

Дифференциальная диагностика ангин

Проворова В. В.

Цель лекции:

Научиться распознавать ведущие
диагностические признаки ангин разной
этиологии для проведения адекватной
терапии



Ангина (ango – сжимать, душить)

- полиэтиологичное инфекционно - аллергическое заболевание, при котором ведущим клиническим признаком является местный острый воспалительный процесс на небных миндалинах (реже на других компонентах лимфаденоидного глоточного кольца) и интоксикационным синдромом.

Инфекционные и неинфекционные причины тонзиллитов

- Стрептококковая ангина
- Скарлатина
- Дифтерия зева
- Аденовирусные заболевания
- Инфекционный мононуклеоз
- Ангинозно-бубонная форма туляремии
- Ангинозно-септическая форма листериоза
- Кандидоз ротоглотки
- Сифилис
- Тифо-паратифозные заболевания
- Агранулоцитоз
- Острый лейкоз

Этиология ангин

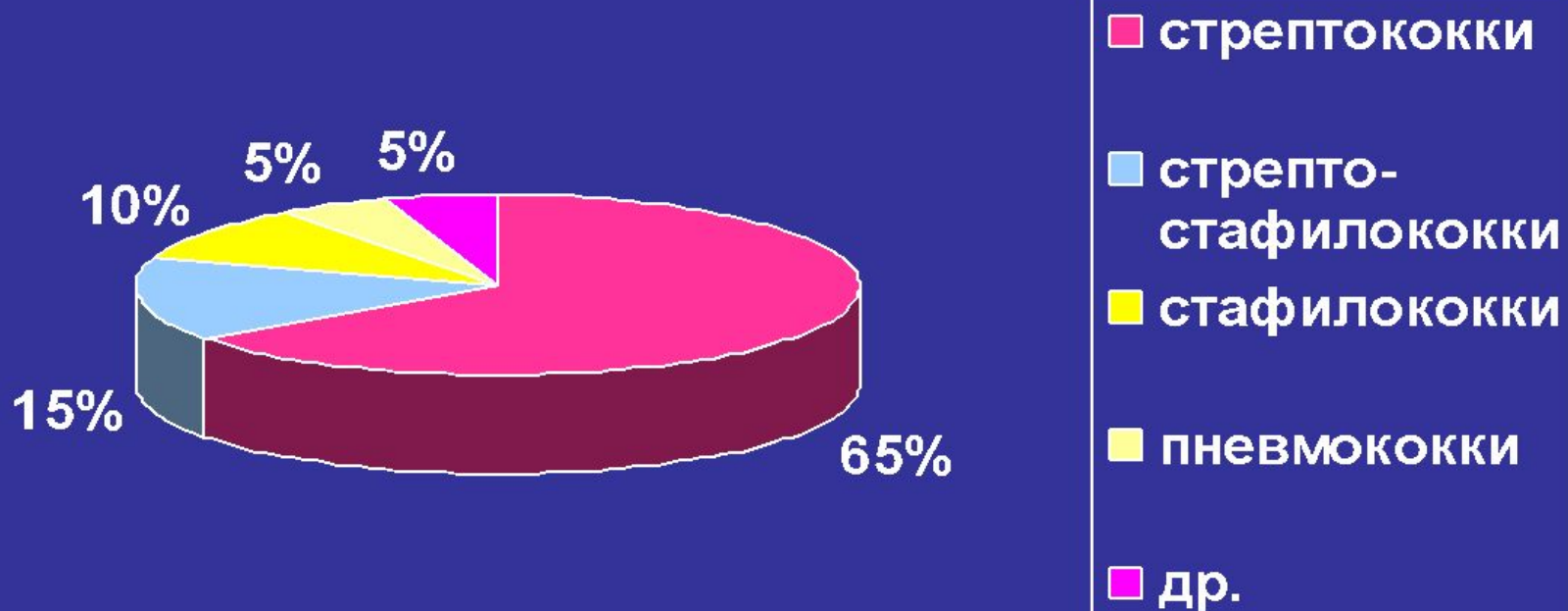
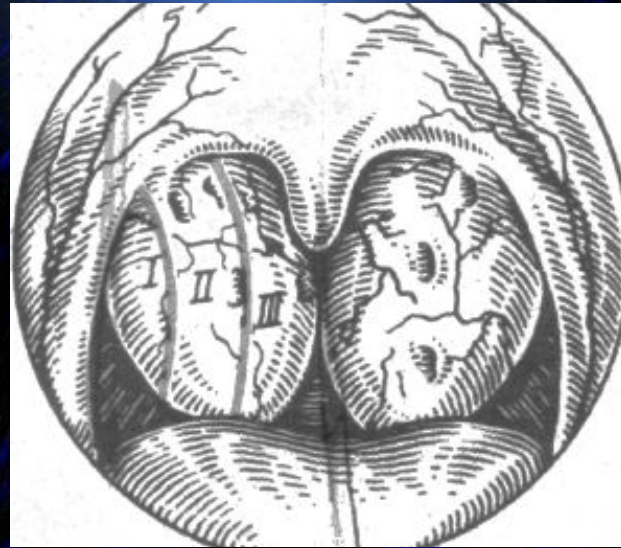


СХЕМА ОПИСАНИЯ ЗЕВА БОЛЬНЫХ АНГИНАМИ

1. При осмотре больной рот открывает свободно, с трудом, выражен тризм
2. Зев (асимметричен, симметричен)
3. Цвет слизистой оболочки
4. Отек тканей зева отсутствует, имеется:
 - 1ст.- отек миндалин и маленького язычка
 - 2ст.- отек миндалин, маленького язычка, дужек с переходом отека на мягкое небо
 - 3ст.- резко отечны миндалины (почти соприкасаются), резко отечны дужки, малый язычок, отек мягкого с переходом на твердое небо.

СХЕМА ОПИСАНИЯ ЗЕВА БОЛЬНЫХ АНГИНАМИ



5. Отмечаются размеры миндалин: Условными ориентирами для определения величины миндалин являются край передней дужки и средняя линия глотки (язычок); расстояние между ними делится на три части.

- Гипертрофия I степени увеличение миндалины на $\frac{1}{3}$ этого расстояния
- Гипертрофия II степени если миндалина занимает $\frac{2}{3}$ этого расстояния
- Гипертрофия III степени миндалины смыкаются по средней линии.

6..Отмечается причина увеличения размера миндалин:

- при гипертрофии - рельеф миндалин хорошо обозначен, видимы лакуны
- при отеке - поверхность миндалин сглажена.

СХЕМА ОПИСАНИЯ ЗЕВА БОЛЬНЫХ АНГИНАМИ

7. При описании налетов следует отметить:

- расположение (в лакунах, на поверхности миндалин, "+ ткань", "- ткань")
- сплошные или в виде островков, полосок, точек, Указать множественные или единичные, если возможно, описать размеры.
- расположение налета: по всей видимой поверхности миндалин, передней, передне-боковой, задней поверхности.
- распространяются налеты за пределы миндалин: да, нет
- обозначить куда: на малый язычок, передние дужки, мягкое, твердое небо
- цвет налетов (белый, серый, бело-желтый, серо-белый и др.)
- поверхность налета (гладкая, шероховатая, блестящая, "перламутровая", шиповидная)
- консистенция (плотная, рыхлая, мягкая, жидкая)
- налеты снимаются: легко, с трудом, не снимаются
- поверхность миндалины после снятия налета: кровоточит, не кровоточит

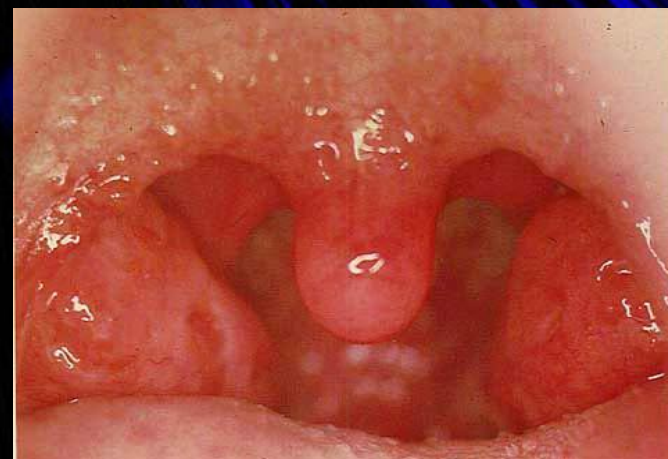
8. состояние региональных лимфатических узлов и задней стенки глотки: характер гиперемии "зернистость" наличие слизи, налетов

5 критериев по которым индексируют бактериальную ангину

1. наличие светло-желтого налета на миндалинах
 2. лимфатические узлы увеличены и болят
 3. температура тела выше 38°C
 4. кашель отсутствует.
 5. возраст до 15 лет
- Если у вас 4 признака из 5 то вероятность того что у вас стрептококковая инфекция составляет 45-60 %. Если отсутствует 3-4 признака то стрептококковой ангины нет 80%

• Легкая форма ангины

- t° до 38°C не $> 2-3$ суток
- незначительная боль в горле при глотании
- умеренная общая слабость
- катаральный или фолликулярный характер тонзиллита
- увеличение до 1 см в дм подчелюстных л/у, их умеренная болезненность





Фолликулярная ангина — это гнойное расплавление фолликулов миндалин. При этом на фоне покрасневших и гипертрофированных миндалин видны эти множественные беловато-желтоватые, **нечетко отграниченные**, величиной **с просяное зерно точки**, которые просвечивают сквозь эпителиальный покров. в виде округлых желтоватых островков размером **3–4 мм**; Поверхность миндалин приобретает по образному выражению Симановского, вид «**звездного неба**».



