



ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОТЕКАЮЩИЕ С СИНДРОМОМ АНГИНЫ

План лекции:

- Понятие «тонзиллит», симптоматические тонзиллиты
- Инфекционный мононуклеоз, этиология, эпидемиология
- Классификация, клиника, диагностика и лечение инфекционного мононуклеоза
- Дифтерия, определение заболевания; актуальность проблемы.
- Этиология и эпидемиология;
- Патогенез и патоморфология;
- Классификация;
- Клиническая картина различных форм;
- Осложнения дифтерии;
- Лабораторная диагностика;
- Дифференциальный диагноз;
- Лечение дифтерии;
- Диспансеризации, прогноз и профилактика заболевания.

Понятие «тонзиллит»

- Термин «тонзиллит» означает воспаление небных миндалин.
- Тонзиллит может быть проявлением ангины как самостоятельной нозологической формы, а также одним из признаков целого ряда других инфекционных болезней.
- Таким образом, воспаление небных миндалин может быть: ангиной;
- тонзиллитом при других инфекционных и неинфекционных болезнях;
- обострением хронического тонзиллита.

Симптоматические тонзиллиты

<i>Инфекционные заболевания</i>	<i>Неинфекционные заболевания</i>
Аденовирусные заболевания	Агранулоцитоз иммунный
Ангинозно-бубонная форма туляремии	Лучевая болезнь
Ангинозно-септическая форма листериоза	Острые лейкозы
Дифтерия зева	Цитостатическая болезнь
Инфекционный мононуклеоз	
Кандидоз ротоглотки	Цитостатическая болезнь
Парагрипп, грипп и другие ОРЗ	
Сифилис	
Скарлатина	
Тифо-паратифозные заболевания	



Инфекционный моноклеоз

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

- общее инфекционное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна-Барр, характеризующееся лихорадкой, увеличением лимфоузлов, поражением ротоглотки, гепатомегалией и появлением в крови атипичных мононуклеаров.

Этиология

- Возбудитель: вирус Эпштейна-Барр, относится к семейству герпес-вирусов
- ДНК-содержащий вирус
- Малоустойчив в окружающей среде
- Погибает под воздействием высокой температуры и дезинфицирующих средств

Эпидемиология

- Источник инфекции:больные манифестными и атипичными формами, вирусоносители
- Механизм передачи: капельный,реже-контактный и гемоконтактный
- Пути передачи: воздушно-капельный, возможны-контактно-бытовой, парентеральный, половой.

эпидемиология

- Возрастная структура: дети дошкольного и школьного возраста
- Сезонность: зимне-весенний период
- Иммунитет: стойкий

Классификация

По типу:

- 2. Атипичные: стертая; бессимптомная
- 1. Типичные

По тяжести:

- Легкая
- Среднетяжелая
- Тяжелая

По течению

- Гладкое
- Негладкое: с осложнениями; с наложением вторичной инфекции; с обострением хронических заболеваний

Клиника

- Инкубационный период:
4-15 дней
- Продромальный период:
субфебрилитет,
затрудненное носовое
дыхание, вялость,
снижение аппетита

Период разгара

- Высокая длительная лихорадка (от 2-х до 4-х недель)
- Лимфоаденопатия (с преимущественным поражением передне- и заднешейных лимфоузлов)
- Синдром острого тонзиллита (**ангина может быть катаральной, фолликулярной, лакунарной, пленчатой и язвенно-некротической**)
- Синдром аденоидита
- Гепатоспленомегалия

Ангина при инфекционном моноклеозе



Изменения периферической крови

- Лейкопения
- Лимфоцитоз
- Плазматизация лимфоцитов
- Атипичные мононуклеары от 10 до 60%
- Может быть нейтрофиллез и повышенное СОЭ

Поражение других органов и систем

- Экзантема (необильная, полиморфная, преимущественно мелкопятнистая на груди, животе, конечностях)
- У некоторых больных сыпь имеет аллергический полиморфный характер в виде пятен разного размера, папулезных и др. элементов

