

Дифференциальная диагностика поражений ротоглотки инфекционной этиологии

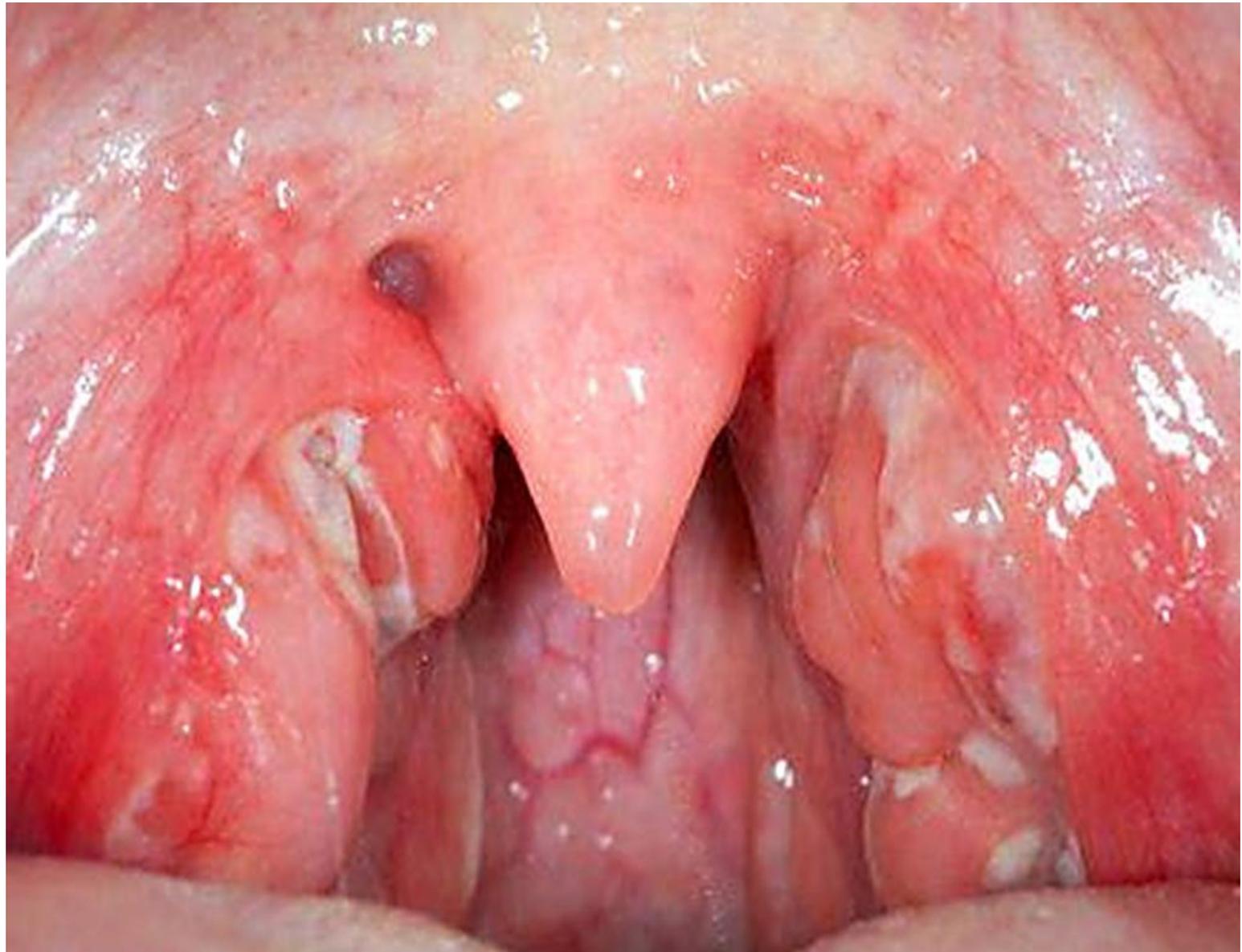
Лекция

**Автор: доцент кафедры инфекционных болезней
Старостина Валерия Игоревна**

Ангина

- Возбудители: стрептококки, стафилококки, клебсиелла
- Анамнез: переохлаждение, употребление холодных напитков, контакт с больным ангиной
- Клиника: начало острое, лихорадка до 38-40 °С, озноб, ломота в теле, боль в горле при глотании; увеличение миндалин в размерах, отек и яркая гиперемия; **гнойные фолликулы, гнойный налет в лакунах и на поверхности миндалин**; чаще налет легко снимается шпателем, не оставляя кровоточащей поверхности; регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны при

- **ОАК: лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево.**
- **Мазок из зева на флору: возбудитель ангины (стафил., стрепт., клебсиелла).**
- **АСЛО (+), если ангина стрептококковая**
- **Лечение: антибактериальные препараты (цефалоспорины, пенициллины, ЦС + метрогил и др.), дезинтоксикационная терапия, жаропонижающие**





