



# **Дифференциальная диагностика поражений ротоглотки инфекционной этиологии**

**Лекция**

**Автор: доцент кафедры инфекционных болезней  
с курсом ИПО, к.м.н. Старостина Валерия  
Игоревна**

# **Банальная ангина**

**Возбудители: стрептококки, стафилококки, клебсиелла**

**Анамнез: переохлаждение, холодное питьё, контакт с больным**

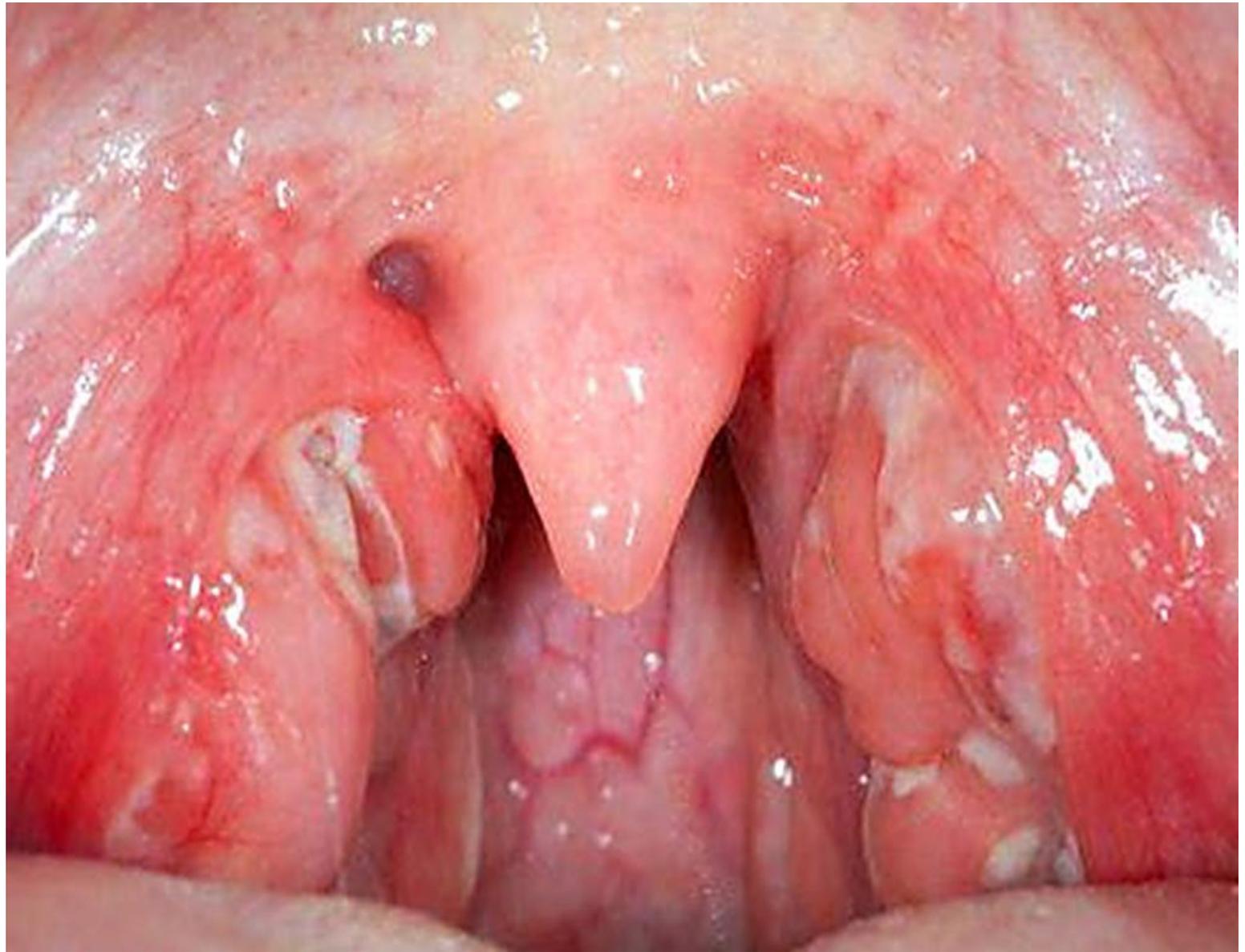
**Клиника:**

- начало острое, лихорадка до 38-40 °С,**
- озноб, ломота в теле, боль в горле при глотании;**
- увеличение миндалин в размерах, отек и яркая гиперемия;**
- гнойные фолликулы, гнойный налет легко снимается шпателем, не оставляя кровоточащей поверхности;**
- регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации.**

