

ОСТРЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ У ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Ю.П. Финогеев¹, Д.А. Павлович², С.М. Захаренко¹, В.Ф. Крумгольц¹

¹ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

² Отдел здравоохранения Администрации Пушкинского района, Санкт-Петербург

Acute tonsillitis at infectious patients

Y.P. Finogeev¹, D.A. Pavlovich², S.M. Zakharenko¹, V.F. Krumgolts¹

¹ Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint-Petersburg

² Department of Health Administration of Pushkin District, Saint-Petersburg

Резюме. Обследовано 1824 больных дифтерией, лечившихся в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина (Санкт-Петербург) в 1993–1994 гг. и более 500 пациентов, направленных в поликлинику с диагнозом «ангина». На основе литературных данных и собственных наблюдений исследована этиология острых тонзиллитов. Бактериальные тонзиллиты необходимо лечить антибиотиками, чем и важна этиологическая расшифровка этих заболеваний. Стрептококковый тонзиллит всегда должен быть синдромом ангины как опорно-диагностический признак. При остальных нозологических формах поражение небных миндалин следует называть «тонзиллит». Ангина как β-гемолитический стрептококк группы А инфекция признана ведущей в развитии ревматической лихорадки.

На основании большого клинического материала кратко разобраны клинические проявления различных форм дифтерии с пленчатым тонзиллитом и отмечена клиника вирусных тонзиллитов. Представлены также инфекционные болезни с синдромом тонзиллита как терапевтические и хирургические «маски» инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: тонзиллит, ангина, дифтерия, стрептококк.

Введение

При развитии острого воспаления глотки врач неизбежно вынужден принимать решение о необходимости назначения этиотропных препаратов. С этой точки зрения важно провести дифференциальный диагноз между вирусным и бактериальным тонзиллитом, поскольку при бактериальной этиологии требуется назначение адекватной антибиотикотерапии.

Наиболее частой и значимой причиной бактериальных тонзиллитов являются β-гемолитические стрептококки группы А (БГСА). Острый стрептококковый тонзиллит с поражением небных миндалин принято называть ангиной, это заболевание уже в периоде ранней реконвалесценции может сопровождаться возникновением метатонзиллярных заболеваний. Воспаление небных миндалин при других болезнях именуется тонзиллитом как синдром. На догоспитальном этапе врач любой

Abstract. We examined 1824 patients with diphtheria treated in Clinical Infectious Diseases Hospital Botkin (St. Petersburg) in 1993 – 1994, and more than 500 patients referred to the clinic with a diagnosis of «angina». Based on published data and our own research observations investigated the etiology of acute tonsillitis. Bacterial tonsillitis should be treated with antibiotics, and this is important aetiological interpretation of these diseases. Streptococcal tonsillitis should always be a sore throat syndrome as a diagnostic sign of support. For other forms of lymphoma lesion of the tonsils should not be defined as «angina», and called «tonsillitis». Angina as β-hemolytic streptococcus group A infection is recognized as the leader in the development of rheumatic fever.

On the basis of a large clinical material briefly analyzed the clinical manifestations of various forms of diphtheria with membranous tonsillitis. Also presented with a syndrome of infectious diseases as tonsillitis, therapeutic and surgical «mask» of infectious diseases.

Key words: tonsillitis, sore throat, diphtheria, streptococcus.

специальности может провести дифференциальный диагноз между ангиной, дифтерией, вирусными фарингитами, а также хирургическими и терапевтическими масками инфекционных тонзиллитов. Врачи общей практики, семейные врачи, молодые инфекционисты и др. должны помнить, что фибринозный, пленчатый налет — кардинальный достоверный симптом дифтерии. Лабораторное обнаружение стрептококка А — ключевой вопрос правильного диагноза. При обнаружении БГСА устанавливается диагноз ангины (стрептококкового тонзиллита\фарингита), при исключении — выставляется диагноз острого тонзиллита\фарингита неуточненного [1].

Материалы и методы

Обследовано 1824 больных дифтерией, лечившихся в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина (Санкт-Петербург) в период

эпидемического подъема заболеваемости этой инфекцией в 1993 – 1994 гг. [6]. Кроме того, ЛОР-специалистом Н.Д. Ионовой любезно представлены материалы по обследованию в амбулаторных условиях более 500 пациентов, направленных к врачу с диагнозом «ангина».

Результаты и обсуждение

Острое воспаление небных миндалин и/или фарингеальной области является одним из наиболее распространенных заболеваний среди населения всех возрастных групп. Многие бактериальные и вирусные микроорганизмы ответственны за развитие данной патологии. Наиболее частые инфекционные агенты, вызывающие острое воспаление глотки, представлены в табл. 1 [1].

