

Дифференциальный диагноз ангины

Орлова Светлана Николаевна, д.м.н,
Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии,
и дерматовенерологии ИвГМА



Ангина —

острое инфекционное заболевание, при котором ведущим клиническим признаком является местный воспалительный процесс на небных миндалинах (реже — на других компонентах лимфаденоидного глоточного кольца).



Классификация ангин (И.Б. Солдатов, 1975 г)

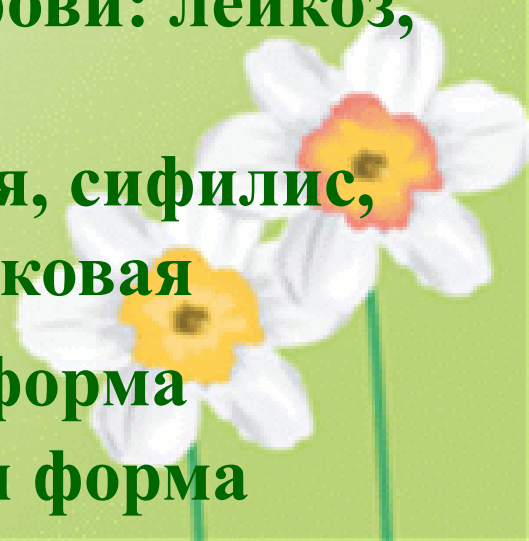
Острые:

Первичные: катаральная;
лакунарная;
фолликулярная;
гнойно-некротическая

Вторичные: при острых инфекционных
заболеваниях: скарлатина, ИМ
при заболеваниях крови: лейкоз,
агранулоцитоз

Специфические: дифтерия, туляремия, сифилис,
Симановского, грибковая

Хронические: компенсированная форма
декомпенсированная форма



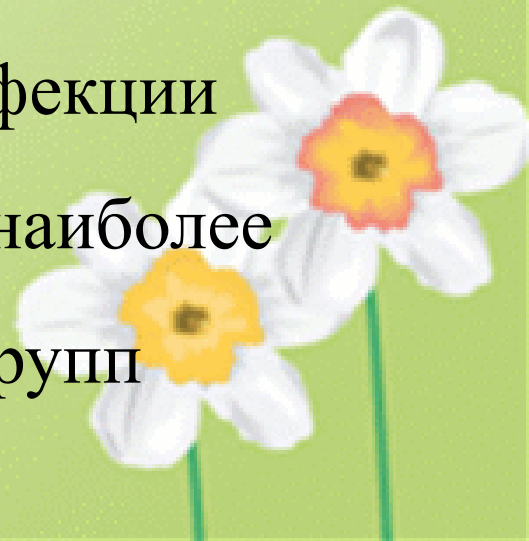
Этиология ангины

Самым частым возбудителем ангины являются бактерии рода *Streptococcus*, главным образом

β-гемолитические стрептококки группы А и В,

реже – стафилококки.

В зонах с умеренным климатом стрептококковые инфекции составляют одну из наиболее распространенных групп заболеваний.



Стрептококковая ангина

Инкубационный период составляет от нескольких часов до 2-4 дней

Характерно острое начало с повышения температуры тела до $37,5-39^{\circ}\text{C}$, выражена общая интоксикация

Боль в горле бывает так сильно выражена, что у больного нарушается глотание

При осмотре выявляется покраснение нёбных дужек, язычка и задней стенки глотки

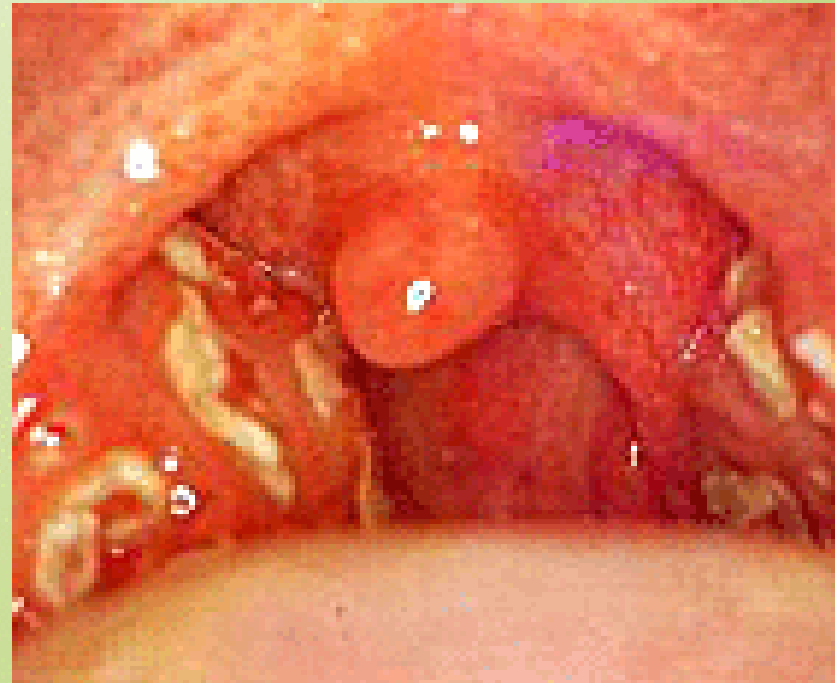
Миндалины гиперемированы, отёчны, часто с гнойным налётом желтовато-белого цвета

У всех больных отмечается регионарный лимфаденит



Стрептококковая ангина

Ангина лакунарная: характеризуется поражением миндалин в области лакун с распространением гнойного налета на свободную поверхность небных миндалин.



Ангина фолликулярная

Характеризуется поражением фолликулярного аппарата миндалин

Сквозь эпителиальный покров просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку

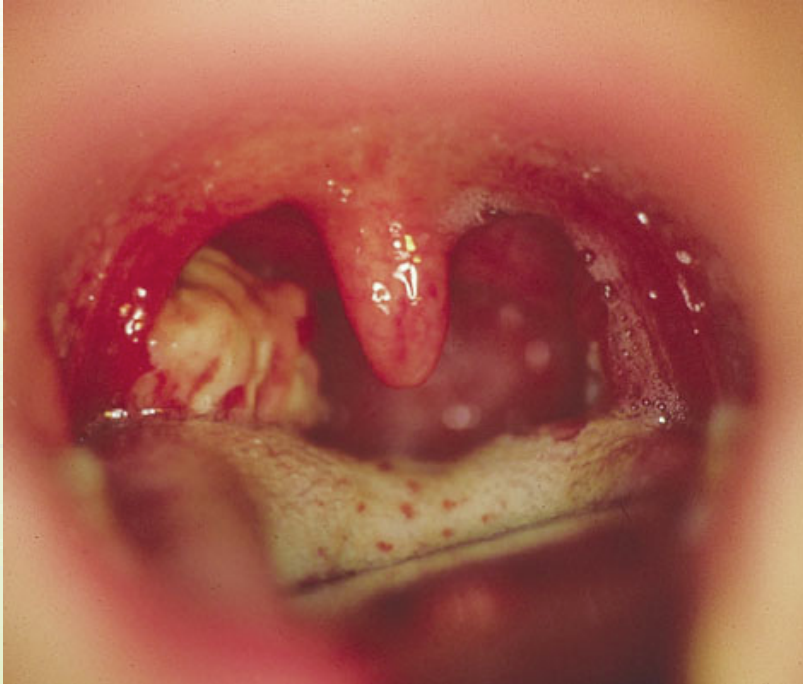


Ангина гнойно-некротическая

Характеризуется развитием некротических изменений в миндалинах.

