

АНГИНЫ ҰШЫН



Ангина (острый тонзиллит) – инфекционное заболевание, протекающее в виде острого воспаления, сопровождающееся поражением лимфоидных образований окологлоточного кольца (Вирсунгов, Лангганца, Рудольфа, Пирожова, Вальдейера), чаще небных миндалин.

Клиническая классификация ангин:

По этиологии:

- стрептококковая;
- стрепто-стафилококковая;
- стафилококковая;
- другая этиология.

По локализации патологического процесса:

- небные миндалины;
- боковые валики глотки;
- носоглоточная миндалина;
- язычная миндалина;
- лимфоидные образования задней стенки глотки;
- лимфоидные образования гортани.

Первичные ангины:

Этиология.

Чаще всего (в 85% случаев) первичные ангины вызывает β -гемолитический стрептококк группы А, реже - золотистый стафилококк, пневмококк или смешанная микрофлора.

Входные ворота инфекции - лимфоидная ткань ротоглотки, где формируется первичный очаг воспаления.

Предрасполагают к развитию ангины общее и местное переохлаждение, запыленная или загазованная атмосфера, повышенная сухость воздуха, нарушение носового дыхания, гиповитаминозы, снижение иммунитета и т.д. Чаще всего ангина развивается после перенесённого ОРВИ.

Клиника:

Продолжительность инкубационного периода составляет от 10-12 ч до 2-3 сут. Заболевание начинается остро. Повышается температура тела, возникает озноб, появляются боли при глотании. Увеличиваются и становятся болезненными регионарные лимфатические узлы (чаще поднижнечелюстные).

Катаральная ангина:

Наиболее легкая форма заболевания. Воспалительный процесс ограничен поражением слизистой оболочки небных миндалин. Заболевание начинается остро; появляется ощущение жжения, сухость, першение, затем умеренная боль в горле, усиливающаяся при глотании. Пациент жалуется на недомогание, разбитость, головную боль. Температура тела обычно субфебрильная, но может повышаться до 38 °С. Язык обычно сухой, обложен белым налетом. Возможно незначительное увеличение (до 1 см в диаметре) регионарных лимфатических узлов (в основном поднижнечелюстных), их умеренная болезненность.

Клинический анализ крови:

- лейкоциты – 17-30·10⁹ клеток/л;
- СОЭ - 12-15 мм/ч;
- сиаловые кислоты - 190-210 ед.;

Продолжительность заболевания обычно составляет 5-7 дней, после чего воспалительные явления в глотке стихают, или развивается другая форма ангины (лакунарная или фолликулярная).



Фолликулярная ангина:

Фолликулярная ангина - более тяжелая форма воспаления, протекающая с вовлечением в процесс не только слизистой оболочки, но и самих фолликулов. Заболевание начинается остро, с повышения температуры до 38-39 °С. Появляется выраженная боль в горле, резко усиливающаяся при глотании, нередко возможна иррадиация в ухо. (Миндалины гипертрофированы, резко отёчны, сквозь эпителиальный покров просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку (картина "звёздного неба")). Нагноившиеся фолликулы вскрываются, образуя гнойный налёт, не распространяющийся за пределы миндалин. Выражены интоксикация, головная боль, слабость, лихорадка, озноб, иногда боль в пояснице и суставах. В общем анализе крови выявляют лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, увеличение СОЭ до 40-50 мм/ч. В моче иногда обнаруживают следы белка, эритроциты. Заболевание длится обычно 7-10 дней, иногда до 2 нед.