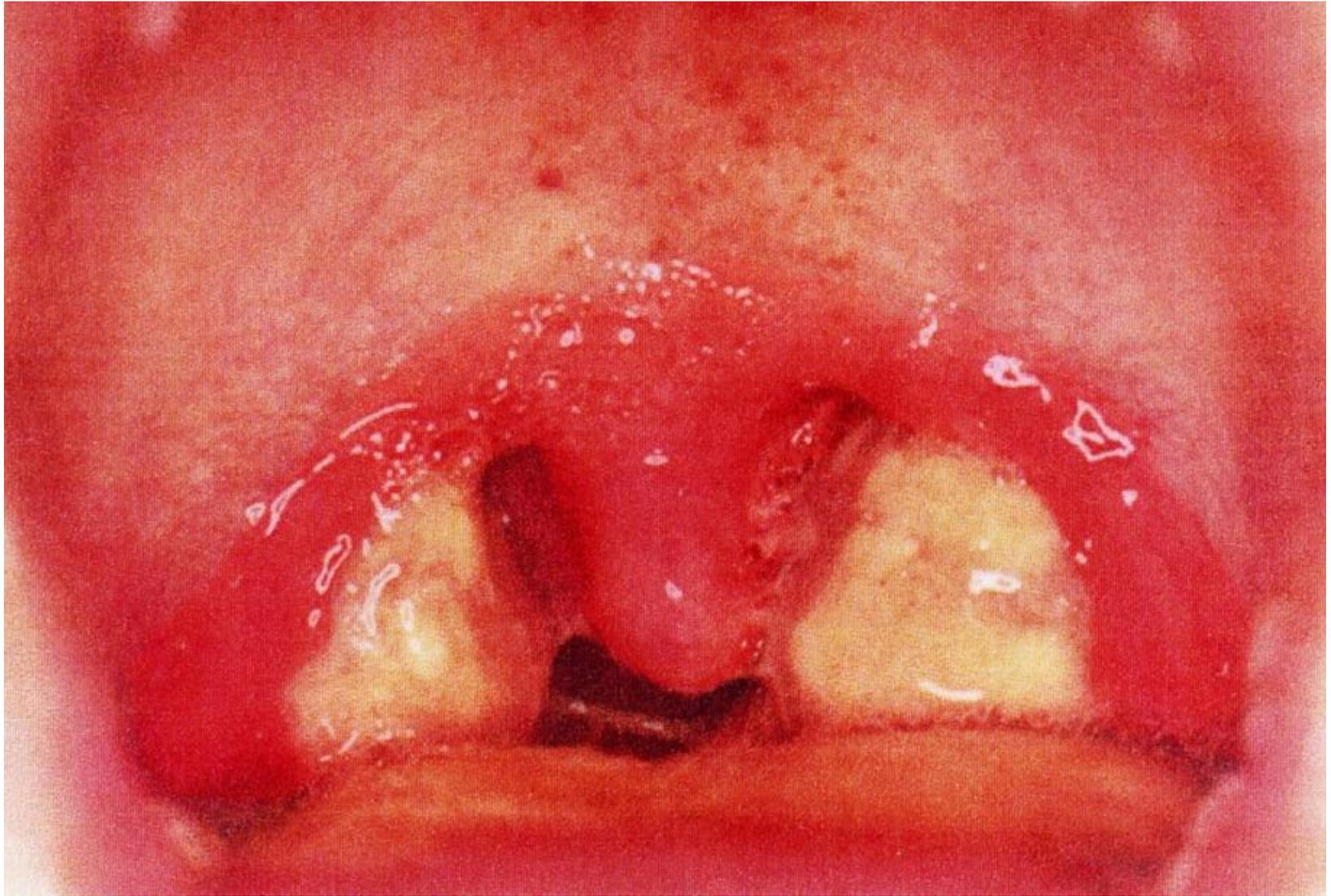
Скарлатина

- Возбудитель: бета-гемолитический стрептококк группы А
- В анамнезе: **контакт** с больным скарлатиной **за 1-12 дн. до заболевания**, контакт с носителем
- Клиника: начало острое, лихорадка, боль в горле при глотании, **"пылающий зев"**, малиновый оттенок гиперемии, м.б. петехии, **ангина** (катаральная, фолликулярная, лакунарная, некротическая, фибринозная); сначала **-«белый земляничный язык»**, а на 4-5 сутки язык **-«красный**

Скарлатина

- Клиника: в первые 6-12 часов от начала болезни появляется **мелкоточечная сыпь** на гиперемизированном фоне кожи; симптом бледного носогубного треугольника; сыпь **сгущается в естественных складках** (шея, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные области) - симптом Пастиа, **шершавая на ощупь**, возможно появление петехий; сыпь сохраняется в течение 3-7 дней; сыпь

- Осложнения: отит, синусит, миокардит, нефрит.
- ОАК: лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево.
Мазок из зева: возбудитель скарлатины.
Серологические реакции: антитела к стрептолизину-О (АСЛО).
- Лечение: антибактериальные препараты (пенициллины, цефалоспорины), дезинтоксикационная терапия, жаропонижающие препараты.













