

АНГИНЫ

Ангина (острый тонзиллит) – инфекционное заболевание, протекающее в виде острого воспаления, сопровождающееся поражением лимфоидных образований окологлоточного кольца (Пирогова-Вальдейера), чаще – небных миндалин.

Клиническая классификация ангин:

По этиологии:

- стрептококковая;
- стрепто-стафилококковая;
- стафилококковая;
- другая этиология.

По локализации патологического процесса:

- небные миндалины;
- боковые валики глотки;
- носоглоточная миндалина;
- язычная миндалина;
- лимфоидные образования задней стенки глотки;
- лимфоидные образования гортани.

По характеру воспалительных изменений лимфоидных образований:

- катаральная;
- лакунарная;
- фолликулярная;
- некротическая.

По тяжести:

- легкая;
- среднетяжелая;
- тяжелая.

По частоте заболевания:

первичные (простые, банальные):

- катаральная;
- фолликулярная;
- лакунарная;
- смешанная;

вторичные (симптоматические):

Ангины при инфекционных заболеваниях:

- при дифтерии глотки;
- сифилитическая;
- при ВИЧ-инфекции;
- o поражение глотки при брюшном тифе;
- при туляремии;
- вирусная

Ангины при заболеваниях крови:

- моноцитарная ангина;
- ангина при лейкозах;
- агранулоцитарная ангина.

Особые формы ангин (атипичные):

- язвенно-некротическая (Симановского-Плаута-Венсана);
- грибковая.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНГИН ПО ПРЕОБРАЖЕНСКОМУ-ПАЛЬЧУНУ

- ▶ банальные ангины (катаральная, фолликулярная, лакунарная, смешанная);
- ▶ атипичные формы ангин (Симановского - Венсана, герпетическая, грибковая, смешанные формы);
- ▶ ангины при инфекционных заболеваниях (дифтеритическая, коревая, скарлатинозная, сифилитическая, туберкулезная, при ВИЧ-инфекции)
- ▶ ангины при заболеваниях крови (моноцитарная, ангина при лейкозах, агранулоцитарная).

Первичные ангины:

Этиология.

Чаще всего (в 85% случаев) первичные ангины вызывает β -гемолитический стрептококк группы А, реже - золотистый стафилококк, пневмококк или смешанная микрофлора.

Входные ворота инфекции - лимфоидная ткань ротоглотки, где формируется первичный очаг воспаления.

Предрасполагают к развитию ангины общее и местное переохлаждение, запыленная или загазованная атмосфера, повышенная сухость воздуха, нарушение носового дыхания, гиповитаминозы, снижение иммунитета и т.д. Чаще всего ангина развивается после перенесённого ОРВИ.

Клиника:

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 (чаще поднижнечелюстные).

Катаральная ангина:

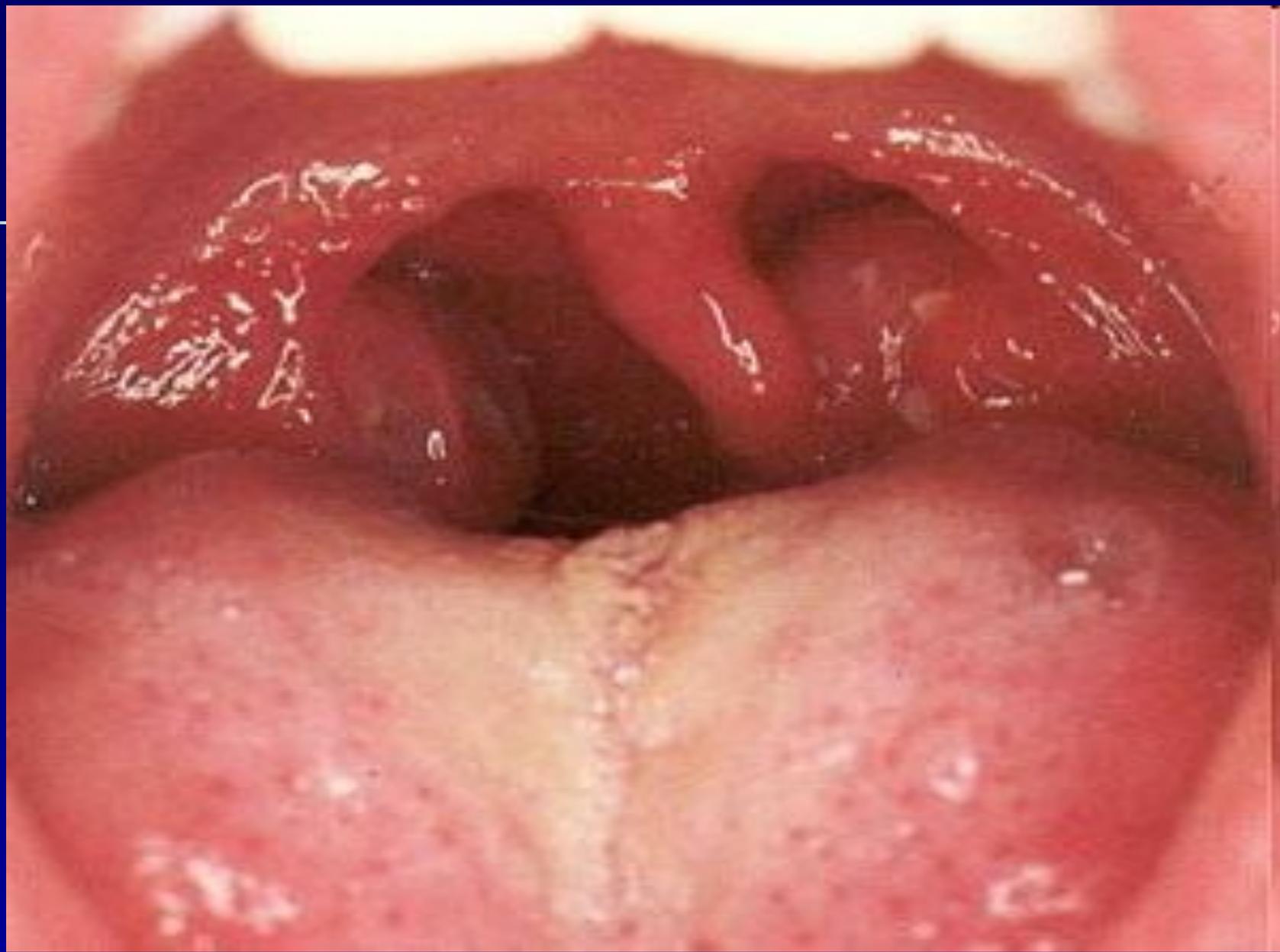
Наиболее легкая форма заболевания. Воспалительный процесс ограничен поражением слизистой оболочки небных миндалин. Заболевание начинается остро; появляется ощущение жжения, сухость, першение, затем умеренная боль в горле, усиливающаяся при глотании. Пациент жалуется на недомогание, разбитость, головную боль. Температура тела обычно субфебрильная, но может повышаться до 38 °С. Язык обычно сухой, обложен белым налетом. Возможно незначительное увеличение (до 1 см в диаметре) регионарных лимфатических узлов (в основном поднижнечелюстных), их умеренная болезненность.

