, веретенообразных палочек и спирохет. Регионарный лимфаденит не выражен.



КАНДИДОЗ РОТОГЛОТКИ

- протекает с нормальной или субфебрильной температурой тела, хорошим самочувствием больных, наличием на поверхности миндалин, язычка, небных дужек, а иногда и на задней стенке глотки крошкообразного налета белого цвета в виде легко снимающихся островков размером 2-3 мм в диаметре. В анамнезе имеются указания на более или менее длительное применение антибиотиков широкого спектра действия или их комбинаций.



- Явления некротического тонзиллита часто наблюдают при остром лейкозе и агранулоцитозе. При этом характерны гектическая горячка – с ознобом и проливным потом, резкая общая слабость, часто отмечают геморрагический синдром, гепатоспленомегалию, лимфаденопатию. Существенное значение имеет выявление анемии, тромбоцитопении, бластных клеток.

- Изменения в зеве при сифилисе характеризуются возникновением первичной сифиломы (чаще на небных миндалинах) в виде гиперемии и увеличения одной из миндалин без боли в горле, склерозирующего подчелюстного лимфаденита. При эрозивной форме твердого шанкра выявляют эрозию с плотными и немного поднятыми краями, гладким дном; при дифтериеподобной форме на пораженных участках отмечают налет фибрина. Лимфоузлы не болезненны. Болезнь длится 4-6 нед. При вторичном сифилисе на фоне фебрильной температуры, полиаденита, болей в конечностях и характерной розеолезно-папулезной сыпи на туловище у некоторых больных появляются умеренная боль в горле при глотании, энантема на миндалинах, мягком и твердом небе (беловатые, слегка возвышенные бляшки или папулы, окруженные зоной гиперемии, со склонностью к периферическому росту и образованию язв)

