

**Дифференциальный  
диагноз заболеваний,  
протекающих с синдромом  
острого тонзиллита у детей**

зав.кафедрой детских инфекций  
**Поздеева Ольга Сергеевна**



# АКТУАЛЬНОСТЬ

Острые и рецидивирующие инфекции лимфоэпителиального глоточного кольца у детей в практике педиатра.

- распространенность данной патологии: заболеваемость острыми ангинами уступает только ОРВИ;
- в структуре ЧДБД рецидивирующие заболевания ЛОР органов составляют около 70%.

# Острый тонзиллит (ангина)

— острое воспаление одного или нескольких лимфоидных образований глоточного кольца (чаще небных миндалин).

# Терминология.

Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ X):

Американская ассоциация отоларингологии – «тонзиллофарингит».

Россия (Европа) – при острой инфекции «ангина» ( не является точным, т.к. редко сопровождается удушьем) или острый «тонзиллит» (является более точным).

«Ангина» = « острый тонзиллит» = поражение небных миндалин.

# Острые тонзиллиты

- первичные (ангина в детской инфектологии как отдельная нозологическая форма);
- вторичные – синдром инфекционных заболеваний (скарлатина, дифтерия, инфекционный мононуклеоз, ОРВИ и др.), синдромом соматических заболеваний (лейкоз, агранулоцитоз).

## Первичные ангины

**Ангины** - общие инфекционные заболевания бактериальной этиологии, характеризующиеся местными проявлениями в виде острого воспаления одного или нескольких лимфоидных образований глоточного кольца, явлениями интоксикации и региональным лимфаденитом.

Под термином «ангина» подразумевается воспаление преимущественно небных миндалин.

# Этиология первичных ангин

- БГСА (15-30%, 50-75% старше 5 лет)
- Стрептококки группы С и G
- Золотистый стафилококк
- Mycoplasma pneumoniae и chlamidia pneumoniae (4-10% у детей до 2-х лет)
- Грибы рода Candida (редко)
- Другие микроорганизмы (редко)



# Возраст детей

Старше 1-1,5 лет – острые  
тонзиллиты (развитие лимфоидной  
ткани глоточного кольца)

4-5 лет – вторичные тонзиллиты  
вирусной и вирусно-бактериальной  
этиологии (аденовирусы,  
энтеровирусы Коксаки)

Старше 5 лет – первичные ангины  
бактериальной этиологии

# Формы ангины

(характер морфологических изменений)

- катаральная
- лакунарная
- фолликулярная
- фибринозная
- язвенно-некротическая

# Ангина (острый тонзиллит, вызванный БГСА)

## Эпидемиология:

Источник инфекции:

- больные ангиной
- больные другими формами стрептококковой инфекции
- носители БГСА

## Основной путь передачи:

- воздушно-капельный
- возможен контактно-бытовой, алиментарный

## Входные ворота:

Лимфоидная ткань ротоглотки

**Сезонный характер:** зимне-весенний

Дети и лица молодого возраста (от 5 до 35 лет)

# Предрасполагающие факторы к развитию ангин:

Общее и местное переохлаждение

Запыленная или загазованная атмосфера

Повышенная сухость воздуха

Нарушение носового дыхания

Гиповитаминозы

Снижение иммунитета

Перенесенная ОРВИ (возбудители ОРВИ

снижают защитные функции

эпителиального покрова и способствуют

инвазии стрептококков)

# Клиническая картина тонзиллита, вызванного БГСА

Инкубационный период – несколько часов-2-4 дня

Общие симптомы:

- лихорадка
- интоксикация
- местные проявления

# Катаральная ангина

Невыраженная интоксикация

Поверхностное поражение миндалин

- яркая, разлитая гиперемия

- миндалины увеличены за счет

инфильтрации и отечности

Увеличены тонзиллярные

лимфатические узлы, слегка

болезненны

# Лакунарная и фолликулярная ангина

Выраженная интоксикация

Боль в горле

Альбуминурия, микрогематурия

Увеличены и болезненны

регионарные лимфатические узлы



# Фарингоскопия:

## Лакунарная ангина:

- отек, инфильтрация миндалин
- расширение лакун
- фибринозно-гнойный налет
- налет не выходит за пределы  
миндалин

# Фолликулярная ангина:

- увеличение миндалин
- отек миндалин
- нагноившиеся фолликулы  
(«звездное небо»)