Таблица 1

Микроорганизмы, ответственные за развитие острой инфекции глотки [1]

Микроорганизмы	Заболевания/синдромы
Бактерии:	
Streptococci group A	Тонзиллит, скарлатина
Streptococci groups C, G	Ангина Винсента
Mixed Anaerobes	Тонзиллит, скарлатиноподобная сыпь
Neisseria gonorrhoeae	Тонзиллит, гонорея
Corynebacterium diphtheriae	Дифтерия
Arcanobacterium haemolyticum	Скарлатиноподобная сыпь
Yersinia enterocolitica	Энтероколит
Yersinia pestis	Чума
Francisella tularensis	Туляремия (орофарингеальная форма)
Вирусы:	
Rhinovirus	Ринит
Coronavirus	Ринит
Adenovirus	Фарингит, конъюнктивит
Herpes simplex virus types 1,2	Гингивостоматит
ParaInfluenza virus	Острое респираторное заболевание
Epstein-Barr virus	Инфекционный мононуклеоз
Cytomegalovirus	Цитомегаловирусный мононуклеоз
HIV	Первичная ВИЧ-инфекция
Influenza A,B	Грипп
Микоплазмы:	
Mycoplasma pneumoniae	Пневмония, бронхит
Хламидии:	
Chlamydia psittaci	Острое респираторное заболевание, пневмония
Chlamydia pneumoniae	Пневмония

При развитии острого воспаления глотки чрезвычайно важно провести дифференциальный диагноз между вирусной этиологией данного заболевания, при которой системная антибиотикотерапия не показана, и бактериальным тонзиллитом, требующим назначения антибактериальных препаратов. Наиболее частой и значимой бактериальной причиной таких состояний являются β -гемолитические стрептококки группы А (БГСА). Такая нозологическая форма носит название «ангина».

Большое социальное и медицинское значение БГСА-инфекции обусловлено быстрым ее распространением и высокой контагиозностью, а также развитием гнойных и негнойных осложнений, сопровождающихся высокой инвалидизацией и смертностью.

Признание этиологической роли БГСА в возникновении и развитии острой ревматической лихорадки и его влияния на дальнейшее прогрессирование ревматического процесса лежит в основе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на борьбу с этим заболеванием и определяет важность своевременной диагностики и назначения соответствующей антибиотикотерапии острого БГСА-тонзиллита.

К сожалению, нет строго специфических клинических симптомов, указывающих на этиологию острого тонзиллита. Необходимо помнить, что такие признаки, как охриплость голоса, кашель, слезоточивость и ринит, чрезвычайно редко сопровождают А-стрептококковую инфекцию глотки и, как правило, характерны для вирусного поражения. Увеличение передних шейных лимфатических узлов у многих детей может наблюдаться и без воспалительных явлений в глотке, однако болезненность регионарных лимфатических узлов является характерным клиническим признаком действительной А-стрептококковой инфекции.

Таким образом, ангина – острое инфекционно-аллергическое заболевание, вызываемое БГСА, когда воспалительные изменения выражены преимущественно в небных миндалинах. Процесс может локализоваться и в других лимфоидных тканях глотки – в язычных, гортанных, носоглоточных миндалинах; им соответствуют язычные, гортанные и ретроназальные (носоглоточные) ангины. Воспаление миндалин нестрептококковой природы носит название «тонзиллит» (табл. 2, 3).

Исторически сложилось так, что некоторые нозологические формы и синдромы авторами, впервые их описавшими, были названы «ангинами», что сохраняется до сих пор: ангина Симановского – Плаута – Венсана, ангина Дюге, ангина Людвига и пр. (Н.П. Симановский, 1854 – 1922, отечественный оториноларинголог; Playt, 1958 – 1928, немецкий врач; Vincent, французский бактериолог;

Дюге, 1837–1914, французский врач; Людвиг, 1780–1851, немецкий хирург).