Дифференциальный диагноз между банальной ангиной и скарлатиной

№	Признак	Ангина	Скарлатина
1.	Анамнез	переохлаждение, холодное питье, контакт с больным ангиной	контакт с больным скарлатиной за 1-12 суток до заболевания
2.	Осмотр ротоглотки	гиперемия дужек, ангина	"пылающий зев", ангина, м.б. петехии, в первые сутки «белый земляничный язык», на 4-5 сутки - «красный земляничный язык».
3.	Экзантема	не характерна	мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне, симптом Пастиа (+), шершавая на ощупь, бледный носогубный треугольник, шелушение.
4.	Мазок из зева	стафилококк, стрептококк, клебсиелла и др.	бета-гемолитический стрептококк

Дифтерия ротоглотки

- **Этиология: токсигенные штаммы *Corynebacterium diphtheriae*.**
- **Пути передачи: воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактно-бытовой и алиментарный. В анамнезе - контакт с больным дифтерией, отсутствие прививок.**

Клиника:

•кратковременная лихорадка, вялость, сонливость, адинамия, бледность; неяркая гиперемия с цианотичным оттенком, выраженный отек;

•нет озноба, сильной головной боли, ломоты в теле, незначительная выраженность болевых ощущений в горле при глотании, небольшая болезненность регионарных ЛУ

• **налет по типу «плюс ткань» белого цвета** с перламутровым блеском, а с 3-4 дня грязно-серый, плотно спаян с тканью миндалин, имеет **тенденцию к распространению** на соседние области, налет можно снять только при помощи пинцета, на месте снятого налета остается **значительно кровотокающий дефект слизистой**, далее налет образуется снова; снятый налет не растирается между шпателями, при погружении в воду тонет, не растворяется в воде и не изменяет своей формы.

• В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз со

Дифтерия ротоглотки

- Катаральная форма: м.б. субфебрилитет, неловкость при глотании, гиперемия и отечность миндалин умеренные, налета нет.

Локализованная дифтерия ротоглотки (островчатая и пленчатая формы; налет в пределах миндалин)

- **Островчатая дифтерия ротоглотки:** начало постепенное, лихорадка до $37,5-38^{\circ}\text{C}$, слабость, незначительная боль в горле при глотании; налет в первые сутки в виде паутины, которая легко снимается, далее островки налета в D менее 5 мм с венчиками гиперемии, гиперемия в последующем распространяются на всю поверхность

- **Пленчатая дифтерия ротоглотки**

Может развиваться из островчатой формы и остро с повышением температуры тела до 38,5 °С. Характерны слабость, нерезкая боль в горле при глотании. Гиперемия миндалин, дужек и мягкого неба неяркая, отек миндалин умеренный, **налет сначала паутинообразный, далее – **пленчатый**.**

- **Распространенная дифтерия ротоглотки:** начало острое или постепенное, лихорадка до 38-39 °С, интоксикация и тонзиллит, пленчатый налет распространяется за пределы миндалин на небные дужки, язычок, мягкое и твердое небо, заднюю стенку глотки; регионарные ЛУ значительно увеличены, но болезненны умеренно.

Дифтерия ротоглотки

• **Токсическая дифтерия ротоглотки.** Начало острое. Головная боль, головокружение, анорексия, рвота, сонливость, адинамия. Лихорадка до 39°C. Боль в горле при глотании интенсивная. Из рта приторно-сладковатый запах. Отек миндалин (смыкаются). Налет плотный с перламутровым отливом, а далее – грязно-серый, быстро распространяется на дужки, язычок, заднюю стенку глотки, мягкое и твердое небо. Регионарные ЛУ значительно увеличены, болезненны. Отек тканей ротоглотки распространяется на слизистую оболочку носоглотки, что затрудняет носовое дыхание. Голос приобретает гнусавый оттенок. Налет может распространиться и на слизистую оболочку гортани. Отек подкожной клетчатки шеи студнеобразной консистенции,

- При токсической дифтерии I степени отек подкожной клетчатки шеи распространяется до середины шеи, при II степени - до ключиц и при III степени - ниже ключиц.
- При субтоксической дифтерии зева отек подкожной клетчатки шеи в подчелюстной области, поражение м.б. односторонним.
- Геморрагическая форма токсической дифтерии: налеты пропитываются кровью, приобретают коричневую, а затем черную окраску; кровоизлияния в кожу шеи, в места инъекций.
- Гипертоксическая форма токсической дифтерии: токсической дифтерии и

Дифтерия ротоглотки

- **Осложнения дифтерии:**

ИТШ, ДВС, миокардит, истинный круп, дифтерийные невриты, паралич диафрагмы и межреберных мышц, паралич сердечной мышцы, надпочечниковая недостаточность.

