



**Принципы и методы лечения
пациентов с синдромом
тонзиллита. Тактика
фельдшера**

**Дифференциальная диагностика
ангин.**

Заболевания, протекающие с синдромом тонзиллита

Поражение ротоглотки доминирует в клинической картине при :

- Первичных ангинах
- Дифтерии зева
- Скарлатине
- Инфекционным мононуклеозе
- Аденовирусной инфекции
- Энтеровирусной инфекции (герпангина)
- Туляремии (ангинозно-бубонная форма), листериозе, кандидозе, лейкозе

Тонзиллофарингит

- Согласно МКБ-10 «тонзиллит» и «фарингит» отдельные заболевания
- Однако воспаление глотки и миндалин часто встречаются одновременно
- Воспаление глотки и небных миндалин могут вызвать вирусы, грибы, бактерии
- В 40% тонзиллофарингит - проявление ОРВИ (риновирусы, коронавирусы, аденовирусы)
- В 15-36% у детей и 5-10% у взрослых этиология - бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА)
- В 10% этиология другие бактерии
- Ангина - типичное проявление инфекционного мононуклеоза, энтеровирусной инфекции, дифтерии.

Типичные клинические проявления **ангины** (тонзиллита) **стрептококковой и стафилококковой** **этиологии**

- Выраженная интоксикация (разбитость, слабость, ломота в суставах, головная боль, снижение аппетита)
- Лихорадка фебрильная, упорная в течение 2-3 дней
- Сильная боль в горле, особенно при глотании
- Миндалины сочные, отечные, гиперемированные
- Налеты в лакунах желтовато-беловатого цвета
- Налеты островчатые или сплошные, рыхлой, вязкой консистенции, тусклые, легко снимаются шпателем
- Периферические подчелюстные лимфоузлы увеличены и резко болезненны при пальпации
- Могут быть артралгии, тошнота, рвота
- **НЕ ХАРАКТЕРНЫ!** ринит, влажный кашель, осиплость голоса, стоматит, конъюнктивит, диарея

Катаральная ангина



Фолликулярная ангина – видны точечные налеты (фолликулы)