Пораженные участки имеют темно-серый цвет.

После их отторжения образуется глубокий дефект ткани размером 1-2 см в поперечнике, часто неправильной формы с неровным бугристым дном.



Стрептококковая ангина

Ангина сопровождается увеличением углочелюстных лимфатических узлов

Лимфатические узлы размером от 1,0 до 2,5 см в диаметре, эластичные, болезненные, с окружающими тканями не спаяны, подвижны

С первых дней заболевания выявляется нарушение сердечнососудистой системы (тахикардия, приглушенность или ослабление сердечных тонов)

С нормализацией температуры тела тахикардия сменяется брадикардией

Глухость или ослабление сердечных тонов становятся еще более выраженными



Стрептококковая ангина

Трахея и бронхи при ангине не поражаются

Печень и селезенка бывают увеличены крайне редко и только в первые 2-3 дня заболевания

У 1/5 части больных ангиной в острой стадии болезни выявляется микрогематурия, которая обусловлена воздействием токсинов на ткань почек

Как правило, с исчезновением синдрома интоксикации эти нарушения исчезают



Стрептококковая ангина: осложнения

Особую опасность представляют осложнения стрептококковой ангины, которые делятся на:

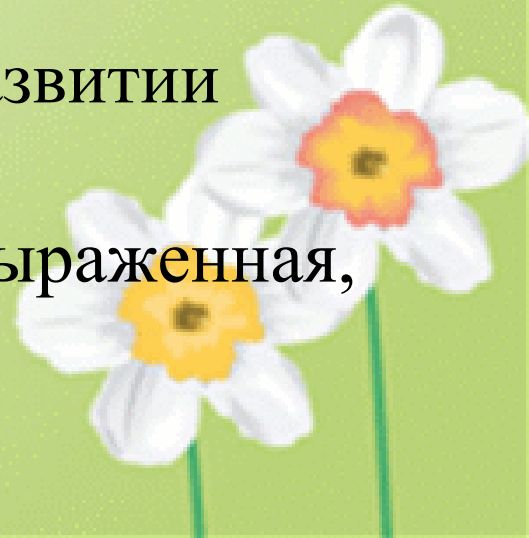
Ранние (гнойные) – развивающиеся на 4-6 день от начала заболевания: паратонзиллярный абсцесс, мастоидит, шейный лимфаденит;

Поздние (негнойные) – постстрептококковый гломерулонефрит, развивающийся в стадии реконвалесценции (на 8-10 день от начала болезни) и острая ревматическая лихорадка, развивающаяся через 2-3 недели после купирования симптомов заболевания



Паратонзиллит

- Является осложнением острой ангины или хронического тонзиллита
- Высокая лихорадка, интоксикация
- Боль в горле резкая, нарастающая по интенсивности
- Больной из-за болей не может проглатывать пищу, слюну
- Вынужденное положение головы с наклоном в сторону
- Тризм жевательной мускулатуры при развитии абсцесса
- Отек и инфильтрация односторонняя, выраженная, нависание свода
- Гиперсаливация



Стрептококковая ангина: диагностика

Диагностика включает микробиологическое исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки.

Обязательно обследование мазка с миндалин и из носа на VL

При серологическом исследовании парных сывороток крови, взятых в первые и на 10-12 сутки заболевания, обнаруживается нарастание титра антител к стрептолизину-О, стрептокиназе, стрептококковому полисахариду.

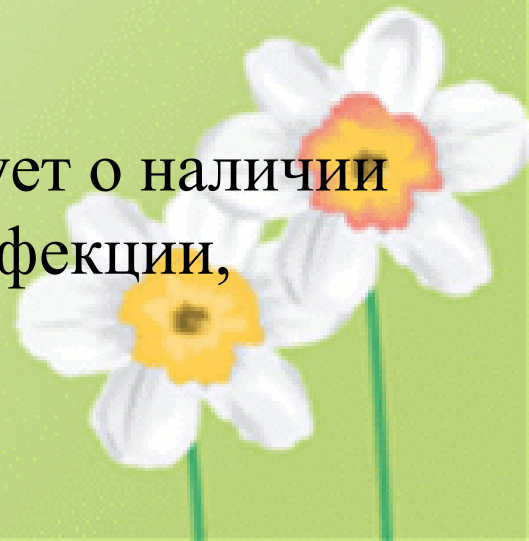


Стрептококковая ангина: лечение

Этиотропными средствами при стрептококковой ангине служат антибиотики, предпочтение отдается **пенициллину** как препарату нетоксическому и высокоактивному в отношении стрептококка, который следует вводить в соответствии с его фармакодинамикой и фармакокинетикой не реже, чем **через 4 часа**.

При непереносимости пенициллина используют другие антибиотики – цефалоспорины I - III поколения и макролиды.

Отсутствие эффекта обычно свидетельствует о наличии смешанной (стафилококковой, вирусной) инфекции, требующей соответствующего лечения.



Стрептококковая ангина: лечение

1. **Бензиленициллин** назначается из расчета 25-50 тыс ЕД/кг в сутки на протяжении 10 дней
2. В случае осложненного течения стрептококковой ангины доза бензилпенициллина может быть увеличена до 100-150 тыс. ЕД/кг сутки продолжительностью до 10 дней
3. **Цефалексин** назначается из расчета 50 мг/кг в сутки – продолжительностью 10 дней
4. **Амоксициллин** назначается внутрь из расчета 50 мг/кг в сутки – продолжительностью 10 дней
5. **Макролиды:** а) азитромицин 0,5 г в 1-й день, затем по 0,25 г 1 раз в день на протяжении 5 дней
б) кларитромицин по 0,25 г 2 раза в день – 10 дней



Основные причины неудач терапии БГСА-тонзиллофарингита

Наиболее часто упоминаемые причины:

- Низкая комплаентность 10-дневных курсов
- Разрушение пенициллина β -лактамазами, вырабатываемыми ко-патогенами полости рта
- Внутриклеточное расположение БГСА

Другие возможные причины:

- Повторное заражение стрептококками от инфицированных членов семьи
 - Недостаточное проникновение антибиотика в ткань миндалин
 - Использование контаминированных зубных щеток
 - Передача БГСА от домашних животных (кошки, собаки)
-

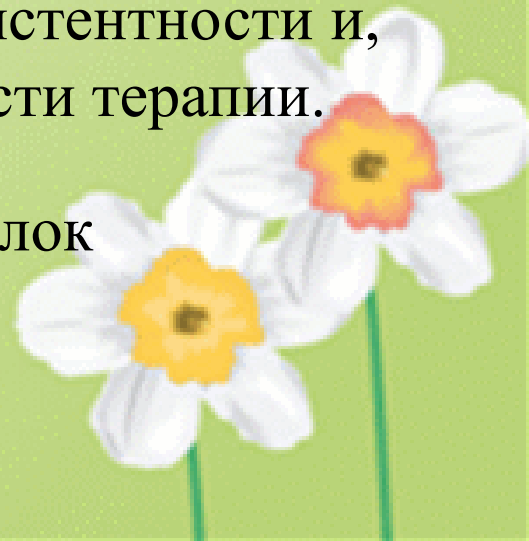
Этиотропная терапия

Необходимо отметить, что применение:

- тетрациклинов,
- сульфаниламидов,
- ко-тримоксазола (бисептола),
- хлорамфеникола (левомицетина),
- кишечных фторхинолонов (ципролет, ципринол, цiproфлоксацин, нолицин, офлоксацин)

при БГСГА-инфекции ротоглотки в настоящее время **не оправдано** по причине высокой частоты резистентности и, следовательно, низких показателей эффективности терапии.

Использование местных антисептических пастилок оказывает симптоматическое действие, но **не заменяет лечение антибиотиками**



Стрептококковая ангина: лечение

Патогенетическая терапия:

1. Полоскания ротоглотки дезинфицирующими средствами (фурациллином, хлоргексидином, мирамистином, ротоканом, йодином, хлорфиллиптом)
2. Использование аэрозолей для орошения слизистых оболочек ротоглотки (стопангин, гексорал, гексаспрей, йокс, биопарокс, тантум верде и др.)
3. Антигистаминные средства
4. Гигиенический уход за кожей и слизистыми оболочками
5. Жаропонижающие средства



Патогенетическая терапия



Патогенетическая терапия



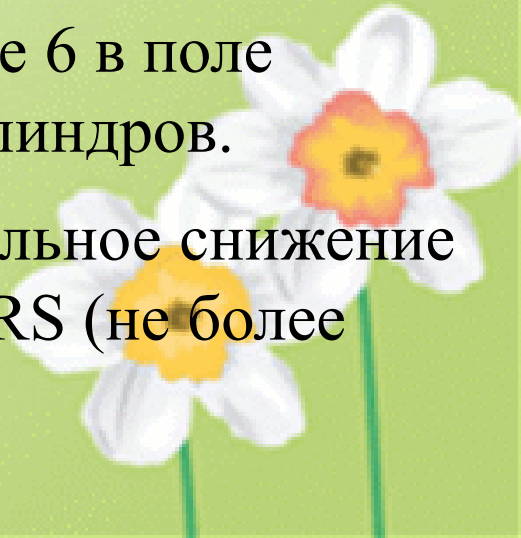
Патогенетическая терапия



Кетопрофен – НПВС
(2-3 полоскания в день). Для приготовления одного полоскания для взрослых впрыснуть дозатором в прилагающийся к упаковке мерный стаканчик 10 мл раствора (5 впрыскиваний), для детей – 2 мл (3 впрыскивания) и развести в 100мл питьевой воды

Ангина: диспансеризация

1. Выписку реконвалесцентов на работу следует осуществлять не ранее 7 дня нормальной температуры тела (9-12 сутки с момента заболевания) при условии полного клинического выздоровления.
2. Контрольные исследования крови, мочи и ЭКГ проводятся на 8-10 день болезни.
3. В общем анализе крови: лейкоциты – не более 8 тыс. СОЭ – не более 15 мм/ч.
4. В общем анализе мочи: лейкоциты – не более 6 в поле зрения, отсутствие в моче эритроцитов и цилиндров.
5. Нормальные показатели ЭКГ или незначительное снижение вольтажа зубцов и расширение комплекса QRS (не более чем до 0,1 с).



Ангина: диспансеризация

6. Выписка реконвалесцентов, у которых выявляют более значительные изменения этих показателей, задерживается, проводится консультация специалистов – нефролога, кардиолога, ЛОР-врача.

7. Контрольные исследования крови, мочи, ЭКГ повторяют им через 3-4 дня.



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

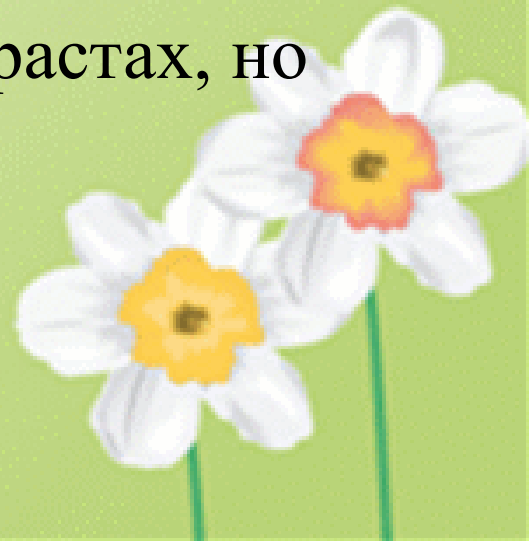
- **скарлатиной**
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



Скарлатина

Скарлатина – острое инфекционное заболевание токсико-септического характера, сопровождающееся лихорадочной реакцией, ангиной, увеличением лимфатических узлов, мелкоточечной сыпью на коже.

Болезнь может наблюдаться во всех возрастах, но чаще встречается у детей.



Скарлатина

Главным звеном патогенеза скарлатины является эритрогенный экзотоксин (b-гемолизин, или токсин Дика), обуславливающий интоксикацию и ответственный за большинство симптомов скарлатины.

b-гемолизин отвечает за появление у пациента типичной скарлатинозной сыпи с характерной локализацией, малинового языка и шелушение кожи.