Таблица 2

Клинические признаки, характерные для острого БГСА-тонзиллита и нестрептококковой инфекции глотки [1]

Клинические признаки	БГСА-тонзиллит	Нестрептококковая инфекция глотки
Возраст	5–15 лет (наиболее часто)	Любой возраст
Начало заболевания	Внезапное	Более постепенное
Лихорадка	Высокая ($T > 38^{\circ}\text{C}$)	Преимущественно субфебрильная температура
Клинические признаки воспаления глотки	Гиперемия, отечность фарингеальной области и миндалин, увеличение миндалин, гнойный экссудат, точечные геморрагии на мягком небе	Гиперемия фарингеальной области
Другие признаки	Болезненность передних шейных лимфатических узлов	Кашель Охриплость голоса Конъюнктивит Диарея Ринит

Таблица 3

Осложнения БГСА-тонзиллита

Гнойные осложнения (являются редкими, но чрезвычайно опасными, нередко сопровождаются полиорганной недостаточностью и высокой смертностью, превышающей 30%)	Негнойные осложнения
Перитонзиллярный или ретрофарингеальный абсцесс Мастоидит Менингит Некротизирующий фасциит Стрептококковый миозит Стрептококковый токсический шокоподобный синдром	Острая ревматическая лихорадка Острый гломерулонефрит

Основными возбудителями других инфекционных тонзиллитов являются патогенные и условно-патогенные кокки: стафилококки, пневмококки и др. В последние годы увеличилось число тонзиллитов, в развитии которых принимают участие условно-патогенные бактерии родов моракселла, ацинетобактерии, клебсиелла, листерия и др. Не менее часто встречаются вирусные тонзиллиты, возбудителями которых являются аденовирусы и герпесвирусы. Ангина Симановского – Плаута – Венсана вызывается симбиозом фузоспириллезной флоры полости рта. Встречаются и паразитар-

ные тонзиллиты, возбудителями которых являются амебы ротовой полости, и грибковые ангины (кандидомикозы, лептотрихозы).

По фарингоскопической картине различают: 1 – катаральную, 2 – фолликулярную, 3 – лакунарную, 4 – фибринозную, 5 – герпетическую, 6 – флегмонозную (интратонзиллярный абсцесс), 7 – язвенно-некротическую, 8 – смешанную формы [4].

По этиологии выделяют: 1 – бактериальные, 2 – вирусные (аденовирусные, герпесвирусные), 3 – вирусно-бактериальные, 4 – ангина Венсана, 5 – грибковые тонзиллиты, 6 – паразитарное воспаление миндалин. Различают первичные и вторичные тонзиллиты (при острых инфекционных заболеваниях – кори, скарлатине, дифтерии, сифилисе, инфекционном мононуклеозе и т. д.), и при заболеваниях системы крови [1].

Гетерогенность возбудителей обуславливает многообразие клинических проявлений. Основными общими симптомами являются: боли в горле при глотании, недомогание, повышение температуры тела, головная боль, симптомы интоксикации. Выраженность симптомов обуславливается вирулентностью (патогенностью) возбудителя и состоянием реактивности организма.

При дифференциальной диагностике особое внимание обращается на диагностику дифтерии как часто тяжелого заболевания [5, 6].

В МКБ X различают следующие диагнозы острых тонзиллита и фарингита:

- J02.0 Острый стрептококковый фарингит
- J02.8 Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J02.9 Острый фарингит неуточненный
- J03.0 Острый стрептококковый тонзиллит (ангина)
- J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J03.9 Острый тонзиллит неуточненный

Таким образом, лабораторное определение стрептококка А – ключевой вопрос. БГСА либо должен быть определен – выставляется диагноз стрептококковой ангины (тонзиллита/фарингита), либо исключен – выставляется диагноз острого тонзиллита/фарингита неуточненного. В поликлинической практике из 500 больных, направленных с диагнозом «ангина», стрептококковый тонзиллит (ангина) был выявлен только в 65% случаев. Данное правило поддерживается требованиями руководящих документов, согласно которым больному с острым тонзиллитом (ангиной) в обязательном порядке должна быть проведена бактериологическая диагностика для определения β -гемолитического стрептококка группы А и исследование слизи и гноя с миндалин на коринебактерии дифтерии.

Особо важно своевременно выявить тонзиллит при дифтерии, что определит неотложную терапию при этом заболевании [7].

В последнее время рядом авторов вместо термина «дифтерия зева» предложен термин «дифтерия ротоглотки». Так, согласно Парижской, Базельской, Иенской анатомическим номенклатурам, зев (*fauces*) — «задний суженный отдел ротовой полости, посредством которого она сообщается с глоткой. Зев образован: сверху задним краем мягкого нёба, по сторонам — нёбно-глочной и нёбно-язычной дужками (передние и задние дужки и нёбные миндалины) и снизу верхней поверхностью корня языка»; ротоглотка (ротовая часть глотки — *pars oralis pharyngis*) — «средняя часть глотки (между уровнями твёрдого нёба и верхнего края надгортанника), спереди граничит с зевом, через который она сообщается с полостью рта, носа, гортани».