Лабораторные данные

- Лейкоциты $8-9 \times 10^9$ клеток /л
- СОЭ 12-15 мм/час
- Сиаловые кислоты 190-210 ед. (Норма 116 — 162 усл. ед.)

Среднетяжелая форма ангины

- t° 38,5 - 39 $^{\circ}$ C в течение 4-6 суток
- выраженная интоксикация (озноб, головная боль, боли в мышцах и суставах, нарушение сна)
- выраженный тонзиллит (боль в горле при глотании,
- большое количество гноя в лакунах
- увеличение регионарных л/у до 2см, их выраженная болезненность

Лакунарная ангина



Лакунарная ангина

- Гнойный налёт **исходит из лакун** и распространяется по поверхности миндалин;
- он состоит из детрита, гноя – **желтого, бело-желтого цвета**
- **рыхлой консистенции, легко снимается, растирается шпателем,**
- **за пределы миндалин не распространяется,**
- **поверхность после снятия не кровоточит,**
- **после снятия не возобновляется.**

Лабораторные данные

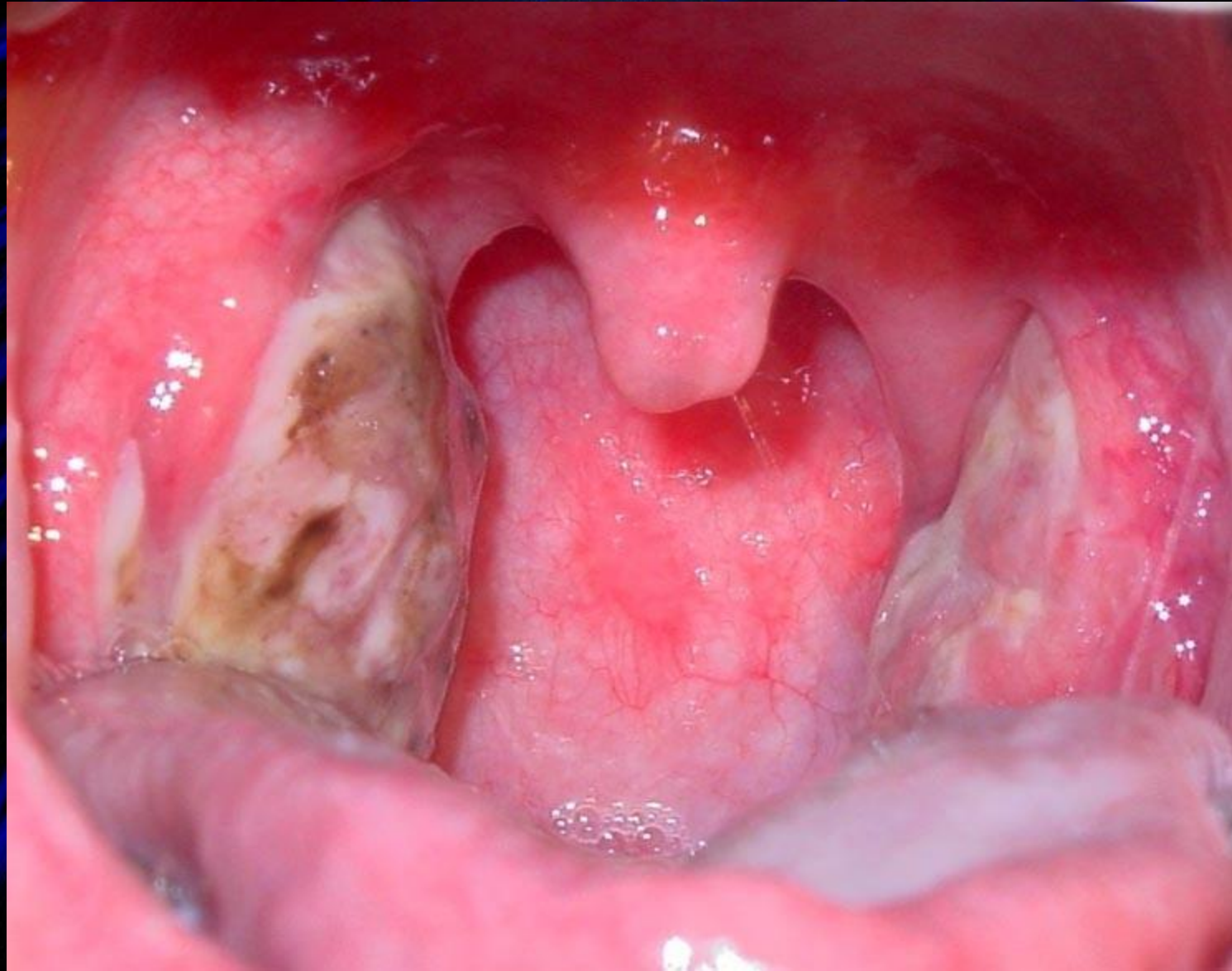
- Лейкоциты $10-18 \times 10^9$ клеток /л
- СОЭ 15-20 мм/час
- Сиаловые кислоты 200-280 ед.

- Тяжелая форма ангины

- $t^{\circ} > 39^{\circ}$
- выраженная интоксикация
- постоянные боли в горле**
- резкая гиперемия миндалин, распространяющаяся на мягкое небо
- **большое количество гноя в лакунах или некротический тонзиллит**
- региональные л/у до 3 см, болезненные



Гнойно-некротическая ангина



При некротическом тонзиллите отмечается:

- **резкая болезненность** при глотании,
- **грязно-серого цвета** участки некротизированной ткани миндалин размером до 10–20 мм
- **Незначительный отёк** миндалин;
- при отторжении налёта образуется **кровооточащий дефект** ткани миндалин с **неровной поверхностью**

Лабораторные данные

- Лейкоциты $16-24 \times 10^9$ клеток /л
- СОЭ 18-30 мм/час
- Сиаловые кислоты 260-360 ед.

Важно!

- Не всем больным с ангиной(о.тонзиллитом) требуется назначение а/б (вирусная этиология)
- Предполагаемый или подтвержденный DS стрептококковой ангины требует назначения а/б
- Цель назначения а/б при стрептококковой ангине – предупреждение развития ранних и поздних осложнений
- Лучшие результаты (при отсутствии непереносимости -90% всех пациентов) достигаются назначением пенициллинов в суточной дозе бензилпеницилина 1,5-4 млн.ЕД у взрослых и 400 000-600 000 ЕД у детей в теч. 10 дней. Препараты выбора: амоксициллин, аугментин, феноксиметилпенициллин)
- При непереносимости пенициллинов назначают макролиды (азалиды)-Азитромицин (Сумамед, Хемомицин) в дозировке 1 раз в сут. Дети 12 мг/кг-5 дней, взрослые – 500 мг в первый день, затем 250 мг – 5 дней. Курс лечения 3 дня недостаточен!

Лечение стрептококкового о.тонзиллита

Стартовые а/б препараты

Пенициллины

- Бензилпенициллин в/м. Для подростков и взрослых 4 млн ЕД в сутки/ Для детей 400 000-600 000 ЕД Курс 10 дней
- Амоксициллин, *Взрослым* назначают по 500 мг 3 раза/сут per os. *При тяжелом течении заболевания* - по 1 г 3 раза/сут. Курс 10 дней.
Аугментин - Взрослым и детям старше 12 лет при легком и среднетяжелом течении инфекций назначают по 1 таблетке (0,375 г) 3 раза в сутки, при тяжелом течении по 2 таб или В/в . 1,2 г каждые 6-8 ч - Курс 10 дней.

