

# Дифференциальная диагностика ангины



Подготовила: студентка б11 группы  
педиатрического факультета

Алиева А. А.

- Ангина – острое инфекционное заболевание, которое характеризуется выраженными воспалительными изменениями в небных миндалинах и регионарных к ним тонзиллярных лимфатических узлах, лихорадкой и явлениями общей интоксикации.





# ЭТИОЛОГИЯ

- Наиболее частыми возбудителями ангин у детей является *S. pyogenes* (70–80% случаев), *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. Influenza*



# Эпидемиология

- Источник инфекции – больной и носитель патогенных микроорганизмов. Контагиозность высокая.
- Путь передачи – воздушно-капельный, реже алиментарный. Возможен и гематогенный генез ангин: развитие инфекции из какого-либо внутреннего очага в результате резкого снижения иммунитета.
- Ворота инфекции – слизистая оболочка миндалин.

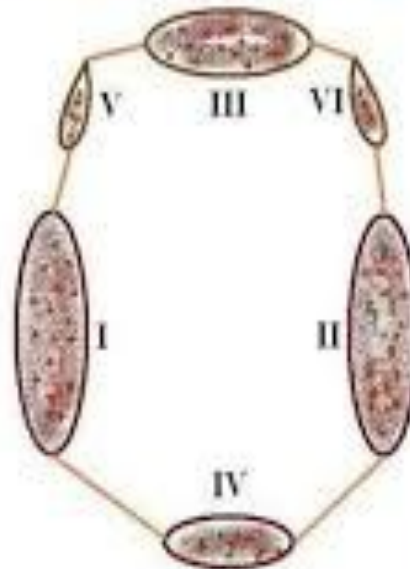


# Лимфаденоидное кольцо Пирогова-Вальдеера

- Миндалины представляют собой небольшое скопление лимфоидной ткани в толще слизистой оболочки вокруг отверстий, которые ведут в полость носа, рта и глотки.
- Различают парные миндалины (две трубные, две небные) и непарные – три язычные и глоточная (носоглоточная).

Миндалины образуют так называемое лимфоэпителиальное кольцо Пирогова-Вальдеера, которое является составной частью иммунитета организма

