

Тонзиллит, дифференциальная диагностика и осложнения

Выполнила: Бирюк Екатерина,
студентка 5 курса Лечебного
факультета

Острым тонзиллитом (ОТ) называется эпизод острого инфекционного воспаления

преимущественно небных миндалин, часто и окружающей их ткани, протекающего с отеком, гиперемией, обычно с повреждением поверхности миндалин различного характера - от эрозивного до язвенно-некротического.



Бактерии

Вирусы



1-1,5 года



4-5 лет



Старше 5 лет

Ведущую позицию среди вирусов занимают аденовирус, вирус Эпштейна-Барр и энтеровирус. Основным и наиболее значимым бактериальным возбудителем острого тонзиллита является *Streptococcus pyogenes* (β -гемолитический стрептококк группы А - БГСА).

При острых тонзиллитах у детей он выделяется в **15-30%** случаев у детей старше 5 лет.

Ангина (острый тонзиллит), вызванная β -гемолитическим стрептококком группы А

Заболеваемость ангиной, вызванной БГСА, имеет сезонный характер (зимне-весенний).

Источником инфекции являются больные ангиной, другими формами стрептококковой инфекции, а также носители БГСА.

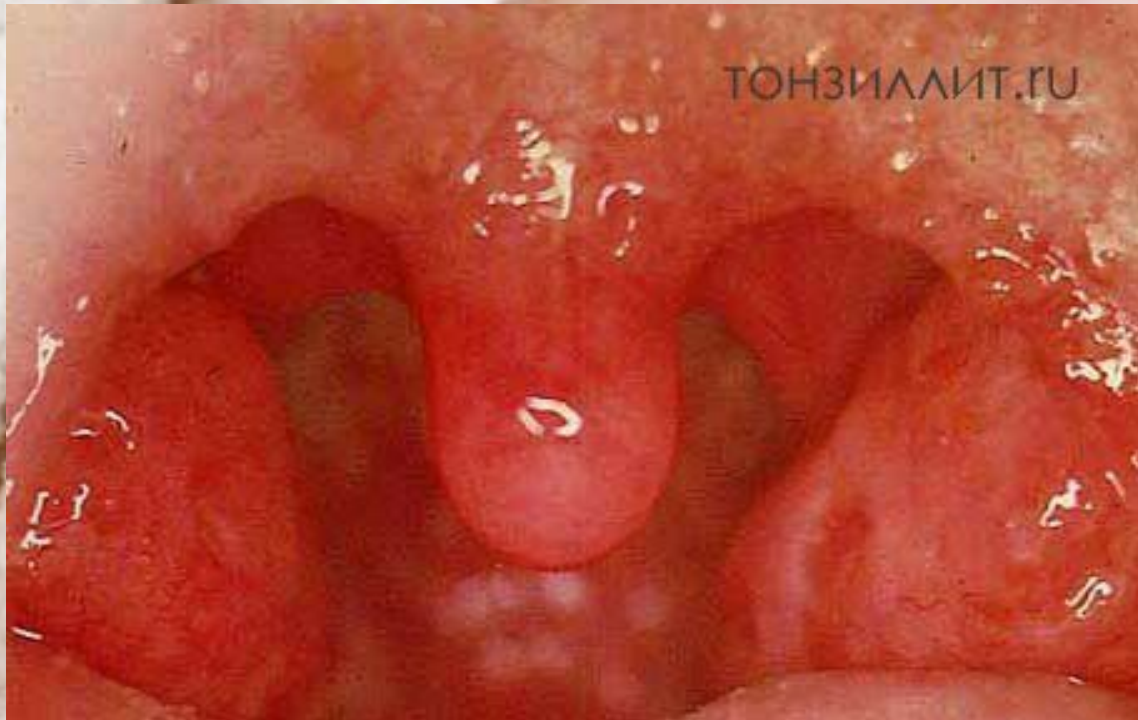
Основной путь передачи инфекции — воздушно-капельный, также возможно заражение контактно-бытовым и алиментарным путями.