Фолликулярная ангина



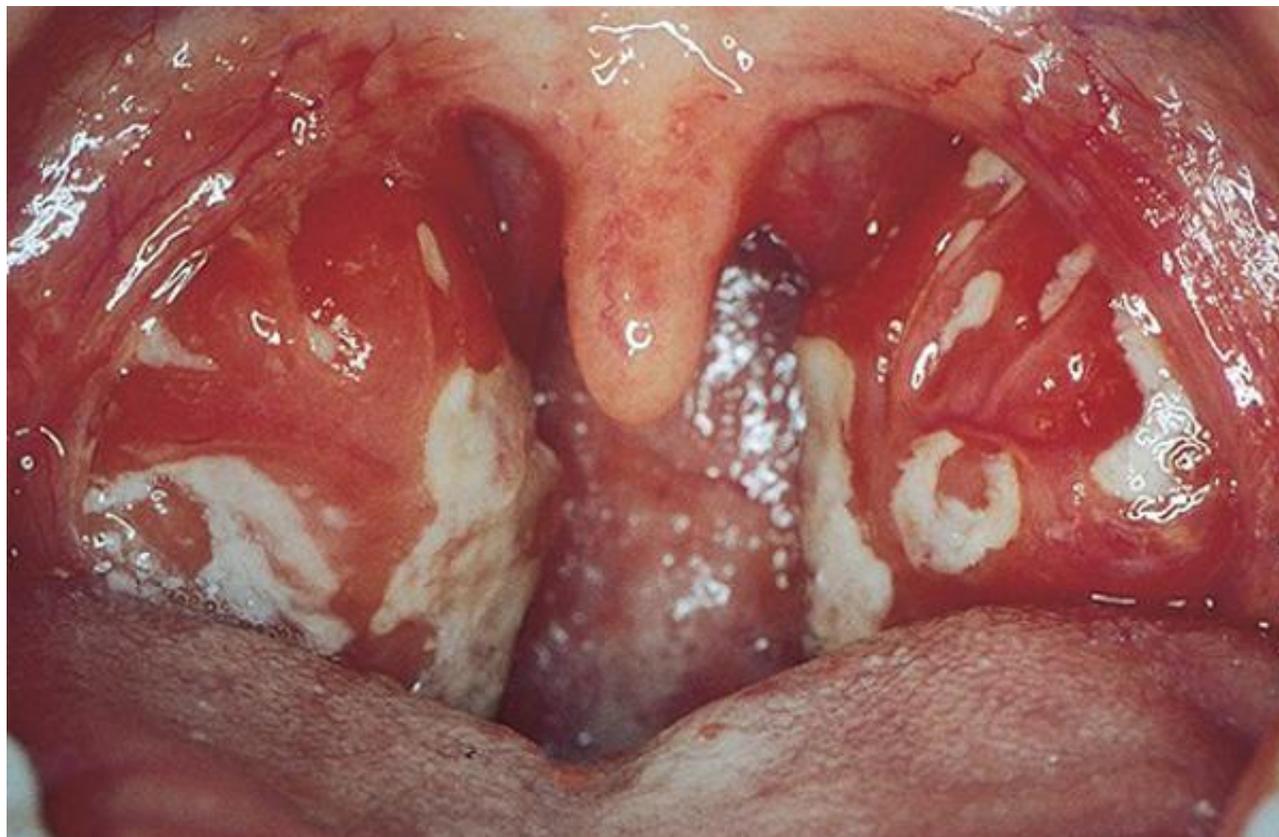
Лакунарная ангина



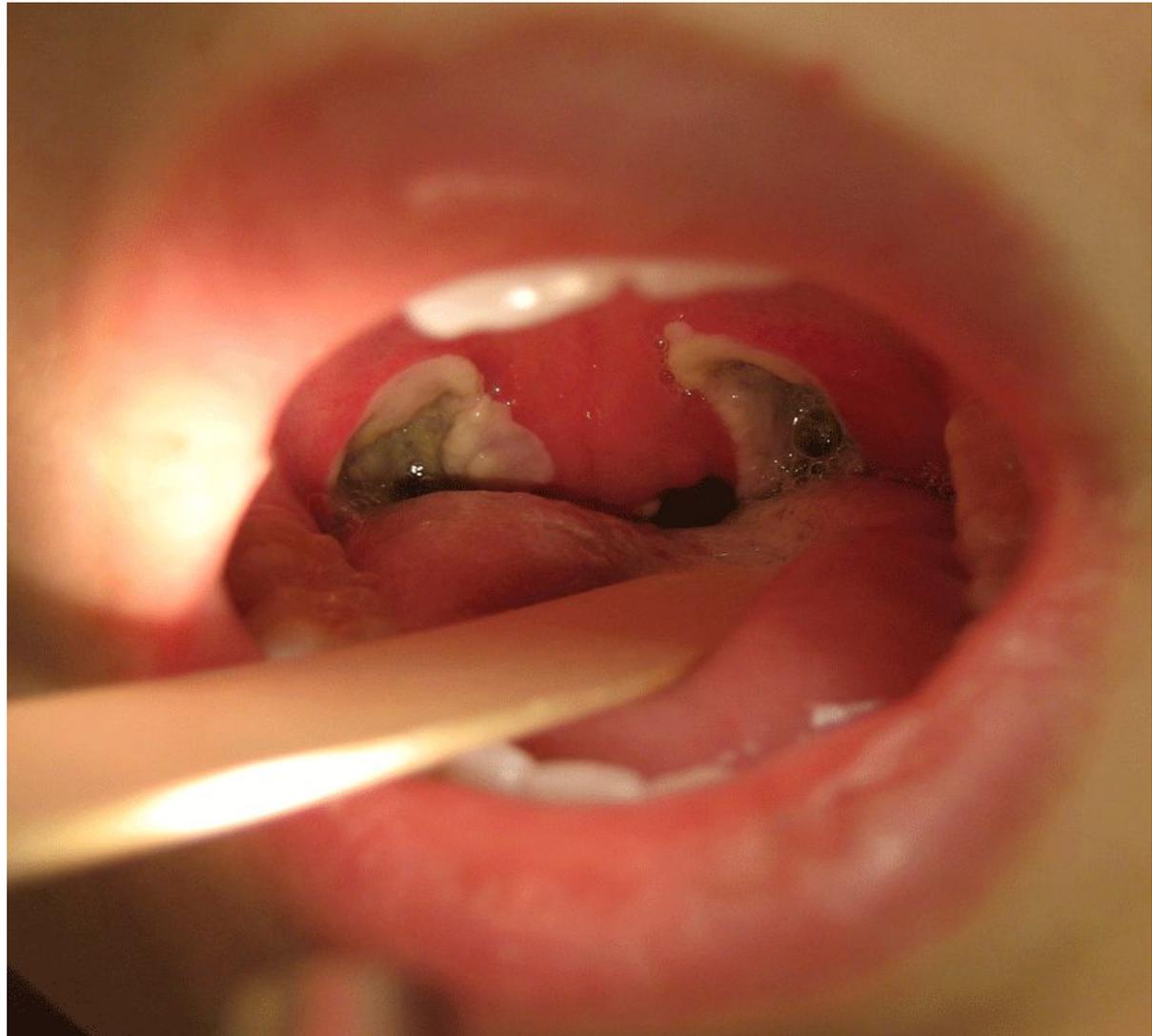
Лакунарная ангина – рыхлые или более нежные налеты в лакунах миндалин



