

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
С СИНДРОМОМ
АНГИНЫ

ДИФТЕРИЯ

Стрептококковая

ангина

Фолликулярная

ангина

Лакунарная

ангина

Фолликулярная

ангина

Острое инфекционное

заболевание,

клиническая форма ангины.

Характеризуется нагноением фолликулов

миндалин в виде белых точек размером с

булавочную головку, регионарным лимфаденитом.



Лакунарная ангина

Клиническая форма

ангины,

характеризующаяся выраженной разлитой гиперемией миндалин, нередко отеком небных дужек, слизисто-гнойным экссудатом на поверхности миндалин, умеренной реакцией



Ангина

Симановского-

Венсана

Язвенно-некротическая
ангина, вызывается
веретенообразной
палочкой (*B. fusiformis*) в
симбиозе с обычной
спирохетой полости рта



Инфекционный мононуклеоз

Острое вирусное
заболевание, которое
характеризуется
лихорадкой,
поражением зева,
лимфатических узлов,
печени, селезенки и



В

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ

ДИАГНОСТИКА

Локализованную дифтерию ротоглотки необходимо дифференцировать с ангинами различной этиологии, а токсическую форму — прежде всего с инфекционным мононуклеозом,

СИБИРСКИМ БОСРЕТИТОМ, БОСРЕТИТОМ

Дифференциальная диагностика токсической формы дифтерии ротоглотки

ПРИЗНАК	ДИФТЕРИЯ РОТОГЛОТКИ токсическая форма	ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ	ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ	МЕДИАСТИНИТ передний
АНАМНЕЗ				
Эпидемиологический анамнез	Контакт с больным дифтерией или бактерионосителем	Контакт с больными инфекционным мононуклеозом	Контакт с больным эпидемическим паротитом	Наличие в анамнезе поражения дыхательной системы (гортани, трахеи)
Вакцинальный анамнез ребенка	Непривитые против дифтерии	Против дифтерии привит	Против дифтерии привит, не привит против эпидемического паротита	Против дифтерии привит

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1	2	3	4	5
Начало болезни	Острое	Острое	Острое	Острое
Температура тела	Достигает высоких цифр (до 39–40 °С и выше), сохраняется 3–4 дня, нормализуется задолго до исчезновения изменений в ротоглотке	Нарастает постепенно, достигает высоких цифр в разгар заболевания, сохраняется длительно (10–14 дней)	Может достигать высоких цифр, сохраняется 3–4 дня, может отмечаться вторая волна при вовлечении в патологический процесс других органов и систем	Может повышаться до высоких цифр, сохраняется параллельно местным изменениям
Интоксикация	Значительно выражена: головная боль, вялость, бледность кожи, снижение аппетита, рвота	Выражена соответственно тяжести заболевания	Выражена при тяжелых и среднетяжелых формах	Интоксикация выражена, постепенно прогрессирует

1	2	3	4	5
<p>Внешний вид больного</p>	<p>Конфигурация шеи сглажена равномерно за счет отека подкожной клетчатки</p>	<p>Одутловатое лицо, опухшие верхние веки, неравномерно сглажена конфигурация шеи за счет увеличенных шейных лимфатических узлов, дыхание открытым ртом, может быть «храпящим»)</p>	<p>Лицо бледное, сглажена ретро-мандибулярная ямка, ушная раковина смещена кпереди (может быть двустороннее поражение)</p>	<p>Больной бледный, дыхание затруднено</p>
<p>Местные изменения</p>	<p>Выраженная гиперемия в зеве, небные миндалины резко опухшие, сглажена конфигурация, отесняют язычок кпереди («указующий перст»).</p> <p>Возможно затруднение дыхания.</p>	<p>Гиперемия в слизистой умеренная, отек миндалин, явления аденоидита</p>	<p>Отечность наружного отверстия слезного протока и гиперемия слизистой оболочки вокруг него (симптом Мурсона).</p> <p>Околоушная слюнная железа увеличена, тестоватой консистенции; определяют болевые «точки Фипатова»</p>	<p>Изменения в ротоглотке отсутствуют</p>