Клиника легкой формы

- Субфебрилитет
- Изменения в ротоглотке катарального характера
- Лимфоузлы увеличены незначительно
- Гепатоспленомегалия невыраженная
- Обратное развитие симптомов к концу 2 недели

Среднетяжелая форма

- Гипертермия выше 38,5С в течении двух недель
- Умеренные симптомы интоксикации
- Отечность лица
- Значительная лимфаденопатия и спленомегалия
- Лакунарный тонзиллит
- Длительность заболевания 3-4 недели

Тяжелая форма

- Лихорадка выше 39,5 - 3 недели и более
- Резкая интоксикация(вялость, адинамия, рвота, головная боль)
- Одутловатость лица, отсутствие носового дыхания
- Лакунарный тонзиллит(может быть некротическим)
- Выраженная гепатоспленомегалия, лимфаденопатия

Осложнения

- Асфиксия
- Разрыв селезенки
- Поражения нервной системы (менингит, энцефалит, парезы черепных нервов)
- Гемолитическая анемия
- Тромбоцитопения

Диагностика

- В крови: атипичные мононуклеары, лимфомоноциты, лимфоцитоз
- Серологическая диагностика: реакции гетероагглютинации (реакция Пауля-Буннеля, Гоффа-Бауэра)
- ИФА (определение Ig M или G)
- ПЦР

Лечение

- Постельный режим
- Диета (стол №5)
- Этиотропная терапия: при средне-тяжелой и тяжелой формах болезни используют препараты рекомбинантного интерферона (виферон) и его индукторы (циклоферон, неовир).
- Патогенетическая и симптоматическая терапия

ДИФТЕРИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **Дифтерия** –инфекционное заболевание, сопровождающееся образованием **фибринозной пленки** на месте внедрения возбудителя, обуславливающее осложнения по типу **ИТШ, миокардита, полиневрита и нефроза.**

ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

- Врачи I-II веков н. э. описывали болезнь как «смертельная язва глотки», «удушающая болезнь».
- Возбудителя открыл Т. Klebs в 1883г.
- в 1894г. Behring приготовил антитоксическую противодифтерийную сыворотку (АПДС).



**1890-Е ГОДЫ –
ИММУНИЗАЦИЯ
ПРОТИВ
ДИФТЕРИИ**

СОХРАНИЛА ЛИ ДИФТЕРИЯ АКТУАЛЬНОСТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- С 1940г. иммунизация против дифтерии в СССР стала обязательной.
- С 1978г. произошла активизация эпидемического процесса;
- в 1993-1994г.г. зарегистрирована эпидемия дифтерии на территории стран СНГ.

ЭТИОЛОГИЯ

**Возбудитель
дифтерии - род
Corynebacterium.**

**Заболевание
вызывают только
токсигенные
штаммы.**



Этиология



- Дифтерийная палочка граммположительная
- 3 основных варианта: *gravis*, *mitis*, *intermedius*
- Тип *gravis* наиболее токсичный и вирулентный

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- *Источник* - больной человек или бактерионоситель.
- Санация больных к 15-25-му дню заболевания
- *Бактерионосители токсигенных штаммов* - главные источники
- заражения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- Основной путь передачи - воздушно-капельный.
- Возможен контактно-бытовой путь.
- Редко - пищевой путь .

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- Контагиозный индекс 6-15%.
- Сезонность - осенне-зимнее время.
- Иммуниетет после перенесенной дифтерии нестойкий

Патогенез

Слизистая дыхательных
путей

Микроб размножается,
выделяет токсин

Коагуляционный некроз
и образование
тромбокиназы

В месте размножения
экссудат богатый белком

Взаимодействие белка и
тромбокиназы

Образование фибринозной
пленки

Токсин поступает в кровь

Действие на нервную

Симпато-адреналовую

Сердечно-сосудистую систему

многослойный
плоский
эпителий
(ротоглотка)

• *Дифтерити-ческий*
характер воспаления

однослойный
цилиндрический
эпителий
(гортань)

• *Крупозный характер*
воспаления

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИФТЕРИИ (ВОЗ, 1996 Г.) – ПРИКАЗ МЗ РК №113 ОТ 11.03.97Г.