## Лимфаденоидное глоточное кольцо Пирогова-Вальдейера.



I и II - небные миндалины

III - носоглоточная

IV - язычная

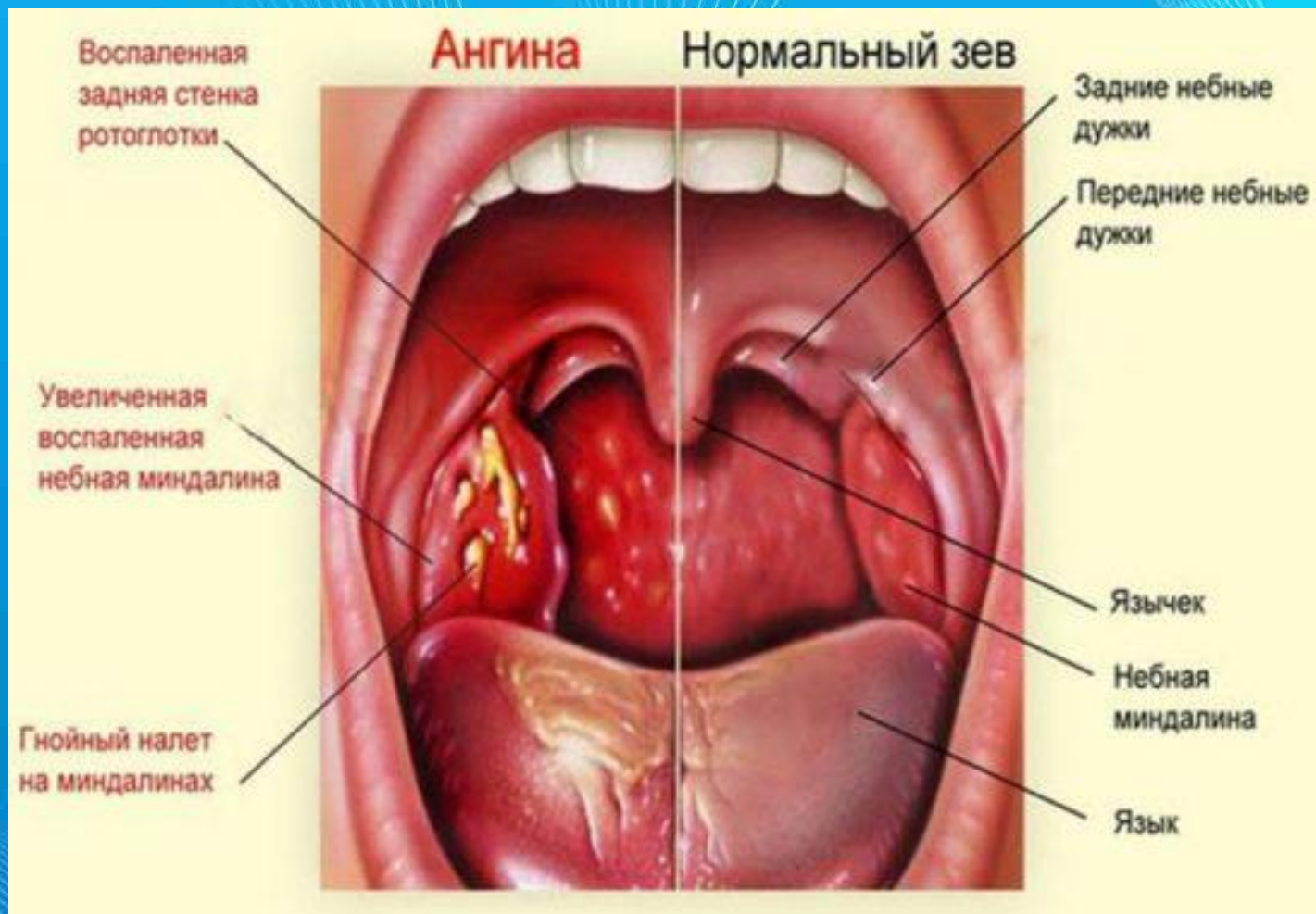
V и VI - трубные

Кроме этого имеется скопление лимфаденоидной ткани на задней стенке глотки, в области боковых валиков и язычной поверхности надгортанника.