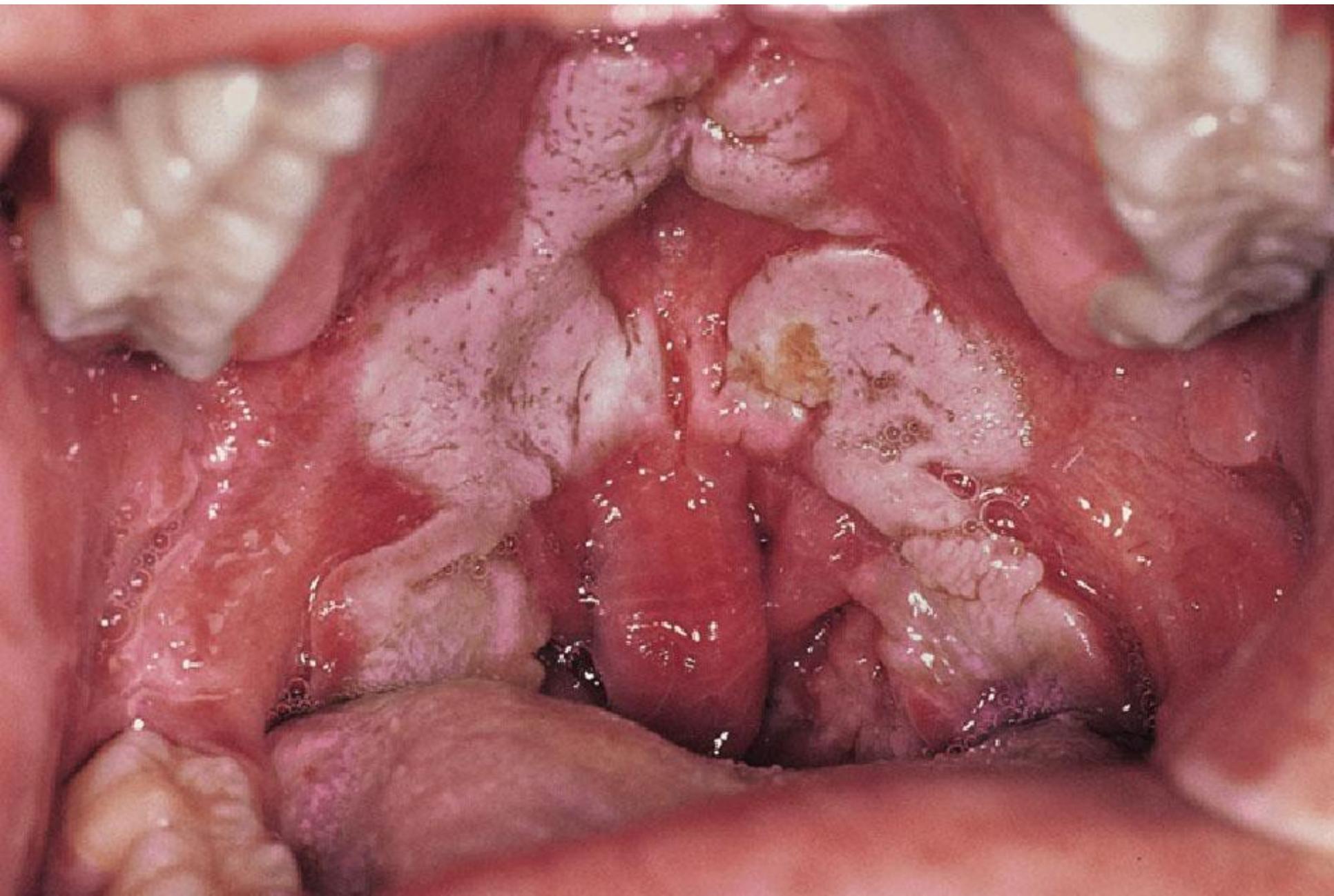
1	2	3	4	5
Характер налетов	Налеты фибринозные, дифтеритические, серовато-белого цвета, слегка блестящие, повторяют рельеф миндалин, выходят за пределы небных миндалин (дужки, язычок, задняя стенка глотки), плотные, снимаются с трудом, оставляя кровотокающую поверхность; не растираются.	Налеты рыхлые, матовые, могут находиться в лакунах, реже — покрывают всю миндалину, легко снимаются, не оставляя кровотокающей поверхности; легко растираются	Налеты на миндалинах отсутствуют	Налеты в зеве отсутствуют
Изменения лимфатических узлов	Увеличены значительно, плотные, папирируются в отечной подкожной клетчатке шеи «как камешки в подушке»	Значительное увеличение всех групп, преимущественно тонзиллярных, передне- и заднешейных	Лимфатические узлы не увеличены	Лимфатические узлы не увеличены