Флегмонозная ангина



Язвенно-некротическая ангина



Ангина в исходе заболевания –
налетов нет, но видны глубокие,
рубцово-измененные миндалины
(«зияние» лакун миндалин)



Осложнение: паратонзиллярный абсцесс



**Лечение
оперативно**

е

- Нарастающая боль в горле, затруднение глотания.
- Повышение температуры тела до 39—40°, возможен озноб.
- Слабость, головная боль и другие симптомы интоксикации.
- Увеличение лимфатических узлов.
- Неприятный запах изо рта.
- Иногда тризм, который затрудняет обследование из-за того что больной не может открыть рот.

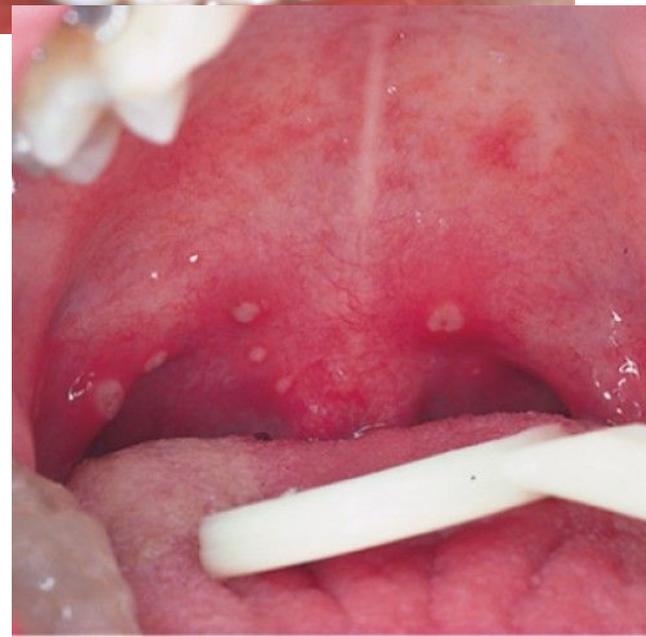
Скарлатина: яркая ангина - «пылающий» зев, мелкоточечная сыпь на теле с насыщением складок кожи, бледный носогубный треугольник, «малиновый» язык, в исходе – шелушение ладоней и стоп



Энтеровирусная инфекция

- Этиология – вирусы Коксаки, ЕСНО
- Эпидемический сезон – весна-лето
- Выраженный синдром интоксикации
- Длительная фебрильная лихорадка двухфазного характера
- Полиморфизм клинических проявлений (герпангина – афты на мягком нёбе, миалгии, экзантема, диарейный синдром, респираторный синдром – насморк, боль в горле, першение, кашель; серозный менингит, поражение сердца и глаз.