# Фибринозно-пленчатая (дифтероидная ангина)

Гипертермия

Выраженные проявления

интоксикации (сильная головная боль,  
нарушение сна, повторная рвота,  
миалгии, артралгии)

Фарингоскопия:

- сплошные налеты
- отсутствие кровоточивости
- налет на миндалинах

# Некротическая ангина

Выраженные общие и местные проявления

Фарингоскопия

-налеты в глубине миндалин

-частое пропитывание фибрином

-плотные

-после отторжения глубокий дефект

ткани

-распространение некрозов за пределы

миндалин

# Критерии тяжести ангины

выраженность синдрома интоксикации

выраженность местных изменений

## Легкая форма:

- t 38-38,5

- незначительная боль при глотании

- катаральная, фолликулярная,

лакунарная ангина

- незначительное увеличение

лимфатических узлов

# Среднетяжелая форма:

- t 39-40

- боли в мышцах, суставах

- нарушение сна

- лакунарная, фолликулярная

ангина

- болезненные, увеличенные

лимфатические узлы

## Тяжелая форма:

- t более 40
- сильная головная боль
- повторная рвота
- некротическая ангина
- проявления симпатикопареза  
(↓АД, бледность, потливость,  
приглушение тонов сердца)

# Особенности БГСА-тонзиллита у детей раннего возраста:

Первичные БГСА-тонзиллиты встречаются редко

Возникают на фоне ОРВИ как осложнение

Имеют вирусно-бактериальный характер

(значительная роль стафилококков)

## **Клинические проявления:**

- симптомы ОРВИ

- поражение ротоглотки

- вовлечение других образований

лимфоидной ткани глотки (глоточная,

язычная, гортанная миндалины)



# Осложнения БГСА-тонзиллитов

## Инфекционные

- заглоточный абсцесс
- паратонзиллит
- паратонзиллярный абсцесс (4-6 дни болезни)
- гнойный шейный лимфаденит
- гнойный отит, синусит, сепсис

# Инфекционно-аллергические (метатонзиллярные)

- острый гломерулонефрит (1-3 нед)
- миокардит
- острая ревматическая лихорадка  
(2-3 нед)

# Лабораторная диагностика

## БГСА-тонзиллита

1. Бактериологический метод
2. Экспресс-методы (2-3ч;  
специфичность 73-80%,  
чувствительность 26-30%)
  - коагуляционный
  - хроматографический
  - латекс-агглютинационный

### 3. Серологический

Нарастание титра антистрептолизина О  
(норма до 150 МЕ/мл)

### 4. Исследование показателей периферической крови

# Дифференциальный диагноз БГСА-тонзиллита

1. Ангина Симановского-Плаута-Венсана
2. Вторичные тонзиллиты (синдром при острых инфекционных или неинфекционных заболеваниях)
  - дифтерия ротоглотки
  - тонзиллит при скарлатине
  - тонзиллит при аденовирусной инфекции
  - ангина при агранулоцитозе
  - герпетическая ангина
  - грибковая ангина
  - ангина при лейкозах

# Ангина Симановского-Плаута-Венсана (язвенно-некротическая)

- Симбиоз *Fusobacterium fusiformis* и *Spirocheta buccalis*
- Встречается редко
- У детей с иммунодефицитными состояниями, гиповитаминозами, кахексией
- Одностороннее поражение миндалин

- Т нормальная или субфебрильная
- Несоответствие выраженных изменений в ротоглотке удовлетворительному самочувствию больного
- Фарингоскопия: при удалении пленки малоблезненная язва с дном серого цвета
- Гемограмма: умеренный лейкоцитоз, ↑СОЭ

# Дифтерия ротоглотки

- Локализованная
- Распространенная
- Токсическая I, II, III степени



# Тонзиллит при скарлатине

- Типичный симптом скарлатины
- Поражение от катарального до некротического процесса
- Отграниченная гиперемия (пылающий зев)
- Наличие экзантемы
- «малиновый язык»
- Шелушение на коже

# Тонзиллит при аденовирусной инфекции

- Симптомы интоксикации выражены умеренно
- Выраженные катаральные явления с экссудативным компонентом- насморк, кашель, конъюнктивит
- Фибринозно-пленчатый налет на миндалинах на 2-3 день заболевания
- Ангина носит вирусно-бактериальную природу
- Фарингит, лимфаденопатия, может быть гепатоспленомегалия, диарея (энтерит)