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1	2	3	4	5
Клинический анализ крови	Лейкоцитоз, нейтрофилез с резким сдвигом до юных форм, увеличенная СОЭ	Лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров > 10%	Лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ	Лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличенная СОЭ
Результаты бактериологического исследования слизи из ротоглотки и носа	<i>S. diphtheriae</i> , токсигенность (+)	Гемолитический стрептококк, патогенный стафилококк	—	—

ДИФТЕРИЯ

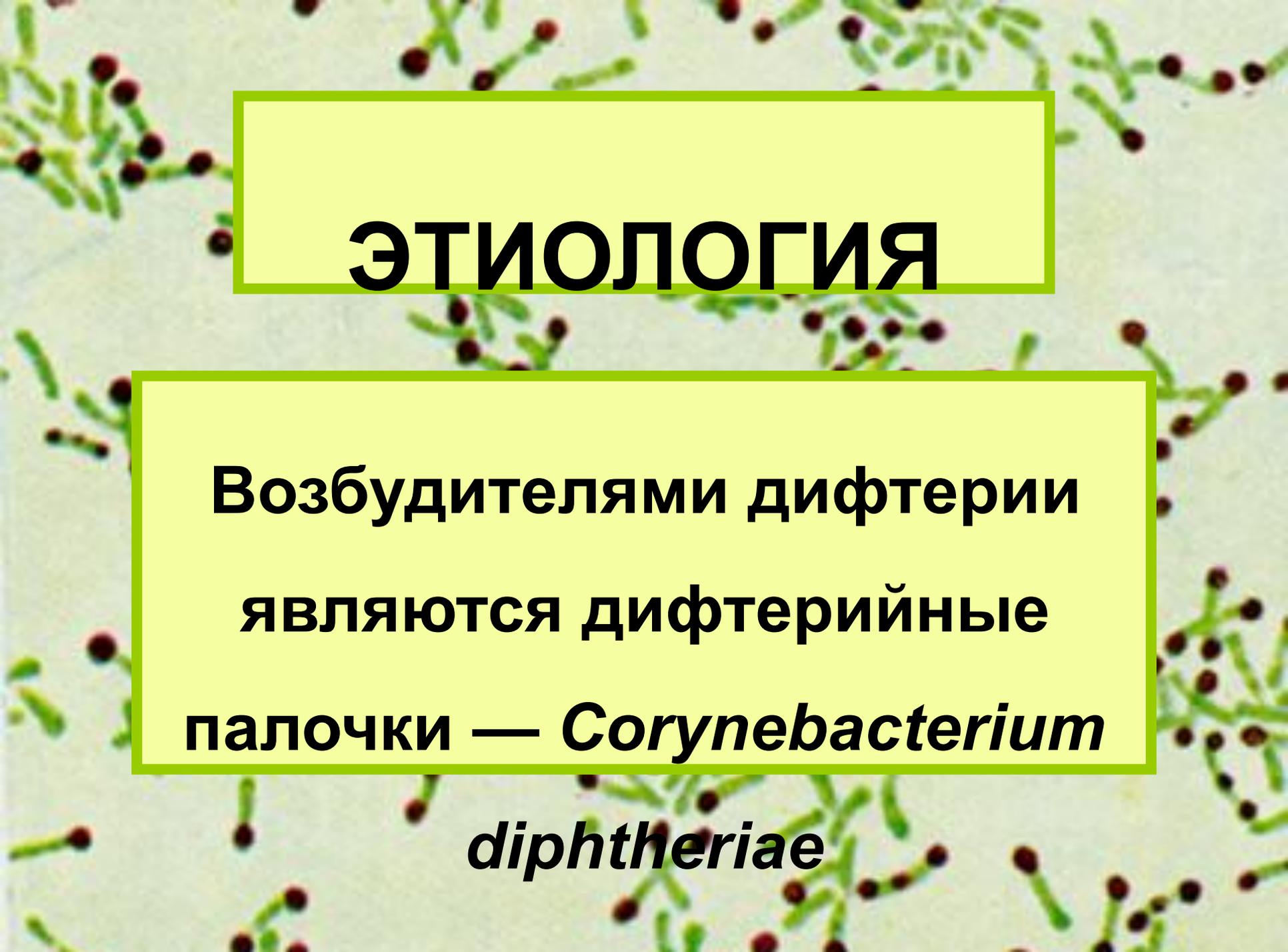




ДИФТЕРИЯ

Острое инфекционное заболевание, вызываемое токсигенными штаммами дифтерийной палочки, передающееся преимущественно воздушно-капельным путем и характеризующееся развитием фибринозного воспаления в месте входных ворот своеобразным





ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителями дифтерии
являются дифтерийные
палочки — *Corynebacterium*
diphtheriae

Дифтерийный токсин

состоит из 4 фракций

**Первая фракция токсина —
первично-некротизирующий фактор
(некротоксин)**

Он вызывает на месте ворот инфекции
некроз эпителия.

Вторая фракция токсина — гиалуронидаза.

Обладает способностью разрушать гиалуроновую кислоту, являющуюся остовом соединительной ткани человеческого организма.

Под ее воздействием резко повышается

Содержащийся в плазме фибриноген при контакте с тромбокиназой некротизированного эпителия превращается в фибрин, образуя фибринную пленку.

Поэтому на участках, покрытых многослойным плоским эпителием (слизистая оболочка желудка), возникает

На слизистых оболочках, покрытых однослойным эпителием (гортань, трахея, бронхи и др.), развивается крупозное воспаление, при котором пленка легко отделяется от подлежащих тканей.

Третья фракция токсина — гемолизирующий фактор

.

Играет определенную роль в патогенезе дифтерии при возникновении геморрагического синдрома в течении заболевания.

Четвертая фракция токсина — дифтерийный токсин

.

Сильнодействующее вещество.

По степени токсичности уступает только ботулотоксину.

Минимальная летальная доза для

Истинный дифтерийный токсин обладает способностью конкурировать с цитохромом В (ферментом, участвующим в процессах клеточного дыхания).

Проникая в клетки тканей человеческого организма, токсин вытесняет цитохром В.

Больше всего от этого страдают нервно-мышечный аппарат сердца, периферические нервы и надпочечники.

Дифтерийный токсин также является сосудистым ядом и вызывает выраженные дистонические и циркуляторные

**Патогенность дифтерийных палочек
связана с их способностью
продуцировать экзотоксин.**

**Клиническая картина заболевания
наряду с состоянием
противодифтерийного иммунитета
определяется степенью токсичности**

**КЛАССИФИКАЦИЯ
ДИФТЕРИИ
ЗЕВА**

По типу

```
graph TD; A[По типу] --> B[Типичные]; A --> C[Атипичные:]; C --> D[катаральная]; C --> E[бактерионосительство];
```

Типичные

Атипичные:

катаральная

бактерионосительство

По локализации

Дифтерия
частой
локализации

ротоглотки

носа

гортани

Дифтерия
редкой
локализации

глаза

кожи

наружных
половых
органов

уха

внутренних
органов

По сочетанности

```
graph TD; A[По сочетанности] --> B[изолированная]; A --> C[комбинированная]
```

изолированная

комбинированная

По распространенности

```
graph TD; A[По распространенности] --> B[локализованная]; A --> C[распространенная]
```

локализованная

распространенная

По токсичности

```
graph TD; A[По токсичности] --> B[нетоксическая]; A --> C[токсическая]
```