Энтеровирусная герпангина



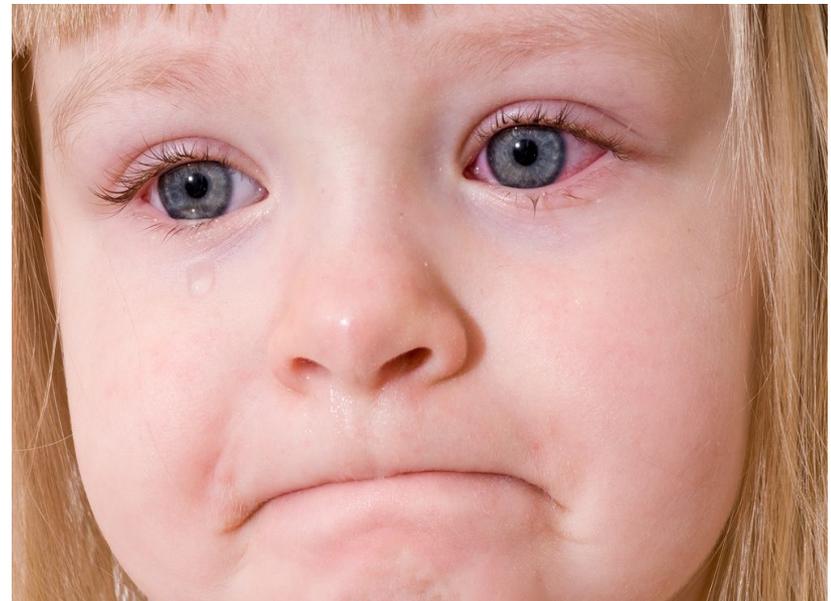
Проявления энтеровирусной инфекции с герпангиной



Аденовирусная инфекция

- Воздушно-капельная инфекция
- Длительное волнообразное течение (до 3-4 недель) с двухфазной лихорадкой
- Выраженный катаральный синдром - насморк или заложенность носа, отек и гиперемия миндалин и задней стенки
- Характерно наличие конъюнктивита
- Лимфаденопатия – увеличение и болезненность периферических л/узлов
- Частые осложнения – отит, синусит

Аденовирусная инфекция



Дифтерия

- Острое тяжелое инфекционное (бактер.!) заболевание, вызываемое токсигенными штаммами дифтерийной палочки
- Возбудитель – коринебактерия дифтерии (палочка/бацилла Лёффлера, *BL*)
- Фибринозное (пленчатое) воспаление в месте входных ворот инфекции
- Выраженный синдром интоксикации
- Распространенный отек пораженных тканей (миндалин, гортани, носа, кожи)
- Осложнения: инфекционно-токсический шок, нефроз, миокардит, неврит

Дифтерия зева (ротоглотки)

- Токсический отек миндалин и подкожной клетчатки шеи (4 степени)
- Распространение налетов за пределы небных миндалин – на небные дужки, язычок, мягкое и твердое нёбо, глотку
- Налеты серого цвета, плотные, не снимаются шпателем, не растираются, островчатые или пленчатые (плюс-ткань)
- Сладковато-приторный запах изо рта
- Боль в горле слабо выражена

Дифтерия зева – налет плотный,
распространяющийся за пределы
миндалины, серо-белого цвета



Токсическая форма дифтерии



- I степень - отек до второй шейной складки
- II степень - до ключицы
- III степень – ниже ключицы

Дифтерия гортани – КРУП!

- Характерна последовательная смена периодов от дисфонии до стеноза (4 степ.)
- Грубый «лающий» кашель, осиплость голоса вплоть до афонии, инспираторная одышка с развитием полной асфиксии
- Катаральный синдром отсутствует
- Симптомы интоксикации слабо выражены
- Температура чаще субфебрильная
- Постепенное параллельное нарастание симптомов в результате образования фибринозных пленок в гортани

Диагностика дифтерии

- Специфический бактериологический метод – выделение коринебактерий дифтерии (3 токсигенных штамма)
- Для забора материала требуется 2 мазка из зева и 2 мазка из носа (4 пробирки)
- Требования к посеву на *VL*: утром натощак, до полоскания и чистки зубов. Доставить в лабораторию в течение 3 ч.
- *Экспресс-метод: латекс-агглютинация с сывороткой больного (ответ ч/1-2 часа)*

Лечение дифтерии

- ❑ При подозрении на дифтерию госпитализация обязательна!
- ❑ Уточнить наличие вакцинации (АКДС)
- ❑ Лечение - специфическая и этиопатогенетическая терапия.
- ❑ Специфическая терапия проводится антитоксической противодифтерийной сывороткой как можно быстрее.
- ❑ Доза вводимой сыворотки зависит от формы дифтерии, перед введением проводят пробу на чужеродный белок по Безредко! (исключает анафилаксию)

Проба по Безредко (алгоритм)

