

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ПРОТЕКАЮЩИХ С СИНДРОМОМ ТОНЗИЛЛИТА**

Учебное пособие

Под редакцией А.А. Шульдякова, Е.П. Ляпиной

Издательство
Саратовского государственного медицинского университета
2018

УДК [616-022:616/.618:616.322-002.2-008.6]-079.4(075.8)

ББК 55.14+52я73

Д 503

Авторы:

А.А. Шульдяков, Е.П. Ляпина, К.Х. Рамазанова, Д.А. Сретенская,

И.Б. Гаврилова

Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих
Д 503 **с синдромом тонзиллита:** учеб. пособие / А.А. Шульдяков,
Е.П. Ляпина, К.Х. Рамазанова [и др.]; под ред. А.А. Шульдякова,
Е.П. Ляпиной; Саратов. гос. мед. ун-т. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед.
ун-та, 2018. – 108 с.

В учебном пособии в сравнительном аспекте представлены клинические симптомы заболеваний, сопровождающихся поражением миндалин, что имеет большое значение в дифференциальной диагностике инфекционной и неинфекционной патологий.

Издание предназначено для системы послевузовского профессионального образования врачей.

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор **В.Ф. Павелкина;**

доктор медицинских наук, профессор **А.А. Суздальцев**

Рекомендуется к изданию ЦКМС СГМУ

© Авторы, 2018

© Саратовский государственный медицинский
университет, 2018

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – антиген	РСК – реакция связывания
АД – артериальное давление	комплемента
АЛТ – аланинаминотрансфераза	РТГА – реакция торможения
АСТ – аспартатаминотрансфераза	гемагглютинации
АТ – антитело	СОЭ – скорость оседания
ВИЧ, HIV – вирус иммунодефицита	эритроцитов
человека	УЗИ – ультразвуковое
ДВС – диссеминированное	исследование
внутрисосудистое свертывание (крови)	ЦНС – центральная нервная
ДНК – дезоксирибонуклеиновая	система
кислота	ЧДД – число дыхательных
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт	движений
ИФА – иммуноферментный анализ	ЧМН – черепно-мозговые нервы
КТ – компьютерная томография	ЧСС – частота сердечных
ЛА – лимфаденопатия	сокращений
ЛУ – лимфатические узлы	ЭКГ – электрокардиограмма
НПВС – нестероидные	ЯМР – ядерный магнитный
противовоспалительные средства	резонанс
ОРВИ – острые респираторные	CMV – цитомегаловирус
вирусные инфекции	EBV – вирус Эпштейна – Барр
ПЦР – полимеразная цепная	ECHO – эховирусы (англ. ECHO,
реакция	Enteric Cytopathic Human Orphan)
РА – реакция агглютинации	HCV, HBV – вирус гепатита С,
РИА – радиоиммунный анализ	вирус гепатита В
РИФ – реакция	HFМК – рот-рука-нога болезнь
иммунофлюоресценции	(Hands-Fuss-Mund-Krankheit)
РМП – реакция	HHV-6 – герпесвирус типа 6
микропреципитации	HHV-8 – герпесвирус типа 8
РНАг – реакция нейтрализации	HPV – human papilloma virus, вирус
антигена	папилломы человека
РНАт – реакция нейтрализации	HSV _{1,2} – вирус простого герпеса 1-
антител	го, 2-го типов
РНГА – реакция непрямой	HTLV-1 – Т-лимфотропный вирус
гемагглютинации	человека 1-го типа
РНИФ – реакция непрямой	IgG – иммуноглобулины класса G
иммунофлюоресценции	IgM – иммуноглобулины класса M
РНК – рибонуклеиновая кислота	IgA – иммуноглобулины класса A
РПГА – реакция пассивной	RPR-тест – неспецифический
гемагглютинации	антифосфолипидный (реагиновый) тест

ВВЕДЕНИЕ

Поражение ротоглотки с развитием фаринготонзиллита (тонзиллита) является одним из часто встречающихся синдромов в клинике инфекционных болезней и заболеваний, имеющих другое происхождение. Лимфоидные образования глотки (небные, глоточная, язычная, трубные миндалины) формируют лимфатическое глоточное кольцо Пирогова – Вальдейера. Необходимо отметить, что причины патологического процесса в миндалинах могут быть самыми разнообразными. Это бактериальные (дифтерия, туляремия, листериоз, туберкулез, сифилис и др.), вирусные (острые респираторные вирусные инфекции, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная, герпес-вирусная, ВИЧ-инфекция, краснуха, корь и др.), микотические (кандидоз и др.) и другие инфекции. Миндалины вовлекаются в патологический процесс также при паратонзиллите и паратонзиллярном абсцессе (не относятся к инфекционным заболеваниям, хотя этиологический фактор – микроорганизмы). Онкогематологические заболевания (саркома, лимфомы, острые и хронические лейкозы, лимфогранулематоз, лимфосаркомы и др.), метастазы злокачественных опухолей также могут затрагивать кольцо Пирогова – Вальдейера. В ряде случаев миндалины участвуют в формировании клинической картины болезней иммунопатологического и аллергического генеза (аллергический тонзиллофарингит, отек Квинке и др.) и ряда других патологий (болезнь Бехчета, ожоги, травмы зева и др.). В зависимости от этиологии и патогенеза тонзиллофарингита в лимфоидной ткани миндалин могут определяться лимфоидно-макрофагальные элементы, интенсивно образующиеся в ходе иммунного ответа на антигены (АГ) микробного и иного происхождения, метастатические злокачественные клетки. Возможна пролиферация злокачественных клеток *in situ*, а также (редко) инфильтрация макрофагами, «нагруженными» продуктами метаболизма при различных болезнях накопления.

Исторически сложилось, что некоторые тонзиллиты описаны рядом авторов как «ангины», хотя эти болезни имеют различную этиологию и существенно отличаются по клинической картине. Например, ангина Симановского – Плаута – Венсана (Н.П. Симановский, российский оториноларинголог, 1854–1922 гг.; Н.К. Plaut, нем. врач, 1858–1928 гг.; J.H. Vincent, франц. бактериолог, 1862–1950 гг.), ангина Людвиг (нем. хирург W.F. Ludwig; 1790–1865 гг.), ангина Дюге (J.B.N. Duguet, франц. врач, 1837–1914 гг.). Часто при описании воспалительного процесса в миндалинах продолжает использоваться термин «ангина (angina)», под которым подразумевается в первую очередь бактериальная (чаще стрептококковая) природа острого тонзиллита (тонзиллофарингита).