<i>Клиничес- кие формы</i>	<i>Псевдо- мембраны</i>	<i>Отек шеи</i>
Локализованная	Ограничены миндалинами и носом	Нет
Промежуточная	Ограниченная или распространенная	Нет
Тяжелая (токсическая)	Распространяются на глотку и гортань	От умеренного до выраженного

КЛАССИФИКАЦИЯ СЛУЧАЕВ ДИФТЕРИИ

- **Подозрительный случай**
- **Вероятный случай**
- **Подтвержденный случай**

● **Подозрительный
случай ларингит или
назофарингит или
тонзиллит +
псевдомембраны**

Вероятный случай

- ❑ контакт (менее **2-х** недель);
- ❑ вспышка в данном районе;
- ❑ стридор;
- ❑ отек шеи;
- ❑ кожные петехиальные кровоизлияния
- ❑ ОПН;
- ❑ Миокардит;
- ❑ Поражение ЧМН (гнусавость голоса)
- ❑ Смерть

Подтвержденный случай:

- ❑ выделение токсического штамма *C.diphtheriae* из типичного места
- ❑ 4-хкратное нарастание титра сывороточного антитоксина

КЛИНИКА

- Общий симптом - фибринозная пленка.
- Пленка возвышается над поверхностью слизистой оболочки («плюс ткань»), цвет – от серовато-белого до серовато - грязного.



- поверхность гладкая
- пленка плотная
- с трудом снимается
- не растирается между предметными стеклами.
- выраженность интоксикации зависит от размеров налетов
- инкубационный период – 2-7-10 дней.

ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ДИФТЕРИЯ ЗЕВА



- ❖ интоксикация умеренная
- ❖ острое начало
- ❖ температура (не выше 38°)
- ❖ общее недомогание
- ❖ небольшая болезненность при глотании (анальгезирующее действие токсина).

РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ДИФТЕРИИ ЗЕВА



- пленчатые налеты с миндалин на дужки, язычок, заднюю поверхность глотки;
- гиперемия зева может быть яркой;
- боль в горле умеренная;
- реакция регионарных лимфоузлов небольшая.

ТОКСИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИФТЕРИИ ЗЕВА

- **Отек зева.**
- **От умеренно выраженного до резкого** (ткани миндалин и мягкого неба сливаются).
- **Гиперемия зева** яркая.
- **Паутинообразный налет.**
- Налет на мягком и твердом небе.



ТОКСИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИФТЕРИИ ЗЕВА



- ✓ Дыхание у больных становится храпящим (глоточный стеноз).
- ✓ Изо рта приторно-сладковатый запах.

ТОКСИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИФТЕРИИ ЗЕВА



- **I степень отек до второй шейной складки**
- **II степень - до ключицы**
- **III степень – ниже ключицы**

КЛИНИКА ДИФТЕРИИ У ПРИВИТЫХ.

- заболевание возможно при снижении антитоксического иммунитета (***0,03 АЕ/мл***).
- локализованная дифтерия.
- ведущий симптом - фибринозный налет.

ДИФТЕРИЯ ГОРТАНИ



При локализации процесса в дыхательных путях возникает **дифтерийный круп (ДК)** –

- **афония**
- **грубый лающий кашель**
- **стенотическое дыхание.**

ДИАГНОСТИКА ДИФТЕРИИ

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- ЭКГ
- Биохимия крови (АСТ), СРБ
- Бактериологические анализы



Материал для посева берут из места локализации дифтерийного процесса с обязательным забором слизи с миндалин и носа.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- Для серологической диагностика используется РПГА.
- Этот метод является ретроспективным.