- 0,1 мл разведенной 1:100 лошадиной сыворотки (ампула маркирована красным цветом) вводят в/к в область сгибательной поверхности предплечья
- Учет реакции через 20 минут. Проба отрицательная - папула менее 1 см, положительная – 0,9 см и более.
- При отрицательной пробе вводят 0,1 мл неразведенной противодифтерийной сыворотки (ампула маркирована синим цветом) п/к в обл. средней трети плеча

- Учет реакции через 30-60 минут.
- При отсутствии положительной реакции в/м вводят всю назначенную дозу антитоксической противодифтерийной сыворотки (АПДС), подогретой до 36 градусов
- Больного в течение 1 часа после введения АПДС наблюдает врач
- Требуется курсовое лечение – 2 дня
- Эффективность действия АПДС – уменьшение интоксикации, разрыхление и «таяние» налетов.

Инфекционный мононуклеоз

- общее инфекционное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна-Барр, характеризующееся длительной лихорадкой, значительным увеличением передне- и заднешейных лимфоузлов, поражением ротоглотки, гепатоспленомегалией и появлением в периферической крови атипичных мононуклеаров (лимфомоноцитов)
- Часто требуется госпитализация!
- А/б терапия – с осторожностью!

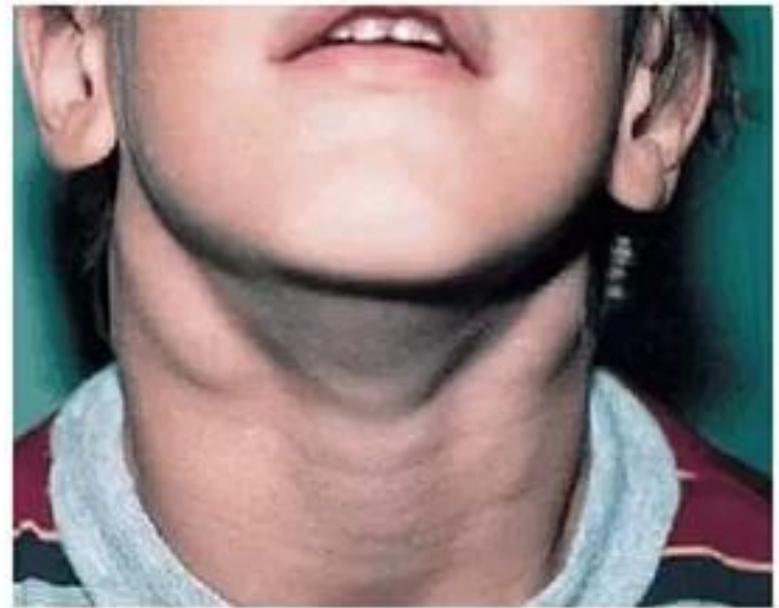
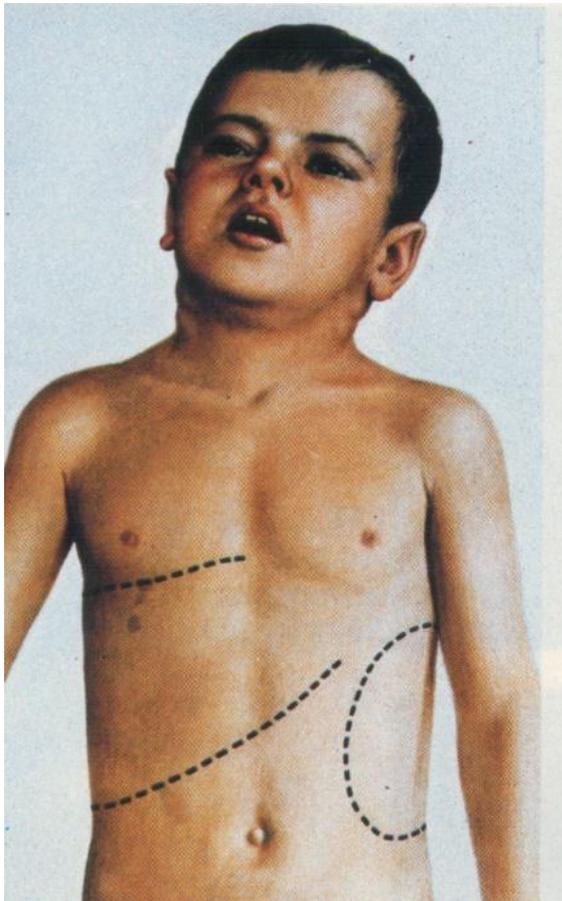
Ангина при инфекционном мононуклеозе