**ОАК: лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево.**

**Мазок из зева на флору: возбудитель ангины.**

**Лечение: антибактериальные препараты (цефалоспорины, пенициллины), дезинтоксикационная терапия, жаропонижающие, противовоспалительные и антигистаминные препараты.**





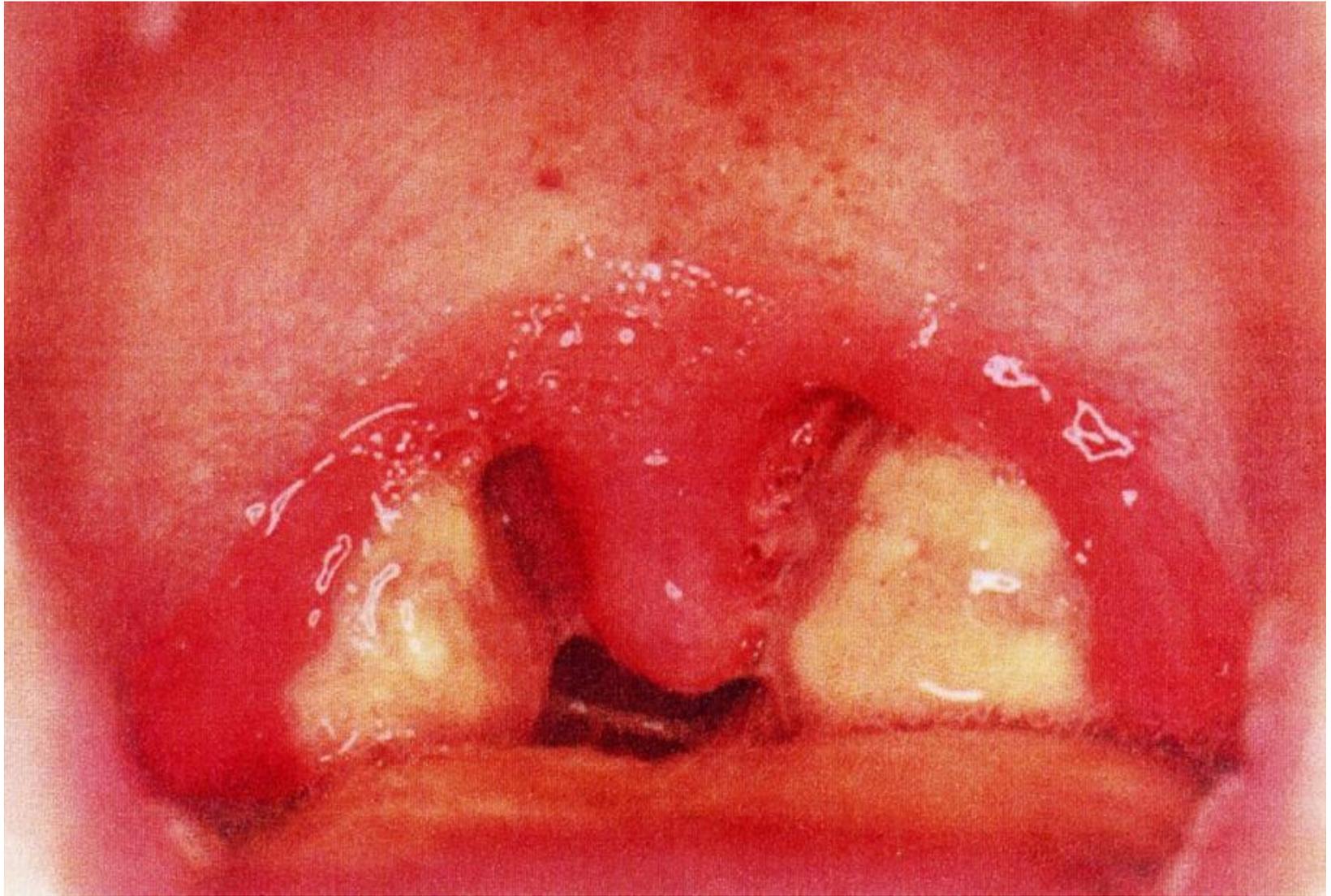
# Скарлатина

**Возбудитель: бета-гемолитический стрептококк группы А**

**В анамнезе: контакт с б-м скарлатиной за 1-12 дн. до заболевания.**

**Клиника:**

- **начало острое, лихорадка,**
- **боль в горле при глотании,**
- **сыпь на коже;**
- **"пылающий зев" и ангина (катаральная, фолликулярная, лакунарная, некротическая , фибринозная);**
- **в первые сутки - «белый земляничный язык», а на 4-5 сутки -«красный земляничный язык».**





# Скарлатина

**Клиника (продолжение):**

- мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи сгущается в естественных складках (шея, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные области) - симптом Пастиа, шершавая на ощупь, сыпь оставляет после себя шелушение;
- симптом бледного носогубного треугольника; сыпь

**Осложнения:** отит, синусит, миокардит, нефрит.

**ОАК:** лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево. Мазок из зева: возбудитель скарлатины. Серологические реакции: антитела к стрептолизину-О.

**Лечение:** антибактериальные препараты (пенициллины, цефалоспорины), дезинтоксикационная терапия, жаропонижающие, противовоспалительные и антигистаминные









# Дифференциальный диагноз между банальной ангиной и скарлатиной

№	Признак	Ангина	Скарлатина
1.	Анамнез	переохлаждение, холодное питье, контакт с больным	контакт с больным скарлатиной за 1-12 суток до заболевания