Различают типичные и атипичные формы дифтерии. Типичные сопровождаются фибринозным характером воспаления (с образованием фибринозной плёнки), а атипичные — катаральным (без налёта). При типичной дифтерии различают локализованные и распространённые формы заболевания. При локализованной дифтерии фибринозный налёт ограничивается поверхностью поражённого органа, а при распространённой — выходит за пределы поражённого органа. Отдельно выделяют токсическую дифтерию, сопровождающуюся выраженной интоксикацией, а также токсическим отёком подкожной клетчатки вокруг патологического очага [3, 6].

Локализованные формы (кроме дифтерии гортани) отнесены к лёгким, распространённые — к среднетяжёлым, токсические — к тяжёлым. Кроме того, отдельно выделяют комбинированную форму, протекающую с поражением двух и более анатомически отдалённых органов.

Помимо этого выделяют острое, подострое, рецидивирующее, хроническое течение дифтерии. В последние годы описано генерализованное течение дифтерии — развитие дифтерийного сепсиса у больных с сопутствующими заболеваниями внутренних органов и хроническим алкоголизмом.

Дифтерия зева является наиболее частой формой заболевания у взрослых, так из 1824 больных дифтерией, включённых нами в анализ и находившихся на лечении в Клинической больнице им. С.П. Боткина (Санкт-Петербург) в 1993 году, у 1674 пациентов (91, 78%) диагностирована именно эта форма дифтерии.

Обычно она проявляется различной выраженности клиническими проявлениями: атипичной (с катаральным характером воспаления поражённых тканей) или типичной (с образованием фибринозных плёнок на месте расположения дифте-

рийного процесса). Типичная дифтерия зева протекает в лёгкой (локализованной — островчатой или плёнчатой), среднетяжёлой (распространённой) и тяжёлой (токсической) формах. По различным данным катаральная дифтерия зева у взрослых диагностируется у 15–24%, островчатая — у 29–34%, плёнчатая — у 15–30%, распространённая — у 7–30% и токсическая — у 2,2–21,5% больных [6, 7].

При *катаральной форме дифтерии зева*, в отличие от ангины, отмечается умеренная общая интоксикация (недомогание, повышенная утомляемость), кратковременная субфебрильная температура тела, незначительные боли в горле при глотании, гиперемия нёбных миндалин, увеличение до 1,0 см и относительная безболезненность углочелюстных лимфатических узлов, нарастание титра антитоксина в сыворотке крови, в части случаев возможно бактериологическое выделение возбудителя из материала со слизистой оболочки ротоглотки. Диагноз катаральной формы дифтерии может быть поставлен только в эпидемическом очаге этой инфекции.

Катаральное воспаление — это начальная стадия воспалительного процесса любой этиологии. Иногда так называемая катаральная форма может быть продромальным периодом, так как в ряде случаев удавалось проследить прогрессирование процесса и появление типичных фибринозных налётов в виде островков или сплошной плёнки в последующие дни болезни.

Локализованная дифтерия зева диагностируется при постепенном (72,5%) или остром (27,5%) начале болезни, умеренно выраженной общей интоксикации (общая слабость, тяжесть в голове, нарушение аппетита, вялость), температуре тела 37,5–38,0°C (в ряде случаев до 39,5°C). При островчатой или плёнчатой формах дифтерии умеренная (75,8%) или значительная (24,2%) боль в горле при глотании, неяркая, застойная гиперемия тканей зева, типичный фибринозный (66,7%), не выходящий за пределы нёбных миндалин и носящий островчатый (до 5 мм в диаметре) или плёнчатый характер налёта, увеличение до 1,0–2,0 см и болезненность углочелюстных лимфатических узлов, изменения периферической крови (умеренный лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышение СОЭ).

При островчатой дифтерии налёты в первые сутки нежные, тонкие, «паутинообразные», легко снимаются тампоном, поверхность после удаления плёнки не кровоточит. Налёты после снятия появляются вновь, уплотняются, выступают над уровнем миндалин. При плёнчатой дифтерии зева налёты появляются также уже в первый день болезни, имеют беловато-жёлтую окраску, легко снимаются, поверхность нёбных миндалин не кровоточит. На вторые сутки налёт уплотняется,

выступает над поверхностью нёбных миндалин. При насильственном отторжении плёнки на поверхности миндалин появляются кровоточащие эрозии. Плёнка, помещённая в сосуд с водой, тонет, не растворяется и не теряет свою форму, между двумя шпателями не растягивается.

При своевременной специфической терапии через 1–2 суток от начала лечения налёты начинают истончаться, «таять» под действием сыворотки и на 2–3 сутки миндалины очищаются от налётов.