- Развивается постепенно
- Появляется на 3-4 день от начала болезни
- Воспаление носоглотки (аденоидит), проявляется заложенностью носа
- Налеты толстые рыхлые, легко удаляются
- Лихорадка длительная (до 3 недель)
- Полиаденит продолжительный, с преимущественным увеличением узлов заднешейной группы - шея сглажена
- Гепатоспленомегалия выраженная
- Пятнистая сыпь (на фоне ампициллина)

Ангина при инфекционном мононуклеозе (вирусная)



Заболевание протекает тяжело и длительно (со стойким периодом лихорадки), увеличением печени, селезенки, л/узлов



Типичным является одутловатое лицо,
«храпящее» дыхание и длительное
увеличение заднешейных лимфоузлов.
К концу первой недели в крови (ОАК)
появляются атипичные мононуклеары
(свыше 10%)



Ангина Симановского- Плаута-Венсана

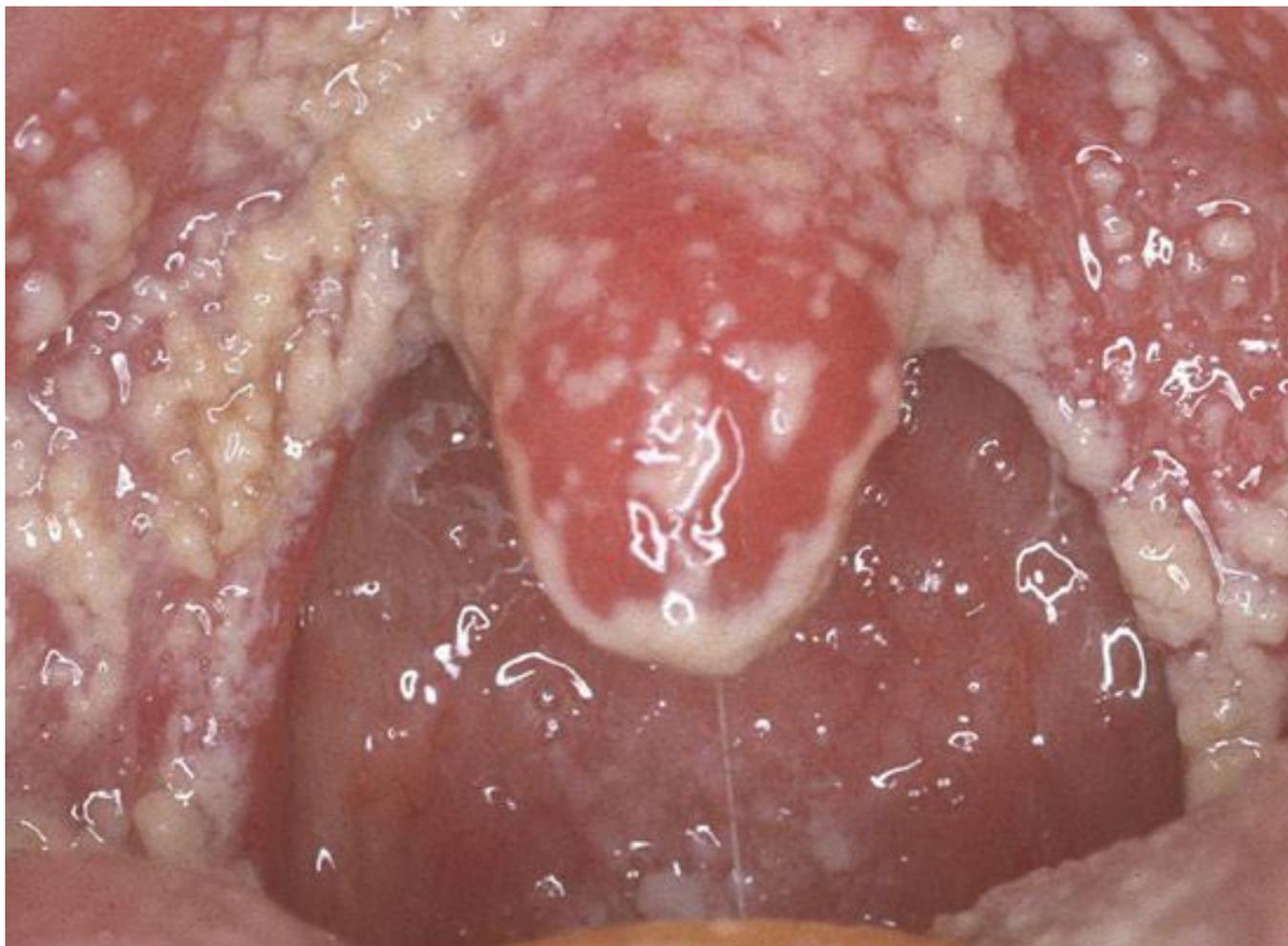
(односторонняя язва)