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.

Инкубационный период при стрептококковой ангине составляет от нескольких часов до 2-4 дней. Ангина начинается остро с повышения температуры тела, нарушения общего состояния и самочувствия, головной боли, болей в горле, особенно при глотании, возможно появление рвоты иногда повторной, болей в животе. Характерен внешний вид больного: щеки гиперемированы, губы яркие, сухие. Развернутая клиническая картина наблюдается, как правило, на 2-е сутки с момента начала заболевания.

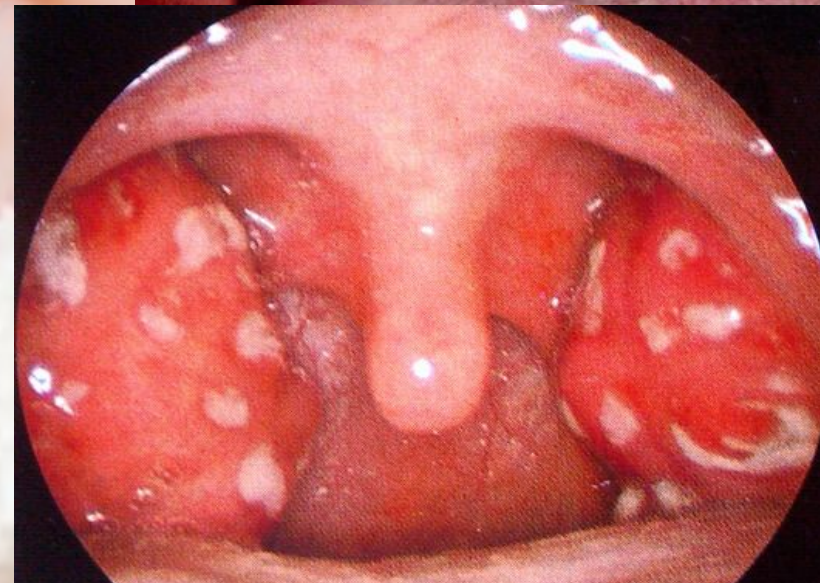
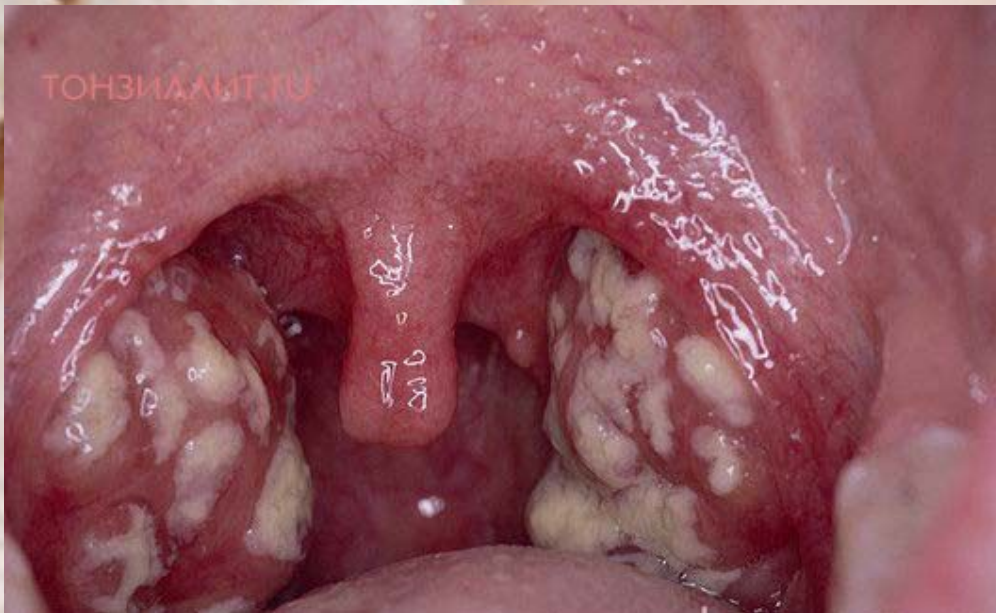