Скарлатина: основные симптомы

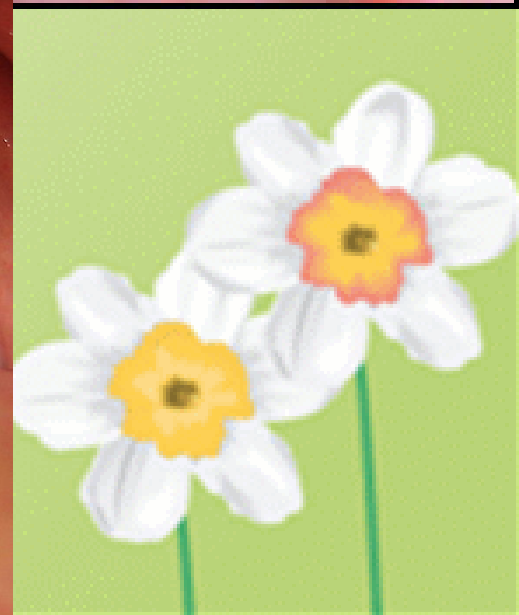
Лихорадка – самый первый симптом. Температура тела поднимается внезапно, обычно до 38-39°C и даже до 40°C.

Первым объективным симптомом скарлатины является острый тонзиллит – яркая разлитая гиперемия.

На 2-3-й день на гиперемированных миндалинах появляются гнойные фолликулы или гнойный выпот в лакунах.



2. Ангина – главный и постоянный симптом скарлатины!



Скарлатина: основные симптомы

3. Первичный лимфаденит тоже является ранним симптомом скарлатины, чаще он двусторонний, реже односторонний.



Скарлатина: основные симптомы

4. Скарлатиновая сыпь — мелкая, исчезает при надавливании. Выступает на 1-3 день болезни и локализуется главным образом на щеках, в паху, по бокам туловища. Кожа носогубного треугольника остается бледной и свободной от сыпи. Сыпь обычно держится 3-7 дней; затем угасает, не оставляя пигментации.



Скарлатина: основные симптомы

Скарлатиновый язык – в первые сутки инфекции он покрывается обильным белым налетом, но с 3-4-го дня начинает очищаться с кончика и краев языка, обнажая малинового цвета поверхность с гипертрофированными сосочками. К концу 1-й – началу 2-й недели цвет языка нормализуется, но большие, выступающие сосочки хорошо видны до 3-й недели.



Скарлатина: основные симптомы

Шелушение кожи — возникает на 4-5 день болезни (при легких формах и раньше) сыпь начинает бледнеть и исчезает, сменяясь шелушением: в области ладоней и стоп оно крупнопластинчатое, начинается с кончиков пальцев; на туловище, шее, ушных раковинах шелушение отрубевидное.



Скарлатина: лечение

1. Антибактериальная терапия (как при стрептококковой ангине), 10 дней.
2. Полоскания ротоглотки дезинфицирующими средствами (фурациллином, хлоргексидином, мирамистином, ротоканом, йодином, хлорфиллиптом)
3. Использование аэрозолей для орошения слизистых оболочек ротоглотки (стопангин, гексорал, гексаспрей, йокс, биопарокс, тантум верде и др.)
4. Антигистаминные средства
5. Гигиенический уход за кожей и слизистыми оболочками
6. Жаропонижающие средства



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- **локализованными формами дифтерии ротоглотки**
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



ДИФТЕРИЯ РОТОГЛОТКИ –

характеризуется обязательным поражением небных миндалин.

Дифференциальная диагностика дифтерии со стрептококковой ангиной может представлять трудности, особенно в случае привитости пациента от дифтерии.

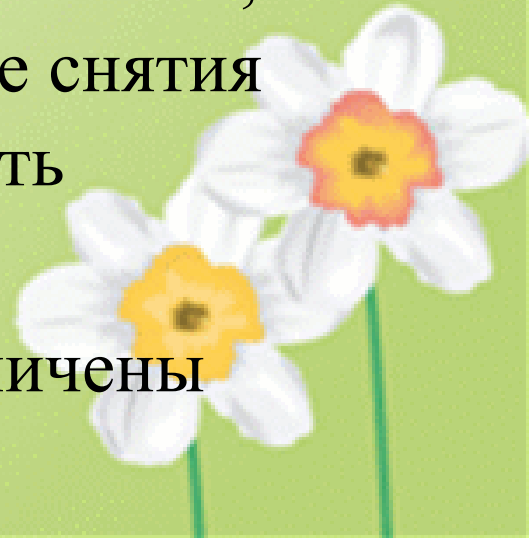
Общим признаком, характерным для дифтерии любой локализации, является воспалительный процесс с образованием фибринозной пленки и развитием отека тканей (ротоглотки, шейной клетчатки).

Чем больше и обширнее размер фибринозных налетов и отека, тем выраженнее токсикоз.



Локализованная форма дифтерии ротоглотки

- Температура тела – 38 – 38.5С
- Боль в горле умеренная
- **Местные изменения:** миндалины увеличены, гиперемия с цианотичным оттенком. На выпуклой стороне миндалин – островки фибринозной пленки **разной** величины и формы **под** слизистой миндалин; пленка гладкая, блестящая, серого цвета, плотная, снимается с трудом, не растирается. После снятия пленки остается кровоточащая поверхность
- Отек миндалин (рельеф сглажен)
- Региональные лимфатические узлы увеличены умеренно, безболезненны



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- **инфекционными мононуклеозом**
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



Инфекционный мононуклеоз

В типичных случаях симптомокомплекс представлен лихорадкой, интоксикацией, полиаденопатией, гепатоспленомегалией и характерными гематологическими данными.

Возбудителями могут быть ДНК-содержащие вирусы:

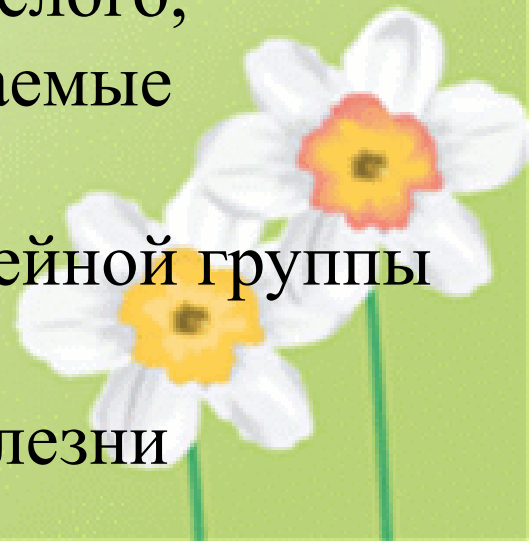
- Эпштейна – Барра (ВЭБ),
- цитомегаловирус (ЦМВ)
- вирус герпеса 6 типа



Инфекционный мононуклеоз

Характерно:

- постепенное начало с заложенности носа при отсутствии выделений из него, храпящего дыхания на фоне нормальной температуры тела продолжительностью 2- 4 дня
- резкое повышение температуры тела на 2-4 день болезни до 39 – 40С с явлениями интоксикации
- налеты носят фибринозный характер, белого, желтого или зеленого цвета, плохо снимаемые шпателем, сохраняющиеся до 5-7 дней
- значительное (до 3-5 см) увеличение шейной группы лимфатических узлов
- гепато- и спленомегалия на 5-7 день болезни



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- **ангинозной формой туляремии**
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



Туляремия

Возбудитель — *Francisella tularensis*.