- Обусловлена ассоциацией двух микроорганизмов – боррелии и веретенообразной палочки фузобактерии
- Отсутствие интоксикации, боли в горле, отека, гиперемии миндалин и ротоглотки
- Налет крошковидный, легко снимается, серовато-зеленоватый, односторонний
- При снятии налета - глубокая язва на одной из миндалин с неровными краями
- Гнилостный запах изо рта
- Возникает при сниженном иммунитете
- Продолжительность 1-2 недели (без лечения)

Ангина Симановского-Венсана



Грибковая ангина (кандидоз)



Ангинозная форма туляремии

- Ангина появляется на 3-5 день от начала болезни
- Процесс чаще односторонний
- Характер поражения - язвенно-некротический, отек миндалины
- Региональные лимфоузлы увеличены до плотного воспалительного бубона
- Болезнь продолжительная, выраженная и длительная лихорадка, интоксикация
- Диагностика: внутрикожная аллергическая проба с тулярином

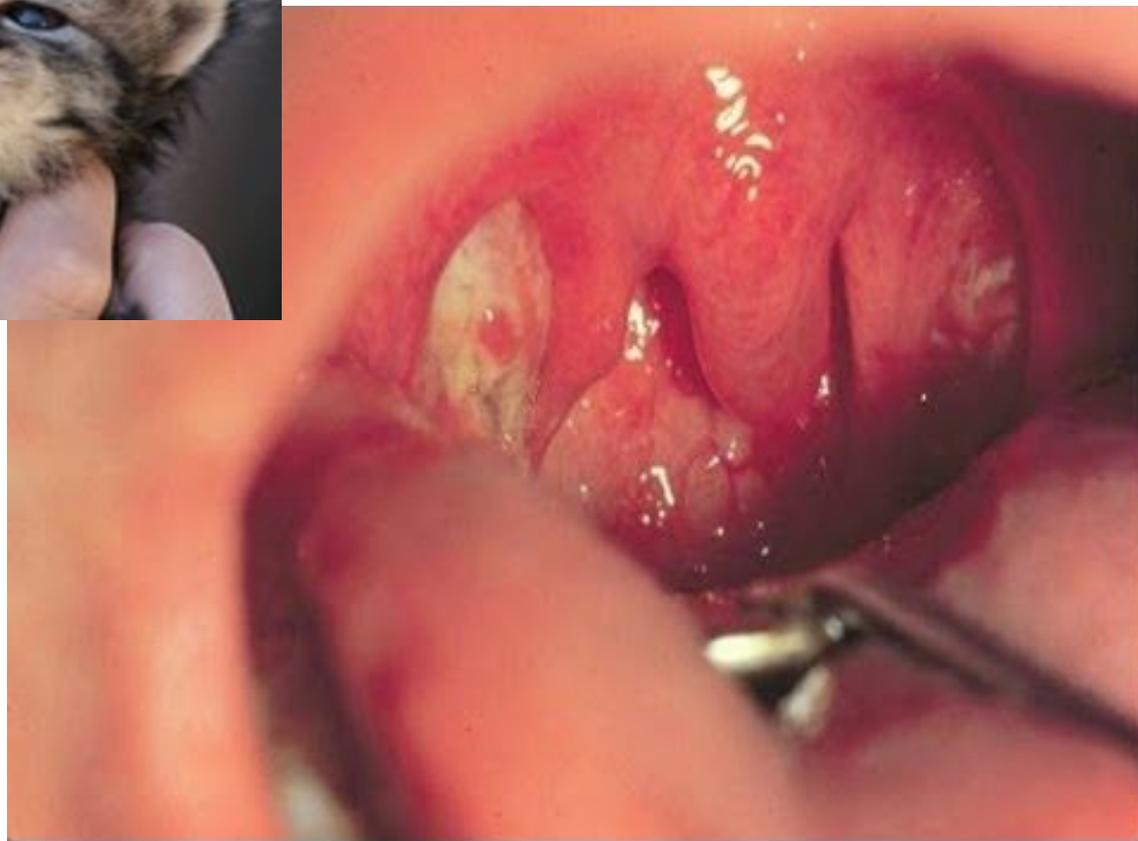
Бубон при туляремии



Ангинозная форма листериоза

- Острое начало болезни
- Синдром интоксикации
- Изменения в зеве по типу катаральной, язвенно-некротической или пленчатой ангины (с неплотным налетом)
- Регионарный лимфаденит
- Гепато- и спленомегалия
- Синдром экзантемы (полиморфная сыпь), на лице «бабочка»

Листериозный тонзиллит



Некротическая ангина при агранулоцитозе и остром лейкозе

- Тяжелое общее состояние
- Гектическая лихорадка, интоксикация
- Боль в горле выраженная
- Налеты грязно-серого цвета (бактериальные или грибковые)
- Некроз миндалин (минус-ткань)
- Увеличение периферических л/узлов
- Боли в костях, мышцах, животе
- В ОАК – лимфоцитоз, снижение нейтрофилов, бластные клетки (лейкоз)

Сифилитические поражения

- Напоминают дифтерию плотностью и серовато-белым цветом
- Обычно поражение одностороннее
- Без интоксикации и боли при глотании