Катаральная ангина



Лакунарная и фолликулярная ангина

Т=до 39-40°C



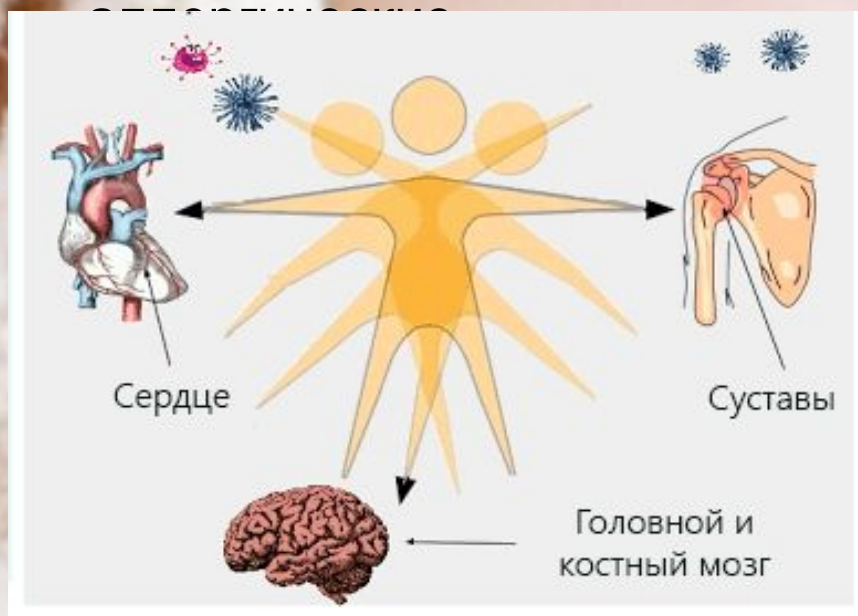
«звездное небо»

Некротическая ангина



Осложнения стрептококковых ангины делятся на

Инфекционно-



острый гломерулонефрит (через 1-3 недели),
миокардит,
острая ревматическая лихорадка (через 2-3 недели).