АНГИНА

Изменения в зеве при ангинах

рис.2



фолликулярная



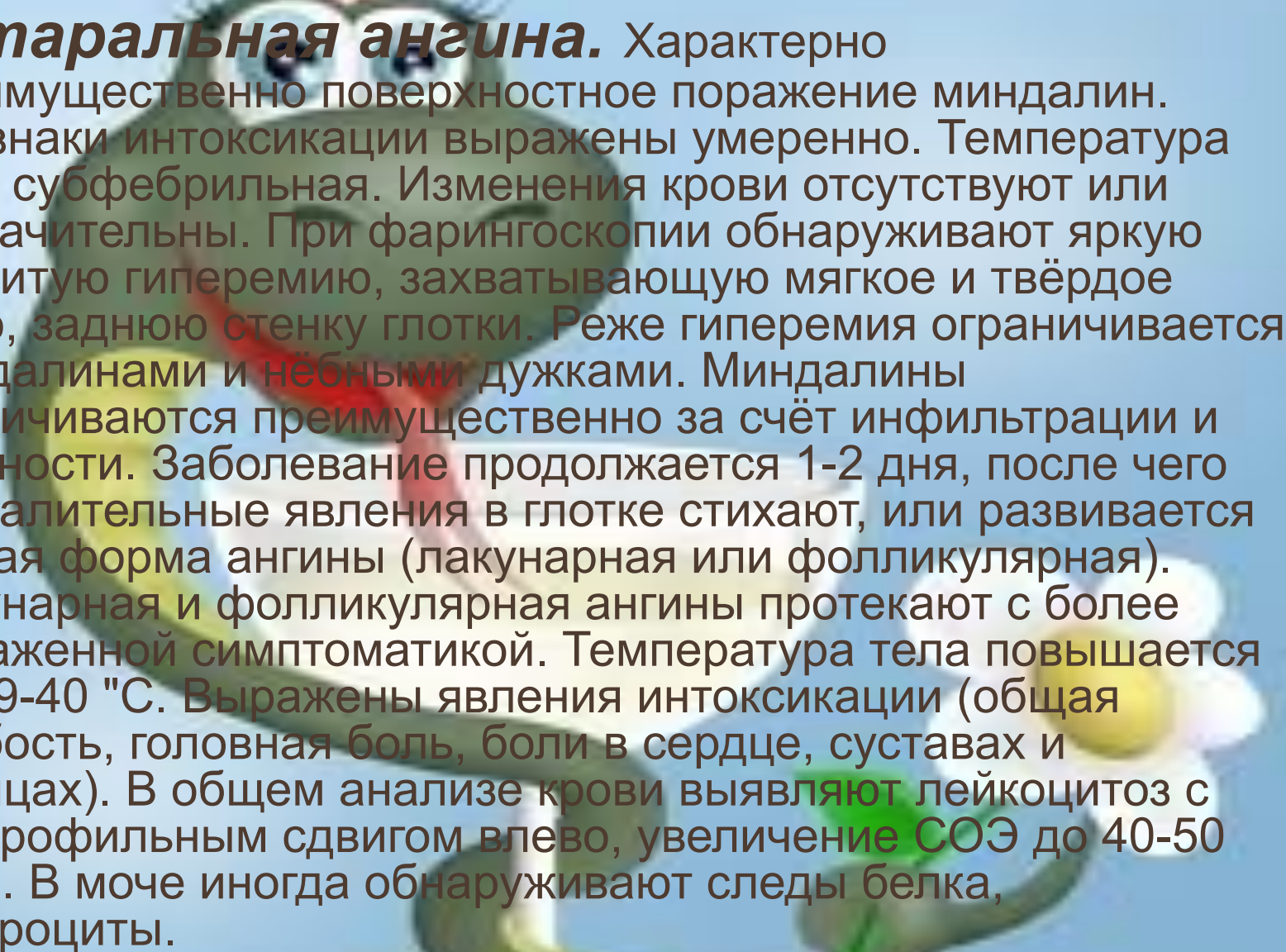
лакунарная



язвенно-пленчатая



паратонзиллярный абсцесс



Катаральная ангина. Характерно преимущественно поверхностное поражение миндалин. Признаки интоксикации выражены умеренно. Температура тела субфебрильная. Изменения крови отсутствуют или незначительны. При фарингоскопии обнаруживают яркую разлитую гиперемию, захватывающую мягкое и твёрдое нёбо, заднюю стенку глотки. Реже гиперемия ограничивается миндалинами и нёбными дужками. Миндалины увеличиваются преимущественно за счёт инфильтрации и отёчности. Заболевание продолжается 1-2 дня, после чего воспалительные явления в глотке стихают, или развивается другая форма ангины (лакунарная или фолликулярная). Лакунарная и фолликулярная ангины протекают с более выраженной симптоматикой. Температура тела повышается до 39-40 °С. Выражены явления интоксикации (общая слабость, головная боль, боли в сердце, суставах и мышцах). В общем анализе крови выявляют лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, увеличение СОЭ до 40-50 мм/ч. В моче иногда обнаруживают следы белка, эритроциты.






Вид зева в норме, при катаральной ангине и при фолликулярной ангине

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Продолжительность инкубационного периода составляет от 10-12 ч до 2-3 сут. Заболевание начинается остро. Повышается температура тела, возникает озноб, появляются боли при глотании. Увеличиваются и становятся болезненными регионарные лимфатические узлы. Выраженность лихорадки, интоксикации и фарингоскопическая картина зависят от формы заболевания.





Лакунарная ангина характеризуется поражением миндалин в области лакун с распространением гнойного налёта на свободную поверхность небных миндалин. При фарингоскопии обнаруживают выраженную гиперемию, отёк и инфильтрацию миндалин, расширение лакун. Желтовато-белое фибринозно-гнойное содержимое лакун образует на поверхности миндалин рыхлый налёт в виде мелких очагов или плёнки. Налёт не выходит за пределы миндалин, легко удаляется, не оставляя кровотокащего дефекта.

Фолликулярная ангина характеризуется преимущественным поражением фолликулярного аппарата миндалин. Фарингоскопическая картина: миндалины гипертрофированы, резко отёчны, сквозь эпителиальный покров просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку (картина «звёздного неба»). Нагноившиеся фолликулы вскрываются, образуя гнойный налёт, не распространяющийся за пределы миндалин.









Medicine.com
SPEECH THERAPIST



MedUniver.com

Все по медицине...