нетоксическая

токсическая

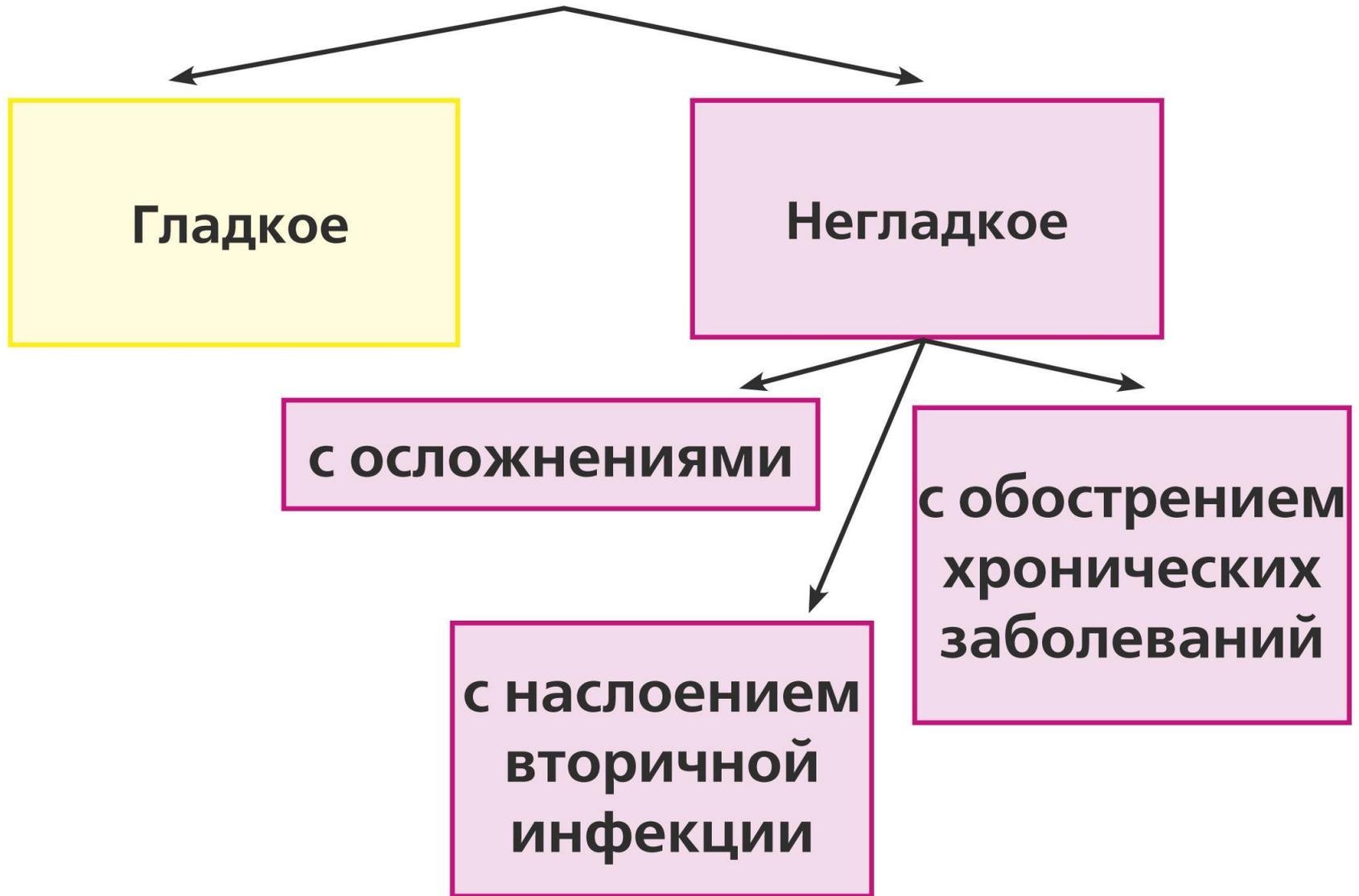
По последовательности поражения

```
graph TD; A[По последовательности поражения] --> B[первичная]; A --> C[вторичная]
```

первичная

вторичная

По течению (по характеру)



По тяжести

```
graph TD; A[По тяжести] --> B[Легкая форма]; A --> C[Среднетяжелая форма]; A --> D[Тяжелая форма];
```

Легкая форма

**Среднетяжелая
форма**

Тяжелая форма

По выраженности токсического синдрома

ТОКСИЧЕСКАЯ:

- субтоксическая
- токсическая I степени
- токсическая II степени
- токсическая III степени
- гипертоксическая

ДИАГНОСТИКА ДИФТЕРИИ

Бактериоскопический

Бактериологический

Серологический

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

_____ 09.07.2004 _____

№ _____ 354 _____

м. Київ

Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей

2. ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИФТЕРІЇ У ДІТЕЙ

ШИФР МКХ – 10 – А36 Дифтерія

ЛІКУВАННЯ

Госпіталізації підлягають усі хворі в залежності від тяжкості до боксованого або реанімаційного відділення інфекційного стаціонару.

Дієта – вітамінізована, калорійна, щадно оброблена їжа.