2.	Осмотр ротоглотки	гиперемия дужек, ангина	"пылающий зев", ангина, на мягком небе – мелкоточечная сыпь и петехии, в первые сутки «белый земляничный язык», далее - «красный земляничный язык»
3.	Экзантема	не характерна	мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне, симптом Пастиа (+), шершавая на ощупь, бледный носогубный треугольник, шелушение
4.	Мазок из зева	Стафилококк, стрептококк, клебсиелла и др.	бета-гемолитический стрептококк группы А

# Дифтерия ротоглотки

Этиология: *Corynebacterium diphtheriae*

Анамнез: контакт с больным дифтерией, нет прививок.

Клиника:

- лихорадка, сонливость, адинамия, бледность, вялость;
- гиперемия с цианотичным оттенком, отек,
- налет фибринозный, по типу «**плюс ткань**», имеет **белый цвет с перламутровым отливом**, а с 3-4 дня грязно-серый или желтовато-серый цвет, **плотно спаян с тканью миндалин, распространяется** на соседние области, снимается только при помощи пинцета, после чего остается кровоточащий дефект слизистой, далее налет образуется снова; налет не растирается между шпателями, тонет в воде, не растворяется, не изменяет формы.

В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом

# Дифтерия ротоглотки

- Катаральная: субфебрилитет, неловкость при глотании, гиперемия миндалин, налета нет.

## Локализованная(налет в пределах миндалин):

- **Островчатая:** лихорадка до  $37,5-38^{\circ}\text{C}$ , незначительная боль в горле при глотании; налет в виде островков (до 5 мм в d), умеренно увеличены углочелюстные ЛУ.
- **Пленчатая:** лихорадка до  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Нерезкая боль в горле при глотании. Налет пленчатый (более 5 мм в d). Умеренно увеличены углочелюстные ЛУ.