Ангинозно-бубонная форма развивается при заражении через рот (воду, пищевые продукты, руки).

При этом **миндалины являются входными воротами.**

Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до фебрильных цифр и озноба с повторными приступами.



Туляремия

Длительность лихорадочного периода – 2-3 недели, температура имеет волнообразный характер. Характерен внешний вид больного: лицо гиперемировано, пастозное с синюшно-багровым оттенком, особенно на веках, вокруг глаз, на губах и мочках ушей; кисти рук и основания предплечья красные, местами синюшные.



Туляремия

Ангина появляется на 3-4 сутки болезни, носит односторонний характер.

Миндалины гиперемированы, серовато-грязный налет напоминает дифтерийную пленку, снимется с трудом, не распространяется за пределы миндалин.

Вскоре развивается локальный некротический процесс с образованием глубоких, медленно заживающих язв и рубцов.

Регионарные лимфоузлы достигают больших размеров, образуя к концу первой недели крупный конгломерат (3-5 см), мало болезненный, не спаянный с окружающими тканями (туляремийный бубон).



Туляремия

Возможно нагноение бубона, самопроизвольное вскрытие с образованием больших грязных, длительно незаживающих язв, которые оставляют после себя рубцы.

При благоприятном течении наступает медленное обратное развитие процесса, которое длится до 1.5-2 мес.

.

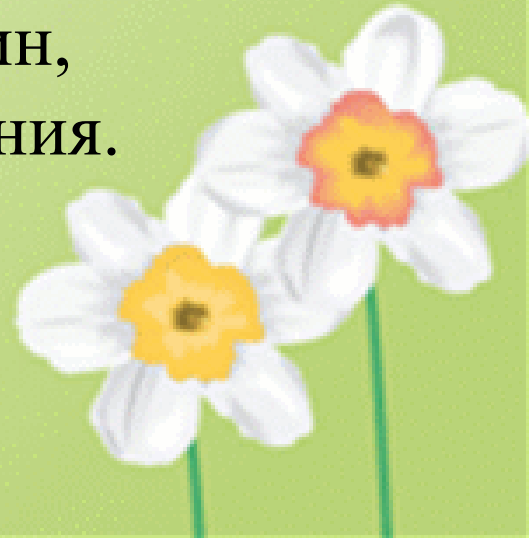


Туляремия

Для диагностики используют аллергическую (внутрикожную или накожную) пробу с **тулярином**; серологические (РА, РПГА, РН) и бактериологические методы исследования.

Лечение: антибактериальная терапия – препараты выбора – аминогликозиды

Альтернативные препараты - левомицетин, тетрациклины, цефалоспорины 3 поколения.



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- **ангиной Симановского-Венсана**
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



Ангина Симановского-Плаута-Венсана

Характерные признаки:

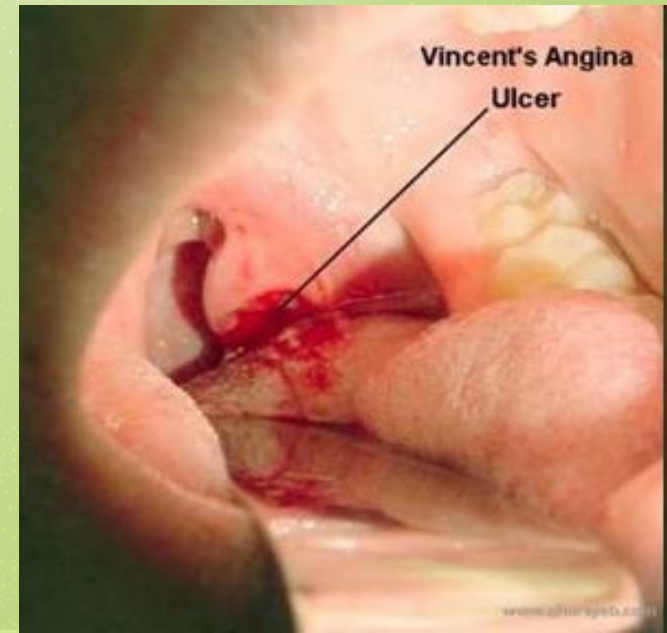
- процесс односторонний
- боль в горле умеренная или отсутствует
- интоксикация умеренная или отсутствует
- гиперемия ротоглотки неяркая
- отека миндалин нет
- налеты серо-желтые, затем – серо-зеленые или грязно-зеленые с неровными краями, возвышаются над уровнем слизистой
- налет легко снимается, оставляя кратерообразную малоболезненную язву с неровными краями и грязным зеленовато-серым дном
- кровоточивости при снятии налета/язвы нет



Ангина Симановского

Характерные признаки:

- явления гингивита
- неприятный запах изо рта
- одностороннее увеличение региональных лимфатических узлов, безболезненных при пальпации
- обнаружение в мазке на флору веретенообразной палочки и/или спирохеты полости рта.



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- **ангиной при лейкозе, агранулоцитозе**
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига

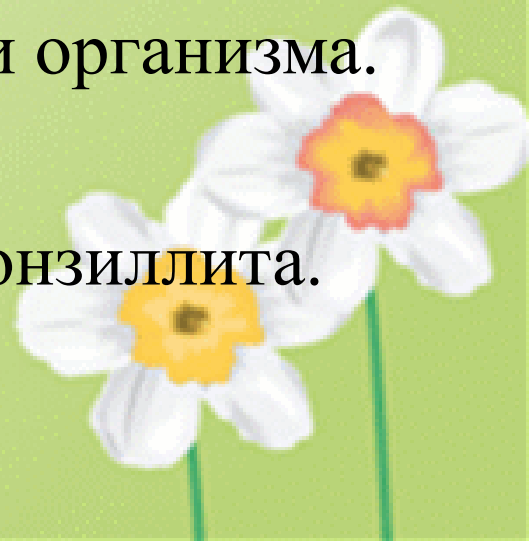


Ангины при системных заболеваниях крови

Синдром ангины может наблюдаться при лейкозах, агранулоцитозе различного происхождения, алиментарно-токсической алейкии.

Изменения в миндалинах при системных заболеваниях крови обусловлены вторичной инфекцией на фоне ослабления защитной роли лейкоцитов и понижения резистентности организма.

Изменения в ротоглотке носят характер некротического, иногда гангренозного тонзиллита.