Етіотропна терапія – введення протидифтерійної сироватки (ПДС), доза та кратність введення залежить від ступеню тяжкості та клінічної форми дифтерії. Після встановлення діагнозу дифтерії чи вірогідній підозрі на неї ПДС вводиться в перші дві години після госпіталізації.

ПДС не вводиться дітям, у яких діагноз дифтерії встановлений після 7-го дня захворювання і відсутні симптоми токсикації та нашарування на мигдаликах. ПДС вводиться тільки після постановки внутрішньо-шкіряної проби.

При легкій формі дифтерії вся доза ПДС вводиться одноразово внутрішньом'язово і складає від 20 000 – 30 000 МО.

Повторне введення сироватки в цій же дозі можливе при збереженні через добу симптомів інтоксикації та збереженні чи поширенні на шарувань на мигдаликах.

При легкій формі в умовах стаціонару, коли поставка діагнозу дифтерії викликає труднощі, можливе спостереження за хворим протягом 8-24 годин до остаточного встановлення діагнозу без введення ПДС.

При середньотяжкій формі дифтерії перша доза ПДС становить 50 000 – 80 000 МО, через 24 год при необхідності вводиться повторна доза.

при тяжкій формі дифтерії курсова доза ПДС складає 120 000-150 000 МО – 120 000-150 000 МО. Перша доза має складати 2/3 курсової. У добу госпіталізації вводять 1/4 курсової дози. Кратність введення ПДС складає 12 раз на добу, якщо вся доза сироватки вводилася внутрішньовенно. Інтервал складає 8 год. При дуже тяжких формах захворювання показане внутрішньовенне крапельне введення сироватки. Половину розрахованої дози вводять внутрішньовенно, другу половину внутрішньом'язово.

Антибактеріальна терапія: при легких формах: еритроміцин, рифампіцин в середину, при середньо-тяжких та тяжких - парентерально напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового та цефалоспоринового ряду. Тривалість курсу антибактеріальної терапії складає 10-14 днів. Препарати призначають у вікових дозах.

Доза ПДС в залежності від тяжкості дифтерії

Тяжкість стану	Перша доза сироватки (в тис. МО)
Легка форма дифтерії	20 000–40 000
Середньотяжка форма дифтерії	50 000–80 000
Тяжка форма дифтерії	90 000 –120 000
Дуже тяжка форма дифтерії (ІТШ, ДВЗ – синдром)	120 000–150 000

Місцева санація ротоглотки – полоскання та орошення ротоглотки дезінфікуючими розчинами.

Дезінтоксикаційну терапію глюкозо-сольовими колоїдними розчинами при середньотяжкій та тяжкій формах з обліком добової потреби в рідині і патологічних витрат.

Глюкокортикостероїди – при середньотяжкій формі у дозі 2-3 мг/кг по преднізолону та тяжкій формі у дозі 10-20 мг/кг по преднізолону.

УСКЛАДНЕННЯ:

(лікування згідно відповідних протоколів)

- Дифтерійна кардіопатія;
- Міокардит;
- Токсична полінейропатія:
 - Метаболічна енцефалопатія;
 - набряк головного мозку;
- Токсичний нефрозонефрит
- Імунокомплексний нефрит
- Гостра ниркова недостатність

- ІТШ
- ДВЗ – синдром
- Серцево-судинна недостатність
- Дихальна недостатність
- Поліорганна недостатність
- Неспецифічні ускладнення:
 - паратонзиллярний абсцес,
 - отит,
 - пневмонія.

**МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Н А К А З

_____11.08.2014_____

№ _____551_____

м. Київ

**Про удосконалення проведення
профілактичних щеплень в Україні**

II. Порядок проведення щеплень

1. Щеплення за віком

Вік	Щеплення проти					
1 день		Гепатиту В				
3-5 днів	Туберкульозу					
1 міс.		Гепатиту В				
2 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції	
4 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції	
6 міс.		Гепатиту В	Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту		

12 міс.					Гемофільної інфекції	Кору, краснухи, паротиту
18 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту		
6 років			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту		Кору, краснухи, паротиту
7 років	Туберкульозу					
14 років				Поліомієліту		
16 років			Дифтерії, правця			
26 років			Дифтерії, правця (надалі — кожні 10 років)			

**К рекомендуемым прививкам отнесена
вакцинация для профилактики инфекций:**

Ветряной оспы

Гепатита А

Гриппа

Менингококковой

Папилломавирусной