Инфекционные



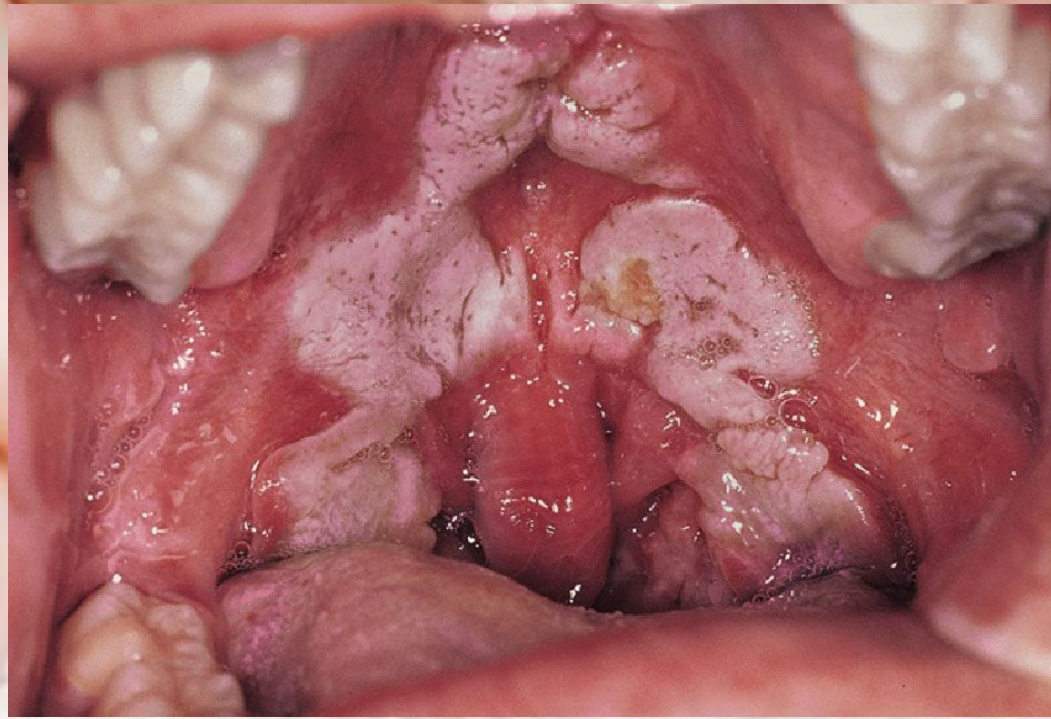
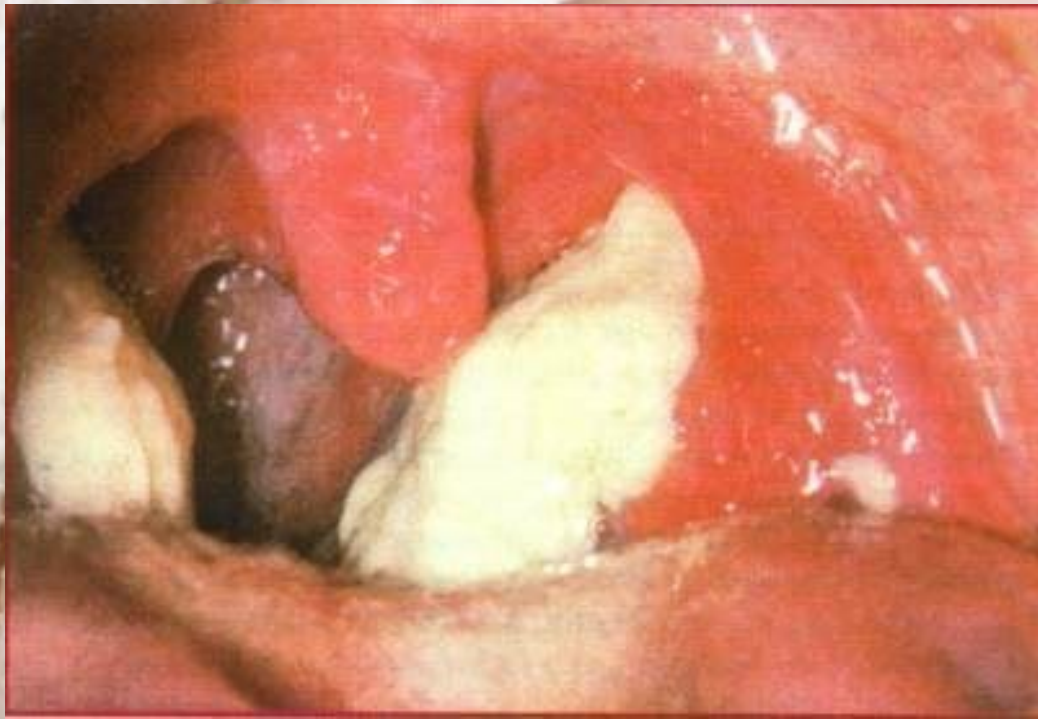
заглоточный абсцесс,
паратонзиллит,
паратонзиллярный абсцесс (на 4-6 день болезни),
парафарингеальный абсцесс,
гнойный шейный лимфаденит,
аденофлегмона шеи,
гнойный отит, синусит, сепсис.

Ангина Симановского-Плаута-Венсана (язвенно-пленчатая)



Заболевание вызывает симбиоз веретенообразной палочки (*Fusobacterium fusiformis*) и спирохеты полости рта (*Spirocheta buccalis*). Заболевание наблюдается главным образом у детей с иммунодефицитными состояниями, гиповитаминозами, кахексией. Поражение миндалин, как правило, одностороннее.