Цефалоспорины

- I **пок** Цефадроксил - 1 г (капс по 500 мг) в сутки 2 приема или детям 30мг/кг в 1 прием. Курс 10 дней
- II **пок** Цефуроксим 1,5г в/м x 2-3 раза в сутки. Курс 10 дней
- III **пок** Цефотаксим в/м по 1-2 г каждые 8 ч;. Курс 10 дней

При непереносимости β -лактамов

Макролиды

- **Азитромицин** взрослым по 0,5 г в 1-й день, затем по 0,25 г со 2-го по 5-й день, детям по 12 мг/кг в 1 приём. **Курс 5 дней**
- **Кларитромицин** *Внутрь*, взрослым и детям старше 12 лет — по 250–500 мг 2 раза в сутки; детям по 15мг/кг в 2 приёма. **Курс 10 дней**
- **Рокситомицин** Взрослым назначают 0,15 г per os 2 раза в день, утром и вечером, до еды. Детям по 5мг/кг в 2 приёма. **Курс 10 дней**
- **Спирамицин** 3 млн ЕД в 2 приёма. Внутрь или в/в **Курс 10 дней**
- **Джозамицин** внутрь взрослым и детям старше 14 лет — 1-2 г/сут в 2-3 приема. Детям в возрасте до 14 лет — 30-50 мг/кг/сут в 3 приема.

При непереносимости β -лактамов и макролидов

Линкосамиды

- **Линкомицин** Взрослым в/м или в/в по 0,6 г, 3 р/д , детям по 30 мг/кг в 3 приёма. **Курс 10 дней**
- **Клиндомицин** для взрослых при в/в и в/м введении — 300 мг 2-4 раза в день. Для детей 20 мг/кг в 3 приёма.

Курс 10 дней



ВАЖНО !

- Стрептококк в 13-17% случаев обладает резистентностью к макролидам. Влияние макролидов на предупреждение острой ревматической лихорадки не изучено!
- Применение тетрациклинов (резистентность БГСА 40%), сульфаниламидов, котримоксазола и хлорамфеникола (резистентность БГСА 60%) не оправдано

Клинический эффект применения
пенициллинов оценивается на рубеже 48-72 часов

макролидов (азалидов) – 48-56 часов

Пересмотр начальной антибиотикотерапии
проводится при:

- **Отсутствии клинических признаков улучшения в течение 48-72 часов (в зависимости от вида А/Б) от начала терапии**
- В более ранние сроки при нарастании тяжести заболевания
- **При развитии тяжелых нежелательных реакций**
- При уточнении возбудителя инфекции и его чувствительности к а/б по результатам микробиологического исследования

- Всем больным **показана симптоматическая и противовоспалительная терапия**
- **Жаропонижающая эффективность** препаратов **ибупрофена (нурофен) выше** препаратов **парацетомола**
- **Полоскание горла** (с антисептическими или противовоспалительными средствами) с целью механического удаления детрита с миндалин **имеет ведущее значение** по сравнению с орошением горла аэрозолями



Местное лечение ангины

- Полоскание дезинфицирующими растворами
 - р-р фурацилина 1:5000
 - 2% р-р бикарбоната натрия или борной кислоты
 - отвар шалфея, ромашки, календула, листья малины - 2-3 столовые ложки нужно залить стаканом крутого кипятка, оставить настаиваться 10-15 минут, если цветки измельченные, 30 минут — если целые. Затем процедить и отжать всю целебную жидкость. Полоскать теплым настоем.
 - соленая вода - чайная ложка соли на стакан воды
- до 5-6 раз в день
- Орошение полости рта и глотки а/б препаратами нецелесообразно (отсутствие бактериоцидного эффекта)

Местное лечение ангины

- **Хлорофиллипт** - в 100 мл воды необходимо растворить 1 ч. л.
- **Эфирное масло чайного дерева** - эфирные масла не растворяются в воде, поэтому 4-5 капель масла сначала нужно капнуть в чайную ложку соли или соды, а затем размешать в теплой воде (1 стакан).
- **Хлоргексидин** - На одну процедуру достаточно 10-15 мл раствора , детям развести 1:2. Не глотать!!!
- **Мирамистин** 3–4-кратным нажатием 3–4 раза в сутки. Количество препарата на 1 полоскание — 10–15 мл.

ВАЖНО!

- Раствор должен быть как можно более свежим. Остатки от предыдущего полоскания лучше вылить, а используемую посуду вымыть.
- Раствор должен быть теплым, но, ни в коем случае не горячим и не холодным;
- Полоскания следует проводить минимум 3 раза в день, особенно после еды, но лучше – чаще;
- После процедуры нельзя есть и пить в течение 20-30 мину;
- Одно полоскание должно продолжаться минимум 30 секунд.

Инфекционный мононуклеоз

Общий анализ крови

В первые дни болезни – лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, наличие плазматических клеток.

С 5-го дня болезни: **лейкоцитоз $9-13 \times 10^9/\text{л}$** (возможен **гиперлейкоцитоз до $18-20 \times 10^9/\text{л}$**), число одноядерных лейкоцитов (лимфоциты, моноциты, атипичные мононуклеары- клетки Пфайфера) к концу 1-й недели достигает 80-90%. **Пик лимфоцитоза** (относительный, абсолютный) обычно достигает макс на 2-3 нед. заболевания.

Мононуклеарная реакция сохраняется несколько месяцев (3-6) и даже лет.

АНТИГЕННАЯ СТРУКТУРА ВЭБ:

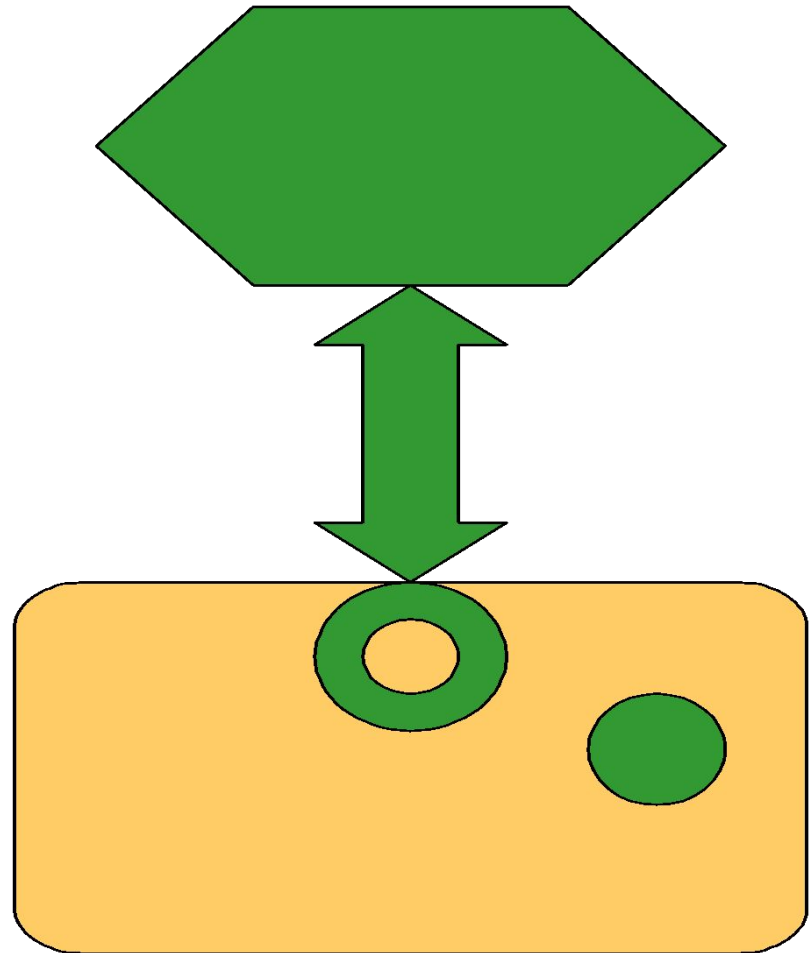
- ❖ **VEA**-ВИРУСА РАННИЙ АНТИГЕН;
- ❖ **VCA**- ВИРУСА КАПСИДНЫЙ АНТИГЕН;
- ❖ **VNA**- ВИРУСА НУКЛЕОЛЯРНЫЙ АНТИГЕН;
- ❖ **VMA**- ВИРУСА МЕМБРАННЫЙ АНТИГЕН;

НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

КЛИНИКА	VEA IgG	VCA IgM	VNA IgG	ДНК VEB
ЗДОРОВЫЕ	-	-	-	-
ОСТРАЯ ФАЗА	+	+	-	+
ПАСТ ИНФЕКЦИЯ	-	-	+	
РЕЦИДИВ	-	±	+	+

СИНДРОМ СЫПИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

- **Ig M VEB**
- **Аминопенициллины**
- **Эпителиоциты**



NB!

Противопоказаны препараты из группы аминопенициллинов (ампициллин, амоксициллин (флемоксин солютаб, хиконцил), амоксициллин с клавуланатом (амоксиклав, моксиклав, аугментин)) из-за возможности развития аллергической реакции в виде экзантемы. Появление сыпи на аминопенициллины не является IgE-зависимой реакцией, поэтому применение блокаторов H1-гистаминовых рецепторов не имеет ни профилактического, ни лечебного эффекта и амоксициллин противопоказаны при мононуклеозе!