Ангины при системных заболеваниях крови

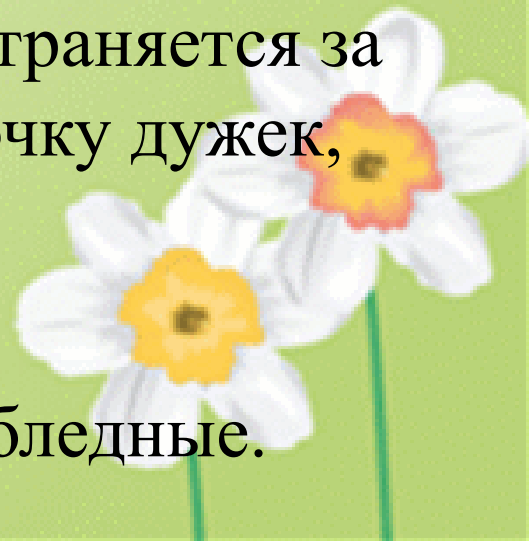
В конце первой недели заболевания появляются некрозы и глубокие изъязвления, покрытые трудно снимаемым грязно-серым налетом (одно- или двусторонним).

Под ним открывается кровоточащий дефект ткани миндалин с неровной поверхностью.

Некротический процесс быстро распространяется за пределы миндалин - на слизистую оболочку дужек, неба, полости рта, десен.

Боли в горле не выражены.

Слизистые оболочки полости рта очень бледные.



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

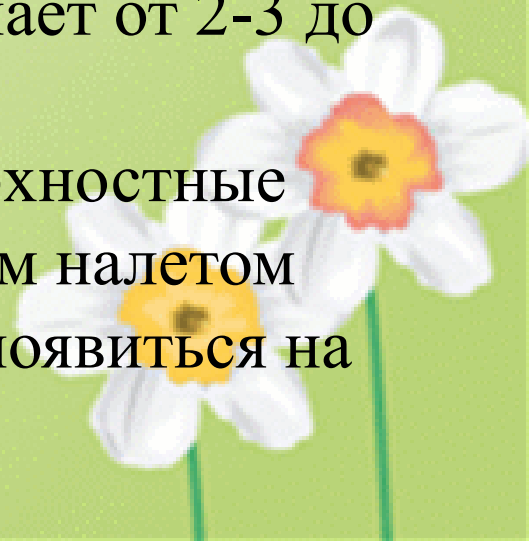
- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- **герпангиной**
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



Герпетическая ангина

Возбудителями герпетической ангины являются:

- вирусы простого герпеса 1 типа
- вирусы Коксаки и Экхо
- заболевание начинается внезапно с повышения температуры тела до 39 – 40 градусов, появления общей резкой слабости, головной и мышечной боли, иногда – рвоты
- одновременно на гиперемизированной слизистой оболочке глотки, небных миндалинах и дужках высыпает от 2-3 до нескольких десятков пузырьков.
- при вскрытии пузырьков образуются поверхностные изъязвления, покрытые тонким фибринозным налетом
- помимо ротовой полости пузырьки могут появиться на губах, в носу, на коже лица



Герпетическая ангина

- подчелюстные лимфатические узлы умеренно увеличены, мало болезненны
- отмечается боль в горле при глотании, слюнотечение
- в крови выявляется умеренная лейкопения или незначительный лейкоцитоз
- длительность заболевания 7-10 дней



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- **кандидозом ротоглотки**
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



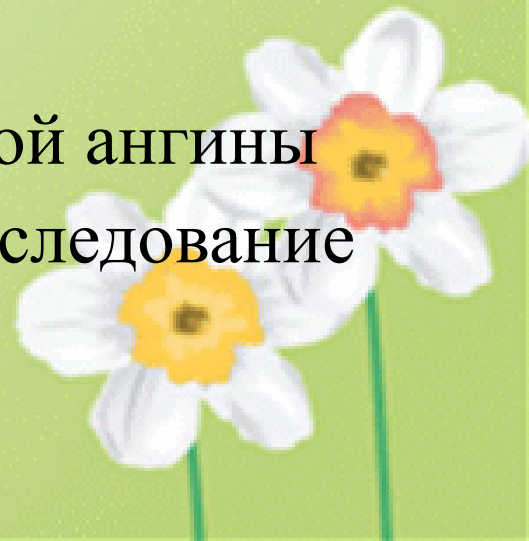
Грибковые ангины

- Грибковые ангины вызываются дрожжеподобными грибами рода Кандида, реже плесневыми грибами рода Аспергиллус
- Кандидоз ротоглотки протекает на фоне нормальной температуры тела, хорошем самочувствии пациента, наличием на поверхности миндалин, язычка, небных дужек крошкообразного налета серо-белого цвета в виде островков
- Чаше налеты легко снимаются, но у детей раннего возраста при снятии налета поверхность может кровоточить
- Регионарный лимфаденит не выражен



Грибковые ангины

- У детей раннего возраста при грибковой ангине может наблюдаться зуд слизистых ротоглотки и слюнотечение, отказ от приема твердой пищи.
- Грибковые поражения слизистых ротоглотки чаще встречаются у ослабленных лиц и являются индикатором иммунодефицита, обусловленным основным заболеванием, применением антибиотиков, иммунодепрессантов.
- Для подтверждения диагноза грибковой ангины можно использовать микологическое исследование налета.



Грибковые ангины

Иммунодефицитные состояния:

- прием цитостатиков, глюкокортикостероидов
- курсы лучевой и химиотерапии,
- сахарный диабет не контролируемый
- туберкулез
- беременность
- онкологические заболевания
- Цирроз печени (различной этиологии: жировой, лекарственный, хронические вирусные гепатиты, наркомания, алкоголизм и др.)



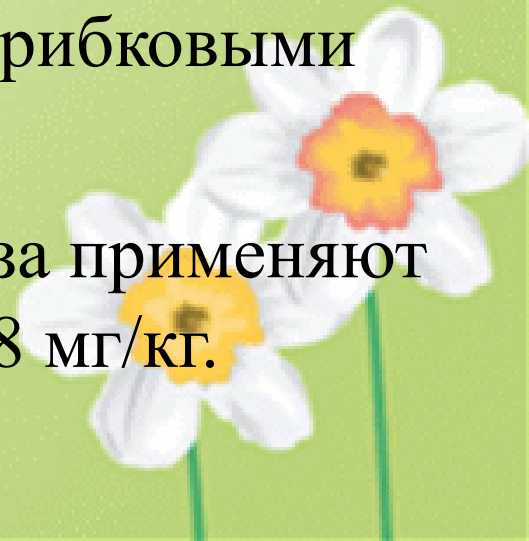
Грибковые ангины: лечение

Диета механически и химически щадящая, обогащенная витаминами В, С, фолиевой кислотой. Ограничиваются сахар и продукты, способствующие брожению и дискинезии ЖКТ.

Включаются продукты, подавляющие рост грибов – морковь, морская капуста, лимон и др.

Антимикотическое лечение: местно - обработка пораженной слизистой оболочки противогрибковыми препаратами: пимафуцином, «Кандид».