**Распространенная:** лихорадка до  $38-39^{\circ}\text{C}$ , тонзиллит, пленчатый налет распространяется за пределы миндалин на небные дужки, язычок, заднюю стенку глотки, мягкое и твердое небо; регионарные

# Дифтерия ротоглотки

## Токсическая дифтерия ротоглотки

- интоксикация (головная боль, головокружение, анорексия, рвота, сонливость, адинамия), лихорадка до 39-40°C,
- боль в горле при глотании выражена,
- **отек и застойная гиперемия слизистой,**
- **пленка распространяется за пределы миндалин**
- регионарные ЛУ значительно увеличены, болезненны
- **отек подкожной клетчатки** шеи студнеобразной консистенции, безболезненный, приводит к изменению конфигурации шеи.

# Дифтерия ротоглотки

## Токсическая дифтерия:

- при I степени отек подкожной клетчатки шеи распространяется до середины шеи,
- при II степени - до ключиц ,
- при III степени - ниже ключиц.

## Гипертоксическая форма токсической дифтерии :

токсическая дифтерия + ИТШ.

# Осложнения. Диагностика.

## Лечение

- **Осложнения дифтерии:** ИТШ, миокардит, истинный круп, дифтерийные невриты, паралич диафрагмы.
- **Диагностика:** мазки на VL.
- **Лечение:** антитоксическая противодифтерийная сыворотка, антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины), ГКС, антигистаминные препараты, дезинтоксикационная терапия, оксигенотерапия, трахеостомия, ИВЛ, лечение ИТШ.



# лакунарной ангиной и пленчатой дифтерией зева

№	Признак	Ангина	Дифтерия
1.	Начало болезни	острое с ознобом	постепенное без озноба
2.	Проявления интоксикация	озноб, головная боль, ломота в теле, гиперемия лица	вялость, сонливость, умеренная бледность кожи
3.	Боль в горле	выраженная	незначительная
4.	Отек миндалин	незначительный	выражен, особенно там, где больше площадь налетов
5.	Характер налетов	гнойные фолликулы, гнойный налет в лакунах	в 1 сутки – нежные белесоватые, легко снимаются, со 2 дня пленчатые белого цвета с перламутровым отливом, плотно спаяны с тканями.
6.	Характер гиперемии	яркая	застойная
7.	Углочелюстные лимфоузлы	увеличены, болезненны	увеличены, малоболезненны
8.	Длительность лихорадки	5-6 суток	2-3 суток
9.	Мазок на БЛ	(-) результат	(+) результат

# **Инфекционный мононуклеоз**

**Возбудитель: вирус Эпштейна-Барр**

**Анамнез: контакт с больным за 4-60 дн. (чаще 7-10 дн.) до болезни. Заражение происходит воздушно-капельным путем, при поцелуе, через загрязненные слюной предметы обихода.**

**Клиника:**

- лихорадка до 37,5 – 39-40° С,**
- нарушение носового дыхания, гнусавость (пациент «говорит в нос»), храп во сне,**
- ангина,**
- генерализованная лимфаденопатия (подчелюстные, передние и задние шейные, подмышечные, локтевые, паховые ЛУ),**
- гепатоспленомегалия, желтуха,**
- экзантема (пятнистая, пятнисто-папулезная).**

# Инфекционный мононуклеоз,

## продолжение

- **ОАК:** лейкоцитоз, лимфомоноцитоз, атипичные мононуклеары, ускорение СОЭ.
- **Биохимия крови:** повышение активности АЛТ и АСТ и уровня билирубина.
- **ИФА:** первыми появляются антитела к капсидному антигену, далее – к раннему, и в периоде реконвалесценции – к нуклеарному.
- **УЗИ:** гепатоспленомегалия, увеличение ЛУ в воротах печени и мезентериальных ЛУ.
- **Лечение:** дезинтоксикационная терапия, ГКС, антибактериальные препараты (цефтриаксон, цефотаксим); индукторы интерферонов, жаропонижающие и антигистаминные средства.  
Аминопенициллины противопоказаны.