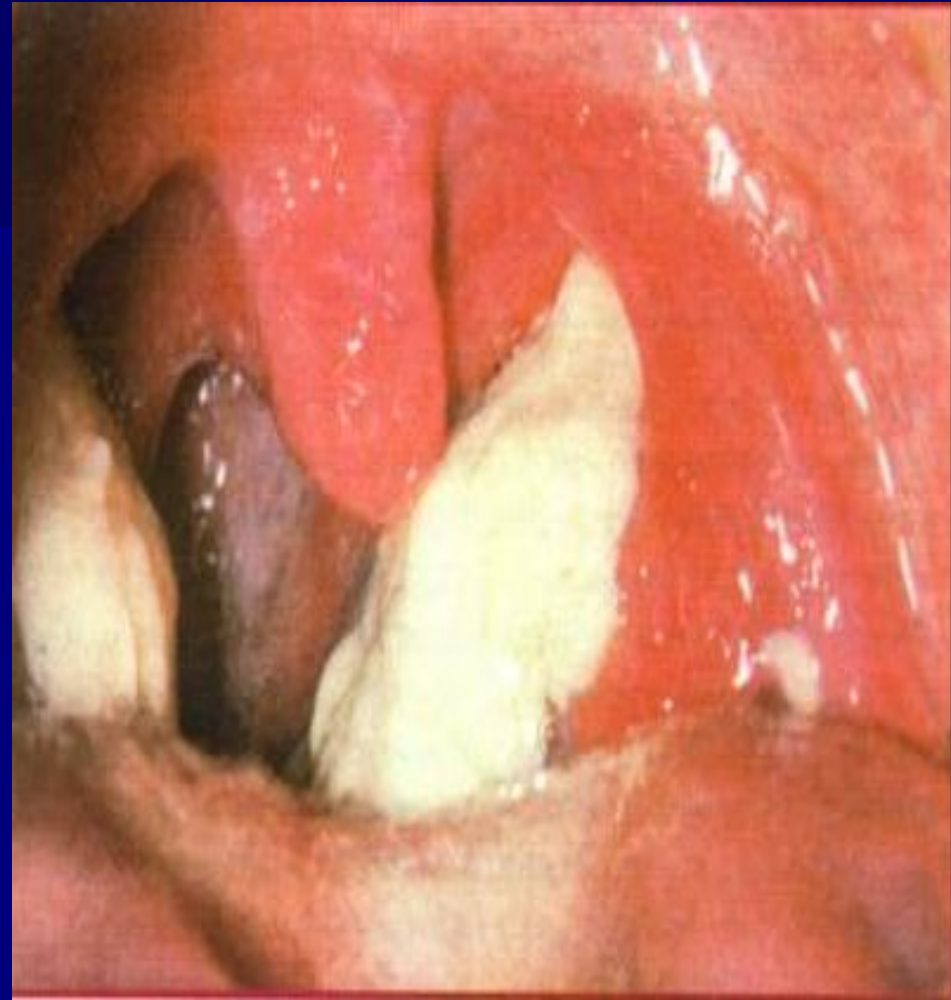
Лакунарная ангина:

Лакунарная ангина характеризуется поражением миндалин в области лакун с распространением гнойного налёта на свободную поверхность небных миндалин. Протекает тяжелее фолликулярной.

Явления интоксикации выступают на первый план. Температура тела повышается до 39-40 °С. Выражены явления интоксикации (общая слабость, головная боль, боли в сердце, суставах и мышцах). В общем анализе крови выявляют лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, увеличение СОЭ до 40-50 мм/ч. В моче иногда обнаруживают следы белка, эритроциты. Одновременно с повышением температуры появляется боль в горле; при гиперемии, инфильтрации и отечности небных миндалин и выраженной инфильтрации мягкого неба речь становится невнятной, с гнусавым оттенком. Желтовато-белое фибринозно-гнойное содержимое лакун образует на поверхности миндалин рыхлый налёт в виде мелких очагов или плёнки. Налёт не выходит за пределы миндалин, легко удаляется, не оставляя кровоточащего дефекта.

Увеличиваются и становятся болезненными при пальпации регионарные лимфатические узлы, что вызывает болезненность при поворотах головы. Язык обложен, аппетит понижен, больные ощущают неприятный вкус во рту, имеется запах изо рта.

Заболевание длится около 10 дней, при затяжном течении - около 2 нед..



Некротическая ангина:

Характерны более выраженные общие и местные проявления, чем при вышеперечисленных формах (выраженная стойкая лихорадка, повторная рвота, спутанность сознания и т.д.). При исследовании крови обнаруживают выраженный лейкоцитоз, нейтрофилёз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ. Поражённые участки ткани миндалин покрыты уходящим вглубь слизистой оболочки налётом с неровной, изрытой, тусклой поверхностью зеленовато-жёлтого или серого цвета. Часто поражённые участки пропитываются фибрином и становятся плотными; при их удалении остаётся кровоточащая поверхность. После отторжения некротизированных участков образуется глубокий дефект ткани размером 1-2 см в поперечнике, часто неправильной формы, с неровным бугристым дном. Некрозы могут распространяться за пределы миндалин на дужки, язычок, заднюю стенку глотки.

Некротическая ангина



Диагностика:

1)Физикальное обследование:

Изменения в глотке, выявленные в первые дни заболевания, неспецифичны и сходны при многих заболеваниях, поэтому следует наблюдать пациента в динамике.

2)Лабораторные исследования:

Для уточнения диагноза необходимы лабораторные исследования: бактериологическое, вирусологическое, серологическое, цитологическое и др. Мазок берут с помощью стерильного тампона

3)Инструментальные исследования

Основа диагностики - фарингоскопия.

Лечение:

1) Антибактериальная терапия

2) Антигистаминные

3) Ибуклин

4) Местное лечение ангины включает полоскания различными дезинфицирующими растворами с целью механического удаления из полости рта слизи и микробов, а также местного противовоспалительного действия.