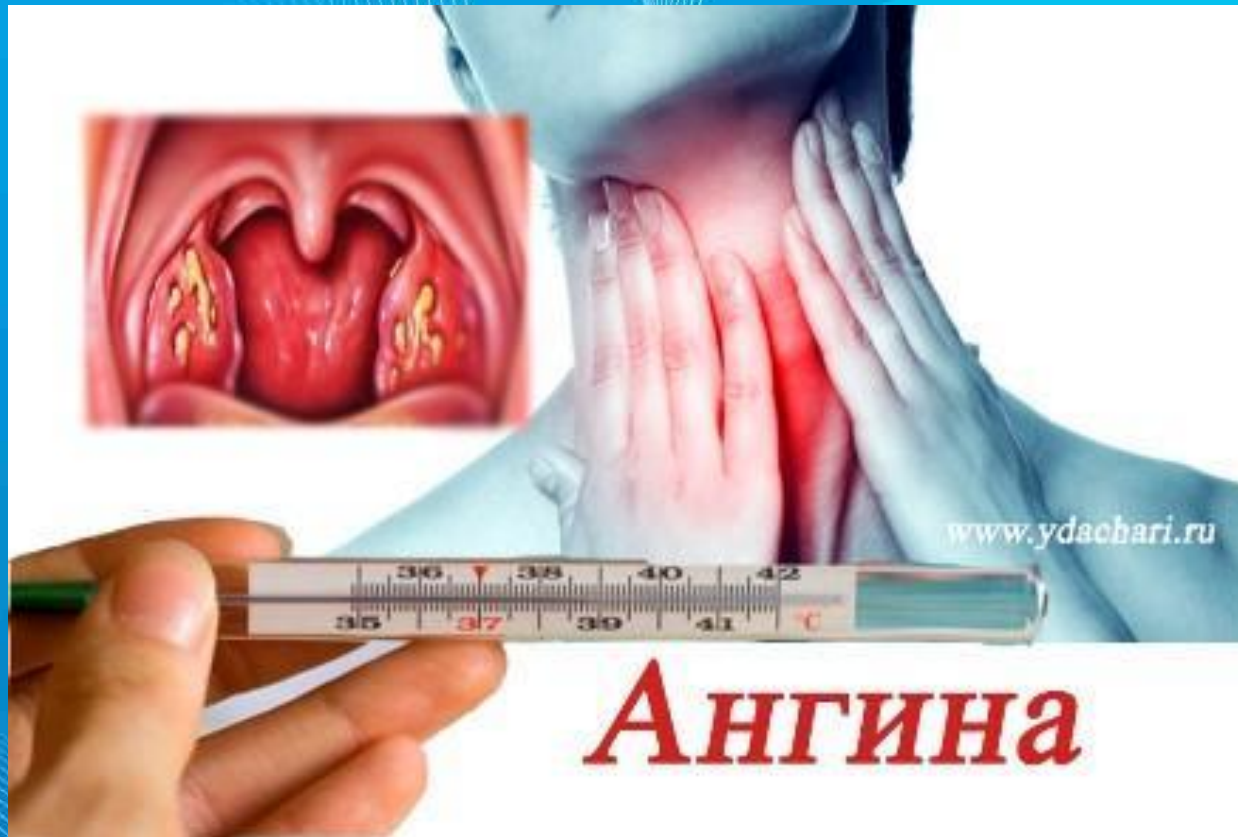
# Основные формы возникновения ангины

- 1) ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ- возникает как аутоинфекция при ухудшении условий внешней среды, чаще в результат общего охлаждения. Основной возбудитель – бета-гемолитический стрептококк группы А (70%), а также золотистый стафилококк.
- 2) ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ- возникает в результате заражения от больных. Источником инфекции является больной дифтерией или бактерионоситель токсигенной дифтерийной палочки, но чаще всего больные скарлатиной, инфекционным мононуклеозом, аденовирусной инфекцией, гриппом.
- 3) Ангина возникающая, как обострение хронического тонзиллита.





# Классификация ангины по Преобразженскому





# Катаральная ангина

- Возбудителем катаральной ангины является кокковая флора (стрептококки, стафилококки), поэтому она называется «банальной» или обычной.
- Для катаральной ангины характерна высокая скорость распространения и практически всегда внезапное начало. К главным симптомам катаральной ангины относятся: першение в горле и сухость, которые в дальнейшем перерастают в болезненность; затрудненное глотание; чувство жара в ротовой полости. Часто этот признак путают с приемом пищи и начинают употреблять холодную воду, думая, что съели что-то острое.
- повышение температуры тела выше 37 градусов, хотя этот симптом может проявиться не у всех людей, что объясняется индивидуальными особенностями иммунной системы. У детей при катаральной ангине чаще всего поднимается высокая температура (до 40 градусов),
- суставные, мышечные и головные боли, ухудшение общего самочувствия, апатия и сонливость.
- 
-

- 
- Особенно тяжело протекает катаральная ангина у маленьких детей. В младшем возрасте начало ангины может сопровождаться судорогами, явлениями менингизма, выражающимися головокружениями, рвотой, головной болью.
- **Местные проявления катаральной ангины:**
- Слизистая оболочка миндалин пропитана серозным секретом, миндалины гиперемированы.
- В некоторых местах эпителий разрыхлен и десквамирован.
- Увеличение подчелюстных лимфатических узлов.
- Лабораторные анализы крови значительно не меняются. Лейкоцитоз и СОЭ могут быть немного повышены или остаются в пределах нормы.
-