При ряде заболеваний (прежде всего инфекционных) поражение ротоглотки является ведущим синдромом, вокруг которого строится дифференциально-диагностический поиск. Примером могут служить острый тонзиллит стрептококковой этиологии, дифтерия зева. При других болезнях патологический процесс в ротоглотке бывает частым, ярким и одним из значимых синдромов, наряду с другими симптомами – например, при скарлатине, инфекционном мононуклеозе, лимфоме. Наконец, при некоторых заболеваниях (брюшной тиф, лейкоз и др.) вовлечение лимфоидного аппарата носо- и ротоглотки возможно, но необязательно, и синдром фаринготонзиллита остается второстепенным, дополняющим признаком, не определяющим общую картину болезни. Таким образом, если при осмотре больного выявляется поражение миндалин, то врачу необходимо принять решение, как расценивать данный синдром. Это может быть острый или хронический тонзиллит (фаринготонзиллит) различной этиологии (стрептококковой, стафилококковой, пневмококковой, фузоборрелиозной и др.) как самостоятельное заболевание, или тонзиллит как один из синдромов в составе нозологической формы инфекционного или другого генеза.

При проведении дифференциального диагноза необходимо помнить об анатомических особенностях ротоглотки и смежных структур.

Глотка – это продолговатой формы полость (мышечная трубка), расположенная позади носовой и ротовой полостей; начинается у основания черепа и доходит до нижнего края 6-го шейного позвонка, где воронкообразно сужаясь, переходит в пищевод. Анатомически глотка делится на три отдела: верхний – носоглотка, средний – ротоглотка и нижний – гортаноглотка.

Носоглотка располагается позади носовой полости и сообщается с ней посредством хоан. На своде носоглотки имеется скопление лимфоидной ткани, которая образует глоточную миндалину (аденоиды). С 11–12 лет глоточная миндалина начинает уменьшаться в размерах, а к 16–20 годам сохраняются только ее небольшие участки. На боковых стенках носоглотки на уровне заднего конца нижней носовой раковины определяются глоточные устья слуховых труб, вокруг которых располагаются трубные миндалины.

Ротоглотка находится позади полости рта и отграничена от последней посредством зева, представляющего собой отверстие, образованное сверху мягким небом и язычком, с боков – передними (небно-язычными) и задними (небно-глоточными) дужками, а снизу – корнем языка. Между передними и задними небными дужками, в миндалинковых нишах, располагаются небные миндалины. Наружная поверхность небных миндалин, обращенная к боковым стенкам глотки, покрыта миндалинковой капсулой, состоящей из соединительной ткани, которая плотно сращена с мышцами глотки. Паренхима миндалин представляет собой скопление ретикулярной ткани с большим количеством располагающихся под слизистой оболочкой фолликулов, содержащих лимфоидно-макрофагальные элементы. Свободная поверхность миндалин обращена внутрь глотки. Отличительной чертой небных миндалин является наличие в них крипт (лакун). Устья лакун – это извилистые каналы, выстланные плоским эпителием, углубляющиеся в толщу миндалин. Фолликулы расположены вдоль лакун. В криптах (лакунах) нередко образуются пробки, состоящие из пищевых забросов, слущенного эпителия и микробов. В процессе глотания периодически происходит как бы «выдавливание» содержимого крипт (самоочищение). Во время глотания зев

служит жомом, плотно охватывающим пищевой комок, вследствие чего пища проходит в глотку. Давление и трение, которым небная миндалина в этот момент подвергается, являются причиной того, что слизистая оболочка небных миндалин, язычка более гиперемирована (как правило), чем слизистая полости рта (физиологическая гиперемия).

На передней стенке нижней части глотки, соответствующей корню языка, располагается язычная миндалина. Слизистая оболочка задней стенки глотки содержит элементы лимфоидной ткани, которые могут образовывать округлые возвышения – «гранулы» или «валики», расположенные за задними небными дужками.

Слизистая оболочка ротоглотки имеет густую сеть сосудистых и лимфатических капилляров. Особая роль принадлежит отводящим лимфатическим сосудам мягкого неба, язычка, передних и задних дужек зева и небных миндалин, которые направляются к близлежащим лимфатическим узлам (ЛУ) заглоточного пространства и к шейным глубоким ЛУ. Слизистая оболочка глотки обладает богатой чувствительной иннервацией, в связи с чем патологические процессы нередко сопровождаются мучительными для больного симптомами – болью в горле, ощущениями сухости, инородного тела и др.

Важно отметить, что общепринятой терминологии и классификации поражения миндалин в настоящее время не существует. В процессе развития болезни возможна трансформация одного процесса в другой (острого – в хронический, тонзиллита – в паратонзиллярный абсцесс, катарального тонзиллита – в некротический и т. д.). Вместе с тем анализ симптомов поражения ротоглотки, наряду с интегральной оценкой других проявлений заболевания (синдром интоксикации, лимфаденопатия (ЛА), миокардит, гломерулонефрит, экзантема и т. д.), помогут выделить группы болезни, при которых тонзиллит является доминирующим и ведущим синдромом, определяющим нозологическую форму или патологический процесс в миндалинах в составе ряда симптомов и синдромов формирует полную

клиническую картину инфекционного заболевания или страдания другого генеза.

Для выявления поражения ротоглотки необходимо соблюдать определенные правила и прежде всего для осмотра требуется хорошее освещение (лампа дневного света, лобный рефлектор, специальные фонарики и т. д.). Лучшие возможности осмотреть состояние миндалин дает обследование с помощью двух шпателей, при этом следует оценить наличие ряда ключевых для тонзиллита симптомов:

- боль в ротоглотке (острая, постоянная, рецидивирующая, при приеме пищи или жидкости, от незначительной до интенсивной (вплоть до тризма жевательной мускулатуры)), возможность полноценного раскрытия рта;

- размеры миндалин (при небольших размерах (1-я степень) миндалины не выступают за пределы передних небных дужек, при умеренном увеличении (2-я степень) – выходят из-за дужек, а при 3-й степени – почти соприкасаются друг с другом), выраженность их рельефа, глубина крипт (лакун), наличие гноя, слизи в лакунах, рубцы, спайки миндалин с небными дужками;

- цвет слизистой (бледный, яркий, «пылающий зев», с цианотичным оттенком и т. д.) и распространенность гиперемии;

- налеты на миндалинах:

- площадь поверхности и распространение (в глубине лакун, полоски, островки, сплошные, за пределами миндалин, «плюс» ткань),
- темп образования,
- цвет (белый, серый, желтый, зеленоватый, черный – пропитанный кровью и др.),
- консистенция (рыхлые, крошковатые, гнойные, плотные фибринозные),
- связь с подлежащей тканью (легко или с трудом снимаются шпателем, растираются ли между стеклами), наличие эрозий / язв, кровоточивости поверхности миндалины после отделения налетов,

- пенетрация язв в окружающие ткани,
- возобновляемость;

- вовлечение в патологический процесс небных дужек, мягкого и твердого неба, язычка (отек, инфильтрация, абсцесс, гиперемия, налеты и др.);

- симметричный или ассиметричный характер поражения;

- сохранность достаточного просвета в ротоглотке при увеличении миндалин, отеке мягких тканей зева, симптомы дыхательной недостаточности (ротоглоточный стеноз);

- запах изо рта (гнилостный, специфический и др.);

- состояние задней стенки глотки (гиперемия, отечность, слизь / налеты, энантема, эрозии, язвы, увеличение фолликулов);

- энантема на слизистой ротоглотки и полости рта: морфология элементов (везикулы, пустулы, эрозии, язвы, папулы и др.), их количество, моно- или полиморфный характер, подсыпания;

- реакция регионарных ЛУ (величина, болезненность, консистенция, спаянность, отек, свищи), тонзиллярная ЛА характеризуется увеличением регионарных переднешейных ЛУ;

- изменения подкожной клетчатки шеи (отек, болезненность, гиперемия, кровоизлияния и т. д.).

Последовательное описание обнаруженных изменений в ротоглотке позволяет существенно облегчить «распознавание» инфекционных болезней, определить правильную тактику дальнейшего обследования больных. При этом изменения в зеве нельзя рассматривать в отрыве от других проявлений патологического процесса.

1. ТОНЗИЛЛИТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ

1.1. Бактериальные тонзиллиты

Острый тонзиллит (тонзиллофарингит) (*Acute tonsillith / Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus* и др.) – острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся явлениями интоксикации, лихорадкой, воспалительными изменениями (с налетами или без таковых) в лимфоидных образованиях ротоглотки (небных, носоглоточной, тубарных, язычной миндалинах) и регионарных ЛУ. По отношению к острому тонзиллиту бактериальной (чаще стрептококковой) этиологии до настоящего времени достаточно часто используется термин «ангина». Этиология острых тонзиллитов весьма разнообразна и, помимо стрептококков и стафилококков, возбудителями могут послужить *Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli* и ряд других бактерий. Значительный удельный вес также занимают тонзиллиты вирусной природы, обусловленные возбудителями ОРВИ (аденовирусы, вирусы гриппа, парагриппа и др.), вирусами *ECHO* и *Coxsackie*, герпетической группы (HSV_{1, 2, 3}). Реже регистрируются тонзиллиты грибковой этиологии (*Candida albicans, C. glabrata, C. tropicalis* и др.) и специфические тонзиллиты, обусловленные симбиозом *Fusiformis fusiformis* и *Borrelia vincentii* (ангина Симановского – Плаута – Венсана), которые развиваются чаще на фоне иммунодефицита, вызванного различными причинами.

В зависимости от тяжести поражения, наличия налетов, некротических изменений в очаге воспаления выделяют катаральную, фолликулярную, лакунарную ангины и язвенно-некротическую ангину (тонзиллит), которые рассматриваются в ряде случаев также и как стадии одного патологического процесса.

Бактериальная «классическая» ангина (*Str. pyogenus, S. aureus* и др.)

Катаральная ангина

Диагностические критерии:

- острое начало;
- умеренный интоксикационный синдром (головная боль, миалгии и артралгии, субфебрильная / фебрильная температура, отсутствие аппетита и др.);

- умеренная / сильная боль в ротоглотке при глотании;
- миндалины гипертрофированы (1–2-й степени), сохранен их рельеф, налеты отсутствуют, яркая четко ограниченная гиперемия (рис. 1);
- регионарные ЛУ увеличены (1–2 см), болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны, мягко эластичной или плотно эластичной консистенции;
- общий анализ крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ.



Рис. 1. Катаральная ангина

Фолликулярная ангина

- острое начало;
- выраженный интоксикационный синдром (фебрильная температура, интенсивная головная боль, миалгия, артралгия, головная боль);
- интенсивные боли в ротоглотке, возможно с иррадиацией в ухо;
- миндалины увеличены до 1–2-й степени, рельеф сохранен, сквозь эпителиальный покров просвечивают фолликулы, которые вскрываясь, могут образовывать гнойный налет (рис. 2), яркая четко ограниченная гиперемия («пылающий зев с языками пламени»);
- регионарные ЛУ увеличены (1–2 см), болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны, мягко эластичной или плотно эластичной консистенции;

- общий анализ крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ.



Рис. 2. Фолликулярная ангина

Лакунарная ангина

- острое начало;
- выраженный интоксикационный синдром (фебрильная температура, интенсивная головная боль, миалгия, артралгия, головная боль, тошнота, рвота, отсутствие аппетита и др.);
- интенсивные боли в ротоглотке с возможной иррадиацией в ухо;
- в ротоглотке яркая гиперемия («пылающий зев с языками пламени»), увеличение миндалин до 1–3-й степени (отек, гипертрофия), гнойные налеты, распространяющиеся из лакун по поверхности миндалин, налеты чаще бело-серого цвета, рыхлые, легко удаляющиеся, не оставляющие кровоточащего дефекта, растирающиеся между шпателями (рис. 3);
- регионарные ЛУ увеличены (1–2 см), болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны, мягко эластичной или плотно эластичной консистенции;
- общий анализ крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ.



Рис. 3. Лакунарная ангина

Язвенно-некротическая ангина

- встречается редко, обычно у лиц с различными иммунодефицитами на фоне отсутствия лечения «классической» ангины;
- острое начало;
- выраженный интоксикационный синдром (фебрильная, гектическая температура, интенсивная головная боль, миалгия, артралгия, сильная головная боль, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, бред, галлюцинации и др.), возможна генерализация инфекции с развитием сепсиса;
- интенсивные боли в ротоглотке с иррадиацией в ухо;
- в ротоглотке яркая гиперемия, увеличение миндалин до 2–3-й степени (отек, гипертрофия), гнойно-фибринозные налеты, распространяющиеся из лакун по поверхности миндалин, налеты чаще грязно-серого цвета, при удалении налетов открывается эрозия-язва, возможно кровотечение, пенетрация язвы в окружающие ткани (рис. 4);
- регионарные ЛУ увеличены (1–2 см), резко болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны, мягко-эластичной или плотно-эластичной консистенции;
- общий анализ крови – гиперлейкоцитоз, лейкопения, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ.