При диссеминированных формах кандидоза применяют флюконазол 6-12 мг/кг/сут, кетоконазол 4-8 мг/кг.



Дифференциальную диагностику

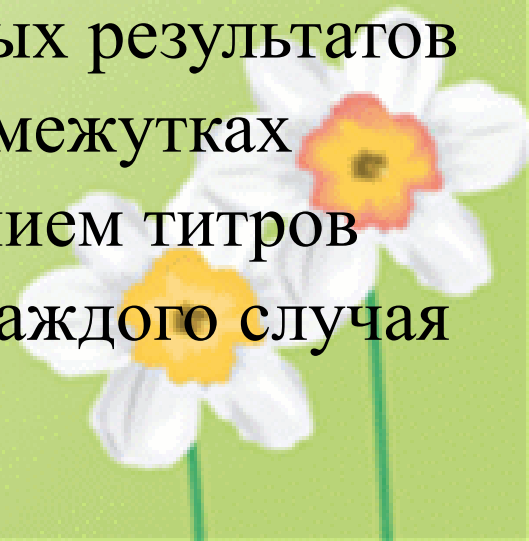
стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- **обострением хронического тонзиллита**
- сифилисом
- ангиной Жансуля -Людвига



Хронический (рецидивирующий) тонзиллофарингит

Под рецидивирующим стрептококковым тонзиллофарингитом понимают множественные эпизоды заболевания в течение нескольких месяцев при наличии соответствующих клинических и эпидемиологических данных, положительных результатов бактериологических и/или экспресс-методов диагностики БГСА, отрицательных результатов микробиологических исследований в промежутках между эпизодами заболевания и повышением титров противострептококковых антител после каждого случая болезни

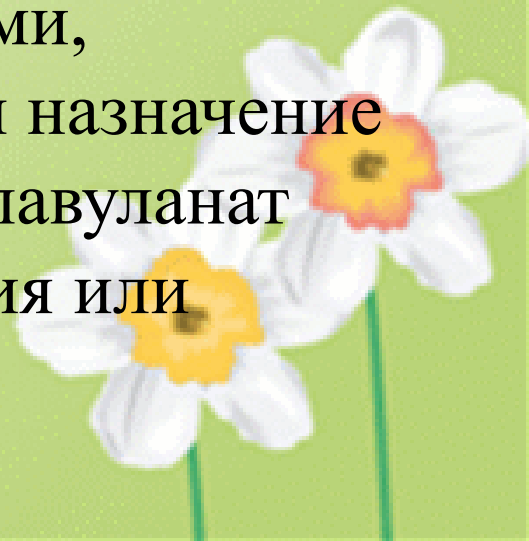


Хронический (рецидивирующий) тонзиллофарингит

При хроническом тонзиллите микрофлора миндалин существенно отличается по своему составу от таковой при остром тонзиллофарингите

Более 70% микроорганизмов, выделенных из глубоких тканей миндалин, продуцируют β -лактамазы

При развитии инфекции микроорганизмами, продуцирующими β -лактамазы, требуется назначение таких антибиотиков, как амоксициллин/клавуланат (Аугментин), цефалоспоринов II поколения или линкозамидов



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- **сифилисом**
- ангиной Жансуля -Людвига

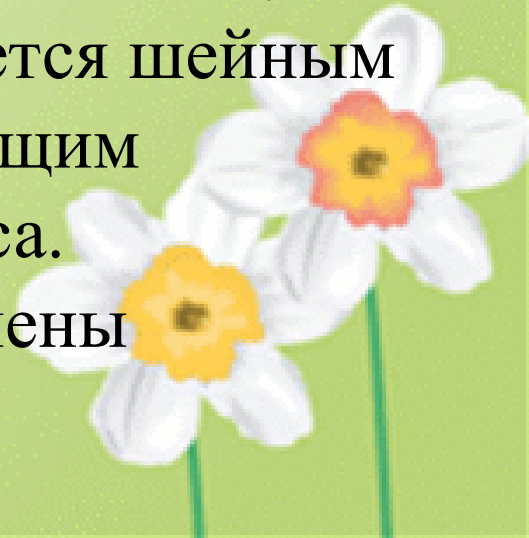


Сифилис

Проявления сифилиса в ротоглотке зависят от стадии болезни.

Поражение ротоглотки при *первичной стадии сифилиса* наблюдается при оральном механизме заражения бледными спирохетами.

Процесс односторонний, развивается постепенно, шанкр на небной миндалине сопровождается шейным лимфаденитом, который может быть ведущим признаком еще не распознанного сифилиса. Регионарные лимфатические узлы увеличены значительно, плотные, безболезненные.



Сифилис первичный

Поражение небной миндалины может быть эрозивным, дифтериеподобным, гангренозным.

Миндалина увеличена, гиперемирована, ткань ее при ощупывании плотная.

Сифилитическая язва обычно резко ограничена, окружена круто обрывающимися инфильтрированными краями, на ее дне имеется салыный налет.

Проявление интоксикации выражены не резко, боли в горле отсутствуют, течение затяжное (до месяца и более).

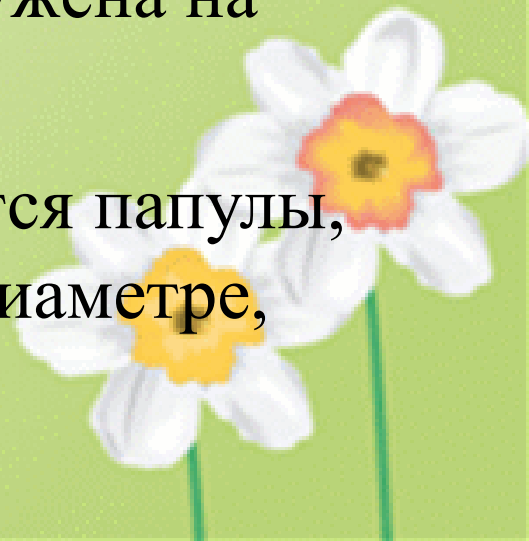


Сифилис вторичный

Вторичный сифилис слизистой оболочки глотки возникает одновременно с его проявлениями на коже и других слизистых оболочках в виде розеол и папул.

Сифилитическая эритема (которая обычно возникает через 6-10 недель после заражения) в виде розоватых пятен локализуется на небных миндалинах, небе, задней стенке глотки, а также может быть обнаружена на слизистой оболочке языка, щек и губ.

Чаще при вторичном сифилисе встречаются папулы, представляющие собой бляшки 0,5 см в диаметре, окруженные зоной гиперемии.



Сифилис вторичный

Бляшки сливаются между собой, могут захватить миндалины, небные дужки, мягкое небо и большую поверхность задней стенки глотки.