Клинический анализ крови:

- лейкоциты – 17-30·10⁹ клеток/л;
- СОЭ - 12-15 мм/ч;
- сиаловые кислоты - 190-210 ед.;

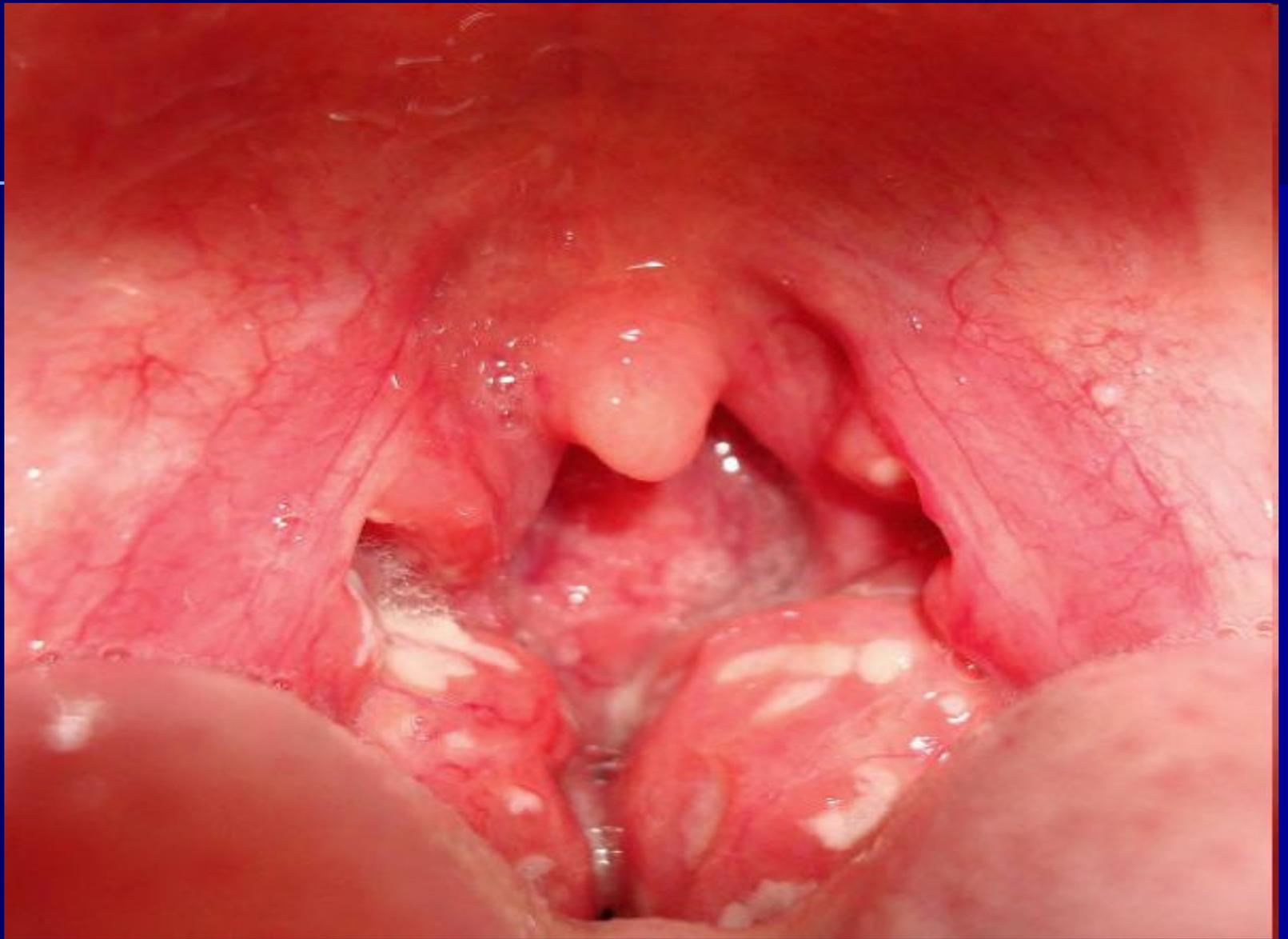
Продолжительность заболевания обычно составляет 5-7 дней, после чего воспалительные явления в глотке стихают, или развивается другая форма ангины (лакунарная или фолликулярная).