Диагноз подтверждается бактериологически. Возможно использование экспресс-тестов на АГ стрептококков, а также тесты на антистрептолизин, антистрептокиназу.



Рис. 4. Язвенно-некротическая ангина

Скарлатина (*Scarlatina* / β -гемолитический *Str. pyogenes*) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, явлениями острого тонзиллита и обильной мелкоточечной сыпью. Картина в ротоглотке мало отличается от обычного стрептококкового тонзиллита (см. выше). В ряде случаев может наблюдаться энантема в виде мелких макул и петехий, чаще всего на мягком небе (рис. 5).



Рис. 5. Тонзиллит при скарлатине

Диагностические критерии:

- острое начало;
- выраженный интоксикационный синдром (гипертермия, головная боль, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, мышечные боли, в тяжелых случаях может развиваться бред, галлюцинации);
 - экзантема мелкоточечная, появляется на фоне гиперемированной кожи, как правило, в первые дни болезни, при этом носогубный треугольник остается бледным (цианотичным), локализуется сыпь на сгибательных поверхностях конечностей, боковых частях грудной клетки, животе и сливается в местах естественных сгибов (паховые, подмышечные, локтевые, подколенные области), в исходе сыпи – крупнопластинчатое шелушение;
 - регионарная ЛА развивается в первые дни болезни, характеризуется увеличением передне верхнешейных ЛУ до 1–2 см в диаметре, которые имеют плотноэластическую консистенцию, они подвижны, с четкими контурами, болезненны при пальпации, кожа над ними не изменена. При септической форме ЛА резко выражена, с явлениями периаденита и, возможно, флегмоны.

Диагноз устанавливается клинико-эпидемиологически и бактериологически. Возможно использование экспресс-тестов на АГ стрептококков, а также тесты на антистрептолизин, антистрептокиназу.

Ангина Симановского – Плаута – Венсана (Plaut-Vincent's angina / F. fusiforme, B. vincentii) возникает, как правило, у ослабленных и истощенных людей с иммунодефицитом различной этиологии, гиповитаминозами С и В, хроническими интоксикациями.

Диагностические критерии:

- удовлетворительное общее состояние со слабовыраженным интоксикационным (температура субфебрильная или нормальная, незначительная слабость и др.) и астеническим синдромами;
- неприятный запах изо рта;

- миндалины увеличены до 1–3-й степени, покрыты серовато-желтыми налетами с последующим их исчезновением и появлением малоболезненных эрозий-язв (рис. 6);

- умеренная гиперемия ротоглотки;
- слюнотечение;
- умеренный болевой синдром в ротоглотке при глотании и жевании;
- преимущественно односторонний процесс;
- обычно сопровождается пародонтитом, гингивитом, стоматитом;
- ЛУ увеличены, мало- или умеренно болезненны на стороне поражения.



Рис. 6. Ангина Симановского – Плаута – Венсана

Диагноз подтверждается при микроскопии (окрашивание по Романовскому – Гимзе), бактериологическими, молекулярно-генетическими методами (ПЦР).

Ангина Людвига (*angina Ludovici, Ludwig angina / анаэробная и смешанная флора*) – двустороннее воспаление мягких тканей дна полости рта с вовлечением в патологический процесс смежных анатомических областей (гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта). Инфекция может распространиться через шилоязычную мышцу вглубь глоточно-верхнечелюстного пространства, с возможным поражением заднеглоточного пространства, а также и верхнего средостения. Чаще развивается у иммунокомпрометированных лиц.

Диагностические критерии:

- острое начало;
- выраженная интоксикация (фебрильная, гектическая лихорадка, выраженная слабость, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, мышечные боли, головная боль, бред, галлюцинации, спутанное сознание, сопор и др.) с прогрессирующим ухудшением состояния, развитием сепсиса и возможным неблагоприятным исходом при отсутствии адекватного лечения;
- особая динамика изменения кожных покровов шеи и лица – вначале болезни они бледные, с землистым оттенком, затем появляются характерные пятна бронзоватой окраски;
- инфильтрация подбородочной области, шеи, подчелюстного треугольника, при этом инфильтрат малоблезненный (как правило), не имеет отчетливых границ и захватывает всю толщу дна полости рта (рис. 7), в результате чего отечный и увеличенный язык оттесняется кверху и назад, при пальпации инфильтрата может определяться крепитация и изредка флюктуация;
- голова больного обычно слегка наклонена вперед, он избегает двигать ею;
- движения языка затруднены, глотание почти невозможно, дыхание стеснено (могут развиваться признаки дыхательной недостаточности), из полуоткрытого рта больного вытекает слюна (возможно ограничение открывания рта);
- некоторые участки слизистой оболочки дна полости рта покрываются сероватым фибринозным налетом;
- на обзорных рентгенограммах шеи в передней и боковой проекциях определяется скопление газа в мягких тканях;
- в гемограмме – лейкоцитоз, определяемый в начале болезни, может смениться лейкопенией, лимфопенией, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижение содержания гемоглобина, значительное увеличение СОЭ (до 50–60 мм/ч).



Рис. 7. Внешний вид больного с ангиной Людвига

Диагностика основана на клинических проявлениях, бактериологическом исследовании (кровь, моча, отделяемое из очага), а также методах инструментальной визуализации (ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография и др.) области поражения.

Брюшной тиф с **ангиной Дюге** (*Typhus abdominalis* / *Salmonella typhi abdominalis*) – острая инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, симптомами общей интоксикации, бактериемией, увеличением печени и селезенки, экзантемой, энтеритом и специфическими морфологическими изменениями лимфоидного аппарата тонкой кишки и редко тонзиллитом. Инкубационный период 7–25, чаще – 9–14 дней. Тонзиллит / ангина Дюге развивается при тифе достаточно редко и характеризуется увеличением размеров миндалин с появлением на них (а также небных дужках) мелких округлых эрозий / язвочек с серовато-белым цветом дна.