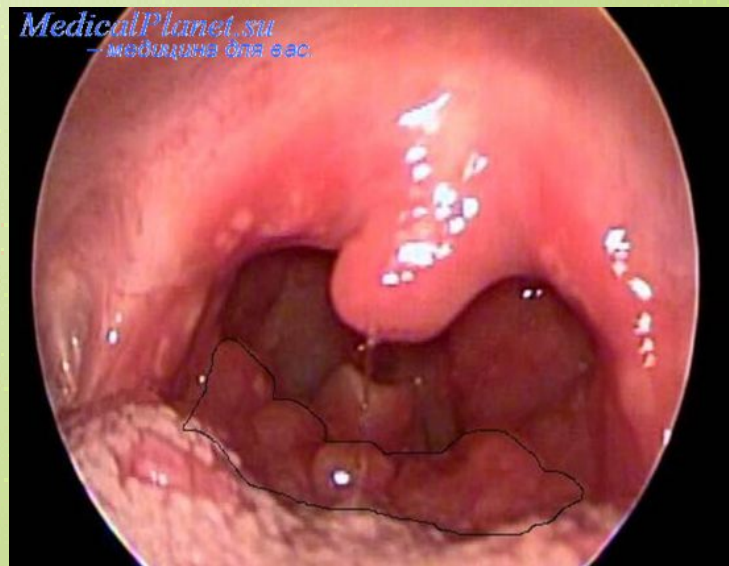
Поверхность таких папул бывает неровной, окраска их серая.

На их поверхности могут образовываться эрозии.

Боли в горле умеренные.

Температура фебрильная, полиаденит, боли в конечностях.

Диагноз подтверждают с помощью серологического и бактериологического исследований.



Сифилис третичный

Третичный сифилис слизистых оболочек проявляется появлением малоболезненных гуммозных инфильтратов, расположенных на мягком и твердом небе, в полости носа, реже на задней стенке глотки и языке.

Гуммозные инфильтраты быстро распадаются и изъязвляются, приводя к разрушению костной и хрящевой ткани.

Язвы оставляют после себя втянутые рубцы белого цвета.



Дифференциальную диагностику

стрептококковой ангины следует осуществлять с заболеваниями, протекающими с синдромом ангины:

- скарлатиной
- локализованными формами дифтерии ротоглотки
- инфекционными мононуклеозом
- ангинозной формой туляремии
- ангиной Симановского-Венсана
- ангиной при лейкозе, агранулоцитозе
- герпангиной
- кандидозом ротоглотки
- обострением хронического тонзиллита
- сифилисом
- **ангиной Жансуля -Людвига**



Ангина Жансуля — Людвига

- Ангина Жансуля — Людвига, гангренозная флегмона, гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта - это двустороннее воспаление мягких тканей дна полости рта с вовлечением в патологический процесс смежных анатомических областей.



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

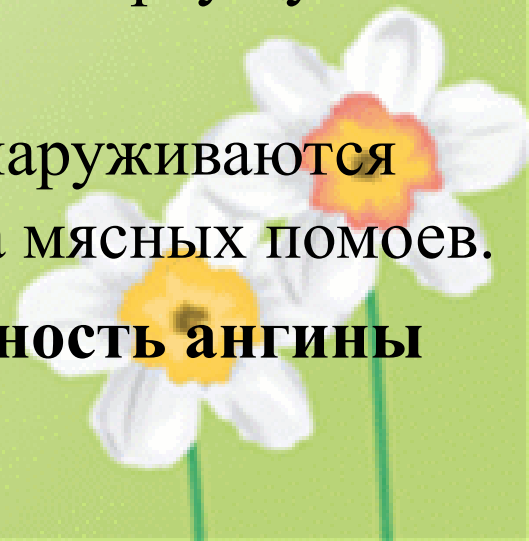
Ангина Жансуля — Людвига

- Возбудителем ангины Жансуля — Людвига является анаэробная микрофлора, которая обнаруживается в симбиозе с кишечной палочкой, стрептококками и др. микроорганизмами.
- Проникает инфекция чаще из инфицированных кариозных зубов и околозубных тканей, крипт миндалин и загрязненных ран и ссадин слизистой оболочки полости рта и глотки.



Ангина Жансуля — Людвига

- Патологоанатомически ангина Людвига характеризуется обширным некрозом клетчатки дна полости рта, набуханием, а нередко и некрозом расположенных здесь мышц, наличием в них пузырьков газа и резким ихорозным запахом.
- Пораженные мышцы вначале имеют бледно-красную, позже коричневую и темно-коричневую окраску с зеленоватым оттенком, затем превращаются в рыхлую, легко рвущуюся ткань.
- Сохранившиеся ткани на разрезе сухие, обнаруживаются лишь небольшие скопления жидкости цвета мясных помоев.
- **Отсутствие гноя — существенная особенность ангины Людвига.**



Ангина Жансуля — Людвига:

клиническая картина

- острое начало
- повышение температуры тела до субфебрильных (первые 1—2 дня), а затем до высоких значений
- тяжелая интоксикация больного, сопровождающаяся отеком, возникшим в области дна полости рта и распространяющимся на стенки глотки и вход в гортань
- положение вынужденное, полусидящее, лицо больного выражает страх, зрачки расширены
- дыхание прерывистое, больному не хватает воздуха, пульс слабый, резко увеличивается до 130—140 уд./мин, артериальное давление падает до 90/60 мм рт. ст., тоны сердца приглушены



Ангина Жансуля — Людвига:

клиническая картина

- кожа над очагом поражения в первые 2—3 дня не изменена в цвете, затем становится бледной; позже появляются отдельные синевато-багровые и бронзовые пятна
- меняется гемограмма:
выявляются лейкопения, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижается содержание гемоглобина, СОЭ возрастает до 60 мм/ч.



Ангина Жансуля — Людвига: диагностика

- В 1939 году были разработаны диагностические критерии для ангины Людвига:
- двустороннее неабсцедирующее воспаление подкожной клетчатки поднижнечелюстного пространства;
- серозно-геморрагический гнилостный инфильтрат без гноя;
- вовлечение в патологический процесс соединительной ткани, фасций, мышц - с интактными железистыми структурами;
- распространение *per continuitatem*, но не по лимфатическим путям.



Ангина Жансуля — Людвига

- оперативное вмешательство с широким раскрытием пораженных клетчаточных пространств, дренирование и аэрация тканей
- специфическое лечение, которое заключается в применении смеси антигангренозных сывороток, а по мере выяснения возбудителя заболевания, вводят только одноименную сыворотку



Ангина Жансуля — Людвига

- назначают антибактериальную, антитоксическую, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую и иммунокорригирующую терапию
- к патогенетической терапии относится гипербарическая оксигенация тканей или, при отсутствии возможности ее применения - местная оксигенация
- для очищения раны от остатков некротизированных масс используют протеолитические ферменты
- симптоматическая терапия, покой и полноценное питание