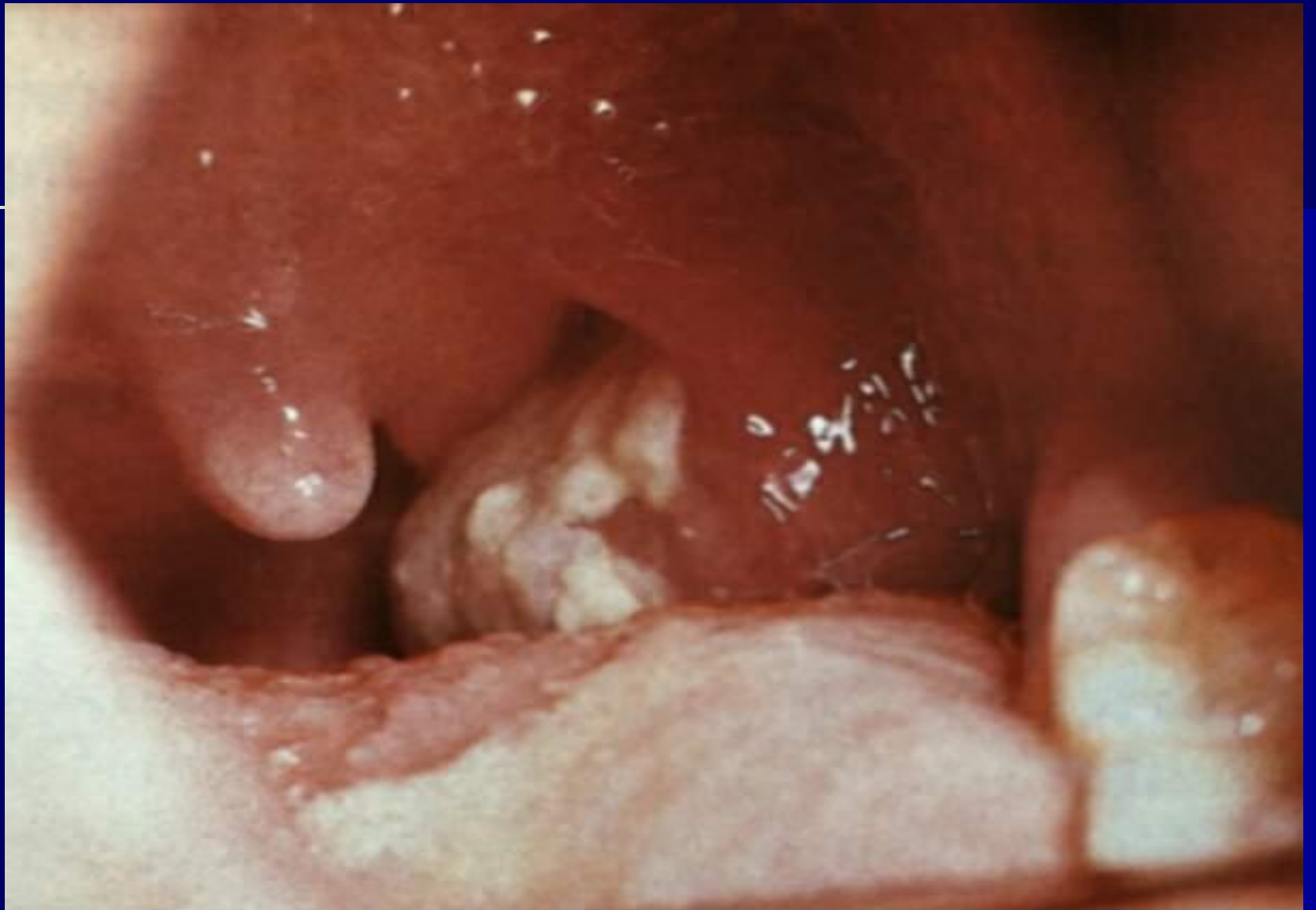
- 5) Орошение полости рта и глотки антибактериальными препаратами нецелесообразно: местное бактерицидное действие не может проявиться за секунды или даже минуты – для этого требуются десятки минут или часы. Однако, может иметь смысл употреблять местный антисептик Фарингосепт -бактериостатик

Вторичные ангины:

Дифтерия глотки наблюдается в 70 — 90% случаев дифтерии. По распространенности патологического процесса выделяют *локализованную* и *распространенную* формы дифтерии; по характеру изменений в глотке — *катаральную, островчатую, пленчатую* и *геморрагическую*; в зависимости от тяжести течения — *токсическую* и *гипертоксическую* формы болезни.

Островчатая форма дифтерии характеризуется появлением единичных или множественных островков фибриновых наложений серовато-белого цвета на поверхности миндалин вне лакун. Типичный дифтерийный налет в виде пленки серовато-белого или желтовато-серого цвета появляется обычно к концу 2-х суток болезни. Длительность существования налетов составляет 6 — 8 дней, иногда 10 — 11 дней.

Пленка толстая, удаляется с трудом, не поддается растиранию на предметном стекле, при погружении в сосуд с жидкостью тонет. На месте удаленной пленки вновь быстро образуется новая. Одновременно отмечают небольшое увеличение лимфатических узлов шеи.



АНГИНА ПРИ ДИФТЕРИИ

Завтра, как и сегодня,
человек в медицинском
халате будет спасать жизнь
страждущему, кто бы он ни
был – друг или недруг,
правый или виноватый.
И жизнь врача останется
такой же как и сегодня, -
трудной, тревожной,
героической и
возвышенной...

К чести человеческого рода,
все еще находятся молодые
люди, которых не страшит
это ремесло.

Для де
щелкн

Андре Моруа