# Герпетическая ангина

- Вызывается вирусами Коксаки А, реже Коксаки В и ЕСНО
- ↑t до 39-40, держится 1-3 дня, снижается критически; головная боль, рвота, боль в животе и спине
- Везикулы 1-2 мм в d на небных дужках, язычке, мягком и твердом небе, от нескольких элементов до нескольких десятков, не сливаются между собой. После вскрытия образуются эрозии с серо-белым налетом
- Возможна боль при глотании, увеличение регионарных лимфатических узлов

# Инфекционный мононуклеоз

- Вызывается герпесвирусами (ВГЧ 4 типа- вирус Эпштейн –Барр, ВГЧ 5 типа – цитомегаловирус, ВГЧ 6 типа)
- Синдром ангины включает поражение небных и носоглоточных миндалин (заложенность носа, храпящее дыхание, гнусавость голоса).
- Гранулезный фарингит, боль в горле незначительна

- Налеты появляются на 3-5 день болезни, не выходят за пределы миндалин, рыхлые, легко снимаются
- Синдром лимфаденопатии – системное увеличение лимфатических узлов, преимущественно шейной группы с первых дней заболевания
- Гепатоспленомегалия
- лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары

# Грибковая ангина

- Грибы рода *Candida albicans* у детей раннего возраста и *Leptotrix buccalis* у детей старшего возраста
- Возникает после продолжительного лечения антибиотиками и глюкокортикоидами
- Нет инфекционно-токсического синдрома и признаков острого воспаления в ротоглотке

- Фарингоскопия: наложения белого или бело-желтого цвета на миндалинах, слизистой щек и языка, легко снимаются
- При микроскопии соскобов виден мицелий грибка

# Ангина при агранулоцитозе

- Первые симптомы- лихорадка, ангина, стоматит, затем поражение ЖКТ
- Глотание резко болезненно, слюноотечение, гнилостный запах изо рта
- На миндалинах некрозы и глубокие изъязвления, покрытые грязно-серым налетом, распространяются в глотку, полость рта, на небо, в гортань, легкие, кишечник



- На высоте заболевания развивается геморрагический синдром – кровоточивость десен, кровоизлияния в кожу
- Резкое ↓ Le (до  $0,2-0,5 \times 10^9/\text{л}$ ), лимфоцитоз 80-90%

# Ангина при лейкозах

- Возникает на 3-5 день заболевания
- Поражение от катарального до язвенно-некротического, налет грязно-серого или бурого цвета, при отторжении налетов открывається кровотокащий дефект ткани
- Расшатывание и выпадение зубов

- Длительная фебрильная температура
- резкая бледность кожных покровов с гемorragиями
- увеличение всех групп лимфатических узлов
- гепатоспленомегалия

# Лечение острых БГСА-тонзиллитов

- Госпитализация при тяжелых и осложненных формах болезни
- Постельный режим на период лихорадки
- Диета механически и термически щадящая, богатая вит.С и В, большое количество жидкости
- Этиотропная терапия
- Патогенетическая
- Симптоматическая

# Этиотропная терапия

- Цель - эрадикация БГСА
- Должна быть начата до получения результатов бактериологического исследования
- «Золотой стандарт» – пенициллины для энтерального и парентерального введения

# Дозы и режим введения антибиотиков при остром БГСА- тонзиллите

Препараты выбора -  $\beta$ -лактамы:

Пенициллины:

Феноксиметилпенициллин дети до 12 лет - 100 тыс ЕД/кг/сут в 4 приема, >12 л-1,5г в 3 приема 10 дней

Амоксициллин дети до 12 лет – 30-50мг/кг в 3 приема, дети > 12 лет - 1,5г в 3 приема 10 дней

Бензатин-пенициллин дети до 12 лет – 600тыс.Ед в/м (<25кг), 1,2млнЕд в/м (>25кг) однократно

## Цефалоспорины:

Цефалексин дети до 12 лет – 25-50мг/кг в 2 приема, дети > 12 лет – 1-2 г в 3 приема 10 дней

Цефадроксил дети до 12 лет – 30мг/кг в 3 приема, дети > 12 лет – 1-2 г в 2 приема 10 дней