- **Диагностика:** предварительная - на основании клинических данных, при этом больного госпитализируют, изолируют, ему вводится противодифтерийная сыворотка; окончательная – на основании бактериологическое исследование мазков из участка поражения. Мазки берут стерильным тампоном на границе поражённого и здорового участков слизистой оболочки; мазок следует брать натощак или не ранее чем через 2 часа после еды и - немедленно сеять. Предварительный ответ – через 24-48

- **Лечение:** антитоксическая противодифтерийная сыворотка, антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины), ГКС, антигистаминные препараты, дезинтоксикационная терапия, атропин с целью устранения спазма мышц гортани, оксигенотерапия, интубация трахеи или трахеостомия, удаление пленок, ИВЛ, лечение ИТШ.







лакунарной ангиной и пленчатой дифтерией зева

№	Признак	Ангина	Дифтерия
1.	Начало болезни	острое с ознобом	постепенное без озноба
2.	Проявления интоксикация	озноб, головная боль, ломота в теле, гиперемия лица	вялость, сонливость, бледность
3.	Боль в горле	выраженная	незначительная
4.	Отек миндалин	незначительный	выражен, особенно там, где больше площадь налетов
5.	Характер налетов	гнойные фолликулы, гнойный налет в лакунах	в 1 сутки – нежные белесоватые, легко снимаются, со 2 дня пленчатые белого цвета с перламутровым отливом, плотно спаяны с тканями.
6.	Характер гиперемии	яркая	с цианотичным оттенком
7.	Углочелюстные лимфоузлы	увеличены, болезненны	увеличены, мало болезненны
8.	Длительность лихорадки	5-6 суток	2-3 суток
9.	Мазок на БЛ	(-) результат	(+) результат

Инфекционный мононуклеоз

- **Возбудитель: вирус Эпштейна-Барр**
- **Анамнез: возможно, контакт с больным за 4-60 дней, но чаще 7-10 дней до болезни. Заражение происходит воздушно-капельным путем, при поцелуе, через загрязненные слюной предметы обихода. В основном болеют дети, подростки и лица молодого возраста.**
- **Начало болезни может быть как постепенным, так и острым.**

- Клиника: лихорадка до 37,5 – 39-40° С, **нарушение носового дыхания**, пастозность лица, отечность и умеренная гиперемия дужек и язычка, задней стенки глотки, **ангина**, гнусавость, храпящее дыхание, **храп** во сне, **генерализованная лимфоаденопатия**, в некоторых случаях значительное увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов изменяет конфигурацию шеи, **гепатомегалия**, **спленомегалия**, желтуха, экзантема (пятнистая, пятнисто-папулезная).