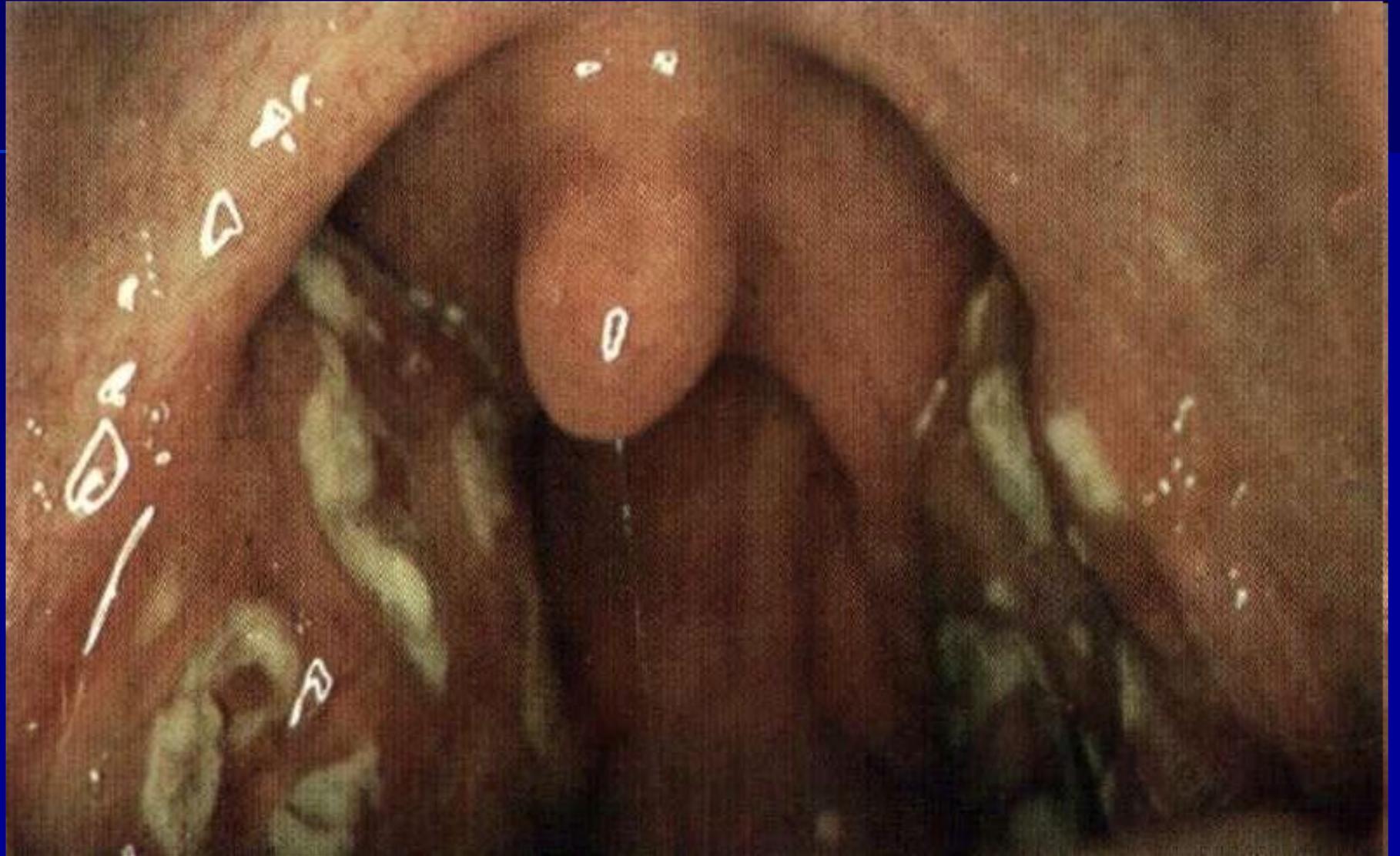




Фолликулярная ангина:

Фолликулярная ангина - более тяжелая форма воспаления, протекающая с вовлечением в процесс не только слизистой оболочки, но и самих фолликулов. Заболевание начинается остро, с повышения температуры до 38-39 °С. Появляется выраженная боль в горле, резко усиливающаяся при глотании, нередко возможна иррадиация в ухо. (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. 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 40-50 мм/ч. В моче иногда обнаруживают следы белка, эритроциты. Заболевание длится обычно 7-10 дней, иногда до 2 нед.





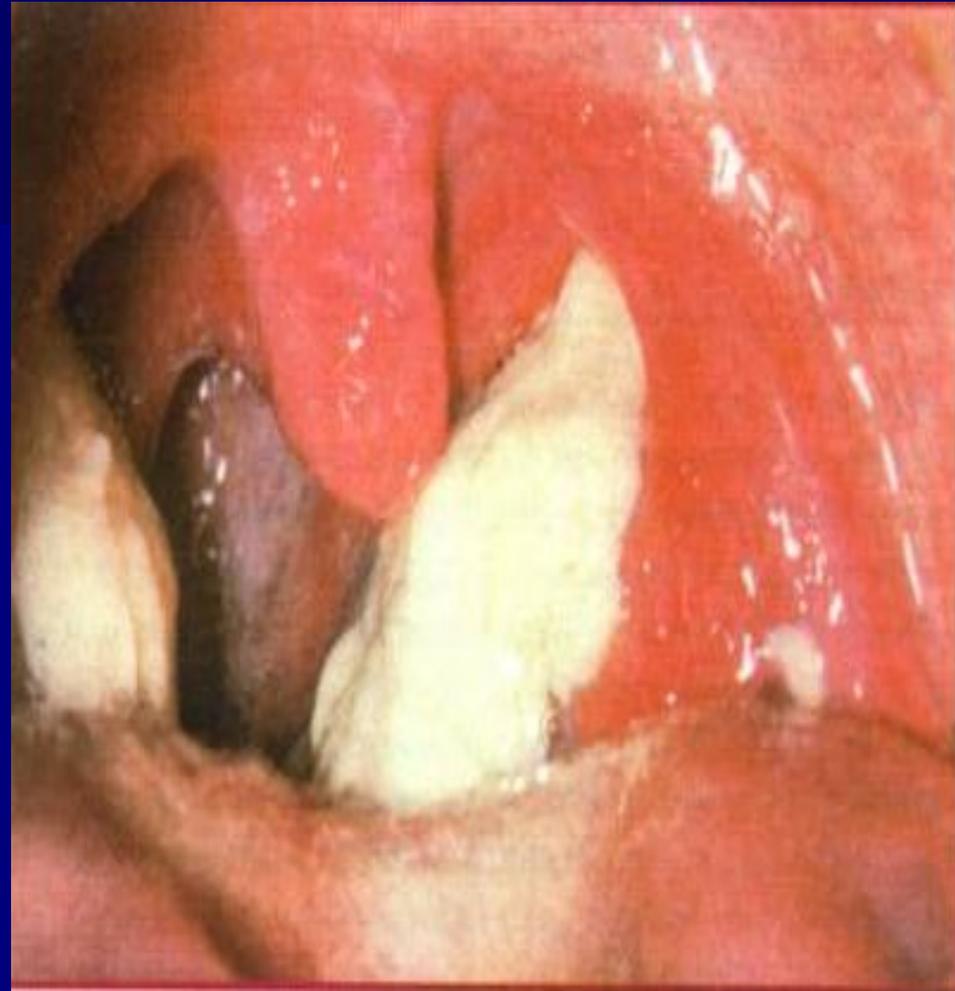
Лакунарная ангина:

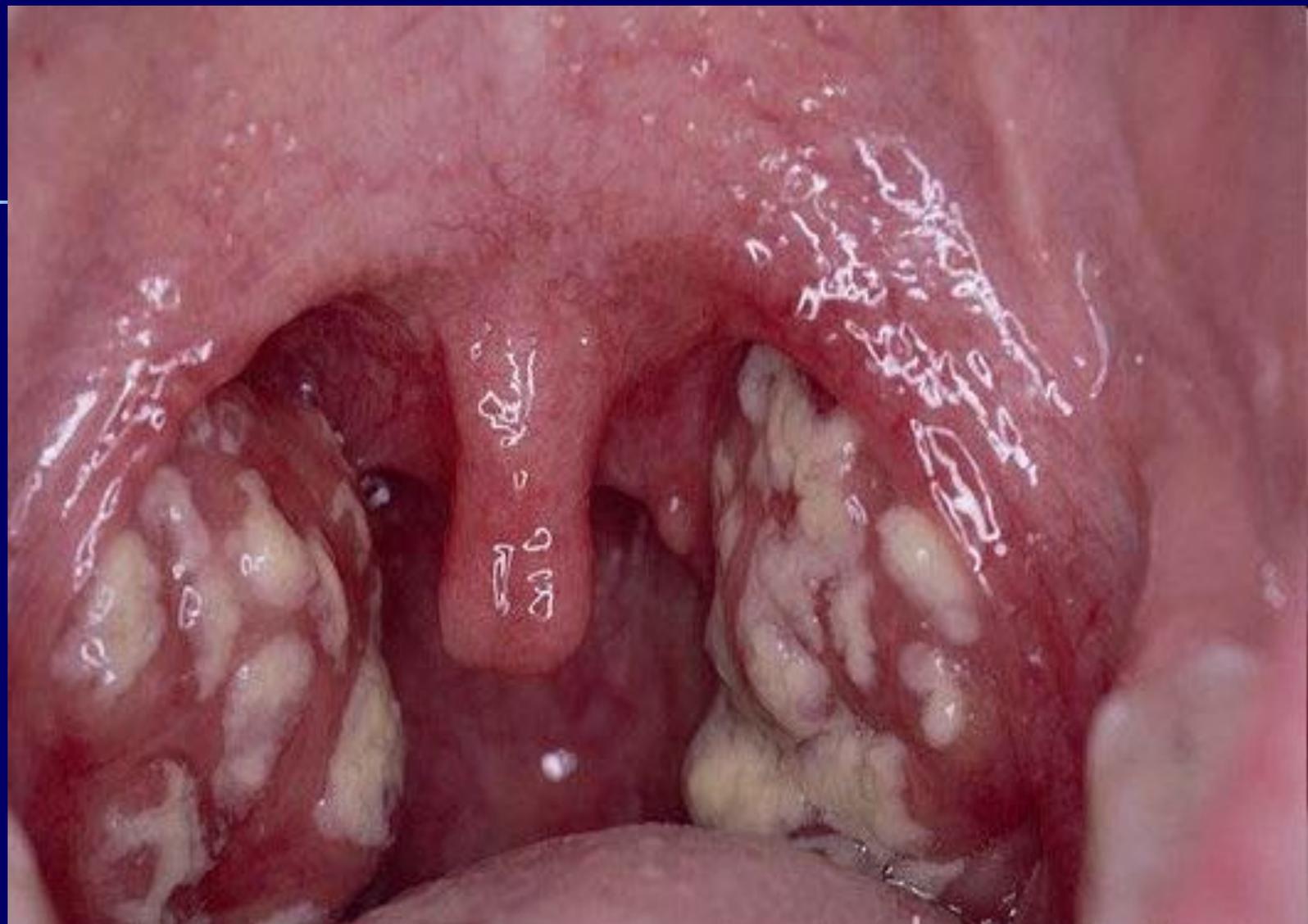
Лакунарная ангина характеризуется поражением миндалин в области лакун с распространением гнойного налёта на свободную поверхность небных миндалин. Протекает тяжелее фолликулярной.

Явления интоксикации выступают на первый план. 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. Одновременно с повышением температуры появляется боль в горле; при гиперемии, инфильтрации и отечности небных миндалин и выраженной инфильтрации мягкого неба речь становится невнятной, с гнусавым оттенком. 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 кровоточащего дефекта.

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 2 нед..





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. 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



Диагностика:

1)Физикальное обследование:

Изменения в глотке, выявленные в первые дни заболевания, неспецифичны и сходны при многих заболеваниях, поэтому следует наблюдать пациента в динамике.

2)Лабораторные исследования:

Для уточнения диагноза необходимы лабораторные исследования: бактериологическое, вирусологическое, серологическое, цитологическое и др. Мазок берут с помощью стерильного тампона; материал доставляют в лабораторию в течение 1 ч (при больших сроках необходимо использовать специальные среды). До забора материала не следует полоскать рот или использовать дезодорирующие средства как минимум 6 ч. При правильной технике забора материала чувствительность метода достигает 90%, специфичность - 95-96%.

Наличие В-гемолитического стрептококка подтверждается также при определении анти-О-стрептолизина и других антител.

Клинический анализ крови позволяет диагностировать ангину, в том числе при заболеваниях крови.

При катаральной ангине реакция со стороны крови незначительна: нейтрофильный лейкоцитоз ($17-30 \times 10^9/\text{л}$), в формуле крови незначительный палочкоядерный сдвиг влево, СОЭ до 18-20 мм/ч.

При фолликулярной ангине отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, умеренный палочкоядерный сдвиг влево, возможно увеличение СОЭ до 40-50 мм/ч. Как правило, увеличены и болезненны при пальпации регионарные лимфатические узлы, особенно ретромандибулярные.

При вирусной ангине наблюдают небольшой лейкоцитоз, но чаще легкую лейкопению, незначительный сдвиг формулы крови влево.