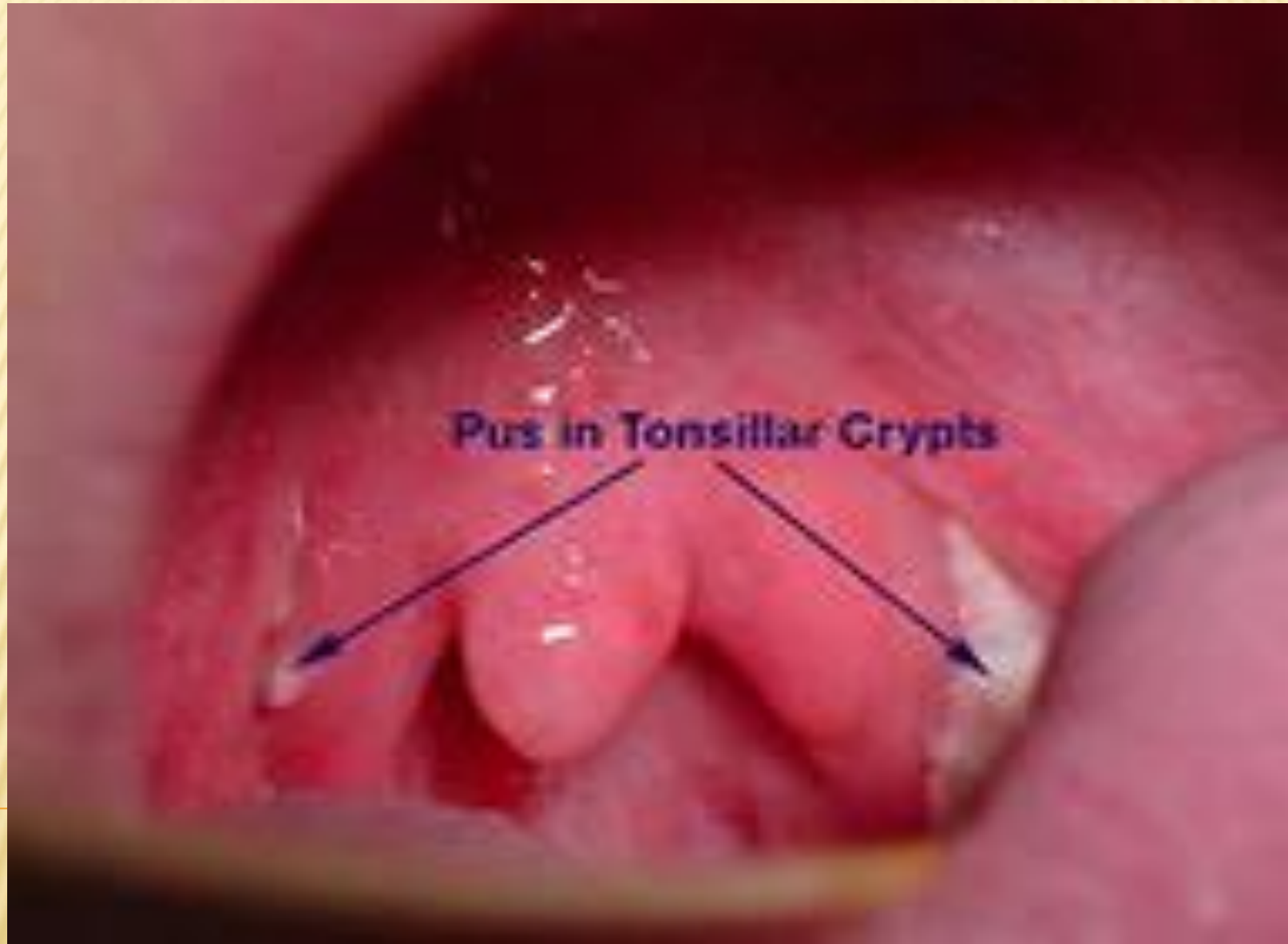


SCIENCEPHOTOLIBRARY



tonsilstonespictures.com





Pus in Tonsillar Crypts



Eniş Alpin Güneri

Yasamkadin.com







Некротическая ангина. Характерны более выраженные общие и местные проявления, чем при вышеперечисленных формах (выраженная стойкая лихорадка, повторная рвота, спутанность сознания и т. д.). При исследовании крови обнаруживают выраженный лейкоцитоз, нейтрофилёз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ. Фарингоскопическая картина: поражённые участки ткани миндалин покрыты уходящим вглубь слизистой оболочки налётом с неровной, изрытой, тусклой поверхностью зеленовато-жёлтого или серого цвета. Часто поражённые участки пропитываются фибрином и становятся плотными; при их удалении остаётся кровоточащая поверхность. После отторжения некротизированных участков образуется глубокий дефект ткани размером 1-2 см в поперечнике, часто неправильной формы, с неровным бугристым дном. Некрозы могут распространяться за пределы миндалин на дужки, язычок, заднюю стенку глотки.



Некротическая ангина

ОСЛОЖНЕНИЯ АНГИНЫ

Ранние и поздние осложнения ангины:

- Ранние осложнения возникают во время болезни и обычно обусловлены распространением воспаления на близлежащие органы и ткани (перитонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, гнойный лимфаденит регионарных лимфатических узлов, синуситы, отиты, тонзиллогенный медиастинит).
- Поздние осложнения развиваются через 3-4 нед и обычно имеют инфекционно-аллергическую этиологию (суставной ревматизм и ревмокардит, постстрептококковый гломерулонефрит).