Цефазолин дети до 12 лет – 50-100мг/кг/сут в/м или в/в в 3 введения, дети > 12 лет – 1-2 г в 3 введения в/м или в/в 10 дней

Цефуроксим дети до 12 лет – 50-100мг/кг/сут  
в 3 введения в/в или в/м, дети > 12 лет – 2-4  
г в 3 введения в/в или в/м 10 дней

Цефуроксим –аксетил до 2-х лет 125  
мг×2раза, >2 лет – 250 мг×2 раза, >12 лет 1  
г в 2 приема 10 дней

Цефаклор дети до 12 лет – 20-40 мг/кг/сут в 2  
приема, >12л 750-1,5г в 3 приема 10 дней

Супракс дети до <12 лет 8 мг/кг/сут в 1-2  
приема, >12 лет- 400 мг в 1-2 приема 10  
дней



Цефотаксим дети до 12 лет – 50-100мг/кг/сут  
в 3-4 введения в/в или в/м (в/м с 2 лет),  
дети > 12 лет – 2-3 г в 2-3 введения

Цефтазидим дети до 12 лет – 30-50мг/кг/сут в  
3 введения в/в или в/м , дети > 12 лет –  
1,5-3 г в 2-3 введения

Цефтриаксон дети до 12 лет – 20-80мг/кг/сут  
в 1-2 введения (в/м – до 50 мг/кг/сут ), дети  
> 12 лет – 1-2 г 1 раз в день

Цефоперазон дети до 12 лет –  
25-100мг/кг/сут в 2 введения (в/в – до 50  
мг/кг/сут ), дети > 12 лет – 2-4 г 1 раз в день

# При непереносимости $\beta$ -лактамных антибиотиков:

## Макролиды:

Азитромицин дети < 12 лет 10-12 мг/кг в 1 прием, >12 лет 0,5 в 1 прием 5 дней

Спирамицин дети < 12 лет 3 млн ЕД в 2 приема, >12 лет 6 млн ЕД в 2 приема 10 дней

Кларитромицин дети < 12лет 15 мг/кг в 2 приема, >12 лет 0,5 г в 2 приема 10 дней

Рокситромицин дети < 12лет 5 мг/кг в 2 приема, >12 лет 0,3 г в 2 приема 10 дней

Мидекамицин дети < 12лет 50 мг/кг в 2 приема, >12 лет 1,2 г в 3 приема 10 дней

## Препараты II ряда:

Амоксициллин/клавуланат (аугментин, амоксиклав, ранклав) дети < 12 лет 40 мг/кг в 3 приема, в/в 30 мг/кг каждые 8 ч, >12 лет 1,875 в 3 приема в/в 1,2 г каждые 8 час 10 дней

Амоксициллин/сульбактам (амписид, уназин) дети < 12 лет 50 мг/кг в 3 приема в/м или в/в 50 мг/кг каждые 6-8 час, >12 лет 1,5-2 г в 3 приема в/м или в/в 1,5 г в 3 введения 10 дней

# Местная терапия острого тонзиллита

- В комплексе с системной антибиотикотерапией
- Предпочтительно орошение миндалин, а не полоскание – каметон, гексорал, тантум-верде, мирамистин, биопарокс
- Таблетки для рассасывания – фарингосепт, фалиминт, граммидин, доктор Тайсс, лизобакт

# Патогенетическая терапия

- дезинтоксикационная терапия энтерально или парентерально в зависимости от тяжести заболевания
- антигистаминные препараты I и II поколения – тавегил, супрастин, фенкарол, диазолин, цетрин, телфаст

# Симптоматическая терапия

- при красной лихорадке – физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты (нурофен, цефекон, панадол, эффералган, калпол РД=10-15 мг/кг, СД не >60мг/кг)
- при белой – жаропонижающие + сосудорасширяющие препараты (папаверин, но-шпа)

# Профилактика БГСА-тонзиллита

- общеукрепляющие мероприятия
- соблюдение гигиенических принципов
- Противоэпидемические мероприятия:  
ранняя изоляция больного БГСА -  
тонзиллитом на 10 дней
- заключительная дезинфекция в очаге не  
проводится



# Диспансерное наблюдение

- Осуществляется в течение 1 месяца после выписки из стационара
- Через 7-10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы крови и мочи, по показаниям – ЭКГ
- Обследование повторяют через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы снимают с учета
- Наблюдение ревматолога, нефролога при наличии патологии