3)Инструментальные исследования

Основа диагностики - фарингоскопия.

Лечение:

1) Антибактериальная терапия:

- !!!!!! Цефтриаксон В/м введение. Для в/м введения 1 г препарата необходимо развести в 3,5 мл 1% раствора лидокаина и ввести глубоко в ягодичную мышцу, рекомендуется вводить не более 1 г препарата в одну ягодицу.(1 раз в сутки)
- !!Амоксициллин Дозировку устанавливают индивидуально, с учетом тяжести инфекции. Взрослым и детям старше 10 лет — по 500 мг 3 раза в сутки; при тяжелом течении инфекции доза может быть повышена до 1000 мг 3 раза в сутки.
- Амоксициллина-Клавуланата (Аугментин) – ингибиторозащищенный пенициллин. При трехкратном разделенном приеме суточную дозу Аугментин рассчитывают исходя из 40 мг/кг/сут. При двукратном (менее менее желательно) 45 мг/кг/сут. В начале еды. Длительность курса - 10 дней.

-Азитромицин(Сумамед) макролид (При наличии аллергии на пенициллины, стартовый антибиотик)- Внутрь, за 1 ч до еды или через 2 ч после еды, 1 раз в сутки. по 500 мг/сут в течение 3 дней (курсовая доза — 1,5 г).- ориентация на вес пациента!!!!!!-5 дней!!!

- Линкомицин (гр. линкозамидов)-В/м, взрослым по 0,5 г 2 раза в сутки, в тяжелых случаях — 0,5 г 3 раза в сутки. Курс — 7–14 дней, в отдельных случаях — до 1 мес.

2)Антигистаминные

Первые 2-4 суток следует соблюдать щадящую диету (обычно больной и сам практически не ест) . Требуется обильное питье любых безалкогольных напитков (предпочтение отдается витаминным чаям, сокам, растворимый витамин С - до 1-1,5 г в сутки). Также поазано назначение витаминов группы В и антигистаминных препаратов длительного действия. (NB! Не рекомендуется одновременное назначениемакролидов и антигистаминных (H1 блокаторов) препаратов из за повышения риска кардиотоксического действия (увеличение интервала Q-T, аритмия):

- Фексофенадин — блокатор H₁-рецепторов III поколения, применяется по 120 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки.
- Лоратадин — антигистаминный препарат II поколения. Обладает противоаллергическим, противозудным, антиэкссудативным действием. Взрослым рекомендуется в дозе 10 мг на ночь. Для детей создана лекарственная форма в виде сиропа — по 1 ч. ложке (5 мг) 1 раз в день.
- Хлоропирамин — антигистаминный препарат I поколения с умеренным седативным эффектом, который в условиях строгого постельного режима не только не является ограничивающим фактором, но и, напротив, может оказаться полезным. Взрослым этот препарат назначают в дозе 25 мг (1 таблетка) 3-4 раза в день, детям рекомендуется от 1/4 до 1/2 таблетки 2-3 раза в сутки.
- Клемастин также относится к антигистаминным препаратам I поколения с седативным эффектом. Рекомендуется по 1 мг (1 таблетка) утром и вечером.

3) Ибуклин

- 4) Местное лечение ангины включает полоскания различными дезинфицирующими растворами с целью механического удаления из полости рта слизи и микробов, а также местного противовоспалительного действия. Применяют тёплые дезинфицирующие полоскания – раствор фурациллина 1:5000, 2% раствор бикарбоната натрия или борной кислоты, отвар шалфея, ромашки, или просто соленой воды.
- 5) Орошение полости рта и глотки антибактериальными препаратами нецелесообразно: местное бактерицидное действие не может проявиться за секунды или даже минуты – для этого требуются десятки минут или часы. Однако, может иметь смысл употреблять местный антисептик Фарингосепт -бактериостатик(в первые дни - по 2 таблетки подряд 3 раза в день и далее по 1 таблетке 3 раза в день).
 - Из спреев целесообразно использовать местный антибиотик Биопарокс и местное противовоспалительное средство (НПВП) Тантум Верде.
 - Физиотерапия. При лечении ангины назначают местное воздействие на миндалины и лимфатические узлы шеи – УВЧ (5-7 процедур) и КУФ (3-5 процедур).

Перитонзиллярный абсцесс

- Абсцесс представляет собой ограниченное скопление гноя, образующееся в толще мягких тканей, обычно вблизи места проникновения инфекции через повреждённый в результате травмы или инфекционного поражения участок кожи или слизистой оболочки. Перитонзиллярный абсцесс локализуется в тканях, окружающих глоточные миндалины (чаще с одной стороны);

- В горле можно заметить отёчный и ярко-красный участок воспаления - как правило, на одной стороне.
- Можно заметить отклонение нёбного язычка в сторону, противоположную очагу воспаления.
- Увеличены и болезненны шейные и другие региональные лимфоузлы.
- Могут наблюдаться и другие симптомы:
- Затруднения и болезненность при глотании.
- Озноб, повышение температуры
- Спастическое сокращение мышц челюсти (тризм) и шеи (кривошея).
- Боль в ухе на стороне абсцесса.
- Глухая и невнятная речь, будто со ртом, набитым едой.
- Затруднения при сглатывании слюны.



Вторичные ангины:

Дифтерия глотки наблюдается в 70 — 90% случаев дифтерии. По распространенности патологического процесса выделяют *локализованную* и *распространенную* формы дифтерии; по характеру изменений в глотке — *катаральную, островчатую, пленчатую* и *геморрагическую*; в зависимости от тяжести течения — *токсическую* и *гипертоксическую* формы болезни.

Островчатая форма дифтерии характеризуется появлением единичных или множественных островков фибринозных наложений серовато-белого цвета на поверхности миндалин вне лакун. Типичный дифтерийный налет в виде пленки серовато-белого или желтовато-серого цвета появляется обычно к концу 2-х суток болезни. Длительность существования налетов составляет 6 — 8 дней, иногда 10 — 11 дней.

Пленка толстая, удаляется с трудом, не поддается растиранию на предметном стекле, при погружении в сосуд с жидкостью тонет. На месте удаленной пленки вновь быстро образуется новая. Одновременно отмечают небольшое увеличение лимфатических узлов шеи.