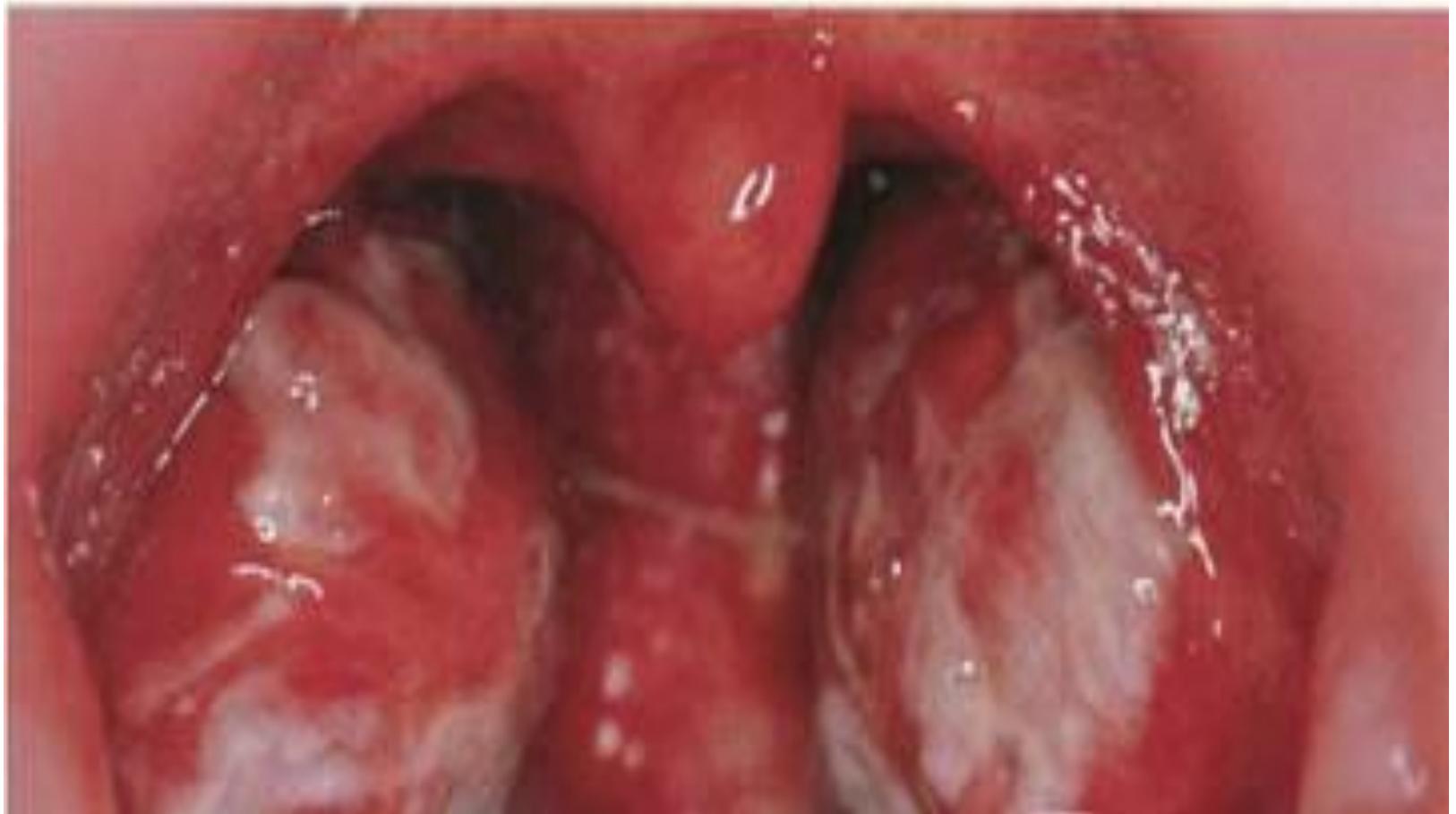
Инфекционный мононуклеоз,

продолжение

- **ОАК:** лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары (более 10 % - диагностически значимо), ускорение СОЭ.
- **Биохимия крови:** повышение активности АЛТ и АСТ, повышение уровня билирубина.
- **ИФА:** первыми появляются антитела к капсидному антигену, далее – к раннему, и в периоде реконвалесценции – к нуклеарному.
- **УЗИ:** гепатоспленомегалия, увеличение лимфатических узлов, расположенных в воротах печени и мезентериальных лимфоузлов.

- **Лечение:** дезинтоксикационная терапия, ГКС, антибактериальные препараты: цефтриаксон, цефотаксим, ЦС + метрогил; жаропонижающие, циклоферон.

