

# *Ангина*



# Название заболевания

---

- **АНГИНА (острый тонзиллит) - острое общее инфекционное заболевание с преимущественным поражением небных миндалин.**
- **Воспалительный процесс может локализоваться и в других скоплениях лимфаденоидной ткани: глотки и гортани - в язычной, гортанной, носоглоточной миндалинах.**

# **Симптомы заболевания.**

---

- **Боль при глотании, недомогание, повышение температуры тела.**
  - **Нередки жалобы на боль в суставах,**
  - **головную боль, периодический озноб.**
- Длительность заболевания и местные изменения в небных миндалинах зависят от формы ангины.**

# Течение заболевания.

---

- **При рациональном лечении и соблюдении режима ангина в среднем длится 5-7 дней.**
- **Различают катаральную, фолликулярную и лакунарную форму ангины.**
- **По существу это различные проявления одного и того же воспалительного процесса в небных миндалинах.**

# Ангина катаральная

---

- **Обычно начинается внезапно и сопровождается першением, нерезкой болью в горле, общим недомоганием, субфебрильной температурой.**
- **Изменения в крови не резко выражены или отсутствуют.**

# Диагностика(фарингоскопия)

---

- При осмотре глотки (фарингоскопия) - отмечаются умеренная припухлость, гиперемия небных миндалин и прилегающих участков небных дужек; мягкое небо и задняя стенка глотки не изменены.
- Регионарные лимфатические узлы могут быть увеличены и болезненны при пальпации.
- Катаральная ангина может быть начальной стадией другой формы ангины, а иногда проявлением той или иной инфекционной болезни.

## **Ангины лакунарная и фолликулярная**

---

- **Характеризуются более выраженной клинической картиной.**
- **Головная боль, боль в горле, недомогание, общая слабость.**
- **Изменения в крови значительнее, чем при катаральной ангине.**
- **Нередко заболевание начинается ознобом, повышением температуры до 38-39° и выше, особенно у детей.**
- **Отмечается высокий лейкоцитоз  $> 20 \cdot 10^9/\text{л}$  и более со сдвигом белой формулы крови влево и высокой СОЭ (40-50 мм/ч).**
- **Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации.**

# При фарингоскопии

---

- При фарингоскопии отмечают выраженную гиперемию и припухлость небных миндалин и прилегающих участков мягкого неба и небных дужек.
- При фолликулярной ангине видны нагноившиеся фолликулы, просвечивающие сквозь слизистую оболочку в виде мелких желто-белых пузырьков.
- При лакунарной ангине также образуются желтовато-белые налеты, но они локализируются в устьях лакун.
- Эти налеты в дальнейшем могут сливаться друг с другом, покрывая всю или почти всю свободную поверхность миндалин, и легко снимаются шпателем.
- Деление ангин на фолликулярную и лакунарную условно, так как у одного и того же больного может быть одновременно как фолликулярная, так и лакунарная ангина.

# Ангина флегмонозная.

---

- **Острое гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки.**
- **Чаще является осложнением одной из описанных выше форм ангин и развивается через 1-2 дня после того, как закончилась ангина.**
- **Процесс чаще односторонний, характеризуется резкой болью в горле при глотании, головной болью, ознобом, ощущением разбитости, слабостью, гнусавостью, тризмом жевательных мышц, повышением температуры тела до 38-39°, неприятным запахом изо рта, обильным выделением слюны.**
- **Изменения в крови соответствуют острому воспалительному процессу.**

# При фарингоскопии

---

- При фарингоскопии отмечают резкую гиперемию и отечность тканей мягкого неба с одной стороны.
- Небная миндалина на этой стороне смещена к срединной линии и книзу.
- Вследствие отека мягкого неба осмотреть миндалину нередко не удается.
- Подвижность пораженной половины мягкого неба значительно ограничена, что может привести к вытеканию жидкой пищи из носа.
- Если в первые 2 дня энергичное лечение флегмонозной ангины не начато, то на 5-6-й день может образоваться ограниченный гнойник в околоминдаликовой клетчатке - перитонзиллярный (паратонзиллярный) абсцесс.
- При высокой вирулентности микрофлоры и пониженной реактивности организма абсцесс может образоваться, несмотря на активное лечение, раньше, чем обычно (на 3-4-й день от начала заболевания).