АНГИНА ПРИ ДИФТЕРИИ

Распространенную (или субтоксическую) форму дифтерии относят к среднетяжелым заболеваниям и наблюдают у непривитых людей. **Отличительный признак этой формы - распространение налетов за пределы миндалин на нёбные дужки, язык, боковые и заднюю стенки глотки, Отечность миндалин и дужек выражена значительно больше, регионарные лимфатические узлы заметно увеличены, болевые ощущения в глотке также более интенсивные. Возможно одностороннее поражение миндалин или более значительная выраженность процесса на одной миндалине.**



Лечение дифтерии:

Главным в лечении всех форм дифтерии, кроме бактерионосительства, является нейтрализация дифтерийного токсина введением антитоксической ПДС.

Дозы ПДС

1. Локализованная дифтерия ротоглотки, носа, половых органов, глаз, кожи 15 - 30 в/м
2. Распространенная дифтерия ротоглотки 30 - 40 в/м
субтоксическая дифтерия 50 - 60 в/м
3. Токсическая дифтерия I степени тяжести 60 - 80 в/м
II ' ' 80 - 100 в/в или в/м
III ' ' 100 - 120 в/в или в/м
4. Гипертоксическая 120 - 150 в/в или в/м
5. Круп локализованный 15 - 20 в/м
6. Круп распространенный и нисходящий 30 - 40 в/м

АНГИНА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- В начале заболевания может развиваться катаральная ангина, а на второй неделе – язвенно-некротические изменения миндалин (мелкие круглые язвочки с ровными краями, дно серого цвета, гиперемия по периферии). Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненные при пальпации. На 3-4 неделе происходит очищение и эпителизация язв.

Лабораторная диагностика: обнаружение возбудителя в биоматериале и специфических антител в крови больного (реакция Видаля, РНГА), экспресс-диагностика (обнаружение антигенов методами ИФА, РНА, ИРА).

Лечение: госпитализация, постельный режим, механически щадящая диета, богатая витаминами. Дезинтоксикационная терапия. Антибактериальная терапия (ципрофлоксацин, левомицетин, амоксициллин, хлорамфеникол, цефотаксим, цефтриаксон). Симптоматическая терапия.

АНГИНОЗНО-СЕПТИЧЕСКАЯ ФОРМА ЛИСТЕРИОЗА

Встречается наиболее часто. По тяжести и длительности течения она бывает различной. Проявляется в виде легких катаральных или фолликулярных ангин без заметных сдвигов в формуле крови или в виде ангин с язвенно-пленчатым поражением миндалин, сопровождающихся моноцитарной и моноклеарной реакцией крови. При легкой форме листериоза имеет место обычное течение ангины; выздоровление наступает через 5—6 дней. При ангине с язвенно-пленчатым поражением миндалин наблюдаются подъем температуры до 40°C, более тяжелое течение; печень и селезенка, как правило, увеличены. В крови заметно растет количество моноцитарных клеток, что придает заболеванию черты моноцитарной ангины. Длится заболевание 10—12 дней. При ангинозно-септической форме листериоза с тифоподобным течением и нервным синдромом (чаще у взрослых) лихорадка принимает ремиттирующий характер с вечерними подъемами до 38—39°C на протяжении 15—20 дней.

ДИАГНОСТИКА

- В связи с полиморфизмом клинических проявлений болезни основное значение придается результатам лабораторных исследований. Производят посев материала от больного (слизь из носоглотки, с поверхности миндалин, кровь, спинномозговая жидкость, пунктат лимфатических узлов). Для ориентировочного обнаружения листерий можно использовать метод люминесцентной микроскопии, серологические методы диагностики — реакция агглютинации и реакция связывания комплемента (РСК) с использованием антигенов.



ЛЕЧЕНИЕ.

Эффективным лечебным средством являются антибиотики тетрациклинового ряда, а также эритромицин и пенициллин. Антибиотикотерапию необходимо продолжать еще 5—7 дней после стихания воспалительных явлений и нормализации температуры. При тяжелом течении применение антибиотиков следует сочетать с кортикостероидами и антигистаминными препаратами.