**Аминопенициллины
противопоказаны.**







Дифференциальный диагноз между ангиной и ИМ

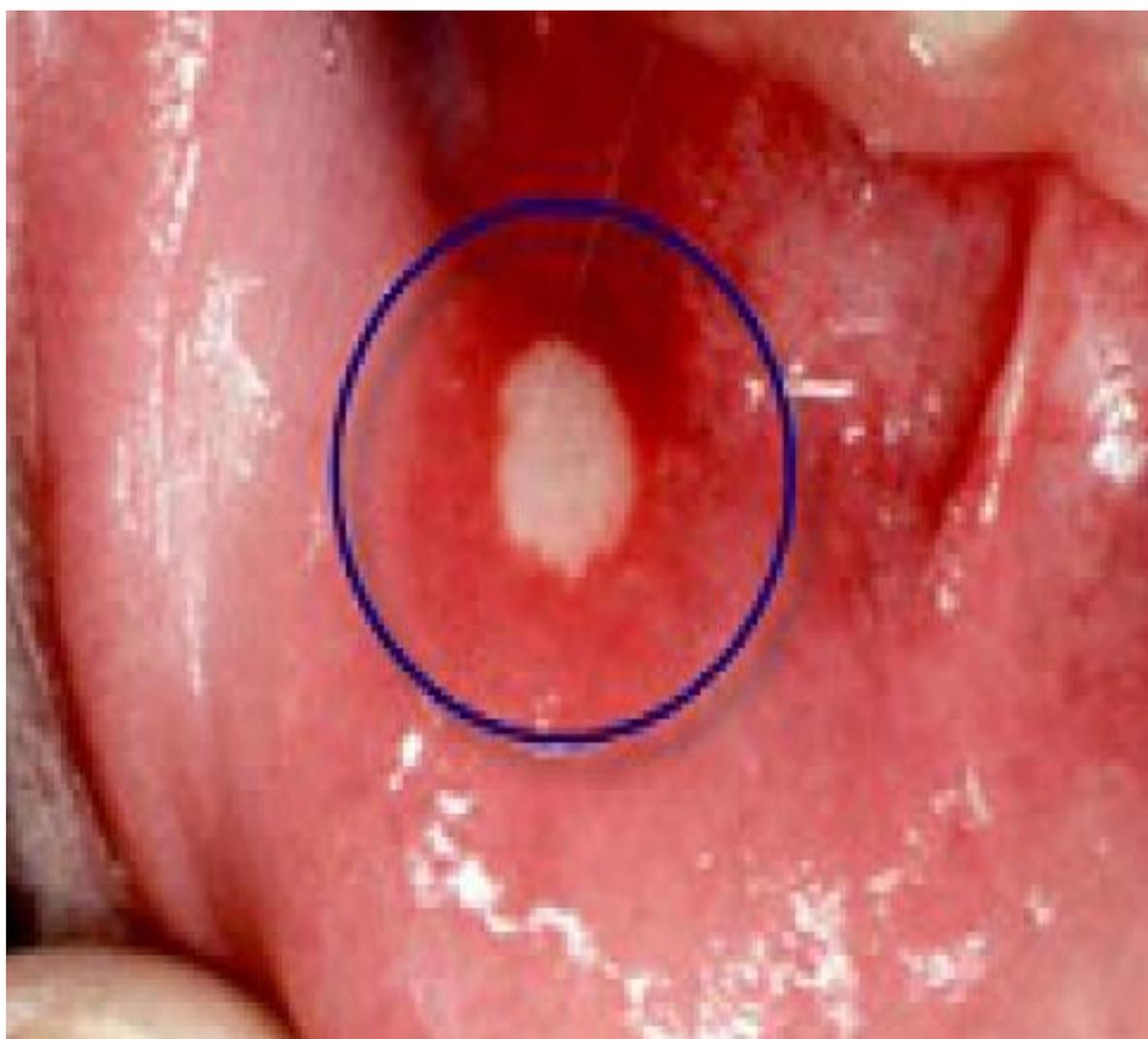
№	Признак	Ангина	Инфекционный мононуклеоз
1.	Анамнез	переохлаждение, холодное питье, контакт с больным	возможно, контакт с больным ИМ, чаще за 7-10 дней до заболевания
2.	Лихорадка	кратковременная	м.б. длительной
3.	Осмотр зева	гиперемия дужек, ангина	дужки, мягкое небо отечны, гиперемированы; ангина
4.	Затруднение носового дыхания	не характерно	характерно
5.	Экзантема	не характерна	возможно развитие экзантемы, пятнистой или пятнисто-папулезной, появление сыпи после применения аминопенициллинов
6.	Лимфоаденопатия	регионарная	генерализованная
7.	Гепатоспленомегалия, желтуха	не характерны	Характерна/желтуха может быть
9.	ОАК	лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево	Лейкоцитоз со сдвигом ЛФ вправо, лимфоцитоз, атип. мононуклеары
10.	Биохимическое исследование крови	АЛТ, АСТ, билирубин – в пределах нормы	повышение активности АЛТ и АСТ, повышение уровня билирубина.
11.	ИФА	-	Антитела к капсидному и раннему

Афтозный стоматит, вызванный вирусами герпеса 1 и 2 типов

- В анамнезе – контакт с больным герпетической инфекцией. Заболевание чаще встречается у детей при первичном инфицировании.
- Клиника: лихорадка, жалобы на отказ от еды и питья, боль в полости рта, слюнотечение. Везикулы быстро вскрываются с образованием эрозий и афт (небольших поверхностных изъязвлений). Элементы бывают единичными и множественными, окружены венчиком гиперемии. Пальпируются регионарные

- **Диагностика: серологические реакции.**
- **Для лечения можно использовать ацикловир, виферон-гель, холисал, метиленовый синий, раствор фурациллина 1: 5000, масло шиповника, а также жаропонижающие, противовоспалительные и антигистаминные препараты, инфузионную терапию.**