У 33,3% больных с локализованной дифтерией зева наблюдается атипичный гнойно-фибринозный, исходящий из лакун, налёт. Таким больным, как правило, ошибочно устанавливался первичный диагноз лакунарной ангины, и только на 3–4 сутки после микробиологического выделения *Corynebacterium diphtheriae* диагностировалась локализованная форма дифтерии зева.

Продолжительность сохранения налётов у больных, которые не получили специфической сыворотки, — до 10–14 и более дней. При раннем введении сыворотки эффект «таяния» налётов продолжается до 3–5 дней от момента введения сыворотки.

В 42,51% случаев токсическая дифтерия зева протекала в субтоксической, в 21,16% — в токсической I степени, в 27,54% — в токсической II степени и в 7,78% — в токсической III степени формах (6). При токсической дифтерии зева отмечалась резко выраженная общая инфекционная интоксикация (общая слабость, головная боль, отсутствие аппетита, бледность кожи, тошнота), повышение температуры тела до 39,0–40,0°C, выраженный плёнчатый тонзиллит, значительная (87,8%) или умеренная (12,2%) боль в горле при глотании, сухость во рту, синюшно-застойная гиперемия и выраженный отёк тканей глотки, а также типичные фибринозные налёты, выходящие за пределы нёбных миндалин. Углочелюстные лимфатические узлы были увеличены до 3,0–4,0 см в диаметре. Отмечался отёк подкожной клетчатки шеи. Практикующим врачам следует помнить, что при субтоксической форме отёк подчелюстной области односторонний, при токсической I степени — отёк двухсторонний, распространяющийся до щитовидного хряща, при токсической II степени — до ключиц, а при токсической III степени — на грудную клетку, в части случаев на заднюю поверхность шеи и спину).

Дифференциальный диагноз при синдроме тонзиллита включает и менее известные заболевания, часть из которых приведена ниже.

Язвенно-некротическая ангина Симановского – Плаута – Венсана. При ней отсутствует интоксикация, боль при глотании незначительная, процесс обычно односторонний. Местные проявления представляют собой кратерообразное

углубление на миндалине, чаще в верхнем полюсе. Язва покрыта рыхлым творожистым налётом желтовато-грязного или зеленоватого цвета, при попытке снять налёт легко кровоточит.

Ангина Дюге. Это набухание нёбных миндалин и дужек с появлением на них мелких округлых язвочек с серовато-белым цветом дна, иногда наблюдающееся при брюшном тифе.

Инфекционный мононуклеоз (моноцитарная ангина, болезнь Филатова, болезнь студентов, железистая лихорадка и др.). Это острая инфекционная болезнь, вызываемая вирусом Эпштейна – Барр, с преимущественно воздушно-капельным путём передачи возбудителя инфекции, характеризующаяся поражением системы мононуклеарных фагоцитов и протекающая с лихорадкой, тонзиллитом, полиаденитом, гепатолиенальным синдромом, лейкоцитозом с преобладанием базофильных лейкоцитов (атипичные мононуклеары). Тонзиллит при инфекционном мононуклеозе может быть катаральным, фолликулярным, лакунарным и язвенно-некротическим. У некоторых больных наблюдаются полиморфная сыпь или желтуха.

Кандидоз полости рта. Общая интоксикация отсутствует, редко наблюдается субфебрильная температура тела. Болевой реакции нет. При осмотре слизистая зева обычной окраски. При дрожжевых грибах налёты белого цвета, помимо миндалин располагаются на слизистых рта, глотки, щёк и языка, разнообразны по величине и форме, рыхлые, легко снимаются. Течение грибковых поражений длительное.

Болезни крови (острый лейкоз, агранулоцитоз). Острый лейкоз и агранулоцитоз отличаются длительным течением и лихорадкой, сопровождающейся большими суточными размахами температуры тела, с ознобами и обильным потоотделением, сравнительно поздним присоединением некротического тонзиллита (на 5–7-е сутки заболевания), геморрагической сыпью, гепатолиенальным синдромом, а также характерными изменениями картины периферической крови (при лейкозах — гиперлейкоцитоз или нормоцитоз с преобладанием высокодифференцированных и молодых клеток при отсутствии переходных; при агранулоцитозе — лейкопения с одновременным резким снижением числа нейтрофилов).