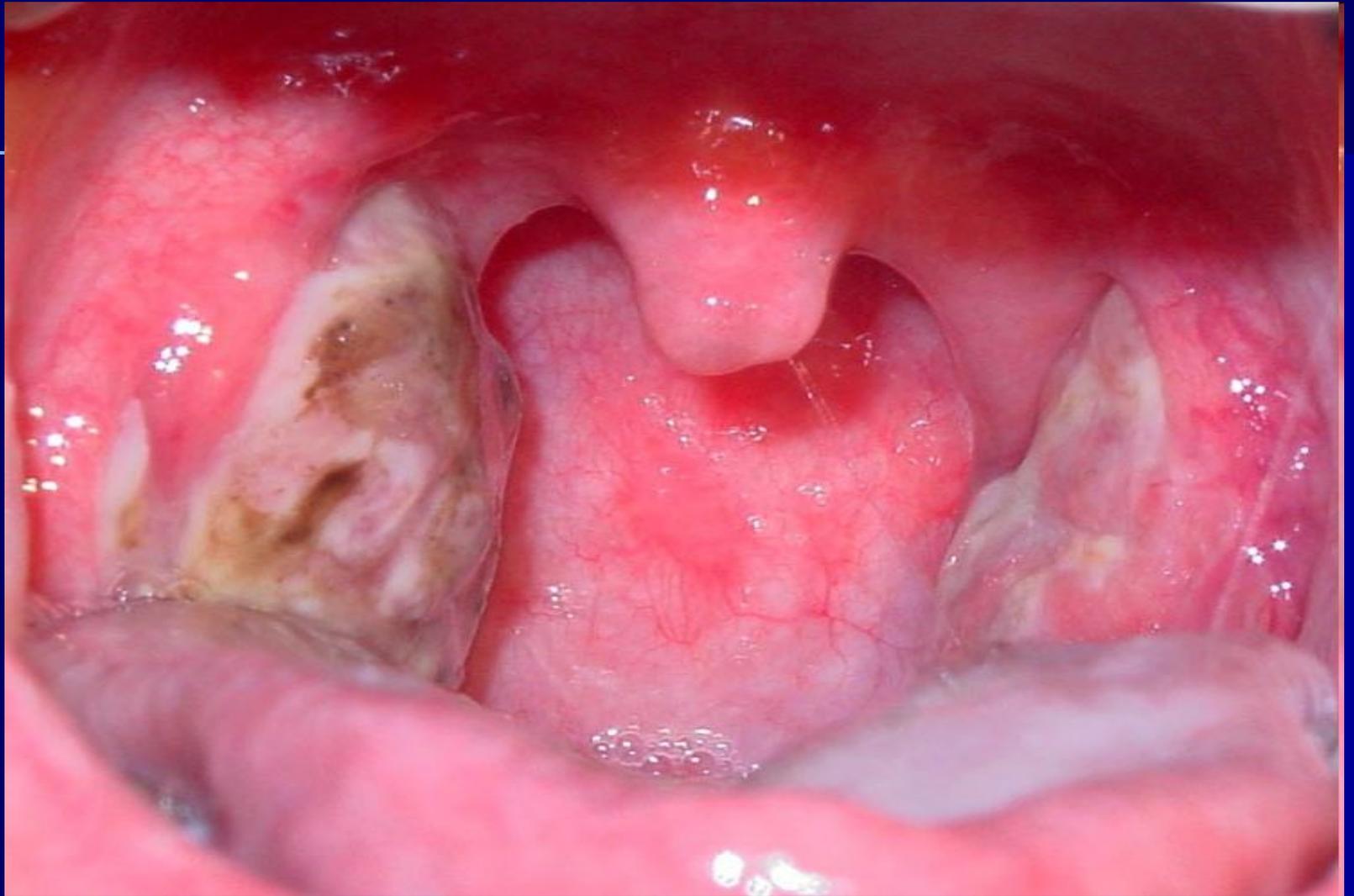


АНГИНА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ.

Слизистая небных дужек, миндалин, язычка гиперемирована, отечная, небные миндалины увеличены в размерах, могут соприкасаться между собой. Имеются налеты на миндалинах в виде гнойных полосок или островков, могут сливаться между собой и покрывать миндалины сплошь, бело-желтого цвета, рыхлые, легко снимаются, поверхность миндалин не кровоточит. Возможно развитие фолликулярной, редко – некротической ангины. Слизистая задней стенки глотки гиперемирована, отечная, зернистая, стекает слизисто-гнойный секрет из носоглотки.

В связи с поражением носоглоточной миндалины отмечается выраженная заложенность носа, гнусавый оттенок голоса, храп,





В анализе крови: лейкоцитоз ($30-50 \times 10^9$), ускорение СОЭ (20-30 мм/ч). Наличие атипичных мононуклеаров выявляется уже в первые дни болезни, особенно в разгаре ее, у некоторых больных – в более поздние сроки (10-14 сутки). Кроме того, серологические методы исследования (РА, ИФА, реакция Пауля-Буннеля-Давидсона) помогают в диагностике заболевания

ЛЕЧЕНИЕ

изоляция больного, постельный режим, механически и химически щадящая пища, необходимо давать большое количество жидкости. Уход за полостью рта (полоскание 2% раствором соды, отварами трав). Циклоферон по схеме. Обработка миндалин линиментом циклоферона. Десенсибилизирующие препараты. Антибиотикотерапия при тяжелых формах болезни (цефалоспорины 2-3 поколения; не рекомендуются пенициллины, в связи с возможностью развития аллергического дерматита).

Вирусная ангина:

Вирусные ангины подразделяются на аденовирусные (возбудителем чаще выступают аденовирусы 3-го, 4-го, 7-го типа у взрослых и 1-го, 2-го и 5-го - у детей), гриппозные (возбудитель - вирус гриппа) и герпетические. Первые две разновидности вирусной ангины обычно сочетаются с поражением слизистой оболочки верхних дыхательных путей и сопровождаются респираторными симптомами (кашель, ринит, охриплость голоса), иногда при этом наблюдается конъюнктивит, стоматит, диарея.

- Вирусная ангина имеет основным симптом, которым является сильная боль в передней области шеи. Однако боль может варьироваться от пациента к пациенту в связи с различной степени тяжести и причиной инфекции.

Пациент может испытывать некоторые или все эти симптомы:

- 1. Озноб
- 2. Цветные покрытия на миндалинах, как правило, сероватый
- 3. Реддер миндалин
- 4. Раздутые гланды в шее
- 5. Дурной запах изо рта
- 6. Лихорадка
- 7. Боль в горле
- 8. Искажение звука