Больной ИМ – 7-ой день болезни. Геморрагическая сыпь,
после приема амоксиклава в течение четырех и
азитромицина - трех дней.







Критерии оценки степени тяжести инфекционного мононуклеоза по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легкая выраженность, 1-5 дней	Умеренной выраженности, 6-7 дней	Ярко выражена, более 8 дней
Выраженность и продолжительность лихорадки	Повышение температуры до 38°C, длительность 1-5 дней	Повышение температуры более 38,5°C, длительность 6-8 дней	Повышение температуры более 39,5°C, длительность более 9 дней
Характер воспалительных изменений в рото- и носоглотке	Воспалительные изменения катарального характера или с островчатыми, тонкими налетами, продолжительностью 1-3 дня; затруднение носового дыхания 1-4 дня	Воспалительные изменения с лакунарными налетами, продолжительностью 4-6 дней; затруднение носового дыхания 5-8 дней	Воспалительные изменения с налетами, у части больных ложно- пленчатыми или некротическими, продолжительностью более 7 дней; затруднение носового дыхания более 9 дней
Степень гипертрофии небных миндалин, носоглоточной миндалины	I степени	II степени	III степени
Степень увеличения лимфатических узлов	Переднешейных лимфоузлов до 1,0-1,5 см; заднешейных - до 0,5-1,0 см	Переднешейных лимфоузлов до 2,0-2,5 см; заднешейных - до 1,5-2,0 см, единичные или "цепочкой"; возможно увеличение внутрибрюшных лимфоузлов	Переднешейных лимфоузлов более 2,5 см; заднешейных - более 2,5 см или "пакеты"; увеличение внутрибрюшных лимфоузлов

Критерии оценки степени тяжести инфекционного мононуклеоза по клиническим признакам

Степень увеличения печени, селезенки	Увеличение печени 1,0-1,5 см; селезенки - 0,5 см ниже края реберной дуги	Увеличение печени 2,0-2,5 см; селезенки - 1,0-1,5 см ниже края реберной дуги	Увеличение печени более 3,0 см; селезенки - более 2,0 см ниже края реберной дуги
Обратное развитие симптомов	К концу 2-й недели	Клинические симптомы сохраняются 3-4 недели	Клинические симптомы сохраняются более 4-5 недель
Осложнения	Нет	Имеются	Имеются

4.7.3. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Уровень повышения трансаминаз (АсАТ)	До 40 мкмоль/мин·л	До 250 мкмоль/мин·л	Более 250 мкмоль/ мин·л
Уровень повышения трансаминаз (АлАТ)	До 40 мкмоль/мин·л	До 250 мкмоль/мин·л	Более 250 мкмоль/ мин·л
Уровень повышения гамма-ГТП	До 40 мкмоль/мин·л	Выше 50 мкмоль/мин·л	Выше 50 мкмоль/ мин·л
Уровень повышения щелочной фосфатазы	До 100 мкмоль/мин·л	Выше 100 мкмоль/ мин·л	Выше 200 мкмоль/ мин·л
Общий белок	До 65-85 г/л	Выше 65-85 г/л	Выше 85 г/л
Количество лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов	Лейкоциты в норме или повышены до $15 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты до 50%, моноциты до 9%	Лейкоциты повышены до $25 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты до 60%, моноциты до 15%	Лейкоциты повышены более $25 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты более 60%, моноциты более 15%
Количество атипичных мононуклеаров	До 10%	До 20%	Более 20%
Уровень общего билирубина	В норме (до 17-20 мкмоль/л)	В норме (до 17-20 мкмоль/л)	Повышен



Этиотропная терапия

- Подавляющие активность ДНК-полимеразы ВЭБ:
- ациклические аналоги нуклеозидов (ацикловир, ганцикловир, пенцикловир, валацикловир, валганцикловир, фамцикловир);
- ациклические аналоги нуклеотидов (цидофовир, адефовир);
- аналоги пиррофосфатов (Фоскарнет (фоскавир), фосфоноацетиловая кислота);
- 4 оксо-дигидрохинолины (возможно).

- **ацикловир** (Зовиракс) внутрь в дозе 800 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 10 дней (или 10 мг/кг каждые 8 часов в течение 7–10 дней). При поражениях нервной системы предпочтителен внутривенный способ введения препарата в дозе 30 мг/кг/сут 3 раза в сутки в течение 7–10 дней.

- **Валацикловир** - 1500 мг/сут на протяжении 10 дней
- **Вальганцикловир** в дозе 900 мг (2 таблетки по 450 мг) 2 раза в сутки на протяжении 10- 21 дня
- **Ганцикловир** в дозе 5 мг/кг каждые 12 часов на протяжении 10 сут

Препарат резерва

Фоскарнет

- в/в медленно в дозе 40 - 60 мг/кг 2-3 раза в сутки 10–14 дней

- В качестве индуктора интерферона при тяжелом течении ЭБВИ рекомендуется использовать **Циклоферон** по 250 мг (12,5% 2,0 мл) в/м, 1 раз в сутки, № 10 (первые двое суток ежедневно, затем через день) или по схеме: 250 мг/сут, в/м на 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 8-й, 11-й, 14-й, 17-й, 20-й, 23-й, 26-й и 29-й день в сочетании с этиотропной терапией.

Патогенетическая терапия

- **Диета стол №5**
- **НПВС**
- **Ксилен, галазолин** (сосудосуживающие капли в нос).
- **Аква марис, аквамор** для промывания и увлажнения слизистой носа.
- **Супрастин, зодак** в качестве средств, имеющих противоаллергическое
- **Полоскание горла**
- **Преднизолон, дексаметазон** при тяжелом течении -, обструкцией дыхательных путей, неврологическими и гематологическими осложнениями (тяжелая тромбоцитопения, гемолитическая анемия) Суточная доза преднизолона составляет 60-80 мг в течение 3-5 дней
- **ЛИВ-52, эссенциале форте** или другие гепатопротекторы.

- В комплексной терапии рекомендуется **внутривенное введение иммуноглобулинов** (Гаммар-П, Полигам, Сандоглобулин, Альфаглобин и др.) 400 мг/кг/сут, № 4–5.
- В последние годы все чаще для лечения ЭБВИ стали применять **рекомбинантные альфа-интерфероны** (Инtron А, Роферон-А, Реаферон-ЕС) по 1 млн МЕ в/м в течение 5–7 дней или через день; при хронической активной ЭБВИ — 3 млн МЕ в/м 3 раза в неделю, курс 12–36 недель.

4.13 Диспансерное наблюдение

Частота обязательных контрольных обследований врачом участковым	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
5	12 мес	врач-терапевт участковый, врач-инфекционист по показаниям

Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных методов исследования	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации	Порядок допуска переболевших на работу
Клинический анализ крови 1 раз в 3 мес. АлАТ, АсАТ 1 раз в 3 месяца. Исследование крови на ВИЧ (Ф50) через 3 и 6 мес от начала болезни. УЗИ органов брюшной полости по показаниям ИФА крови IgMVCA, IgGEA, IgGVCA, IgGNA ВЭБ по показаниям ПЦР крови на ДНК ВЭБ по показаниям	Ограничение инсоляции до 12 месяцев	Отсутствие рецидива заболевания. Отсутствие хронического течения заболевания.	Клиническое выздоровление



Дифтерия – острое инфекционное заболевание, характеризующееся **фибринозным** воспалением на месте входных ворот, синдромом **кратковременной интоксикации** и **частыми осложнениями** (инфекционный миокардит, полинейропатия, токсический нефроз).