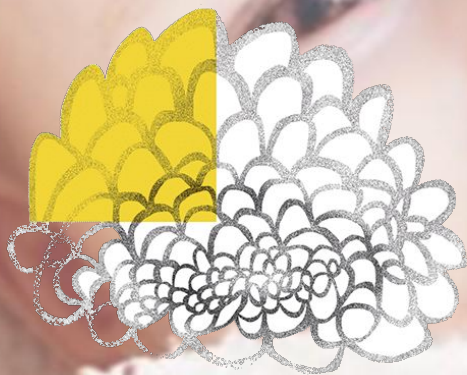
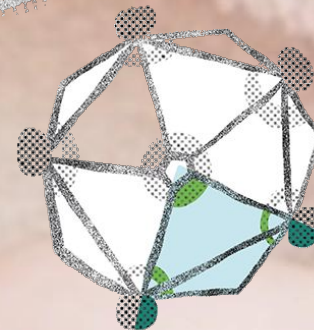
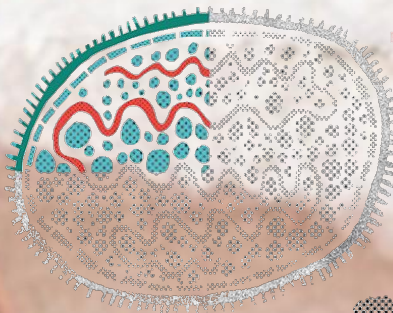
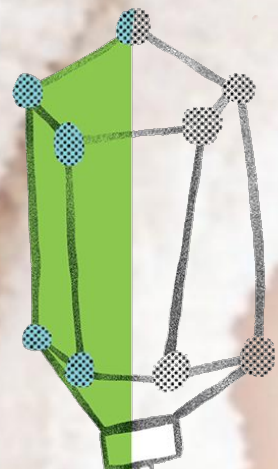
Дифтерия ротоглотки



*Налет тяжело снимается шпателем, не растирается на предметном стекле. Подлежащая ткань миндалин кровоточит.

Вирусные ТОНЗИЛЛИТЫ

Вирус (*virus* – «яд») – неклеточный инфекционный агент, который может воспроизводиться только внутри живых клеток. По сути, вирусная частица – это нить ДНК или РНК, покрытая белками, а иногда и липидами. Вирус проявляет признаки живого организма только внутри пораженной клетки хозяина, где он размножается, используя клеточные механизмы зараженной клетки.



бактериофаг T2

10 нм

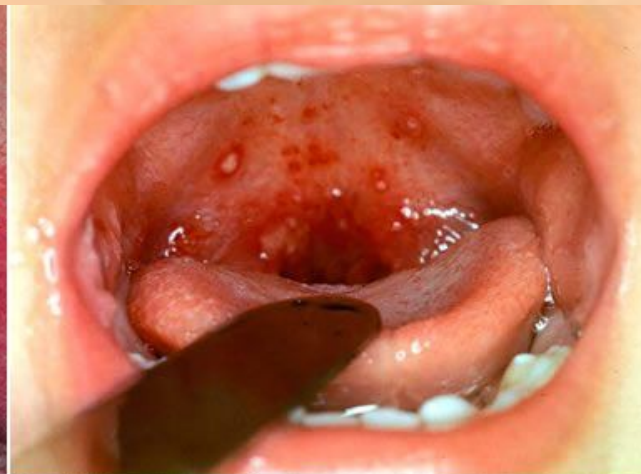
На этой картинке все вирусы нарисованы увеличенными. Настоящие 10 нанометров меньше маленькой точки на этой странице.

Острые вирусные тонзиллиты нередко протекают с длительным (5-7 дней) фебрилитетом, сопровождаются катаральными явлениями (обилие слизи в носоглотке, ринорея, конъюнктивит).

Тонзиллит при скарлатине



Герпетическая ангина



Ангина при инфекционном мононуклеозе

Инфекционный мононуклеоз — полиэтиологическое заболевание, вызываемое вирусами из семейства Herpesviridae (ВГЧ 4 типа — вирус Эпштейн-Барр, ВГЧ 5 типа — цитомегаловирус, ВГЧ 6 типа)



Ангина включает поражение небных и носоглоточных миндалин. В связи с поражением носоглоточной миндалины отмечаются выраженная заложенность носа, затрудненное носовое дыхание, гнусавость голоса, храпящее дыхание (особенно во сне) полуоткрытым ртом.