Сифилис. Первичный сифилис — формирование твёрдого шанкра в месте первичного внедрения возбудителя. Вначале появляется красноватое пятно, которое принимает вид папулы с последующим возникновением поверхностной эрозии или язвы. Твёрдый шанкр выглядит как округлая или овальная эрозия, поверхностная язва с чёткими ровными границами, блюдцеобразной формы, с гладким блестящим розовым дном. Через несколько дней поверхность шанкра может приобрести

сероватый цвет. Островоспалительные явления вокруг шанкра отсутствуют, отмечается скудное серозное отделяемое. В основании первичного аффека имеется инфильтрат плотноэластической, хрящевидной консистенции, безболезненный при надавливании шпателем и характеризуется отсутствием болей при глотании. При присоединении вторичной инфекции шанкр приобретает отёчность, отделяемое становится гнойным или серозно-гнойным, появляется болезненность в месте шанкра и регионарных лимфатических узлов.

Шанкр-амигдалит проявляется односторонним увеличением миндалина, её значительной плотностью без дефекта на поверхности. Увеличенная гиперемированная миндалина заслоняет просвет зева, может вызвать изменение голоса, болезненна при глотании. Типичен специфический подчелюстной и шейный лимфаденит, односторонний, нередко болезненный.

Папулёзные сифилиды развиваются во вторичном периоде сифилиса, обычно располагаются на миндалинах (как правило, одностороннее поражение), реже — на твёрдом и мягком нёбе, губах, дёснах, языке, достигают 1–1,5 см в диаметре. Центральная часть папул приобретает серовато-беловатый оттенок, по периферии окружена узкой каемкой синюшно-красноватого цвета. Папулёзные сифилиды выступают над уровнем слизистой, плотны, не снимаются шпателем, что придаёт им сходство с дифтерийными налётами. Процесс течёт неделями, без интоксикации, болей при глотании. Регионарные лимфатические узлы увеличены, плотны, безболезненны.

Ангинозная форма туляремии. При ней миндалины не отёчны, налёт не возвышается над поверхностью миндалин, отмечается значительное увеличение лимфатических узлов с формированием шейного бубона.

Распространенную дифтерию зева следует отличать от *афтозного стоматита*. Вызывается вирусом простого герпеса или некоторыми штаммами энтеровирусов (герпангина). Вначале — красные пятна, затем везикулы, эрозии, поверхностные некрозы, пропитанные фибрином. Процесс локализуется на миндалинах и других участках полости рта. Характерна выраженная длительная лихорадка, слюнотечение, болевой синдром с отказом от приёма пищи.

Болезнь Бехчета (H. Behcet, 1889–1948, турецкий дерматолог). Встречается у молодых мужчин, характеризуется афтозно-язвенным некрозом слизистой зева, ротовой полости, глотки с одновременным поражением слизистой глаз и гениталий. Хроническая рецидивирующая болезнь вследствие нарушений в иммунной системе. Наблюдается преимущественно на Ближнем Востоке и в Азии.

Туберкулёз миндалин. Проявляется казеозными язвами с фибринозно-некротическим налётом на миндалинах. Иногда — бугорки на слизистой зева. Регионарные подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены в виде пакетов, болезненны при пальпации и спаяны между собой. У больных обычно выявляется туберкулёз лёгких или гортани.

Токсические или химические ожоги слизистых. Характеризуются тем, что процесс охватывает слизистую губ, щёк, языка, иногда лица. Ожог сопровождается резкими болями. Ожоговая ткань приобретает серовато-белый цвет, она возвышается над здоровой тканью.

Токсическую дифтерию необходимо дифференцировать с **паратонзиллярным абсцессом**. Обычно это осложнение ангины сопровождается второй волной лихорадки. При дифтерии болевой синдром менее выражен, хотя может быть даже тризм, однако эти симптомы постепенно ослабевают, несмотря на прогрессирование отёка и налётов (в результате анальгезирующего действия токсина). При паратонзиллярном абсцессе болевой синдром в динамике нарастает, при пальпации выражен тризм жевательной мускулатуры. Облегчение наступает при вскрытии абсцесса. Характерен односторонний отёк, нет соответствия налета и отёка — увеличение отёка не сопровождается переходом налёта с миндалин на мягкое нёбо; налёт вообще может отсутствовать.

Паротит эпидемический (заушница, свинка). Это острая инфекционная болезнь, вызываемая вирусом паротита, передающаяся воздушно-капельным путём; характеризуется воспалением околоушных желёз, реже — яичек и других желёз, иногда с поражением нервной системы, поджелудочной железы. При паротите боль при жевании, при дифтерии — при глотании. Боль резко выражена впереди и позади мочки уха при надавливании (симптом Филатова). При одностороннем поражении слюнных желёз больной наклоняет голову в сторону поражения. Большое диагностическое значение имеет симптом Мурсу — воспалительная реакция слизистой оболочки в области выводного протока поражённой околоушной железы.