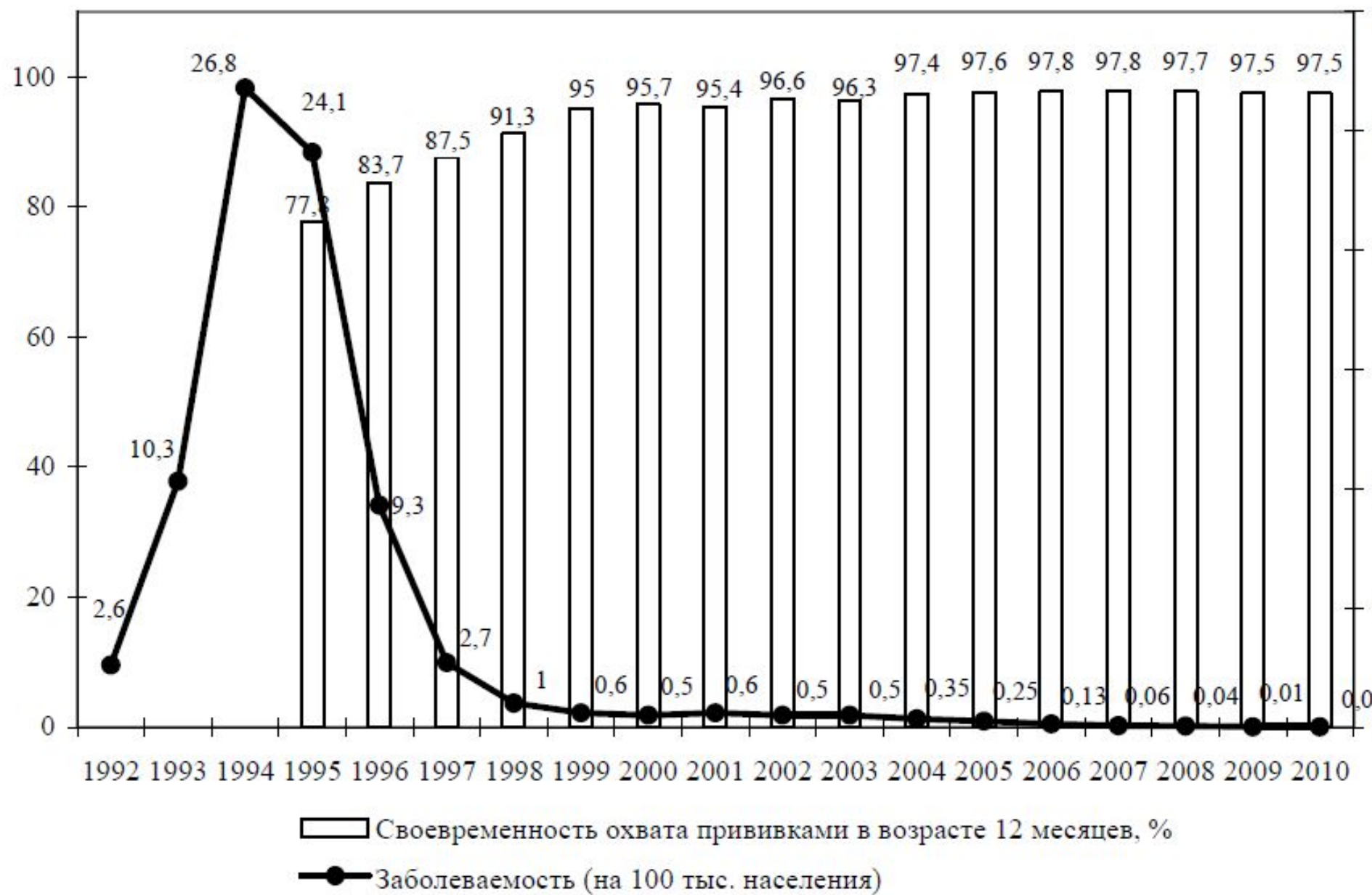
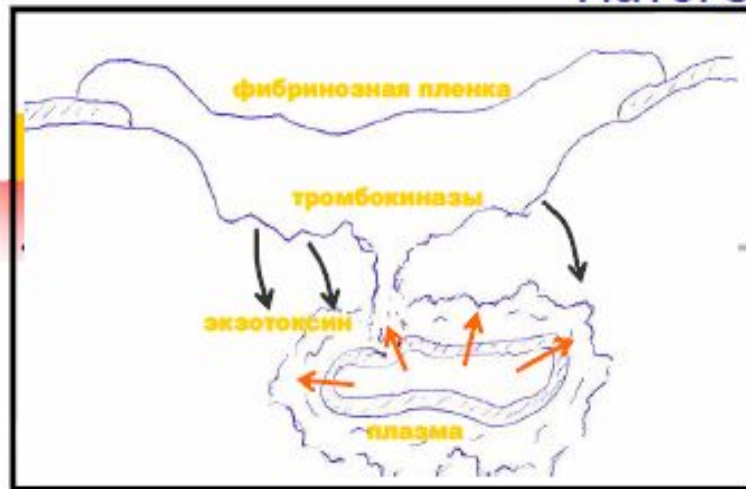


Рис. 70. Заболеваемость дифтерией и своевременность охвата прививками
(на 100 тыс. населения)

- Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро, появились познабливание, слабость, головная боль, температура 39,2°C. На 2-й день почувствовала боль в горле при глотании. При помощи зеркала увидела налеты на миндалинах. К врачу не обращалась, самостоятельно поставила диагноз «ангина» и лечилась антибиотиками. На 3-й день болезни обратила внимание на отек шеи. К 5-му дню температура нормализовалась, но оставалась слабость. После окончания каникул (на 10 день болезни) приступила к занятиям. Чувствовала себя неважно, беспокоили неприятные ощущения за грудиной, перебои в сердце. Обратилась к врачу поликлиники (16 день болезни), где была отмечена аритмия, глухость тонов сердца, брадикардия, в связи с чем была направлена на ЭКГ. При подъеме по лестнице на 5 этаж наступила внезапная смерть. На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита.

Патогенез



- Внедрение возбудителя
- Размножение
- Выработка экзотоксина

Всасывание экзотоксина в кровь

Лихорадка, симптомы интоксикации

Системное действие токсина на сердечно-сосудистую систему, центральную и периферическую нервную систему, надпочечники, почки

Развитие миокардита, полинейропатий, токсического нефроза

Некроз эпителия под действием экзотоксина с выделением тромбокиназ

Резкое повышение проницаемости стенки сосудов

Выход плазмы, богатой фибриногеном, из сосудов и пропотевание подслизистого слоя и слизистых

Образование пленки (фибриноген плазмы+тромбокиназы= фибринозная пленка)

Классификация дифтерии зева

Форма			
Типичные формы	Легкая	1. Локализованная	•Катаральная •Пленчатая: а. островчатая б. сплошная (налеты только на миндалинах)
	Средне тяжелая	2. Распространенная	Налеты на миндалинах, дужках, языке, стенках глотки и полости рта
	Средне тяжелая	3. Комбинированная	Поражение нескольких смежных систем (например: глаза и носа)
	Тяжелая		Субтоксическая: а) эдематозная (отек зева) б) Морфановская (односторонний отек шеи) Токсическая без и с геморрагическими проявлениями Гипертоксическая: а) молниеносная без геморрагических проявлений Б) геморрагическая
Атипичная	Без видимого местного процесса при наличии дифтерийных палочек в носу и зеве		
Формы по течению	Острая, подострая, рецидивирующая, хроническая без осложнений, с осложнениями		

Основные свойства дифтерийных налетов:

- налет носит фибринозный характер (не растирается, помещённый в пробирку с водой, не растворяется и не теряет свою форму)
- налет гладкий, блестящий, серого цвета
- после снятия остается эрозивная поверхность
- характерен отек миндалин
- пленка всегда видна как дополнительная «+» ткань
- Практически всегда симметричны (исключение Морфановская форма)
- возобновляется после насильственного снятия до тех пор, пока действует токсин!

Дифтерия



Локализованная дифтерия зева. Фибринозной пленкой покрыты только миндалины. Всасывание токсина незначительно. Вначале налет появляется островками на одной миндалине, в дальнейшем обычно распространяясь на обе. Фибринозная пленка цвета слоновой кости либо серовато-желтая, складчатая, с четко очерченным краем, окружен; узким ободком воспаленной ткани. Лихорадка незначительна или отсутствует. Ребенок вял, апатичен, на боль в горле может не жаловаться.

Дифференциальная диагностика локализованной формы дифтерии со стрептококковой ангиной

	Дифтерия ротоглотки	Фолликулярная ангина
Интоксикационный синдром	До 38, умеренная интоксикация	до 39-40 С выраженная интоксикация
Боль в горле	Умеренная	Выраженная
Местные изменения:	миндалины увеличены, гиперемированы с цианотичным оттенком	Миндалины увеличены, ярко гиперемированы (пылающий зев)
Налеты:	Островки или фибринозная пленка разной величины и формы над слизистой миндалин; пленка гладкая, блестящая , серого цвета , плотная, снимается с трудом, не растирается	Желтые, в виде микроабсцессов под слизистой или исходят из лакун при снятии легко растираются шпателем
После снятия налета	Слизистая кровоточит	Не кровоточит
Отек миндалин	Есть (рельеф сглажен)	Нет , рельеф лакун хорошо просматривается
Лимфоузлы	Увеличены, безболезненны	↑, болезненны

Дифтерия

Распространение пленки при токсической дифтерии зева.



Пленка быстро распространяется за пределы миндалин — на мягкое небо и заднюю стенку глотки. Вследствие интенсивного всасывания токсина значительно нарушается общее состояние: появляется восковая бледность, резкая слабость и сонливость, переходящая в сопор; температура тела — до **39°C**! Отмечается лимфаденит — увеличение л/у до 2,0–3,0 см и умеренной болезненностью, в периферической крови — выраженный лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышение СОЭ.