Диагностические критерии:

- постепенное начало с ежедневным ростом температуры (классический вариант, при современном течении – острое начало болезни), которая держится длительное время (более пяти дней);
- четкая смена периодов болезни – начальный, разгара, реконвалесценции;
- в начальном периоде – сочетание интоксикационного синдрома (слабость, утомляемость, адинамия, умеренная головная боль, нарушение

аппетита, сна, работы ССС с развитием гипотонии, глухости сердечных тонов, относительной брадикардией) с признаками поражения лимфоидной ткани (симптом Падалки, утолщение языка, сухой кашель) к концу первой недели у большинства больных определяется гепатоспленомегалия;

- поражение лимфоидной ткани в виде генерализованной ЛА с умеренным увеличением ЛУ, мезаденита, тонзиллита и т. д.;
- на 5–7-й день (разгар болезни) появляется розеолезная сыпь (необильная, на коже груди и живота, 3–5 мм в диаметре, бесследно исчезающая через 3–4 дня, в ряде случаев – высыпание новых розеол);
- к 7–9-му дню возможно развитие тифозного статуса (заторможенность, адинамия, сонливость, бессонница ночью, негативизм, галлюцинации).

Признаки мезаденита иногда опережают развернутую клиническую картину тифа (чаще на 3–6-й день болезни). Патологические изменения в мезентериальных ЛУ аналогичны процессам, возникающим при брюшном тифе во всех лимфоретикулярных образованиях, и характеризуются пролиферацией ретикулоэндотелиальных клеток с формированием тифозных гранулем, которые на второй неделе некротизируются. Признаки мезаденита можно выявить ультрасонографически и при компьютерной томографии (КТ).

Наиболее информативным методом диагностики является выделение гемокультуры возбудителя. Со второй недели диагноз может быть подтвержден выделением копро- и уринокультуры. Используются молекулярно-генетические методы (ПЦР), также применяются серологические тесты (РПГА, ИФА, РИА и др.).

Дифтерия (*Diphtheria* / *C. diphtheria*) – острое антропонозное инфекционное заболевание, преимущественно с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризующееся воспалительным процессом (в месте внедрения возбудителя) с образованием фибринозного налета (дифтеритическое или крупозное воспаление), общеинфекционным синдромом и развитием осложнений в виде миокардита (кардиопатий), моно-, полинейропатий, токсического нефроза. Чаще других из клинически значимых форм встречается дифтерия ротоглотки, при которой выделяют

локализованную, распространенную, субтоксическую и токсические формы. Локализованная форма дифтерии характеризуется увеличением обеих миндалин до 1–2-й степени преимущественно за счет отека со сглаживанием рельефа, разлитой гиперемией в ротоглотке с цианотичным оттенком, умеренной или малой болезненностью в ротоглотке с несоответствием выраженности местного процесса и минимальной степени болевого синдрома, специфическим запахом, дифтеритическими налетами (плюс-ткань, грязно-серые фибриновые пленки, с трудом снимающиеся и оставляющие кровоточащие эрозии-язвы) на миндалинах. Распространенная дифтерия ротоглотки отличается распространением налетов за пределы миндалин (рис. 8). При токсической дифтерии появляется отек мягких тканей ротоглотки (язычок, небные дужки, мягкое небо), миндалины увеличиваются до 2–3-й степени, дифтеритические налеты распространяются на всю ротоглотку, небо, появляется отек подкожной клетчатки шеи (безболезненный, кожные покровы не изменены (за исключением геморрагической формы), без четких границ).



Рис. 8. Распространенная дифтерия ротоглотки

Диагностические критерии:

- указание в анамнезе на контакт с больным, отсутствие вакцинации;
- острое, как правило, начало болезни;

- общепаразитарный синдром (лихорадка, головная боль, вялость, слабость, отсутствие аппетита, сонливость, бледность кожи и др.) от незначительного при легких до тяжелого при токсических формах болезни;

- развитие осложнений в виде:

- миокардита (с сердечной недостаточности и без нее), нарушения ритма, блокады, относительная / абсолютная брадикардия);
- моно- и полинейропатии (начинается обычно с пареза / паралича мягкого неба, впоследствии вовлекаются другие черепно-мозговые нервы (ЧМН), а также периферическая мускулатура, вплоть до паралича дыхательной мускулатуры, развивается по восходящему типу, симметричная, рецидивирующая, без нарушения чувствительности);
- токсического нефроза (протеинурия, цилиндрурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, редко – острая почечная недостаточность);

- с первых дней болезни отмечается регионарная ЛА (ЛУ до 2–4 см, слегка или умеренно болезненные при пальпации, с четкими контурами, мягко эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена). При токсической форме дифтерии ЛУ пальпируются в отечной клетчатке, из-за чего их контуры нечеткие.

Диагноз подтверждается бактериологически с постановкой пробы на токсигенность дифтерийной палочки, возможно использование молекулярно-генетических методов (ПЦР и др.). Серологическое исследование имеет вспомогательное значение (ИФА, РНГА и др.), кроме того, полученные результаты требуют правильной трактовки (вакцинация в анамнезе). При постановке диагноза ключевыми являются клинико-эпидемиологические данные.

Листерия (*Listeriosis / Listeria monocytogenes*) – острая инфекционная болезнь зоонозной природы, характеризующаяся множественностью путей заражения, многообразием клинических форм и симптомов. Часто развивается септицемия с вовлечением центральной нервной системы (ЦНС), с поражением

затылочных и других ЛУ, мононуклеарной реакцией белой крови. Встречается преимущественно у иммунокомпрометированных лиц, маленьких детей и пожилых. Группой высокого риска являются беременные (выкидыши, врожденная инфекция). Инкубационный период колеблется от трех суток до месяца. Заболевание может приобретать острое, подострое, хроническое и абортное течение, склонно к рецидивам. Выделяют следующие основные клинические формы: ангинозно-септическая, нервная, глазо-железистая, септическая, смешанная. Тонзиллит (катаральный, язвенно-пленчатый) при ангинозно-септической форме листериоза сопровождается умеренным увеличением миндалин (1–2-я степень), незначительной / умеренной болезненностью в ротоглотке, гнойно-фибринозным характером налетов, при некротическом характере поражения.

Диагностические критерии:

- выраженный интоксикационный синдром (гипертермия, головная боль, тошнота, рвота, мышечные боли, судороги, бред, галлюцинации и др.);
- септикопиемия (пиелиты, эндокардиты, гастроэнтериты и др.), гепатоспленомегалия;
- часто полиморфная экзантема с преобладанием эритематозной сыпи в виде «бабочки» на лице, тяготеющая к крупным суставам;
- поражение ЦНС в виде менингита, менингоэнцефалита, абсцессов в веществе мозга;
- гнойный конъюнктивит;
- увеличение регионарных (подчелюстных, околоушных, шейных) ЛУ, которые достигают 1–2 см в диаметре, укрупняются уже в первые дни болезни, имеют четкие контуры, мягко эластическую консистенцию, подвижны, болезненны, с не измененной кожей над ними, с постепенной нормализацией размеров и функции при стихании заболевания.