Ангина Людвига. Это гнилостно-некротическая флегмона поднижнечелюстного пространства, распространяющаяся с вовлечением подъязычного и подбородочного пространства. Проявляется припухлостью в подчелюстной области, которая может спускаться на шею и подниматься на лицо. Имеется инфильтрация и отёк тканей дна полости рта, просвет зева сужен, подъязычное пространство покрыто фибринозным налётом. Глотание невозможно, голос хриплый. В отличие от дифтерии отек мягких тканей имеет деревянистую плотность, кожа над отёком вначале бледная, а затем покрывается красными и багрово-синюшными пятнами.

Круп (от шотланд. *croop* — каркать) — острая обструкция верхних дыхательных путей в области гортани, характеризующаяся лающим кашлем с затрудненным и шумным дыханием, развивается при некоторых инфекционных заболеваниях.

Хронический тонзиллит несомненно труден для дифференциальной диагностики ангины, особенно повторной. Однако хронический тонзиллит протекает в виде периодических обострений и ремиссий. Обострения провоцируются перенесенными ОРЗ или другими заболеваниями. Отмечаются общая слабость, субфебрилитет, утомляемость, неприятные ощущения в области сердца. В патогенезе хронического тонзиллита определенная роль принадлежит снижению местной резистентности и общей реактивности организма [4].

Некоторые синдромы при острых тонзиллитах

Захорского синдром (herpangina) — инфекционное (Коксаки-вирус подгруппы А) заболевание с катаральной ангиной и герпетическими высыпаниями на небе и зеве: кратковременная интермиттирующая лихорадка, нехарактерные общие симптомы, боль в горле при глотании, пузырьки с последующими изъязвлениями на миндалинах, небных дугах и мягком небе; окружность пузырьков гиперемирована. Региональные лимфатические узлы не увеличены; часто (но необязательно) — конъюнктивит; боль в мышцах и в животе, понос. Течение доброкачественное. Срок инкубации 2–6 дней. Преимущественно болеют дети.

Клейншмидта синдром — своеобразная форма течения инфлюэнцы: острое начало болезни с лихорадкой, болями в горле и затылочной ригидностью; через некоторое время присоединяется стеноз трахеи с инспираторным стридором; расширены границы сердца, шум трения перикарда. При пункции полости перикарда получают серозно-гнойный или гнойный экссудат. Кроме того, часто отмечается плевропневмония или гнойный плеврит. Обычно позже присоединяется гнойный менингит с помрачением сознания и расстройствами кровообращения. Прогноз сомнительный, особенно в случаях менингеальной инфекции.

Лутца – Сплендоре – Алмейда синдром — южноамериканский бластомикоз: болезнь вызывается грибом *Blastomyces brasiliensis*, наблюдается преимущественно у мужчин-садоводов, главным образом в Бразилии. Около рта, носа, и на слизистой оболочке щек появляются узелки, которые позднее изъязвляются; процесс в дальнейшем затрагивает регионарные лимфатические узлы, где появляются гнойные фистулы; нередко диссеминация гематогенным или лимфогенным путем во внутренние органы (преимущественно пищеварительного тракта).

Майергофера синдром — синдром 3–4-го дня продромального периода кори: припухлость лимфоузлов (полиаденит), боль в илеоцекальной области (псевдоаппендицит), катаральная либо фолликулярная ангина.

Пирингера синдром — подострый доброкачественный негнойный лимфаденит преимущественно области шеи: обычно наблюдается у больных с рецидивирующими ангинами и ревматоидными суставными симптомами в анамнезе; лимфатические узлы шеи и затылка постепенно размягчаются и увеличиваются, достигая величины грецкого ореха; самочувствие не нарушается; обычно лихорадка не наблюдается. В крови значительно повышено количество β - и γ -глобулинов; количество общего белка нормальное. Прогноз благоприятный; в течение нескольких месяцев симптомы болезни исчезают.

Пфайффера синдром (I) — острое доброкачественное вирусное заболевание с поражением лимфатической ткани: атипичная острая лихорадка длительностью 1–3 недели; генерализованное или региональное увеличение лимфатических узлов; увеличение селезенки и печени; в крови лейкоцитоз (10–40 тыс. в 1 мкл); 40–90% моноцитов или моноцитоподобных клеток. Болезнь часто начинается с катаральной, лакунарной или язвенно-некротической ангины; нередко наблюдаются атипичные (менингеальные, кардиальные, печеночные, абдоминальные) формы; время инкубации 4–15 дней. Наблюдаются рецидивы. Нередки высыпания, напоминающие крапивницу, корь, скарлатину.