Кандидозная инфекция



Кандидоз ротоглотки

- Общее состояние страдает мало
- t° нормальная или субфебрильная
- Налет напоминает творожистую массу
- После снятия налетов слизистая не кровоточит
- Локализация не ограничивается миндалинами
- Часто на фоне длительного приема а/б широкого спектра действия



Дифтерия



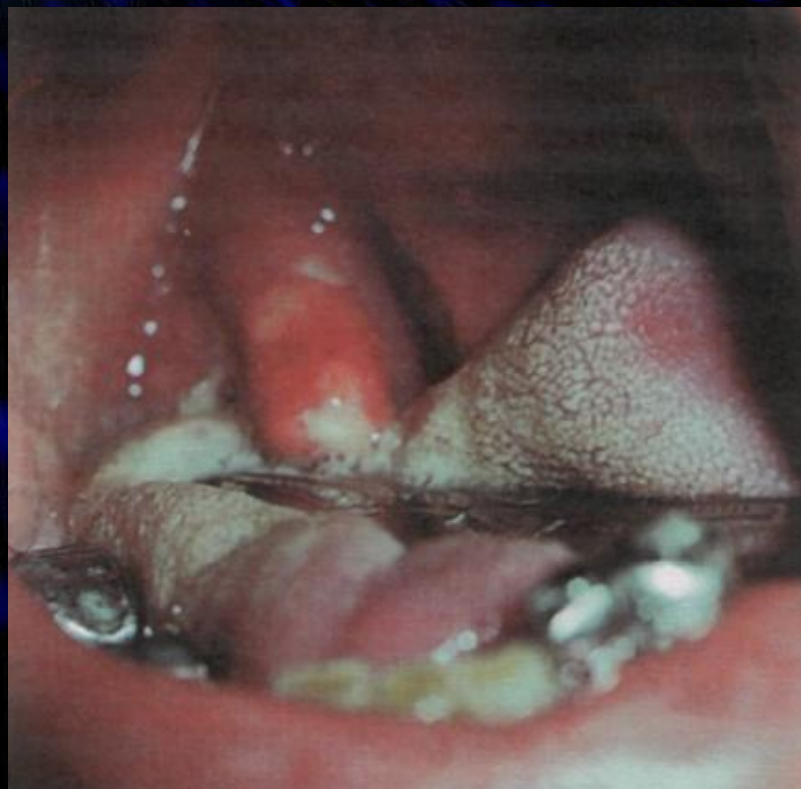
Токсическая дифтерия зева

При токсической дифтерии пленки бывают тонкими и прозрачными, особенно по краям. При этом более давние налеты приобретают серовато-желтый, а в случае кровоизлияния в пленку — зеленый или черный цвет. Пленка плотно спаяна с тканями и с трудом отделяется, обнажая кровоточащую поверхность. Слизистая в этом случае не изъязвляется, а на месте удаленной пленки через 24 часа появляется новая. Ткань зева отечна.

Дифтерия

Дифтерия ротоглотки Токсическая форма III степени – «Перст судьбы»

Ротоглотка отечна, миндалины соприкасаются по средней линии язычок отечный оттеснен к наружи, напоминает палец. Беловато-серые налеты распространяется на дужки, язычок мягкое и твердое небо, заднюю стенку глотки слизистую щеки, вплоть до коренных зубов



Дифтерия



**Рис. Дифтерия ротоглотки
Токсическая форма III
степени**

**Критерии степеней
токсической дифтерии:**

I степень —отек до второй шейной складки (до середины шеи);

II степень —отек достигает уровня ключиц

III степень —отек распространяется ниже ключиц.

Основные свойства отека при дифтерии:

- Отек мягкий, «пушистый»
- Кожа над отеком обычной окраски
- Отек безболезненный
- Нет четкой границы отека —переходит в пастозность
- Не оставляет ямок при надавливании

паратонзиллярный абсцес



паратонзиллярный абсцес



- Является осложнением хронического тонзиллита, развивается вслед за его обострением
- Высокая температура, выраженная интоксикация
- **Боль в горле резкая**, нарастающая по интенсивности по мере развития болезни,
- Больной из-за боли не может проглатывать пищу, воду, слюну
- Вынужденное положение головы с наклоном в сторону, тризм жевательной мускулатуры (при формировании абсцесса)
- Гиперемия зева яркая
- Налеты **могут быть**, снимаются и растираются. **Нет соответствия налета и отёка** – увеличение отёка не сопровождается переходом налёта с миндалин на мягкое нёбо; налёта вообще может не быть.
- Отек и инфильтрация односторонние, выраженные, нависание свода
- Характерна гиперсаливация

Язвенно - некротическая ангина Симановского-Плаута-Венсана



Ангина Симановского –Плаута-Венсана

(5-8% всех ангин)

Этиология: ассоциация двух микроорганизмов: *Borrelia vincenti* и веретенообразной палочки (*Fusobacterium fusiforme* Hoffman)

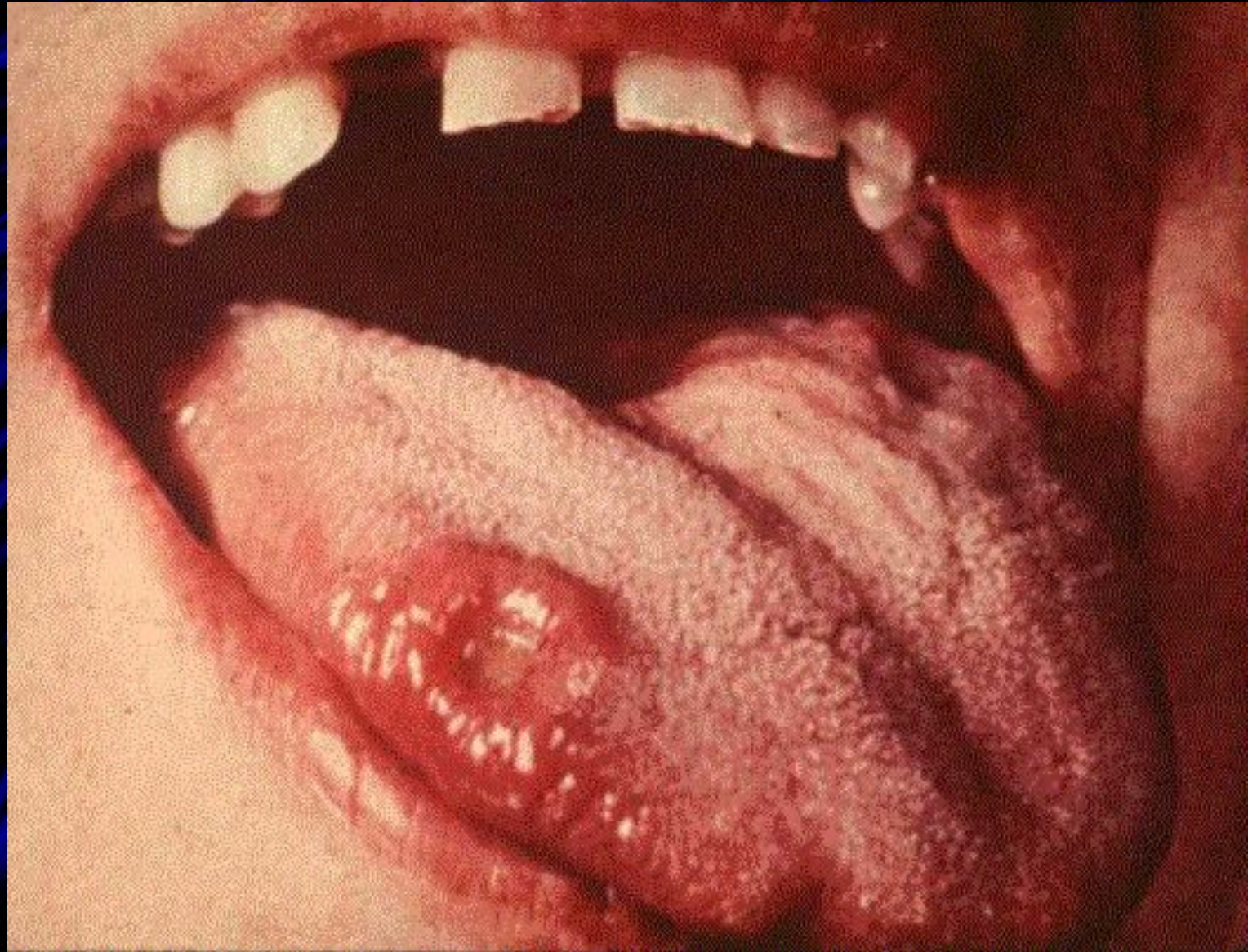
Опорно-диагностические признаки:

- Отсутствие выраженной интоксикации
- Субфебрильная t°
- Слабо выражены боли в горле
- Чаще односторонний процесс
- Локально - сероватый налет с последующим образованием кратерообразной язвы
- Гнилостный запах изо рта