Диагностика

Жалобы и анамнез

Острый тонзиллит любой этиологии, как правило, сопровождается: фебрильной лихорадкой (реже протекает с нормальной или субфебрильной температурой), болью в горле.

Физикальное обследование

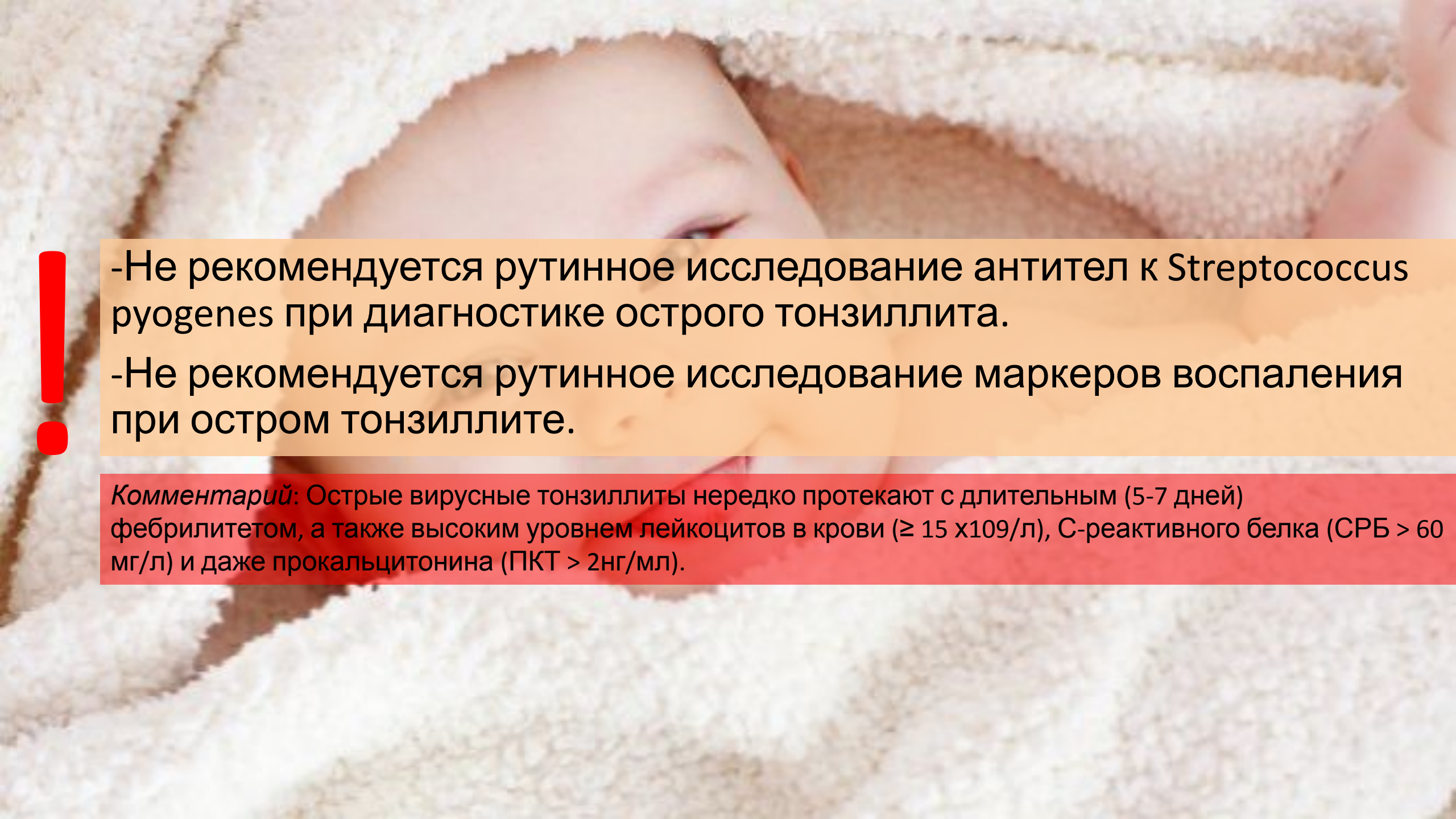
При фарингоскопии - небные миндалины гиперемированы, увеличены, отечны. На миндалинах могут иметься налеты островчатые или сплошные, белого, грязно-белого или желтого цвета. Иногда пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы.