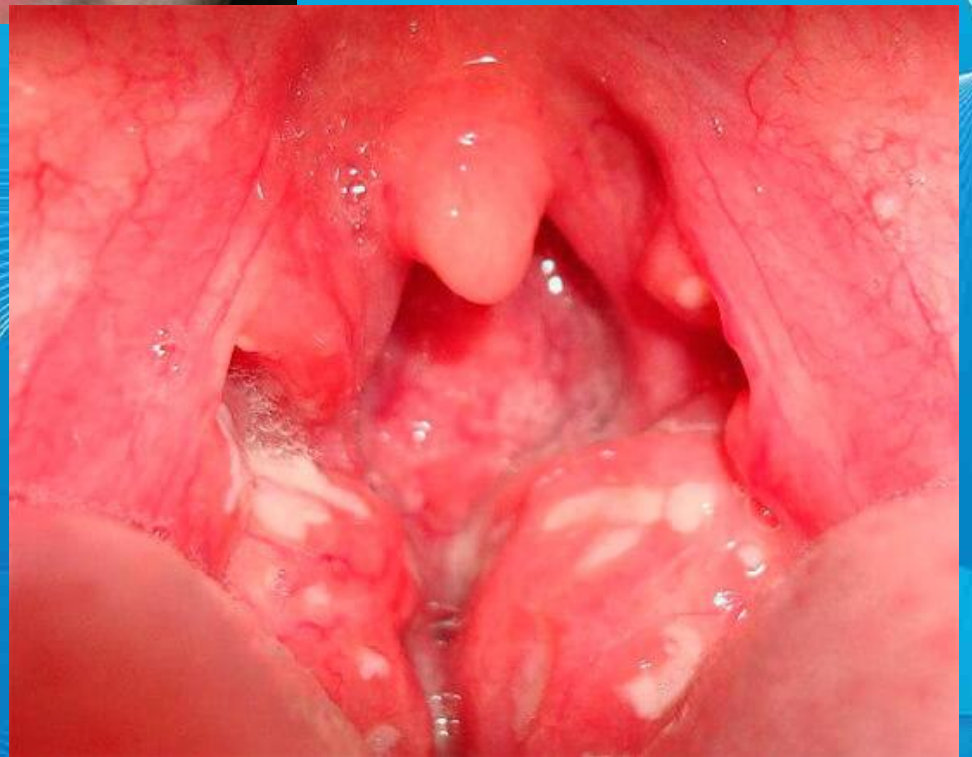


# Фолликулярная ангина

- Более тяжелая форма воспаления, протекающая с вовлечением в процесс не только слизистой оболочки, но и самих фолликулов.
- Заболевание начинается остро, с повышения  $t$  до 38-39 гр. Появляется выраженная боль в горле, резко усиливающаяся при глотании, нередко возможна иррадиация в ухо.
- Миндалины гипертрофированы, резко отечны, сквозь эпителиальный покров просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку ( картина «звездного неба» ) .
- Нагноившиеся фолликулы вскрываются, образуя гнойный налет, не распространяющийся за пределы миндалин.
- Выражены интоксикация, головная боль, слабость, лихорадка, озноб, иногда боль в пояснице и суставах. В общем анализе крови выявляют лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, увеличение СОЭ до 40-50мм/ч.
- В моче иногда обнаруживают следы белка, эритроциты.
- Заболевание длится обычно 7-10 дней, иногда до 2х недель.
- Дифференцируются с островчатой формой дифтерии зева, при которой островки налета имеют разную форму и величину, имеют негнойный, а фибринозный характер, снимаются с трудом, поверхность миндалин после снятия налета кровоточит. Фолликулярная ангина протекает с более выраженной интоксикацией.









# Лакунарная ангина

- Лакунарные ангины вызываются кокковой флорой.

Характеризуется скоплением гнояного детрита желтоватого или зеленоватого цвета по ходу лакун. Довольно часто гнойный детрит из различных лакун распространяется за ее пределы и соединяется с соседними, образуя сплошную гнойную пленку. Налет

не выходит за пределы миндалин, легко удаляется, не оставляя кровоточащего дефекта.