Энтеровирусные инфекции

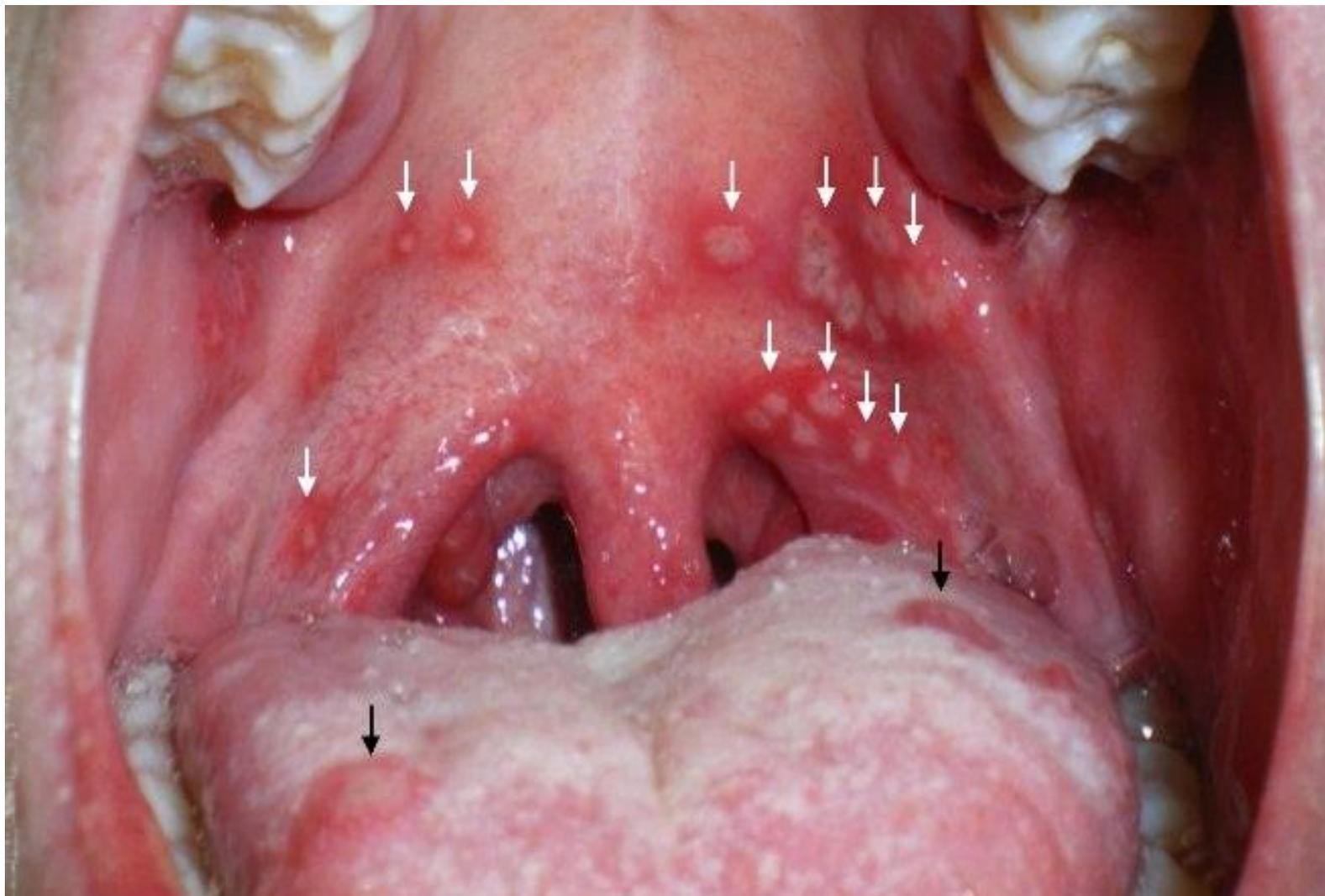
ЭВИ – группа антропонозных инфекций, вызываемых вирусами групп Коксаки и ЕСНО. ЭВИ протекают с поражением кожных покровов, слизистых оболочек, мышц, ЦНС. Источником инфекции является больной человек или вирусоноситель.

Механизмы передачи: фекально-оральный, аспирационный (путь – воздушно-капельный), вертикальный (путь – трансплацентарный).

Герпангина

Острое начало. Лихорадка до 39-40 °С чаще в течение 2-3 дней. Гиперемия небных дужек, мягкого неба, миндалин, язычка. В течение 24-48 часов появляются сгруппированные и единичные папулы, которые превращаются в **везикулы**. Далее образуются **эрозии**, покрытые налетом, с венчиком гиперемии. Боль в горле умеренная или

Герпангина



Герпангина может сочетаться с менингитом, экзантемой, диареей, миалгией

Диагностика: ПЦР

Лечение:

Дезинтоксикационная терапия

Жаропонижающие препараты

Холисал

Противовоспалительные препараты

Менингит: мочегонные пр. (лазикс)