# Дифференциальный диагноз между ангиной и ИМ

№	Признак	Ангина	Инфекционный мононуклеоз
1.	Анамнез	переохлаждение, холодное питье, контакт с больным	возможно, контакт с больным ИМ, чаще за 7-10 дней до заболевания
2.	Лихорадка, интоксикация	характерны	характерны
3.	Осмотр зева	гиперемия дужек, ангина	дужки, мягкое небо отечны, гиперемированы; ангина
4.	Затруднение носового дыхания	не характерно	характерно
5.	Экзантема	не характерна	возможно развитие экзантемы, пятнистой или пятнисто-папулезной, появление сыпи после применения аминопенициллинов
6.	Лимфоаденопатия	регионарная	генерализованная
7.	Гепатомегалия	не характерна	характерна
8.	Спленомегалия	не характерна	характерна
9.	ОАК	лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево	лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
10.	Биохимическое исследование крови	АЛТ, АСТ, билирубин – в пределах нормы	повышение активности АЛТ и АСТ, повышение уровня билирубина.

# **Афтозный стоматит, вызванный вирусами герпеса 1 и 2 типов**

- **В анамнезе – контакт с больным герпетической инфекцией. Заболевание встречается у детей при первичном инфицировании.**
- **Наблюдается лихорадка. Жалобы на отказ от еды и питья, боль в полости рта, слюнотечение. Везикулы быстро вскрываются с образованием эрозий и афт. Пальпируются регионарные ЛУ.**
- **Диагностика: ИФА.**
- **Лечение: виферон-гель, холисал, метиленовый синий, раствор фурациллина, масло шиповника, а также жаропонижающие, противовоспалительные и**





# **Энтеровирусные инфекции**

**ЭВИ – группа антропонозных инфекций, вызываемых вирусами групп Коксаки и ЕСНО (enteric cytopathogenic human orphan viruses).**