Дифференциальная диагностика

- Ангины другой этиологии;
- Афтозные стоматиты;
- Паратонзиллит;
- Заглотоочный абсцесс;
- Инфекционный мононуклеоз;
- Эпидемический паротит.

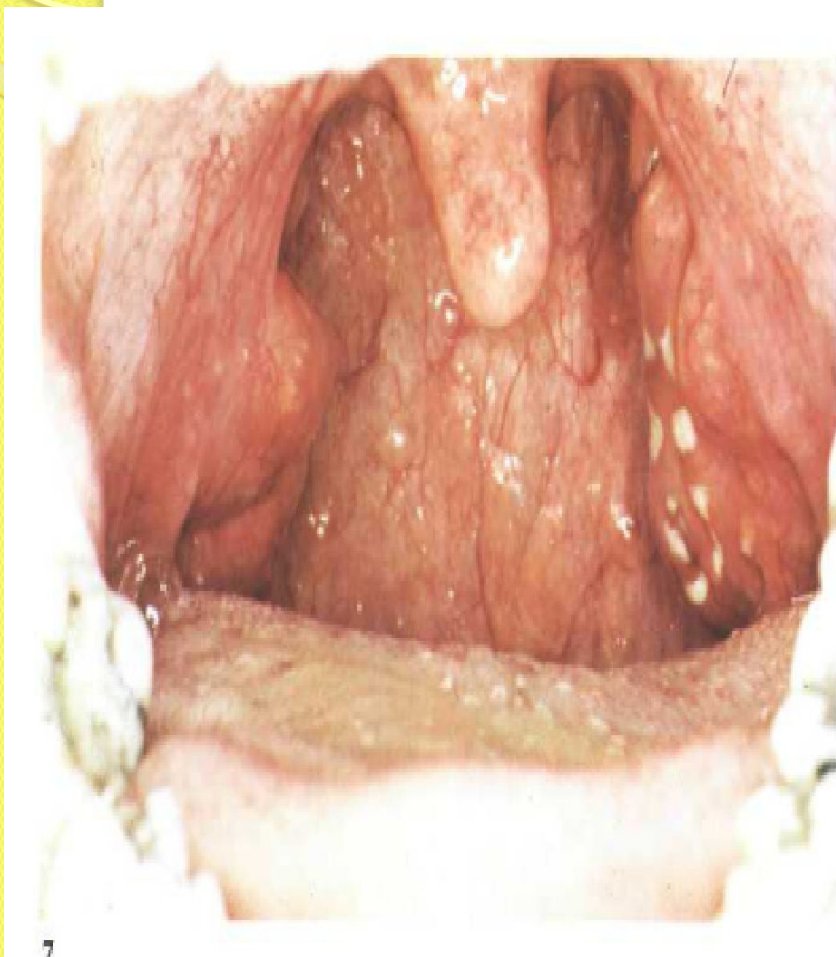
Стрептококковая ангина

Острое начало болезни
Выраженные симптомы
интоксикации

По характеру может
быть катаральной
фолликулярной
лакунарной язвенно-
некротической

Регионарный
лимфаденит

Положительная
динамика на фоне
антибактериальной
терапии



НЕКРОТИЧЕСКАЯ АНГИНА ПРИ СКАРЛАТИНЕ



Опорно-диагностические признаки скарлатины

- Острое начало болезни
- Лихорадка
- Симптомы интоксикации
- Синдром острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом
- Яркая отграниченная гиперемия в зеве
- Бледный носогубный треугольник на фоне гиперемии щек (симптом Филатова)
- Экзантема (мелкоточечная сыпь на 1-2 день болезни)
- Динамика изменений языка
- Крупнопластинчатое шелушение пальцев рук и ног

Ангинозная форма листериоза

- Острое начало болезни
- Синдром интоксикации
- Изменения в зеве по типу катаральной язвенно-некротической или пленчатой ангины
- Регионарный лимфаденит
- Гепато- и спленомегалия
- Синдром экзантемы (полиморфная сыпь) на лице «бабочка»

Ангинозно-бубонная форма туляремии

- выраженная и длительная лихорадка
- общая интоксикация
- одностороннее поражение, некротическое изменение миндалины
- образование бубона в области регионарных лимфатических узлов
- Диагностика: внутрикожная аллергическая проба с тулярином серологические реакции.