Пфайффера синдром (II) — появление легкого кашля, боли при глотании и боли по средней линии живота, что возможно указывает на увеличение околопищеводных, заднетрахеальных и брыжеечных лимфоузлов при инфекционном мононуклеозе.

Пфайффера синдром (III) — лихорадка, незначительно выраженный понос, увеличение печени и селезенки как проявление изолированного увеличения брыжеечных лимфоузлов при инфекционном мононуклеозе.

Рудзитиса синдром — симптомокомплекс в случаях очаговой инфекции: дентальный или тонзиллярный очаг инфекции, регионарный (преимущественно субмандибулярный) лимфаденит, фолликулиты лица и (или) туловища.

Тонзиллокардиальный синдром — симптомы миокардиодистрофии у больного хроническим тонзиллитом, обусловленные интоксикацией.

Выводы

Таким образом, при самых различных заболеваниях встречаются одинаковые патологоанатомические изменения в области глотки и

миндалин, входящих в состав кольца Вальдеера — Пирогова. Анализ врачебных ошибок в диагностике ангины свидетельствует, что одной из причин является незнание врачами ряда форм тонзиллитов, в частности, синдрома тонзиллита при неинфекционных заболеваниях. Врачи общей практики, терапевты, педиатры склонны почти любую гиперемию ротоглотки в сочетании с хотя бы минимальными изменениями небных миндалин трактовать как ангину.

Практикующим врачам следует помнить, что острое воспаление небных миндалин и/или фарингеальной области вызывается многочисленными бактериальными и вирусными агентами. Не всегда по клиническим признакам можно предположить этиологию тонзиллитов, особенно в начальном периоде заболевания.

Наиболее частой причиной острогуберального тонзиллита — ангины — является β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Гнойные и негнойные осложнения ангины часты и сопровождаются высокой частотой инвалидизации. Воспаление небных миндалин при других инфекционных (не БГСА-этиологии) заболеваниях следует называть тонзиллитом (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, туляремия, скарлатина, цитомегаловирусный мононуклеоз и др.). Диффе-

ренциальный диагноз острых тонзиллитов при инфекционных заболеваниях имеет особое значение на догоспитальном этапе. При любом заболевании с синдромом тонзиллита необходимо исследовать материал (слизь, гной) с миндалин на коринебактерии дифтерии и β -гемолитический стрептококк.

Литература

1. Балабанова, Р.М. Диагностика и антибактериальная терапия острого стрептококкового тонзиллита / Р.М. Балабанова, Т.П. Гришаева // Справочник поликлинического врача. — 2005. — С. 17–19.
2. Лобзин, Ю.В. Маски инфекционных болезней / Ю.В. Лобзин [и др.] // — СПб.: Фолиант, 2002. — 200 с.
3. Ляшенко, Ю.И. Некоторые особенности клиники и эпидемиологии дифтерии в ограниченных коллективах взрослых / Ю.И. Ляшенко, В.П. Жданов, А.С. Мясников // Воен.-мед. журн. — 1987. — № 9. — С. 38–42.
4. Ляшенко, Ю.И. Стрептококковые болезни. Дифтерия: руководств по инфекционным болезням / Ю.И. Ляшенко. — СПб.: Фолиант, 2003. — Ч. 1. — С. 146–165; С. 197–207.
5. Ляшенко, Ю.И. Дифференциальная диагностика дифтерии у взрослых / Ю.И. Ляшенко [и др.] // Журнал инфектологии. — 2010. — Т. 2, № 4. — С. 6–14.
6. Павлович, Д.А. Клинические формы, осложнения и исходы дифтерии у взрослых: автореф. дис. канд. мед. наук / Д.А. Павлович. — СПб., 1996. — 16 с.
7. Покровский, В.И. Дифтерия у взрослых / В.И. Покровский [и др.] // Сов. медицина. — 1984. — № 11. — С. 89–93.

Авторский коллектив

Финогеев Юрий Петрович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел. раб.: 8(812)329-71-65, моб. 8(921)927-55-91;

Павлович Дмитрий Алексеевич — кандидат медицинских наук, начальник отдела здравоохранения администрации Пушкинского района Санкт-Петербурга;

Захаренко Сергей Михайлович — кандидат медицинских наук, доцент, заместитель начальника кафедры инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Тел. раб.: 8(812)292-34-33, 8(812)329-71-65, моб. 8(911)225-77-34, e-mail: zsm1@mail.ru;

Крумгольц Вячеслав Францискович — кандидат медицинских наук, доцент, ассистент кафедры инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел. раб.: 8(812)329-71-65, моб. 8(911)293-57-65, e-mail: KWF@list.ru.