- Протекает тяжелее фолликулярной.
- Явления интоксикации выступают на первый план.
- Температура тела повышается до 39-40 гр. 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. Одновременно с повышением температуры появляется боль в горле; при гиперемии, инфильтрации и отекаемости небных миндалин и выраженной

инфильтрации мягкого неба речь становится невнятной, с гнусавым оттенком.

Увеличиваются и становятся болезненными при пальпации регионарные лимфатические узлы, что вызывает болезненность при поворотах головы. Язык обложен, аппетит понижен, больные ощущают неприятный вкус во рту, имеется запах изо рта.

- Заболевание длится около 10 дней, при затяжном течении — около 2х недель.

- Лакунарную ангину дифференцируют с тонзиллярной формой дифтерии зева.
- При лакунарной ангине в зеве наблюдаются довольно яркая гиперемия миндалин и дужек, боль при глотании.
- Ребенок обычно возбужден, температура тела достигает 38-39гр., течение сравнительно легкое, непродолжительное.
- При локализованной тонзиллярной форме дифтерии зева налет всегда имеет фибриновый характер: плотная пленка беловато-серого цвета, поверхность гладкая, снимается с трудом, сопровождается кровоточивостью, на месте снятия пленка появляется вновь, располагается на выпуклой поверхности миндалин.
- Общая интоксикация при дифтерии выражена более умеренно, температура держится 1-2 дня, несмотря на наличие налета снижается. Реакция шейных л/у и их болезненность отсутствуют или выражены очень слабо.





# Фиброзная (фиброзно-пленчатая) ангина

Налеты при этой ангине могут быть массивными, сплошными, укрывающими всю поверхность небных миндалин, напоминая налет при дифтерии. Однако они отличаются тем, что не распространяются за пределы миндалин и в случае их снятия (иногда с трудом) поверхность последних не кровоточит. При фибринозной ангине наблюдаются более выраженные общие симптомы интоксикации. Начало заболевания острое: появляются озноб, боли в суставах, мышцах конечностей, области сердца, слабость, головная боль, нарушение сна. Боль при глотании интенсивная с иррадиацией в уши, наблюдается повышенная саливация. Температура тела в пределах 40-41 °С. У маленьких детей возможны явления менингизма, часто отмечается диспепсия. В периферической крови выявляются лейкоцитоз до  $20 \times 10^9 / \text{л}$  и более, палочкоядерный сдвиг влево, увеличение СОЭ (до 40-50 мм/ч). Основным возбудителем, как правило, является стафилококк, часто в ассоциации с вирусами.





# Флюк монозная ангина (интратонзиллярный абсцесс)

- Развивается в результате нарушения дренажной функции лакун и является осложнением предшествующей гнойной ангины у больного хроническим тонзиллитом . В паренхиме миндалина развиваются некротические участки , которые при слиянии образуют гнойник. Вызывается «банальной» микробной флорой , чаще стрептококком. Характеризуется односторонним поражением миндалина, резкой болезненностью в горле . Выражена резкая отечность пораженной миндалина и окружающей ткани . В противоположность дифтерии на миндалинах нет фибринозного налета , а из-под слизистой просвечивают белесоватые участки — места гнойного расплавления ткани миндалина. При пальцевом исследовании определяется флюктуация . Из рта ребенка распространяется неприятный , гнилостный запах ( при токсической дифтерии- сладковатый).





# Герпетическая ангина

- Наблюдается при инфекционных заболеваниях , вызванных энтеровирусами Коксаки А. На миндалинах образуются небольшие круглые подэпителиальные пузырьки , которые , лопаясь, оставляют дефекты эпителия (минус ткань). Одновременно такие же пузырьки могут появиться на слизистой оболочке мягкого неба , щек и губ. Дифференцируется с островчатой формой дифтерии зева, при которой налеты имеют вид островков неправильной формы и величины фибринозного характера (плюс ткань).