Ангина Симановского-Плаута-Венсана.

- Обусловлена ассоциацией двух микроорганизмов – борелии (*Borrelia vincenti*) и веретенообразной палочки (*Fusobacterium fusiforme* Hhoffman).
- Процесс обычно односторонний
- характерно отсутствие выраженных симптомов интоксикации, субфебрилитет, незначительная боль в горле или ее отсутствия.
- Со 2-3-го дня сероватый налет при снятии которого язва. Гнилостный запах изо рта
- Лабораторное подтверждение диагноза этой формы ангины трудностей не вызывает

Ангина Симановского-Плаута- Венсана



ЛЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ.

- ❑ При подозрении на дифтерию госпитализация обязательна.
- ❑ Лечение - специфическая и патогенетическая терапия.
- ❑ Специфическая терапия проводится антитоксической противодифтерийной сывороткой.
- ❑ Доза вводимой сыворотки зависит от формы дифтерии

ЛЕЧЕНИЕ ДИФТЕРИИ

Клиническая форма	Доза (в единицах)	Способ введения
1. Локализованная	10 000 – 20 000	Внутримышечно
2. Промежуточная	30 000 – 50 000	Внутримышечно
3. Тяжелая (токсическая)	60 000 – 100 000	Внутримышечно или внутривенно

УСЛОВИЯ ВЫПИСКИ

наличие 2-х отрицательных результатов бактериологического исследования мазка из зева с интервалом в 2 дня, которые берутся через 2 дня после окончания антибиотикотерапии.