**ЭВИ протекают с поражением кожи, слизистых оболочек, мышц, ЦНС.**

**Источник инфекции - больной человек или вирусоноситель.**

**Механизмы передачи: фекально-оральный, аспирационный (путь – воздушно-капельный),**

# Герпангина

**Острое начало.**

**Лихорадка до 39-40 °С**

**в течение 2-3 дн.**

**В течение 24-48 часов появляются**

**сгруппированные и единичные**

**папулы, которые превращаются в**

**везикулы.** Далее образуются

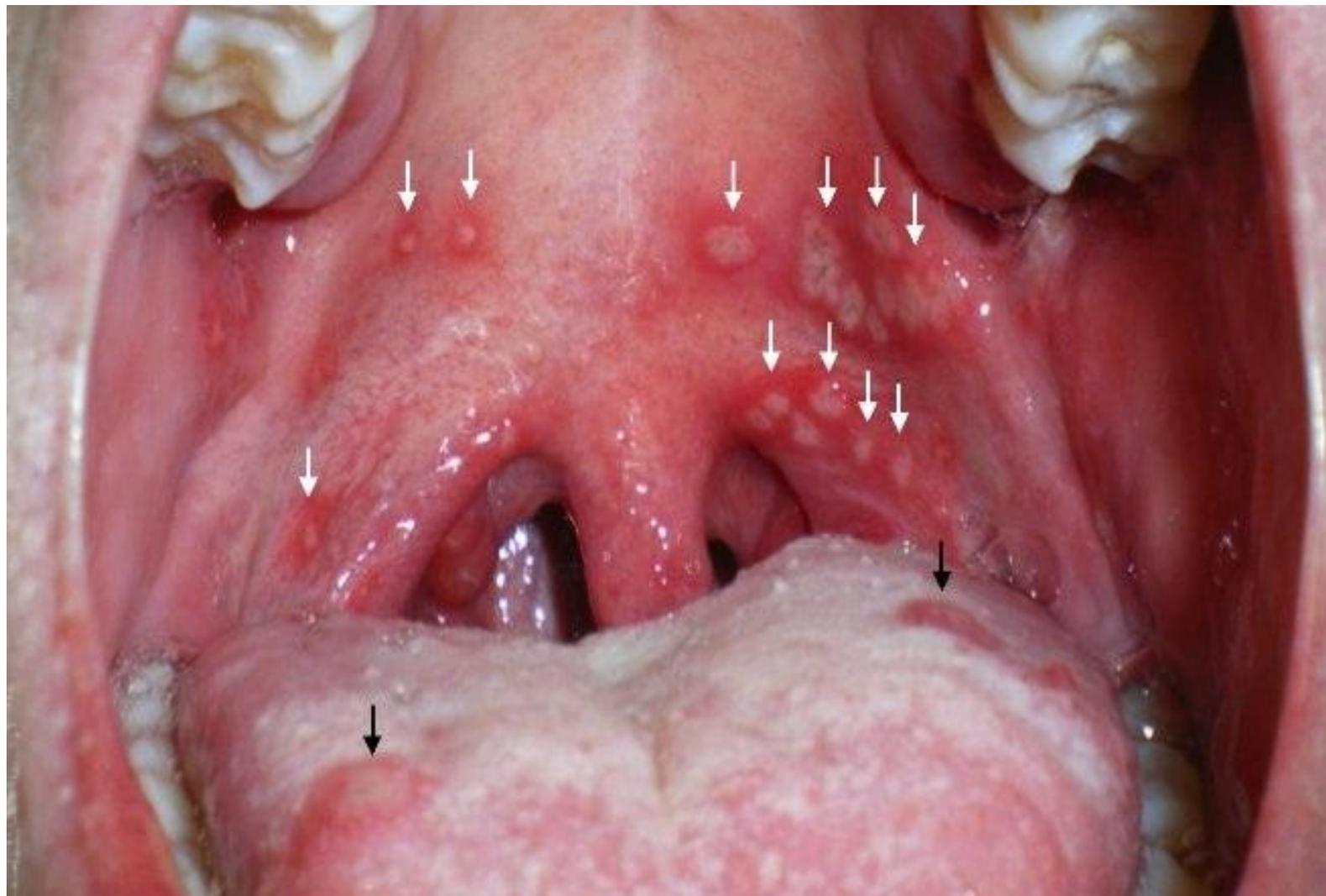
**эрозии, афты с венчиком**

**гиперемии.**

**Боль в горле умеренная или**

**отсутствует.**

# Герпангина



# Энтеровирусная экзантема

Лихорадка до 38-39 °С  
в течение 1-8 дней.

Экзантема на коже  
туловища,  
конечностей, лица.

Элементы: пятна,  
пятнисто-папулезные  
элементы, макуло-  
папулы, петехии,  
везикулы, буллы.

Пятнистая экзантема  
на слизистой  
оболочке ротоглотки.

Головная боль, боль в  
мышцах, фарингит,  
увеличение шейных  
ЛУ.