Лабораторная диагностика

Бактериологический культуральный метод исследования.

Использование экспресс-тестов на поверхностный антиген БГСА.

Определение ДНК вирусных инфекций методом ПЦР в слюне и крови.



- Не рекомендуется рутинное исследование антител к *Streptococcus pyogenes* при диагностике острого тонзиллита.

- Не рекомендуется рутинное исследование маркеров воспаления при остром тонзиллите.

Комментарий: Острые вирусные тонзиллиты нередко протекают с длительным (5-7 дней) фебрилитетом, а также высоким уровнем лейкоцитов в крови ($\geq 15 \times 10^9/\text{л}$), С-реактивного белка (СРБ > 60 мг/л) и даже прокальцитонина (ПКТ > 2 нг/мл).

Таблица 28. Шкала Мак-Айзека

Критерий	Оценка
Температура тела >38°C	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность шейных лимфоузлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст	
3-14 лет	1
15-44 года	0
45 и более	-1

Баллы	Риск БГСА-инфекции, %	Тактика
0	1-2	Нет необходимости в дальнейшем обследовании и лечении
1	5-10	
2	11-17	Бактериологическое исследование мазка, антибиотик при положительном результате
3	28-35	
≥4	51-53	Эмпирическое лечение (при высокой лихорадке, плохом общем состоянии и недавнем начале) и бактериологическое исследование

Лечение

Алгоритм лечения острого тонзиллита

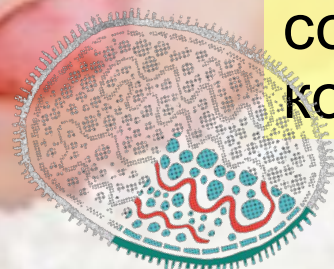
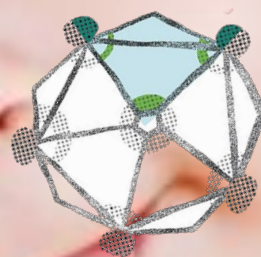


Лечение БГСА-тонзиллита проводится оральными β -лактамами препаратами курсом не менее 10 дней:

- Цефалексин 50 мг/кг/сут, или
- Амоксициллин 50 мг/кг/сут (убедиться, что нет инфекции Эпштейна-Барр)
- Более короткие курсы - 5-7 дней проводятся следующими препаратами::
- Азитромицин 10 мг/кг/сут – 5 дней, или
- Джозамицин 40 мг/кг/сут – 7 дней, или
- Цефуроксим-аксетил 250 мг/сут – 5 дней.

Лечение вирусных тонзиллитов:

- симптоматическое,
- полоскания горла, с 2,5 лет – Биопарокс как смягчающее. Длительность лихорадки при аденовирусном тонзиллите – 5-7 дней, при мононуклеозе иногда больше; в этих случаях помогает нормализовать состояние короткий курс преднизолона.



Местная терапия острого тонзиллита проводится только в комплексе с системной антибиотикотерапией. Лечение осуществляется препаратами, содержащими антисептики, предпочтение должно отдаваться орошению миндалин, а не их полосканию. Используют следующие аэрозоли – «Каметон», «Гексорал», «Камфомен», «Тантум-верде»; растворы для орошения миндалин – 0,01% раствор мирамистина, 0,005% раствор санг- виритина.