ПРОФИЛАКТИКА

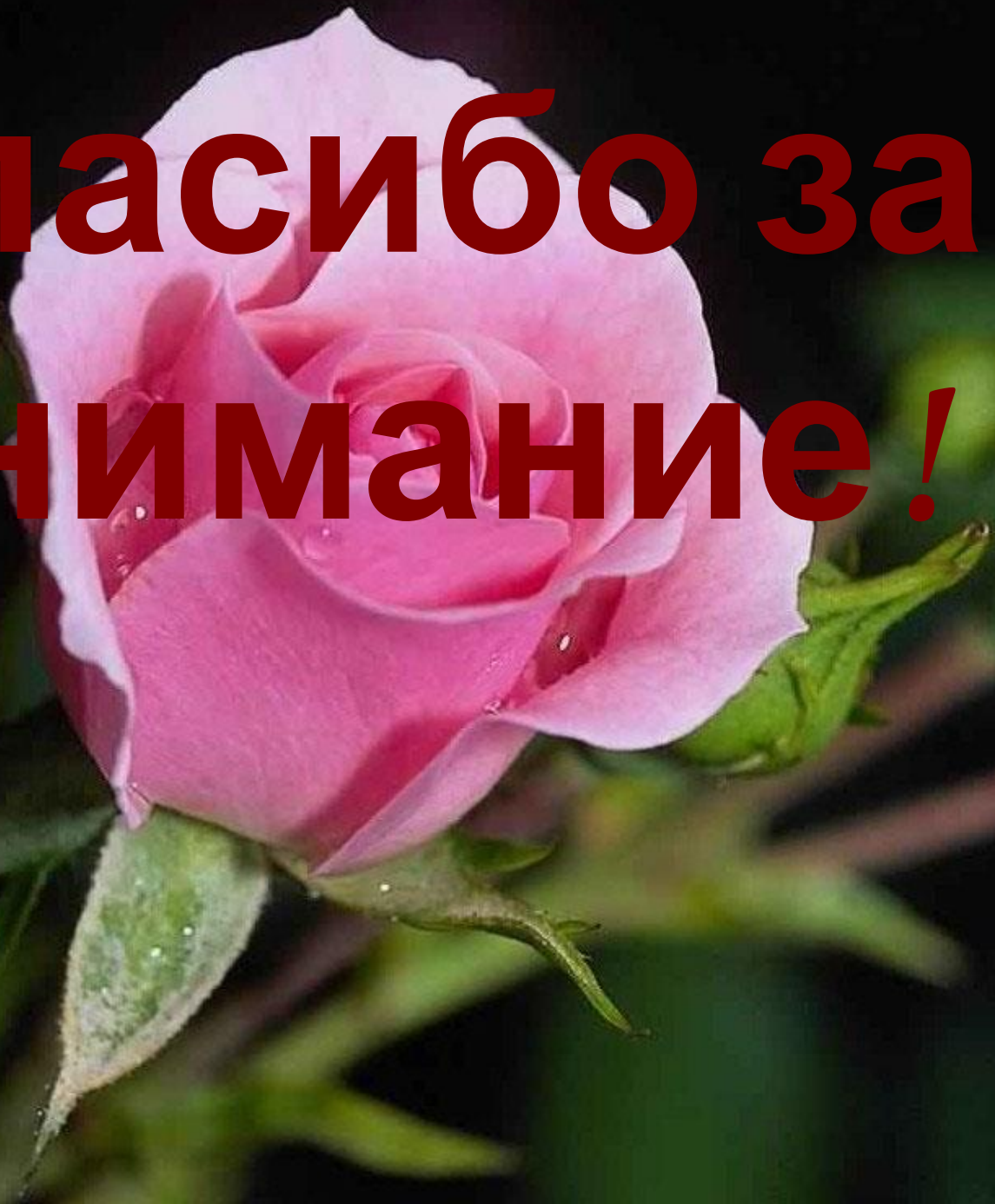
- ежедневное наблюдение в течение 7 дней
- у контактных мазки из носа и зева, кожных поражений на *C.diphtheriae*
- профилактическое лечение антибиотиками
- бициллин – в 1 дозе 600.000 ЕД для детей до 6 лет и 1.200.000 ЕД для лиц старше 6 лет

ПРОФИЛАКТИКА

Специфическая профилактика

- вакцинация в 2,3,4 мес –
- АКДС-вакцина;
- ревакцинация АКДС- в 18 мес;
- в 6-7 лет - АДС;
- в 12-13 лет - АД-М;
- в 16-17 лет - АДС-М;
- затем каждые 10 лет вакцинируют против дифтерии.

**Спасибо за
внимание!**



Литература

Основная:

- Инфекционные болезни у детей: Учебник для пед. фак. мед. вузов/ Под ред. В.Н.Тимченко.-2-е изд., испр.и доп.-СПб.: СпецЛит, 2006.-576 с.:ил.

Дополнительная:

- Инфекционные болезни: Нац. рук-во /Гл. ред.: Н. Д.Ющук, Ю.Я. Венгеров.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.-1056с.+ CD: ил. - (Национальные руководства).
- Зубик Т.М., Иванов К.С. «Дифференциальная диагностика инфекционных болезней», Ленинград, 1991 г.
- Симованьян Э.М. «Инфекционные болезни у детей», справочник в вопросах и ответах, Ростов-на-Дону, 2002 г.
- Учайкин В.Ф. «Руководство по инфекционным болезням у детей». – М., ГЭОТАР – МЕД, 2002.

Вопросы для обратной связи

- Какие изменения в крови характерны для инфекционного мононуклеоза.
- Укажите клинические формы дифтерии согласно классификации ВОЗ
- Назовите специфические осложнения дифтерии