

Ангины при инфекционных заболеваниях

Хизадзе Артём Георгиевич

- общее острое инфекционно-аллергическое заболевание, проявляющееся острым местным воспалением небных миндалин.
- С ангины начинаются многие инфекционные заболевания, такие как дифтерия, скарлатина, корь, герпес, сифилис, мононуклеоз, брюшной тиф, туляремия.

- При осмотре слизистая оболочка мягкого неба, его язычка, передних и задних дужек должна быть гладкая, розовая, дужки контурироваться. Определяем размер небных миндалин, для этого мысленно делим расстояние между ее верхним полюсом и линией, проходящей через середину язычка мягкого неба, на 3 части. Величину миндалины выступающей до $1/3$ этого расстояния, относят к первой степени, выступающей до $2/3$ - ко второй степени, выступающей до средней линии глотки - к третьей степени. Слизистая оболочка миндалин розовая, влажная, поверхность гладкая. В норме в лакунах содержимое скудное, негнойное в виде эпителиальных пробок или его совсем нет. При осмотре слизистой оболочке задней стенки глотки она должна быть розовая, влажная.

Ангина при дифтерии

- Катаральная форма дифтерии диагностируется на основании эпидемиологических, клинических, бактериологических данных, когда налеты отсутствуют, есть только легкая гиперемия с цианотичным оттенком и отечность миндалин. Симптомы интоксикации отсутствуют, температура тела не превышает $37,5\text{ C}^\circ$. Больные опасны в эпидемиологическом плане. Островчатая форма характеризуется единичными или множественными островковыми фибринозными наложениями серовато-белого цвета на поверхности миндалин вне лакун. Вокруг налета гиперемия слизистой. При этом ощущения в глотке не выраженные, температура тела до 38C° , может быть головная боль, слабость, недомогание.

- Пленчатая форма характеризуется увеличением миндалин, их гиперемией и отеком. На их поверхности сплошные налеты в виде пленок с гиперемированной каемкой вокруг. Пленка беловато-серая с перламутровым оттенком. Снимаются такие пленки с трудом, при этом образуется язвенный дефект. При мезофарингоскопии на миндалинах пленчатые налеты, имеющие равномерную белую или серую окраску («плюс ткань»), с усилием снимаются шпателем, при этом обнажается эрозированная кровоточащая поверхность. Налеты не растираются, не тонут и не растворяются в воде.

- Токсическая форма дифтерии глотки начинается остро. Интоксикация, выраженная температура достигает 40С ° и застывает на 5 сут, возникает головная боль, озноб, слабость, бледность. Глотание сопровождается болезненностью. Глотка отечная, на поверхности миндалин сероватая паутина или желеобразная полупрозрачная пленка. Лимфоузлы увеличены, болезненны. В некоторых случаях в клинической картине могут доминировать симптомы геморрагического диатеза (геморрагическая дифтерия), которые характеризуются кровотечением из носа, верхних дыхательных путей и подкожными кровоизлияниями.

- Под действием токсина наблюдается осложнения со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы (полиневриты). Наиболее часто встречается паралич мягкого неба (поражение блуждающего и языкоглоточного нерва) - речь приобретает гнусавый оттенок, пища попадает в нос, небная занавеска вяло свисает. Тяжелым осложнением так же является стеноз гортани и асфиксия при дифтерийном крупе.

- Лечение. Противодифтерийной сывороткой (эффективна в первые 2 сут), которую вводят по способу Безредки.
- Антибиотики: пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, макролиды в течение 5-8 суток.
Дезинтоксикационная терапия

Ангина при скарлатине

- Инкубационный период 1-10 сут. Начало острое, высокая температура, озноб, слабость, недомогание, головная боль. Больные предъявляют жалобы на боли в горле при глотании. При осмотре - яркая разлитая гиперемия миндалин, дужек, язычка, мягкого неба и задней стенки глотки («пылающей зев»). Гиперемия резко ограничена в месте перехода слизистой оболочки в твердое небо. Через 2-3 дня наблюдается развитие катаральной, фолликулярной, лакунарной или некротической ангины: на увеличенных, резко гиперемированных и разрыхленных миндалинах возникают слизисто-гнойные, фибринозные или некротические налеты в виде отдельных мелких или глубоких распространенных очагов. Одновременно развивается регионарный лимфаденит. Язык обложен серовато-белым налетом, а к 4-5м суткам болезни очищается, приобретает ярко-красную окраску, становится сухим, блестящим.

- Нитевидные сосочки исчезают; по всей спинке языка видны увеличенные грибовидные сосочки, которые напоминают зерна ягод малины («малиновый» язык). На 1-2е сутки болезни возникает сыпь. Мелкоточечные элементы покрывают лицо, шею, верхнюю часть туловища, грудь, живот. Важный признак скарлатины сгущение сыпи в виде темно-красных полос в местах естественных сгибов, например в локтевых, паховых (симптом Пастиа). На Лице сыпь расположена на ярких гиперемированных щеках, в то время как носогубный треугольник бледен (симптом Филатова). При надавливании на ладони сыпь в этом месте временно исчезает (симптом ладони). Эндотелиальные симптомы (жгута Румпеля-Леде, «резинки», симптом Кончаловского) положительные. После исчезновения высыпаний на коже спинка языка бледнеет, исчезает отечность грибовидных сосочков, и язык покрывается новым слоем эпителия. Нередко заболевание приводит к повреждению слизистой оболочке губ.

лечение

- бензилпенициллин. Альтернативные препараты - макролиды. и цефалоспорины.
- Назначают полоскания горла раствором фурацилина, настои ромашки, календулы, эвкалипта, искусственным лизоцимом.