Диагноз подтверждается бактериологически, методом ПЦР (кровь, спинномозговая жидкость, слизь из носоглотки, пунктаты ЛУ), а также серологически (РА, РНГА, РСК, ИФА (IgM, IgG)). Редко используются

биологическая проба на белых мышах, кератоконъюнктивальный тест у кроликов.

Первичный сифилис (*Syphilis / Treponema pallidum*) – венерическая болезнь, вызываемая бледной трепонемой. Первичный период сифилиса длится 6–8 недель, характеризуется образованием первичного аффекта в месте входных ворот инфекции, в том числе в ротоглотке. При поражении ротоглотки выявляется односторонний (как правило) тонзиллит (миндалина увеличена до 1–3-й степени, уплотнена, слегка гиперемирована) с шанкром-амигдалитом. На миндалине определяется эрозия или язва (чаще), обычно единичная, в виде округлого образования (от 1–3 мм до 10–20 мм) с пологими краями, имеющая гладкое синюшно-красное дно со скудным отделяемым (в ряде случаев покрытое дифтериеподобным налетом), без- или малоболезненная (рис. 9). При пальпации шанкр имеет твердую консистенцию.



Рис. 9. Тонзиллит при первичном сифилисе

Диагностические критерии:

- острое или постепенное начало болезни;
- незначительная интоксикация (субфебрильная (редко фебрильная) температура, общая слабость, недомогание, снижение аппетита, головная боль, повышенная утомляемость и др.);

- ЛА, развивающаяся через 5–7 дней после появления твердого шанкра и характеризующаяся безболезненным неравномерным увеличением группы верхнечейных ЛУ до 2–3 см в диаметре, которые принимают овоидную форму, становятся плотно эластичными, при этом сохраняют подвижность, не спаиваются между собой и с окружающими тканями, с не измененным цветом кожи над ними, нормализацией размеров по мере выздоровления;
- возможен сочетанный характер поражения (наличие одновременно твердого шанкра и на половых органах).

Вторичный сифилис (*Syphilis maculosa, roseola syphilitica*) может протекать с энантемой на миндалинах, слизистой оболочке ротовой полости (чаще всего это небо, задняя стенка глотки, губы, язык) в виде папул диаметром 0,5–1 см, которые могут сливаться, с быстрым образованием на их поверхности эрозий с характерным белесоватым фибриновым налетом в центре (рис. 10).



Рис. 10. Тонзиллит при вторичном сифилисе

Диагностические критерии:

- умеренный интоксикационный синдром (субфебрильная лихорадка, головная боль и др.);
- «сифилитическая розеола»: пятнистая сыпь с круглыми элементами от 5 до 15–20 мм в диаметре, обильная, симметричная с локализацией на коже туловища и конечностей (крайне редко – на коже лица, кистей, стоп), иногда с

небольшим возвышением элементов над уровнем кожи (*roseola elevata*), без шелушения и исчезновением без следа после 3–4 недель;

- «папулезные сифилиды»: папулы имеют четкие овальные очертания, поверхность их гладкая, в период регрессии возникает шелушение;

- при локализации папул в местах повышенной потливости часто возникают влажные или мокнущие папулезные сифилиды яркой окраски с эрозивной поверхностью, при длительной мацерации и раздражении возможно изъязвление эрозивный папул или их гипертрофия с образованием вегетаций и широких кондилом;

- гнездная алопеция, лейкодерма;

- генерализованная ЛА;

- патология слуха (неврит слухового нерва, сифилитический лабиринтит);

- специфический увеит;

- поражение внутренних органов: менингит, гепатит, гломеруло-нефрит и др.;

- в общем анализе крови чаще наблюдается лейкопения, относительная и абсолютная лимфопения.

Для диагностики сифилиса возможно использование световой микроскопии и микроскопии в темном поле (на начальной стадии), биопсии ЛУ и молекулярно-генетических способов (ПЦР). Ведущее значение до настоящего времени имеют различные серологические (РМП, РСК, ИФА, РПГА, RPR-тест, иммуноблотинг и др.) методы.

Туляремия (*Tularemia / Francisella tularensis*) – природно-очаговый зооноз, характеризующейся воспалительными изменениями в области ворот инфекции, регионарной ЛА, лихорадкой, симптомами общей интоксикации, склонностью к затяжному течению. Инкубационный период – от 3 до 7 дней. Одна из клинических форм туляремии – ангинозно-бубонная – протекает с развитием тонзиллита, чаще одностороннего, в типичных случаях – язвенно-

некротического с фибринозными дифтериеподобными налетами с затяжным характером течения. Редко встречается катаральный тонзиллит. Особенности тонзиллита являются относительно незначительные субъективные ощущения даже при тяжелом язвенно-некротическом процессе, а также умеренная болезненность ЛУ.

Диагностические критерии:

- острое начало;
- умеренный или выраженный синдром интоксикации, в тяжелых случаях – септическое состояние;
- при ангинозно-бубонной форме – наличие конгломератов (бубонов) верхнешейных ЛУ (со стороны поражения), достигающих значительных размеров (от 3–5 до 10 см в диаметре), не спаянных между собой, отчетливо контурирующихся под не измененной над ними кожей, с умеренной болезненностью к 2–3-му дню болезни и вскрывающихся с образованием свища на 2–3-й неделе;
- возможны мезаденит со значительным увеличением ЛУ, диарея.

Для диагностики преимущественно используют серологические реакции (РА, РНГА, ИФА) и молекулярно-генетические методы (ПЦР). Кожно-аллергическая проба с тулярином и бактериологическое исследование применяются реже.

Туберкулез ротоглотки (*Tuberculosis / Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis*) в изолированном варианте крайне редок и практически всегда протекает на фоне туберкулеза органов дыхания, гортани, бронхов. На умеренно гиперемированной слизистой миндалин, полости рта, небных дужках обнаруживаются скопления узелков серовато-желтого или красного цвета (могут изъязвляться), которые придают поверхности зернистый вид. Туберкулезные эрозии / язвы фестончатой формы, края их слегка подриты, дно бледно-красное, с вялыми грануляциями, по краям видны бугорки. При присоединении вторичной флоры язвы могут покрываться гнойными налетами, появляется гнилостный запах (рис. 11).