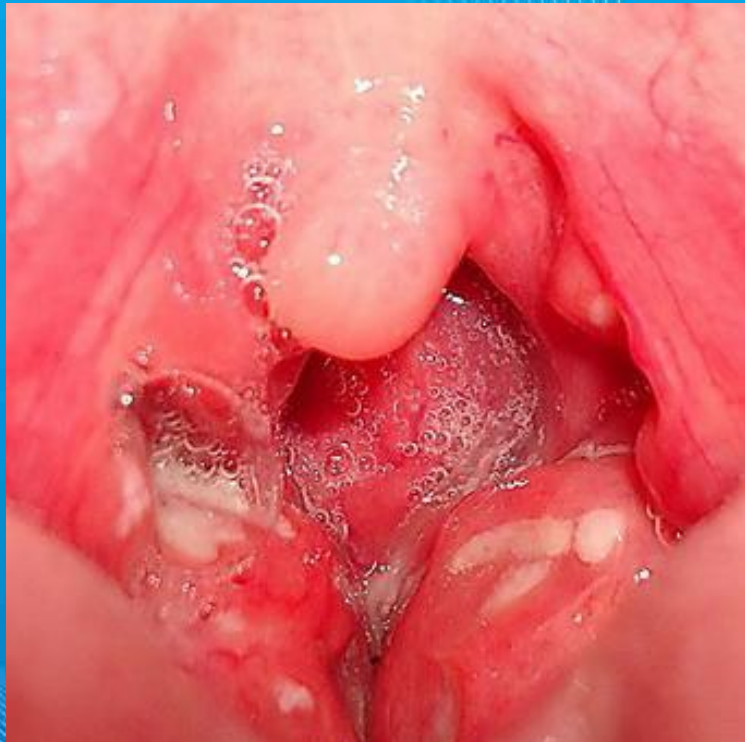
# Герпетическая ангина





# Язвенно-некротическая (гангренозная) ангина

- Часто является осложнением скарлатины и развивается на 3-4 день болезни. Налеты в зеве обусловлены действием бета-гемолитического стрептококка группы А, который на месте внедрения вызывает некротизацию и нагноение (минус ткань) . Цвет налетов желтовато-зеленый , они рыхлые легко снимаются шпателем , растираются между предметными стеклами . Налеты могут распространяться на дужки , мягкое небо и этим симптомом они напоминают налеты при распространенной форме дифтерии зева. Однако , при дифтерии зева налеты имеют фибринозный характер (плюс ткань), для дифтерии не характерны пылающий скарлатинозный зев , а также мелкоточечная сыпь на коже .





# Ангина Симановского– Плаута–Венсана.

- Возбудителем этой ангины считают симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта в авирулентном состоянии. Морфологические изменения характеризуются некрозом одной миндалины с образованием язвы в «кратерообразном углублении»- минус ткань. Налеты грязно- серого цвета , творожистые, крошковидные , легко отделяются. Ангина может протекать при нормальной температуре . Характерен неприятный, гнилостный запах изо рта. Дифференцируется с тонзиллярной формой дифтерии зева, на которую похож исключительно наличием налета и отличается своим фибринозным характером , а также двусторонним поражением миндалин при дифтерии .



# Скарлатина

- При скарлатине отмечают катаральную и некротическую формы ангины. Заболевание начинается остро. Слизистая оболочка небных миндалин, мягкого неба, язычка ярко-красного цвета ("пылающий зев"). Эти изменения четко отделяются от здоровых тканей твердого неба полукруговыми линиями с обеих сторон, что характерно для скарлатины. Гиперемия и отечность распространяются на заднюю стенку глотки. Небные миндалины увеличены. Язык густо обложен белым налетом. Со 2–3-го дня язык постепенно очищается, начиная с кончика и боков, а к концу недели он становится ярко-красного цвета, видны гипертрофированные сосочки языка. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Типичная форма скарлатины характеризуется наличием экзантемы. Мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи появляется на 1–2-й день болезни и сохраняется 5–7 дней. Расположение сыпи преимущественно на боковых поверхностях туловища, внизу живота, на сгибательных поверхностях конечностей со сгущением в области естественных складок кожи. Характерным является симптом Филатова – бледность носогубного треугольника на фоне яркой гиперемии щек. После исчезновения сыпи начинается шелушение кожи. В крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ.