# Лечение

---

- При сформировавшемся перитонзиллярном абсцессе можно видеть истонченный участок слизистой оболочки бело-желтого цвета - просвечивающий абсцесс.
- После самостоятельного или хирургического вскрытия абсцесса наступает быстрое обратное развитие заболевания.
- В последние годы наблюдаются затянувшиеся до 1-2 месяцев формы флегмонозной ангины с периодическим абсцедированием, что связано с нерациональным применением антибиотиков.

# Дифференциальный диагноз

---

- Следует проводить со скарлатиной, дифтерией, корью, гриппом (см. Инфекционные болезни), острым катаром верхних дыхательных путей, в том числе острым фарингитом, с острыми заболеваниями крови - мононуклеозом и др. (см. Заболевания крови).
- Помимо клинических проявлений ангины большое значение имеет и характер местных изменений, обнаруживаемых при осмотре глотки и гортани (фаринго - и ларингоскопия, задняя риноскопия).
- Большую роль играют данные лабораторных методов исследования (исследование налетов миндалин на палочки дифтерии, общий анализ крови).
- Например, обнаружение специфических мононуклеаров в крови указывает на инфекционный мононуклеоз.

# Фарингоскопия

---

- **Фарингоскопически при лакунарной ангине обнаруживают налеты желтовато-белого цвета, локализующиеся в пределах миндалин, при дифтерии они выходят за пределы миндалин и имеют грязно-серую окраску.**
- **При лакунарной ангине налет снимается легко, поверхность миндалина под налетом не изменена; при дифтерии налеты снимаются с трудом, при снятии налета обнаруживается эрозированный участок слизистой оболочки.**
- **При лакунарной ангине - всегда двусторонняя симптоматика; при дифтерии - часто локализация изменений может быть односторонней (особенно при легкой и средней формах течения).**
- **При подозрении на дифтерию срочно следует взять мазок с налетов миндалин для бактериологического исследования на присутствие дифтерийной папочки.**
- **Больного следует срочно госпитализировать в боксированное отделение инфекционной больницы.**

# Осложнения

---

- **Ревматизм, холецистит, орхит, менингит, нефрит и т. д.**
- **Из местных осложнений, кроме описанной выше флегмонозной ангины, наиболее часто встречаются острый средний отит, острый ларингит, отек гортани, пара - фарингеальный абсцесс, острый шейный лимфаденит, флегмона шеи.**

# Лечение.

---

- **В первые дни заболевания до нормализации температуры назначают постельный режим. Пища должна быть богатой витаминами, неострой, негорячей и нехолодной.**
- **Полезно обильное питье: свежеприготовленные фруктовые соки, чай с лимоном, молоко, щелочная минеральная вода. Необходимо следить за функцией кишечника.**
- **Медикаментозные средства следует применять строго индивидуально в зависимости от характера ангины, состояния других органов и систем.**
- **При легком течении ангины без выраженной интоксикации назначают по показаниям сульфаниламидные препараты внутрь, взрослым по 1 г 4 раза в день.**

# Лечение

---

- **В тяжелых случаях, при значительной интоксикации, назначают антибиотики.**
- **Чаще применяют пенициллин в/м по 200 000 ЕД 4 - 6 раз в сутки.**
- **Если больной не переносит пенициллин, назначают эритромицин по 200 000 ЕД внутрь во время еды 4 раза в день в течение 10 дней, или олететрин по 250 000 ЕД внутрь 4 раза в день в течение 10 дней, или тетрациклин внутрь по 250 000 ЕД 4 раза в день в течение 10 дней.**
- **Больным ревматизмом и лицам с патологическими изменениями в почках для предупреждения обострения заболевания назначают антибиотики независимо от формы ангины.**
- **Внутрь назначают также ацетилсалициловую кислоту по 0,5 г 3-4 раза в день, аскорбиновую кислоту по 0,1 г 4 раза в день.**