Миозит: анальгетики

**Диарея: сорбенты, спазмолитики,
регидратация**

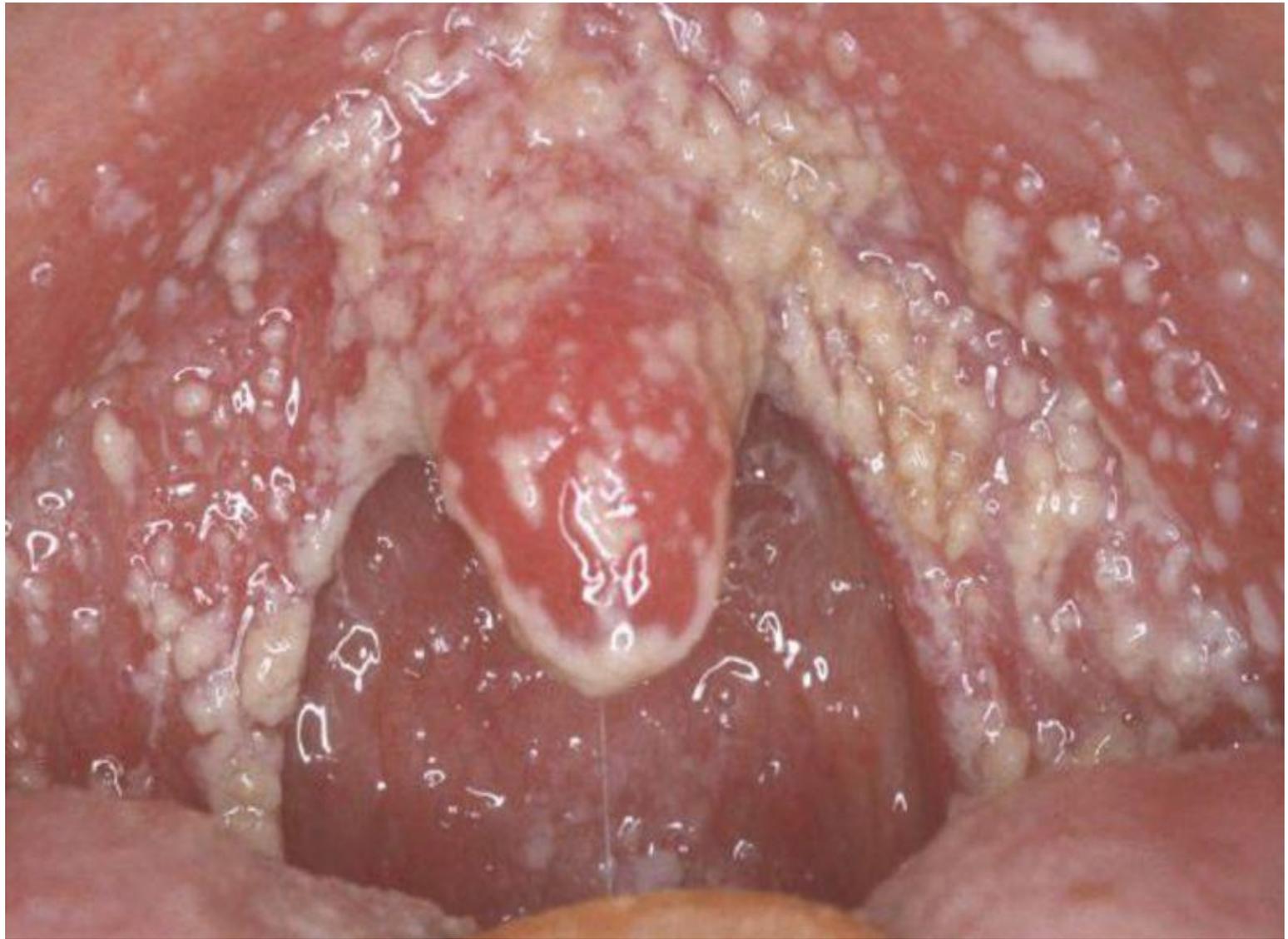
Орофарингеальный кандидоз

- **Этиология: грибы рода Candida.**
- **В анамнезе: применение АБ, ГКС (в т.ч. ингаляционно), ношение зубных протезов, СД, трансплантация органов с последующей медикаментозной иммунодепрессией, ВИЧ-инфекция, другое иммунодефицитное состояние.**

Клиника:

- жалобы на жжение, притупление вкусовых ощущений, боль при глотании, часто жалобы отсутствуют;
- **белый «творожистый» налет**, который легко удаляется, после чего обнажается гиперемизированная или кровоточащая слизистая оболочка;
- гладкие красные очаги атрофии эпителия (**атрофический кандидоз**), эритема и трещины в углах рта (**заеда**), белые бляшки, которые невозможно удалить со слизистой оболочки (**гиперпластический кандидоз**)

- **Микроскопия и посев с определением чувствительности к противогрибковым препаратам.**
- **Лечение:**
противогрибковые препараты (кандид (содержит клотримазол), флуконазол, итраконазол).



Борсичага ялгемикоптация

Языка

- Представляет собой доброкачественную гиперплазию слизистой оболочки, вызванную вирусом Эпштейна-Барр.
- Встречается в основном у ВИЧ-инфицированных пациентов.
- Образуются белесые бородавчатые бляшки, придающие слизистой оболочке лохматый вид.
- Локализация: боковые и нижняя поверхности языка, реже – щеки, мягкое небо
- Нет боли и зуда
- Регрессирует на фоне лечения



Саркома Капоши

- Это многоочаговая злокачественная опухоль сосудистого происхождения, поражающая кожу, слизистые оболочки, лимфоузлы и практически все внутренние органы.
- Проявляется багрово-фиолетовыми бляшками, узлами и отеком окружающих тканей. Все элементы на ощупь плотные, отличимы от окружающих тканей.

- Локализация: кончик носа, периорбитальные области, ушные раковины, десны, нёбо, язычок, туловище, половой член, голени.

- Наблюдается у ВИЧ-инфицированных пациентов

- Химиотерапия





**Благодарю за
внимание!**