ЛЕЧЕНИЕ

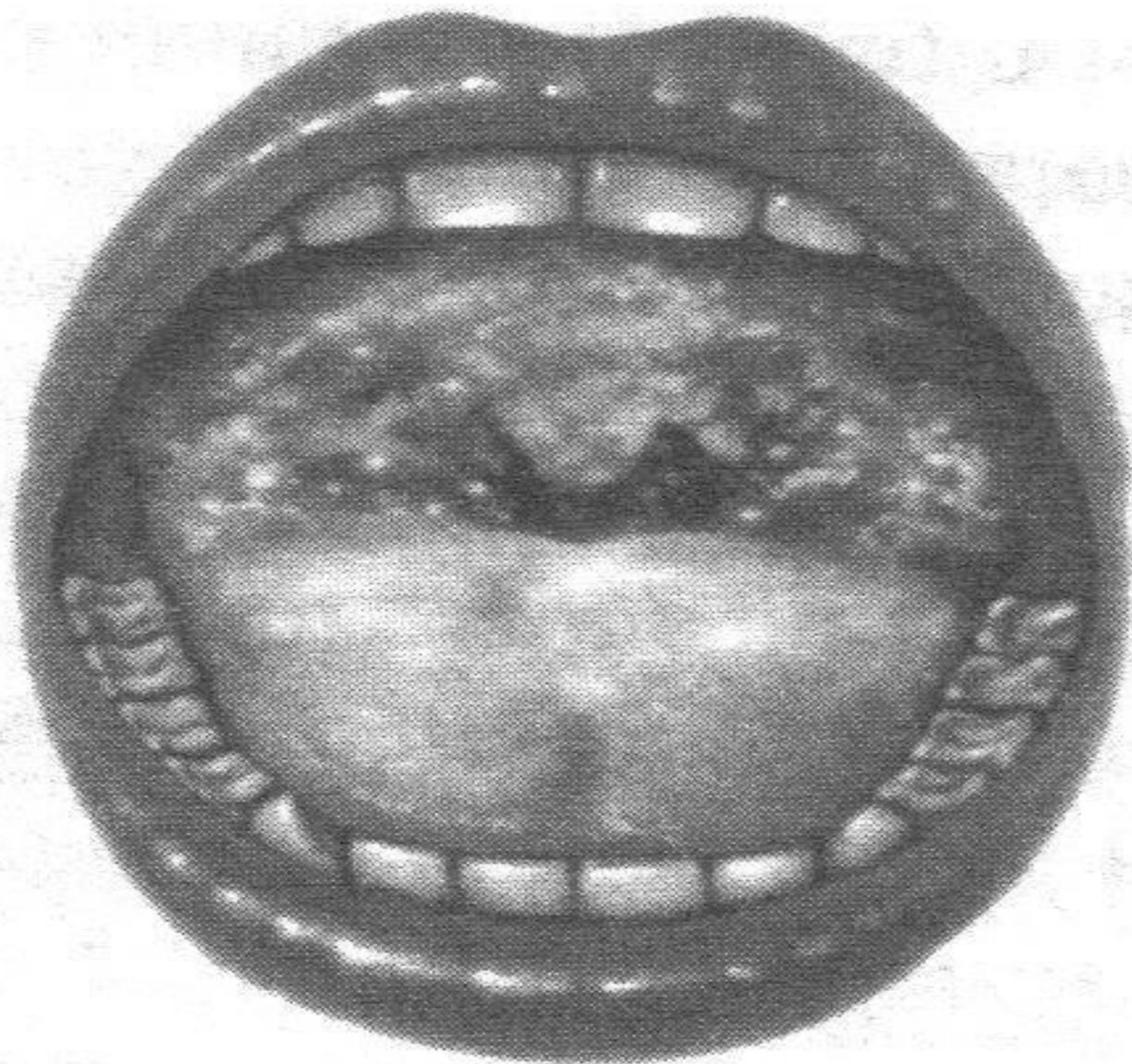
1. полоскание горла антисептическими средствами,
2. курс приема интерфероновых препаратов,
3. антибиотики не назначаются.
4. В тяжелых случаях может потребоваться госпитализация.

Атипичные формы ангин:

ФАРИНГОМИКОЗ (КАНДИДАМИКОЗ ГЛОТКИ).

Грибковая ангина чаще характеризуется острым началом с умеренным повышением температуры, хотя в ряде случаев температура повышается до фебрильной. Явления интоксикации обычно выражены слабо. Больного беспокоит болезненность в горле, першение, сухость.

При фарингоскопии отмечают увеличение и невыраженную гиперемию миндалин (иногда одной), ярко-белые, рыхлые, творожистого вида наложения, которые обычно можно удалить без повреждения подлежащей ткани. Налеты располагаются на миндалинах в виде островков, распространяются на дужки, язычок, корень языка, на заднюю стенку глотки. При бактериологическом исследовании мазка со слизистой оболочки больного грибковой ангиной обнаруживают патогенные дрожжеподобные грибы типа *Candida*, чаще *Candida albicans*.



ФАРИНГОМИКОЗ (КАНДИДАМИКОЗ) ГЛОТКИ

Ангина Симановского.

- Клиническая картина. Характерно одностороннее поражение миндалин с образованием язвенно-некротического дефекта. В течение 1-х суток заболевания на поражённой миндалине (на фоне её гиперемии и отёка) появляется серовато-белый, иногда зеленовато-грязный, творожистый, крошковидный (редко плёнчатый) налёт. При удалении налёта образуется кровоточащая язвенная поверхность, которая снова покрывается налётом. На 4-5-й день на поражённом участке образуется глубокая кратерообразная язва с неровными краями и грязно-серым дном. Язвы заживают без образования дефектов. Возможно появление некротических очагов на нёбных дужках, мягком нёбе. Некротический процесс может охватывать подлежащие ткани вплоть до надкостницы.
- Общее состояние больных обычно не страдает. Симптомы интоксикации и лихорадка, как правило, отсутствуют, несмотря на наличие выраженных местных изменений и реакцию регионарных лимфатических узлов. Заболевание обычно продолжается около 2 нед, возможны рецидивы. В общем анализе крови в разгар заболевания выявляют незначительный нейтрофильный лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ.

Диагностика.

- **Диагностика ангины базируется на следующих критериях: эпидемиологические данные, острое начало, повышенная температура, тонзиллит, регионарный лимфаденит, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.**
- **Выделение из слизистой оболочки носо- и ротоглотки гемолитического стрептококка не всегда служит подтверждением диагноза, поскольку часто носителями являются и здоровые люди.**
- **При ангине Симановского — Плаута — Венсана выделяют веретеноподобную палочку в ассоциации со спирохетой полости рта. Важным аспектом является исследование мазков из ротоглотки и носа на наличие коринебактерии дифтерии.**

Лечение:

- Из этиотропных (противострептококковых) препаратов наиболее эффективны бензилпенициллин и оксацилин, их назначают сроком на 5 дней. В конце лечения рекомендуется ввести бицилин-1 или бицилин-5 однократно внутримышечно с целью профилактики стрептококковой инфекции и метатонзиллярным заболеваниям. В случае повышения чувствительности к пенициллину можно использовать антибиотики эритромицинового ряда. Менее эффективны препараты тетрациклинового ряда и левомицетин.
- При ангине Симановского — Плаута — Венсана используют те же группы антибиотиков парентерально или энтерально, а также местно — смазывают поверхность миндалин растворами антибактериальных препаратов 2 раза в день, либо используют их в форме спреев.
- Из дополнительных средств лечения ангины используют полоскание зева теплым 2% раствором натрия гидрокарбоната, отваром трав (ромашки, календулы, шалфея, зверобоя) 3-4 раза в день после еды.
- Показаны также антигистаминные (противоаллергические) препараты – супрастин, цетиризин, димедрол (для предупреждения аллергической реакции антибиотиков на детский организм), поливитамины.
- При шейном лимфадените эффективны сухие компрессы, УВЧ на пораженные лимфоузлы (до 10 процедур). При возникновении абсцесса необходимо хирургическое лечение.