- Охриплость голоса
- Шейный лимфаденит
- Анамнестические данные
- Заболевание вызывается бледной трепонемой, диагностика - *RW*

Тактика фельдшера

- При подозрении на дифтерию – госпитализация
- Госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям
- При ангинах : организовать бактериологическое исследование до начала лечения - мазок **на флору и ВЛ**
- Наблюдение за пациентом
- ОАК, ОАМ, ЭКГ (на 10-14 сутки)

Лечение и уход. Тактика.

- Изоляция больного
- Постельный режим
- Выделение отдельной посуды, полотенца
- Проветривание помещения, дважды в день проводить влажную уборку
- Щадящая (механически, химически, термически) диета
- Обильное теплое питье (исключить кофе, крепкий черный чай, апельсиновый сок и т.п.) Лучше морсы, компоты, минер.вода

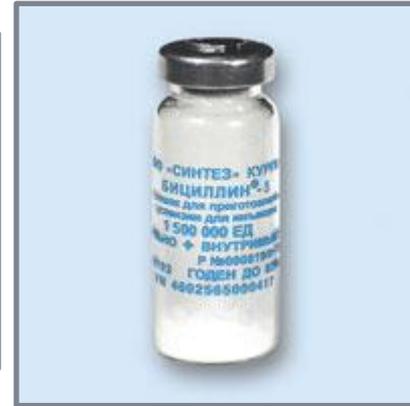
Лечение ангины

- Назначение а/б при вирусных инфекциях не обосновано и опасно
- В РФ а/б при боли в горле получают пациенты в 95% случаев!

● **НО!**

- При инфекции, вызванной **БГСА**, **обязательна** антибиотикотерапия!
- Препараты пеницилина, амоксициллин
- Цефалоспорины
- Макролиды
- Линкозамиды

Антибактериальная терапия



Антибиотикотерапия стрептококковых ангин

- Пример: детям с рождения
Амоксициллин (Флемоксин солютаб)
25-50 мг/кг/сут, разделенные на 3 приема,
курсовой прием до 7-10 суток
- Пример: детям старше 6 месяцев
Цефтибутен (Цедекс-суспензия)
9 мг/кг/сут в 1 прием - курсом 5 дней

● Антибактериальная терапия



Лечение тонзиллита

- 1. При высокой температуре жаропонижающие в возрастной дозировке
- 2. Полоскание горла отварами (настоями) трав: ромашка, календула, шалфей, эвкалипт или раствором соды
- 3. Орошение антисептическими растворами, местно – «лизаты»
- 4. Обильное теплое питье!

Препараты местного применения