# Дифтерия

- Патогномоничным симптомом для дифтерии любой локализации является образование фибринозной пленки. Характеристика пленки: гладкая, блестящая с перламутровым оттенком, серовато-белая или грязно-серая с четкими краями, как бы напоздает на прилежащие слизистые оболочки (+ткань). Налеты тяжело снимаются, поверхность под ними кровоточит, не растираются между предметным стеклом, в жидкости – тонут.





# МОНОНУКЛЕОЗ

- Ангина при инфекционном мононуклеозе может быть катаральной, лакунарной и язвенно-некротической. При фарингоскопии отмечается гиперемия слизистой оболочки небных миндалин и задней стенки глотки. Небные миндалины увеличены (II–III степень), поверхность их покрыта налетами, которые по характеру и распространенности бывают разными – в виде островков, полосок, иногда сплошные, желтовато-белого или серого цвета. Налеты на небных миндалинах обычно появляются на 2–3-й день болезни и исчезают к 10–15-му дню, но остаются гиперемия и инфильтрация тканей миндалин.



## Изменения в зеве при ангинах

рис.2



фолликулярная



лакунарная



язвенно-пленчатая



паратонзиллярный абсцесс

Для подтверждения этиологии ангины, помимо клинического наблюдения проводятся бактериологические исследования мазков из зева на флору, на бациллу Леффлера, микроскопию мазка при ангине Симановского-Венсана.



# Лечение ангины

- Госпитализации подлежат дети с тяжелой или осложненной формой ангины, а также по эпидпоказаниям.
- Режим – постельный на протяжении острого периода
- Диета при ангинах должна быть щадящей, богатой витаминами С и группы В. Применяется витаминизированное обильное питье (чай с лимоном, отвар или настой шиповника, боярышника, клюквенный, брусничный морсы, соки).

## Этиотропная терапия ангин

проводится в течение 7–10 дней. Применяются антибиотики пенициллинового ряда (пенициллин – 100 мг/кг/сут, ампициллин – 100 мг/кг/сут, амоксициллин – 20 мг/кг/сут и др.), цефалоспорины 1–2 поколений (лексин – 25–50 мг/кг/сут, дурацеф – 40–50 мг/кг/сут, зиннат – 25–50 мг/кг/сут, цефутил – 0,125–0,250 г в 2 приема и др.); макролиды (азитромицин – 1-й день 10 мг/кг/сут, затем 5 мг/кг/сут, кларитромицин – 7,5 мг/кг/сут и др.)

При ангине как симптоме инфекционного мононуклеоза не применяется ампициллин и его аналоги.

При дифтерии основным терапевтическим мероприятием считается введение антитоксической противодифтеритической сыворотки.



# Симптоматическая терапия

Местное лечение ангины:

- фузафунжин (Биопарокс) – ингаляционно по 4 вдоха ртом каждые 4 ч в течение 4–5 дней.
- Грамицидин – таблетку держат во рту (за щекой) до ее полного растворения. Применяют по 2 табл. (одну за другой в течение 20–30 мин) 4 раза в сутки в течение 2–3 дней
- Полоскание теплыми отварами трав (шалфея, ромашки), растворами соды, борной кислоты, нитрофурана, перекиси водорода до 8–10 раз в сутки.
- Жаропонижающие средства применяются при повышении температуры более 38 °С (парацетамол – 10–15 мг/кг/сут, нурофен – 5–10 мг/кг/сут).

# Профилактика

- своевременное устранение очагов хронической инфекции (кариозные зубы, хронический тонзиллит, гнойные поражения придаточных пазух носа и др.),
- устранение причин, затрудняющих свободное дыхание через нос (у детей чаще аденоиды).
- В детский коллектив больного допускают после клинического выздоровления, нормализации картины крови и мочи, но не ранее 7-го дня нормальной температуры, так как только с этого срока начинается восстановление функциональной полноценности сердечно-сосудистой системы. После выписки ребенку, перенесшему ангину, еще в течение 10–15 дней рекомендуется избегать тяжелой физической работы, занятий спортом.



Спасибо за внимание



Будьте здоровы!