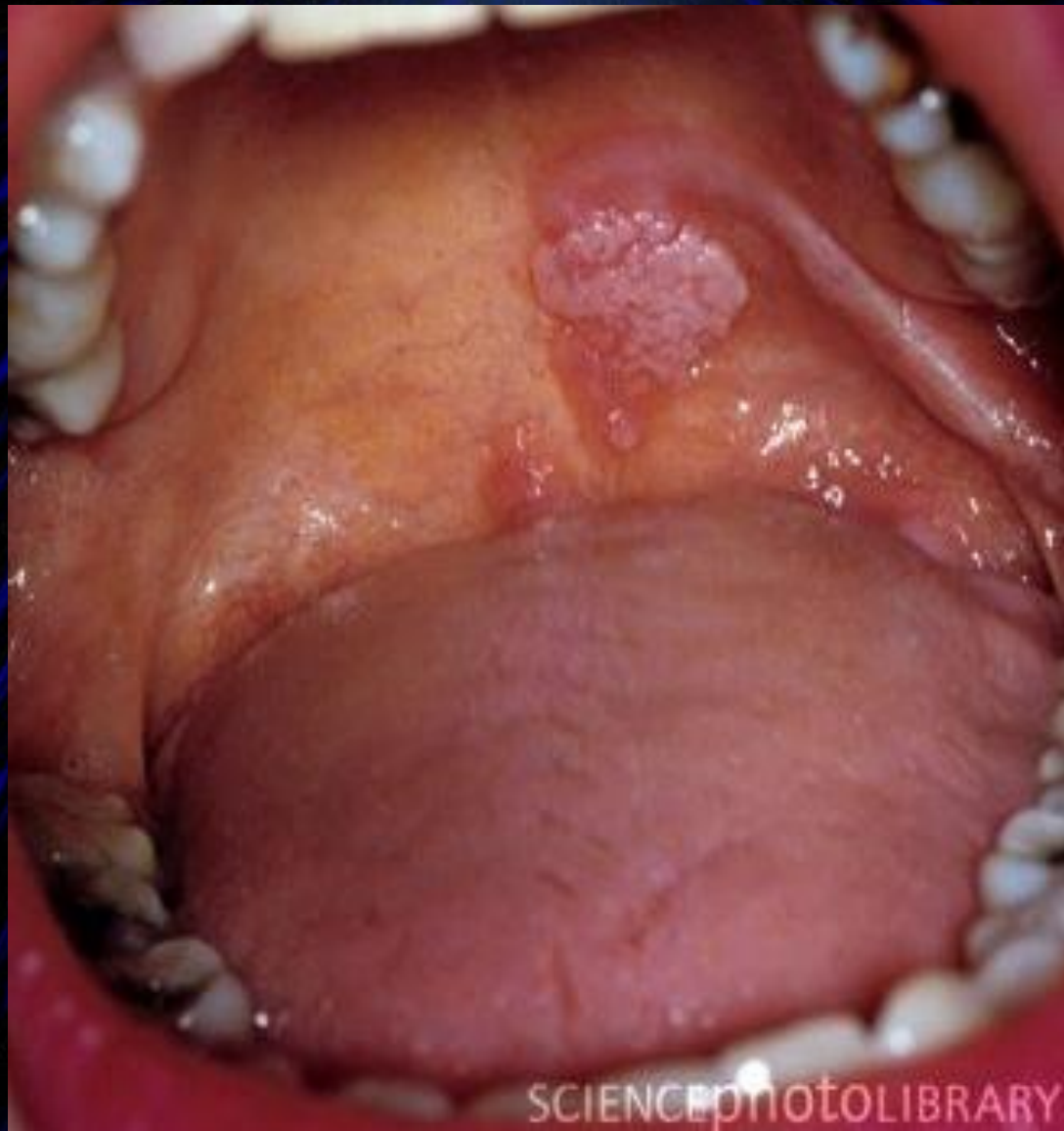
Первичный сифилис

- Процесс односторонний, развивается через 3 - 4 недели после заражения
- Температура нормальная, интоксикации нет
- Боли в горле нет, или незначительная
- Гиперемия неяркая
- Первичная сифилома, чаще эрозия с четкими плотными краями и гладким блестящим дном
- Региональный лимфаденит

Первичный сифилис



Вторичный сифилис



- Больной К., 47 лет, поступил в больницу на 8 день болезни с диагнозом: «Лакунарная ангина? Дифтерия?». Заболел 20.07 утром - появилось недомогание, слабость, озноб, температура - 37,5°C. К вечеру самочувствие ухудшилось, температура повысилась до 39°C, беспокоила сильная головная боль, ломота в мышцах и костях, вызванный на дом врач, диагностировал грипп, рекомендовал обильное питье, прием аспирина, димедрола. В последующие 2 дня существенных изменений в состоянии не произошло. 23.07 присоединилась небольшая боль в горле (справа) при глотании, а 24.07 припухлость шеи с той же стороны. При повторном осмотре врач диагностировал ангину и назначил эритромицин. Температура продолжала оставаться высокой (38,5-39°C), сохранялась умеренная боль в горле, припухлость шеи справа нарастала. Предложена госпитализация.

- При осмотре в отделении больницы состояние средней тяжести. Рот открывает свободно. Правая миндалина увеличена до 2-й степени, гиперемирована, покрыта на 2/3 серовато-белым, с трудом снимающимся налетом. Подчелюстной лимфатический узел справа увеличен до 10 см в диаметре, имеет четкие контуры, плотноватый, подвижный, при пальпации слегка болезненный, кожа над ним не изменена. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. В легких, сердце – без патологии. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочится достаточно. Стул за время болезни 2 раза, оформленный, обычного цвета. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. При уточнении диагноза выяснено, что все лето живет в деревне, пьет не кипяченую воду. В доме много мышей. Замечал их помет на посуде и в хлебнице.
- На второй неделе от начала заболевания не смотря на проводимую пенициллинотерапию сохранялась фебрильная лихорадка, после отторжения налета образовалась глубокая язва. Сохранялся выраженный правосторонний лимфаденит, *концу 3-й недели болезни появилась флюктуация бубона и образовался свищ с молочным гноем.*

Ангинозно-бубонная форма туляремии

- Процесс всегда односторонний
- Очень быстро на пораженной миндалине возникают некротические изменения
- Серый налет с переходом в глубокую язву
- В отличие от ангины Симановского-Плаута-Венсана – выраженная интоксикация
- Наличие бубона
- После заживления язвы – рубцы



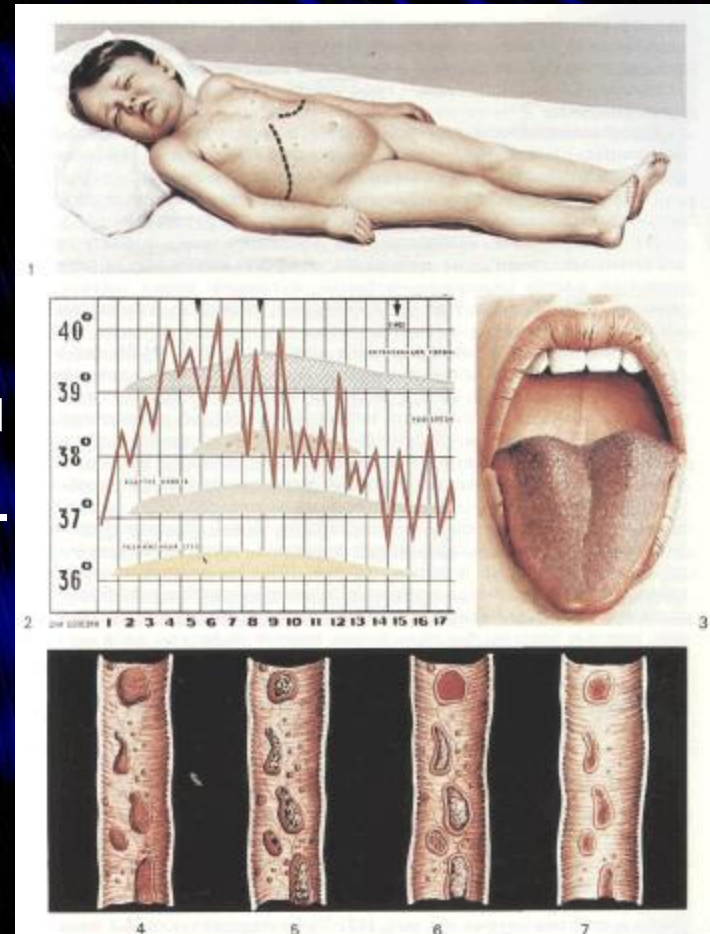
Брюшной тиф, паратифы

Ангина Дюге

- набухание небных миндалин и дужек
- Образование мелких язвочек, покрытых сероватым налетом

Клиническая картина

(лихорадка, интоксикация, гепатоспленомегалия, относительная брадикардия, розеолезная сыпь и т.д.)