Ангина при кори

- Инкубационный период 9-11 дней. В продромальный период: недомогание, кашель, насморк с обильным выделением из носа, конъюнктивит со слезотечением. До сыпи появляются пятна Филатова-Бельского-Коплика (голубовато-белые, с ярко-красной каймой) располагающиеся на слизистой щек напротив вторых моляров. Они напоминают капли извести, разбрызганные на поверхности гиперемированного пятна, который слегка выступает над уровнем слизистой оболочки полости рта и никогда не сливаются между собой. С появлением сыпи пятна пропадают. Характерна красная незудящая пятнисто-папулезная сыпь на лице, за ушами, туловище и конечностях.

- Лечение. Обработка слизистой нитрофурала, настоем ромашки, раствором соды, фурацилином, искусственным лизоцимом, орошение коллустаном 3-6 раз в сутки.
- Витаминотерапия.
- Закапывание в конъюнктивный мешок раствора сульфацидамида.
- При кашле назначают отхаркивающие.
- Жаропонижающие.

Герпетическая ангина

- начинается остро, появляются лихорадка, температура до 40С°. Возникают боли в горле, усиливающиеся при глотании, головная боль, слабость. Возникает односторонний конъюнктивит. При мезофарингоскопии в первые часы заболевания определяется диффузная гиперемия слизистой оболочки. В области мягкого неба, язычка, дужках, миндалинах, на задней стенке глотки видны небольшие красноватые пузырьки. Через 3-4 дня пузырьки лопаются, слизистая оболочка приобретает нормальный вид.

- Местное полоскание ротоглотки растворами антисептиков (стопангин, коллустан, риванол, фурациллин, этоний, микроцид, эктерицид)
- НПВС. Противовирусная терапия - ацикловир и интерферон альфа.
- При выраженных некротических изменениях назначают антибактериальную терапию (фторхинолоны, макролиды).

Сифилитическая ангина

- На месте входных ворот образуется твердый шанкр. При поражении миндалин шанкр может иметь одну из трех форм: язвенную, ангиноподобную (амигдалит) и комбинированную. Поражается миндалина на одной стороне. При язвенной форме миндалина увеличена, уплотнена. На этом фоне наблюдается мясо-красная овальной формы язва с пологими ровными краями. Слизистая оболочка вокруг гиперемирована. При ангиноподобном шанкре эрозия или язва отсутствуют, наблюдается одностороннее увеличение миндалины, которая имеет медно-красный цвет, безболезненна, плотная, чем и отличается от катаральной ангины. Общих явлений нет, температура тела нормальная.

- Лечение. Бициллин(1,3 и 5) - до 7 инъекций. Экстенциллин, ретарпен. (2-3 инъекции). При непереносимости пенициллина назначают эритромицин, тетрацикоин, олететрин, доксициклин, азитромицин.

Ангина при инфекционном мононуклеозе

- Инкубационный период от 4 до 50 дней. Болезнь начинается остро, повышается температура тела до $40,0^{\circ}\text{C}$, появляются боли в горле и увеличиваются лимфатические узлы (симптом «бычьей шеи»). Печень и селезенка становится плотной. Увеличение и отечность небных миндалин, которые иногда смыкаются между собой, затрудняя ротовое дыхание. Задняя стенка глотки отечна, гиперемирована, иногда с цианотичным оттенком с гиперплазией боковых столбов и лимфоидных фолликулов задней стенки глотки (гранулематозный фарингит). Ангина может, развивается на разных стадиях болезни, имеет стойкое длительное течение и не поддается антибиотикотерапии. На миндалинах появляются грязно-серые или желтовато-белые наложения в виде островков, полосок. Наложения рыхлые, легко снимаются шпателем, растворяются в воде. Редко отмечают фибриновые налеты или поверхностный некроз ткани миндалин. На 3-4 сутки заболевания на границе твердого и мягкого неба появляется петехии.

- Лечение. Местное полоскание ротоглотки растворами антисептиков (стопангин, коллустан, риванол, фурациллин, этоний, микроцид, эктерицид)

Ангина при брюшном тифе

- В первые дни больные отмечают повышенную утомляемость, нарастающую слабость, озноб, головную боль. При мезофарингоскопии: язык утолщен, с отпечаткам зубов на боковых поверхностях, спинка языка покрыта массивным серовато-белым налетом, края и кончик свободны от налета, насыщено-розового или красного цвета («поджаренный язык»), Зев гиперемирован, иногда наблюдают увеличение и гиперемию миндалин. У отдельных больных на второй неделе заболевания возникают небольшие изъязвления на передних небных дужках - ангина Дюге.

- Антибактериальная терапия (фторхинолоны) курс лечения 10 дней.
- дезинтоксикация

Ангина при туляремии

- Инкубационный период от нескольких часов до 3 недель.
- Первичный аффект располагается на миндалинах или на слизистой оболочке задней стенки глотки, неба. Специфическая ангина характеризуется гиперемией с синюшным оттенком и отечностью миндалин, серовато-белым налетом, которые снимаются с трудом как при дифтерии, но они не распространяются за пределы миндалин. Под налетом через несколько дней возникает одна или несколько медленно заживающих, рубцующихся язв. В ряде случаев патологический процесс на слизистой оболочке глотки ограничивается симптомами катаральной ангины. Иногда возникают петехии. Одновременно с ангиной наблюдается шейный лимфаденит, размерами до куриного яйца. При массивном заражении сочетается ангинозо-бубонная и абдоминальная форма туляремии. Продолжительность туляремийной ангины от 8 до 24 дней.

лечение

- Основные препараты - аминогликозиды и тетрациклины. Второй ряд антибиотиков включает цефалоспорины 3 поколения, рифампицин, хлорамфеникол, фторхинолоны. Длительность курса антибиотикотерапии составляет 10-14 дней.
-