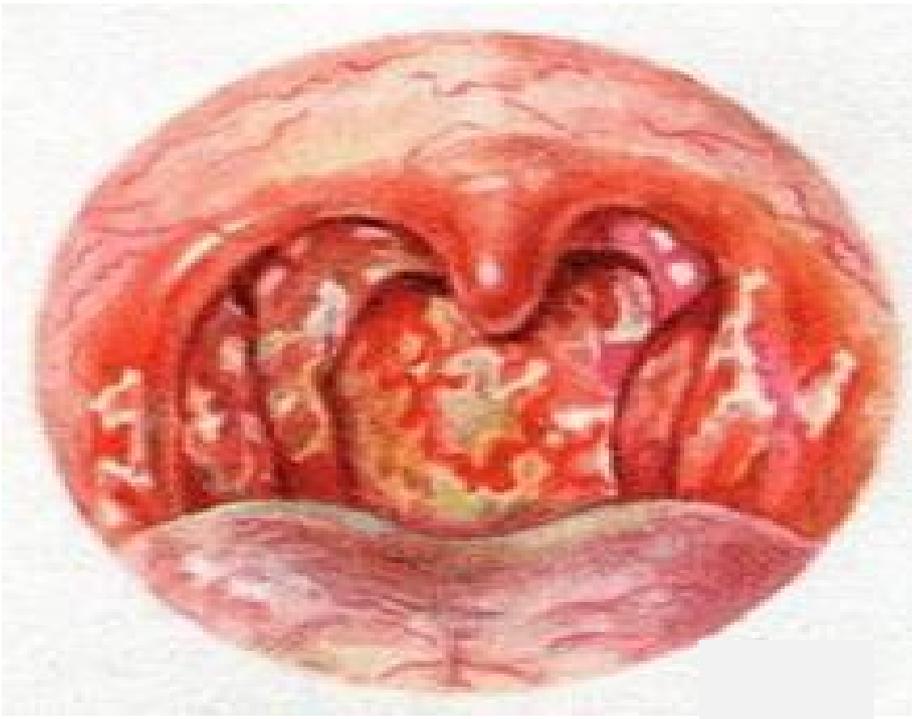


Рис. 11. Тонзиллит при туберкулезе ротоглотки

Диагностические критерии:

- эпидемиологические и клинико-рентгенологические данные туберкулеза органов дыхания;

- сочетание с туберкулезной ЛА, с характерным поражением ЛУ.

При туберкулезе ротоглотки наиболее часто поражаются шейные и надключичные ЛУ. Процесс бывает односторонним и двусторонним. Лимфоузлы спаиваются между собой, с кожей, подкожной клетчаткой, образуя конгломерат размерами до 5–8 см в диаметре. Характерен быстро присоединяющийся периаденит; бубон малоподвижен. Консистенция и болезненность пораженных ЛУ не равномерна: узлы без казеозного распада безболезненны, плотные; с казеозным распадом – чувствительные, флюктуирующие. Бубоны при туберкулезе обычно быстро размягчаются за счет образования казеозной массы, кожа над бубоном прорывается с образованием свищей и язв. Отверстия длительно не заживающих свищей и поверхность язв имеют типичные кожные перемишки. В последующем идет рубцевание.

При диагностике учитываются данные эпидемиологического анамнеза, результатов инструментального обследования (рентгенография, КТ, УЗИ и др.), проводят реакцию Манту, диаскин-тест, квантифероновый тест, бактериологическое исследование, ПЦР, определение антител к *M. tuberculosis*, цитологические исследования взятого из миндалин и ЛУ материала.

Чума (*Pestis / Yersinia pestis*) – острая природно-очаговая инфекция, характеризующаяся тяжелой интоксикацией, лихорадкой, образованием бубонов, поражением кожи, легких, способностью принимать септическое течение. Относится к особо опасным инфекциям. Инкубационный период от нескольких дней до девяти недель. Локализация бубонов при чуме соответствует регионарным областям кожи в месте внедрения инфекта (паховые, подмышечные, реже – шейные и другие). В ряде случаев течение различных форм чумы может сопровождаться тонзиллитом, с болью в ротоглотке, разлитой гиперемией, возможно с точечными кровоизлияниями на миндалинах и слизистой полости рта, регионарным ЛА с бубоном.

Диагностические критерии:

- острое начало болезни;
- эпидемиологический анамнез (пребывание в эндемичных очагах, территориях, контакт с подозрительными животными, укусы блох, грызунов, контакт с больными и т. д.);
- выраженный синдром интоксикации (высокая температура, тошнота, рвота, боли в мышцах, резкая ломота, выраженная слабость, бред, возбуждение, сопор и т. д.), заостренные черты лица, снижение диуреза;
- возможен менингеальный синдром, менингит;
- характерное поражение ЛУ;
- при генерализации инфекции (септическая форма) появляются вторичные бубоны в других областях (меньшего размера), обнаруживаются признаки тяжелого инфекционного токсикоза, септического шока, гепатоспленомегалия, метастазы в органы (менингит, пневмония и др.), ДВС-синдром (геморрагическая сыпь, некрозы, изменения в коагулограмме);

- в гемограмме – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ.

Первым признаком развивающегося при чуме бубона служит появление интенсивной локальной болезненности в месте формирующегося конгломерата ЛУ. Затем начинает выявляться увеличенный, резко болезненный ЛУ или группа узлов размером до 3 см и более. Воспалительный процесс быстро нарастает, ЛУ спаиваются между собой, объединяясь с кожей, подкожной клетчаткой (периаденит), что делает контуры чумного бубона нечеткими и резко ограничивает его подвижность. Кожа над бубоном горячая на ощупь, багрово-красная, синюшная. Рядом могут возникать вторичные пузырьки с геморрагическим содержимым (чумные фликтены). Консистенция ЛУ в первые дни болезни плотная, затем может наступить размягчение узлов, что проявляется развитием флюктуации с последующим вскрытием, образованием свищей и выделением зеленовато-желтого гноя, возможно с геморрагическим пропитыванием.

Диагноз чумы должен быть подтвержден выделением возбудителя из материала, взятого от больного (пунктат бубона, отделяемое язвы с миндалин, кровь, мокрота, моча, цереброспинальная жидкость), молекулярно-генетическими (ПЦР) и серологическими методами диагностики (РСК, РНГА, РНАг, РНАг, ИФА).