Грипп, парагрипп и др. ОРЗ

- Признаки поражения различных отделов респираторного тракта (ринит, фарингит, ларингит, трахеобронхит)
- Катаральное воспаление небных миндалин



Герпангина



- **А. Герпангина.** Заболевание начинается остро: появляется лихорадка, боль в горле, усиливающаяся при глотании, головная боль и миалгия, иногда — боли в животе. Слизистая неба, зева и глотки воспаляется, на ней образуются мелкие везикулы с красным ободком. Везикулы вскрываются и превращаются в поверхностные язвы которые заживают в течение недели. Диаметр везикул не превышает 2 мм, язвы гораздо крупнее — до 5 мм.
- **В. Герпес:** дифференциальный диагноз с герпангиной. Герпетические поражения (снимок) могут быть похожи на сыпь при герпангине, однако при герпангине сыпь, как правило, не переходит на твердое небо.

Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей



Везикулы на кисти. Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей — нетяжелое заболевание, вызванное вирусами Коксаки серотипов А-16, А-10 и А-5. Инфекция часто дает небольшие вспышки в коллективах (школы, семьи). После короткого инкубационного периода (3-7 дней) возникает лихорадка, легкое недомогание и боль во рту. На кистях, стопах и во рту появляются характерные везикулы. У детей заболевание развивается чаще и протекает тяжелее.

На кистях везикулы, обычно немногочисленные, локализуются главным образом на тыльных и боковых поверхностях пальцев и изредка -на ладонях.

Высыпания на коже обычно представлены везикулами (как в данном случае), реже — тонкостенными пузырями и ярко-красными пятнами. Везикулы вскрываются с образованием сероватых язв с красным ободком.



Благодарю за внимание!

Контактным в ОЧАГЕ ДИФТЕРИИ

- **За лицами, общавшимися с больным дифтерией, с подозрением на это заболевание, носителем токсигенных коринебактерий дифтерии** устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром ротоглотки, носа, кожи и термометрией **в течение 7 дней** от момента изоляции источника инфекции с регистрацией данных наблюдения в медицинской документации.
- **В течение первых 3 дней** с момента изоляции больного организуется осмотр контактных лиц **врачом-отоларингологом**.
- **В течение 48 часов с момента установления диагноза дифтерии** (или подозрения на это заболевание, или носительства токсигенных коринебактерий дифтерии) проводится **бактериологическое обследование лиц, бывших с ними в контакте**. В случае выявления токсигенных коринебактерий дифтерии у контактных лиц бактериологическое обследование повторяют до прекращения выявления возбудителя дифтерии в этом очаге.

В очаге дифтерии необходимо проведение профилактических прививок. Профилактическим прививкам подлежат:

- - не привитые против дифтерии лица;
- - дети и подростки, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации;
- - взрослые лица, у которых согласно медицинской документации с момента последней прививки прошло 10 и более лет;
- - лица, у которых при серологическом обследовании не обнаружены защитные титры дифтерийных антител (менее 1:160).

Основные диагностические признаки аденовирусной инфекции

- Эпиданамнез - наличие эпидемического очага, групповая или спорадическая заболеваемость, зимне-весенняя сезонность.
- Инкубационный период от 2 до 12 дней, в среднем - 5 дней.
- Превалирование местных воспалительных симптомов над общеинтоксикационными проявлениями.
- Типичен выраженный экссудативный компонент воспаления слизистых оболочек глаз, носа, ротоглотки, сочетающийся с лимфаденопатией, особенно шейных лимфоузлов.
- Характерно разнообразное поражение глаз: катаральный, фолликулярный, гнойный или пленчатый конъюнктивит, склерит, кератоконъюнктивит.
- Склонность к волнообразному течению с повторными волнами температуры и поражением других органов (второй глаз, мезаденит, диарея).

Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей



- **А. Везикулы на пальце стопы.** Везикулы поверхностные и, как правило, заживают в течение недели, почти не причиняя беспокойства.
- **В. На слизистой рта высыпания** немногочисленны и представлены ярко-красными пятнами, везикулами с красным ободком и неглубокими болезненными язвами. Высыпания можно обнаружить в любой части рта и изредка — на миндалинах. Слизистая глотки и кожа вокруг губ не поражаются.

Герпетическая инфекция



А. Первичный герпетический стоматит у взрослого. Высыпания взрослых такие же, как у детей, но общее состояние нарушается меньше.

Б. Герпетическое поражение языка у взрослого. Среди участков налета видны редкие везикулы округлой формы. Везикулы на языке отличаются крупными размерами и уплощенной формой. Как и на других слизистых, эти высыпания заживают минув стадию корок, без рубцевания.



Перитонзиллярный абсцесс. Проникновение стрептококков из миндалин в окружающие мягкие ткани приводит к быстрому нарастанию отека, а зачастую — к нагноению. Становится трудно открывать рот, возникает сильная боль при глотании, голос становится гнусавым. Передняя стенка зева выбухает, смещая язычок в противоположную сторону. В дальнейшем формируется абсцесс, о чем свидетельствует появление на слизистой желтого пятна; в этом месте затем происходит вскрытие и опорожнение абсцесса. При назначении антибиотиков на ранней стадии заболевания, как правило, удается остановить развитие инфекции и предотвратить формирование абсцесса.



Кандидоз рта (молочница). Кандидоз рта у грудных детей — следствие заражения от матери или от других детей; искусственное вскармливание — предрасполагающий фактор. Заражаются чаще дети, у взрослых периодически может наблюдаться реактивация инфекции; кандидоз возникает при обезвоживании, у ослабленных больных или как осложнение дисбактериоза рта на фоне антибиотикотерапии.

На снимке — воспаленная эрозивная слизистая рта с участками, покрытыми желтовато-белым налетом.

Кровоизлияния на небе



**При
псевдотуберкулезе**
(как и при многих
других инфекциях)
на небе можно
обнаружить мелкие
кровоизлияния.

Ветряная оспа



Везикулы на небе

В течение первых 1—2 дней зев может быть воспален и болезнен, но без очаговых поражений. Позднее на слизистой неба и глотки появляются везикулы, что сопровождается усилением боли. Везикулы обычно вскрываются с образованием поверхностных и которые заживают без рубцевания.

Инфекционный мононуклеоз



Лицо. Легкий отек век, румянец на щеках — довольно характерными признаками инфекционного мононуклеоза. Рот открыт — из-за отека носоглотки больному трудно дышать носом. Выраженный отек глотки может привести к полной обструкции дыхательных путей

Инфекционный мононуклеоз



Ангина при инфекционном мононуклеозе:
обширные налеты на миндалинах, островки сливаются,
образуя толстые белые бляшки.

Основные диагностические критерии дифтерии миндалин

- Эпиданамнез - контакт с больным дифтерией или носителем токсигенного штамма дифтерийной палочки, преимущественно воздушно-капельный путь передачи, высокая восприимчивость у непривитых детей.
- Острое начало заболевания с умеренно повышенной температурой тела, симптомов общей интоксикации и появления характерных местных изменений в ротоглотке.
- Наличие фибринозных налетов на миндалинах или за их пределами, серовато-белого цвета, плотно спаянных с подлежащей тканью, кровоточащей поверхностью при попытке снятия пленки.
- Местно отмечается неяркая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, слабая или умеренная боль при глотании, наличие отека миндалин, мягкого неба, языка.
- Увеличение, уплотнение и болезненность регионарных лимфоузлов соответствует распространенности местного процесса.
- Степень и распространенность отека подкожной клетчатки соответствует выраженности местных проявлений в ротоглотке и общей интоксикации.
- Общая интоксикация проявляется вялостью, снижением аппетита, сонливостью, адинамией, головной болью, а в тяжелых случаях - резкой бледностью кожных покровов, цианозом губ, тахикардией, снижением артериального давления, бредом, олигурией, гепатомегалией.
- Характерна прямая зависимость динамики процесса от своевременности введения специфической противодифтерийной сыворотки.

Алгоритм клинической диагностики ангин

- Выделить самостоятельные нозологические формы, при которых поражение носо- и ротоглотки является одним из симптомов болезни доминирующим в клинике
- Выделить группы заболеваний, при которых вовлечение в патологический процесс верхних отделов дыхательных и пищеварительных путей является ведущим синдромом
- Выделить критерии дифференциальной диагностики острых респираторных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии
- Дифференцировать болезни рото- и носоглотки обусловленные не инфекционными агентами

Классификация ангин

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ	СПЕЦИФИЧЕСКИЕ
•Катаральная •Фолликулярная •Лакунарная •Фибринозная •Флегмонозная (абсцедирующая) •Язвенно-некротическая •Смешанные формы	• Герпетическая • Скарлатинозная • Дифтерийная • Туляремийная • Инфекционный мононуклеоз • Цитомегаловирусная • Сифилитическая • Туберкулезная • Язвенно-пленчатая (Симановского-Венсана) • Агранулоцитоз, острый лейкоз • Кандидамикоз