# Энтеровирусный везикулярный стоматит с экзантемой (Hand-Fuss-Mundkrankheit)

**Лихорадка**

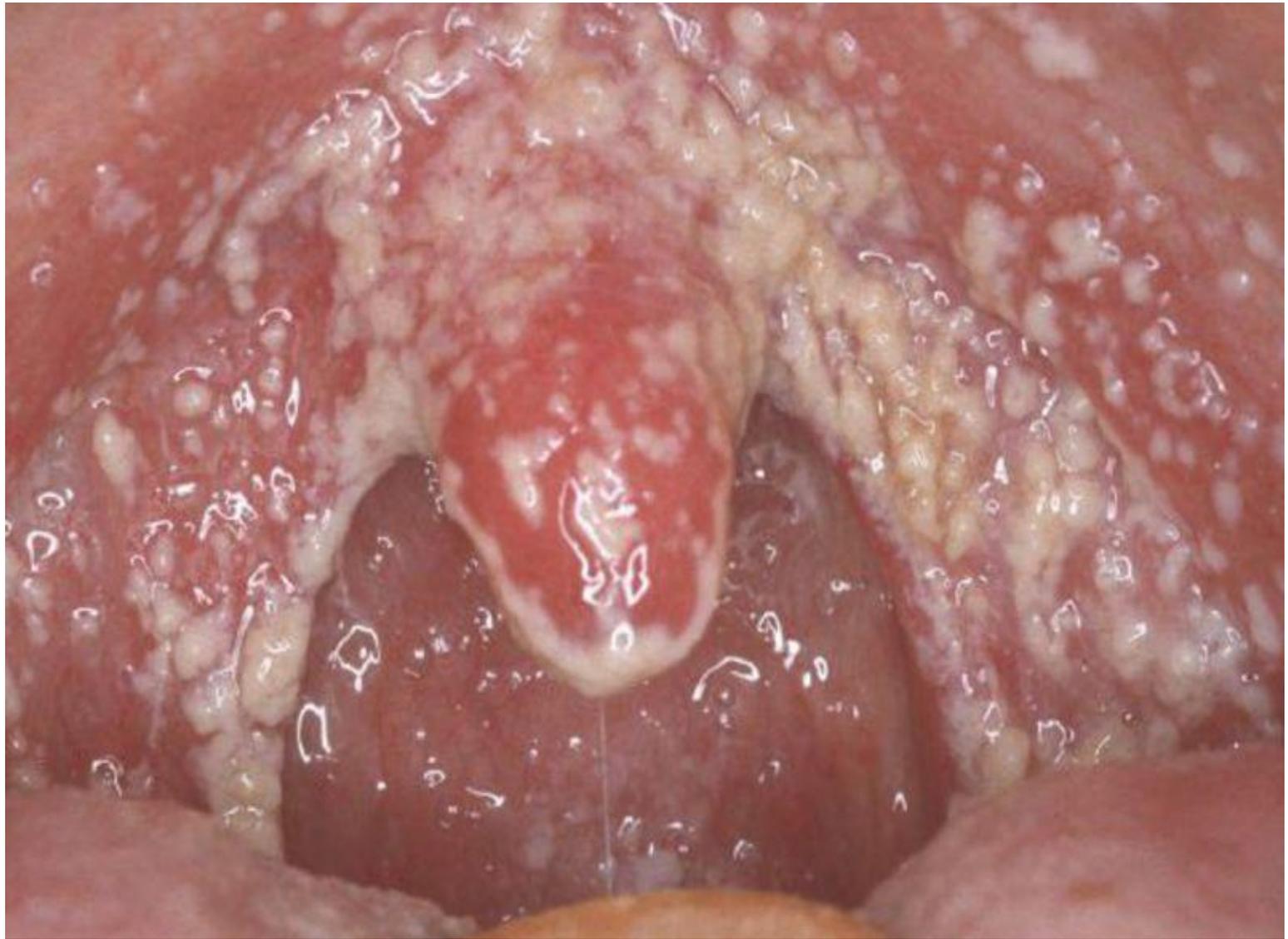
**На коже кистей и  
стоп везикулы с  
венчиком  
гиперемии**

**На слизистой  
оболочке  
мягкого неба,  
дужек, языка,  
щек - афты**



# Кандидоз ротоглотки (стоматит, глоссит, фарингит)

- **Этиология:** грибы рода *Candida*.
- **В анамнезе:** применение АБ, ГКС, ношение зубных протезов, СД, трансплантация органов, ВИЧ.
- **Клиника:** жжение, притупление вкусовых ощущений, боль при глотании; **белый «творожистый» налет** легко удаляется; гладкие красные очаги атрофии эпителия (атрофический кандидоз), эритема и трещины в углах рта (заеда), белые бляшки, которые невозможно удалить со слизистой (гиперпластический кандидоз).
- **Микроскопия и посев с определением чувствительности к противогрибковым**



# Ворсинчатая лейкоплакия

## языка

- Представляет собой доброкачественную гиперплазию слизистой оболочки, вызванную вирусом Эпштейна-Барр.
- Встречается в основном у ВИЧ (+) пациентов.
- Образуются белесые бородавчатые бляшки, придающие слизистой оболочке лохматый вид.
- Локализация: боковые и нижняя поверхности языка, реже – щеки, мягкое небо
- Нет боли и зуда



# Саркома Капоши

- Это многоочаговая злокачественная опухоль сосудистого происхождения, поражающая кожу, слизистые оболочки, ЛУ и внутренние органы.
- Проявляется багрово-фиолетовыми бляшками, узлами и отеком окружающих тканей. Все элементы на ощупь плотные, отличимы от окружающих тканей.
- Локализация: кончик носа, периорбитальные области, ушные раковины, десны, нёбо, язычок, туловище, половой член, голени.
- Наблюдается у ВИЧ-инфицированных





**Благодарю за  
внимание!**