Псевдотуберкулез, или дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка (*Pseudotuberculosis* / *Yersinia pseudotuberculosis*) – острое зоонозное инфекционное заболевание, которое характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, протекающее с поражением желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, тонзиллитом, экзантемой. Инкубационный период составляет 3–18 дней, в среднем – 10 дней. Тонзиллит при псевдотуберкулезе чаще катаральный, иногда с яркой гиперемией («пылающий зев»), энантемой на миндалинах и слизистой мягкого неба. Язык с 3–5-го дня болезни может стать «малиновым» (рис. 12).



Рис. 12. Тонзиллит и «малиновый язык» при псевдотуберкулезе

Диагностические критерии:

- острое начало;
- выраженный лихорадочно-интоксикационный синдром, характеризующийся развитием интенсивных артралгий и миалгий (отечность и болезненность чаще возникает в области лучезапястных, межфаланговых, коленных и голеностопных суставов);
 - одутловатость и гиперемия лица и шеи – симптом «капюшона», ограниченная гиперемия и отечность кистей и стоп – симптомы «перчаток» и «носков»;
 - сыпь появляется на 2–4-й день болезни, ярко-красная, точечная (скарлатиноподобная), но располагается на нормальном или субиктеричном фоне кожи, симметрично, с преимущественной локализацией в области крупных суставов, голеней, стоп, на лице, шее, не склонна к слиянию; экзантема сохраняется от нескольких часов до 8 дней, иногда оставляя за собой кратковременное крупнопластинчатое шелушение, реже – розеолезно-папулезная, эритематозная сыпь, бледный носогубный треугольник;
 - поражение ЖКТ (терминальный илеит, аппендицит, гастроэнтероколит, энтероколит);
 - гепатит (благоприятное течение с умеренным нарушением функциональных печеночных проб);

- генерализованная ЛА с мезаденитом;
- при развитии иммунопатологических процессов (вторично-очаговая форма):
 - артриты, полиартриты, как вариант – ассиметричные, с сакроилеитом,
 - миокардиты (обычно в сочетании с артритами),
 - конъюнктивит,
 - затяжной, хронический энтероколит,
 - узловатая эритема;
- в общем анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, относительная лимфопения, увеличение СОЭ, возможно повышение уровня аминотрансфераз, билирубина.

Диагностика основана на выделении возбудителя от больного. В остром периоде материалом может быть кровь, слизь ротоглотки, стул, моча, ткань мезентериальных лимфоузлов. Используются серологические методы (РНГА, РА, ИФА иммуноблотинг), экспресс-методы детекции антигенов иерсиний (РНИФ, латекс-агглютинация), ПЦР.

Микоплазменная инфекция (*Mycoplasmosis / Mycoplasma pneumoniae*) – антропонозная инфекция, протекающая с поражением легких, мочеполовой, нервной и других систем. При остром респираторном заболевании (чаще у детей), вызванном микоплазмой (воздушно-капельный путь передачи), обычно развивается катаральный тонзиллофарингит с умеренной гиперемией ротоглотки, увеличением миндалин и фолликулов на задней стенке глотки.

Диагностические критерии:

- острое начало;
- умеренно выраженный синдром интоксикации (субфебрильная, фебрильная температура, слабость, снижение аппетита, головная боль и др.);
- катаральный синдром – заложенность носа, скудное слизистое отделяемое из носовых ходов, непродуктивный (вначале) кашель, который

может носить затяжной навязчивый характер и смениться продуктивным со слизистым характером мокроты;

- трахеобронхит (при аускультации – жесткое дыхание, сухие хрипы в легких, саднение в области трахеи и др.);
- редко – экзантема (макуло-папулезная, уртикарная);
- конъюнктивит;
- в гемограмме – нормоцитоз, лимфоцитоз, увеличение СОЭ, в мокроте преобладают мононуклеары.

Диагноз подтверждается детекцией АГ возбудителя (РИФ, ИФА и др.), определением АТ (IgM, IgG, IgA) в ИФА и других реакциях, а также молекулярно-генетическими методами (ПЦР и пр.). Культуральный способ применяется редко.

Хламидийная инфекция вызванная *Chlamydomphila pneumoniae* протекает в виде пневмонии, которой обычно предшествуют ринит, фаринготонзиллит, ларингит и синуситы. Заболевание носит антропонозный характер с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителя. Тонзиллит – обычно катаральный с умеренной разлитой гиперемией.

Диагностические критерии:

- симптомы интоксикации выражены умеренно (температура субфебрильная, слабость, снижение аппетита и др.);
- пневмония чаще интерстициальная или мелкоочаговая с затяжным характером течения, несмотря на антибактериальную терапию, кашель сухой или со скудной мокротой до нескольких недель;
- умеренная регионарная ЛА;
- в гемограмме – чаще лейкоцитоз с нейтрофилезом.

Диагноз респираторной хламидийной инфекции подтверждается серологическими (РСК, РНИФ, ИФА с детекцией IgM, IgG и определением нарастания титра АТ), а также молекулярно-генетическими (ПЦР и др.) методами, где материалом служит мокрота, слизистое отделяемое миндалин.

Хронический тонзиллит – полиэтиологичное (различные стрептококки, стафилококки, анаэробы, микоплазмы, хламидии, клебсиелы, эшерихии, EBV, CMV, HSV и другие вирусы, а также грибы) хроническое поражение миндалин воспалительного характера, протекающее с периодами ремиссии и обострений. Обострения обычно связаны с переохлаждениями, интеркуррентными инфекциями, однако и в периоде ремиссии у больного с хроническим тонзиллитом отмечаются субфебрилитеты, симптомы астенизации, вегетативные нарушения. Дифференциальная диагностика с ангинами, особенно повторными, сложна. В развитии хронического тонзиллита выделяются фазы компенсации и декомпенсации. При осмотре ротоглотки определяются разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины, спаянные с дужками, иногда в лакунах видны казеозно-гнойные пробки (при обострении – гнойно-фибринозные налеты на миндалинах), отмечается валикообразное утолщение краев небных дужек, постоянная краевая гиперемия зева (распространяющаяся при обострениях). Размеры миндалин могут варьировать и достигать 2–3-й степени (рис. 13). Больные жалуются на боль в горле разной степени интенсивности, изменение вкуса и неприятный запах изо рта.



Рис. 13. Хронический тонзиллит

Диагностические критерии:

- при обострении – начало острое или постепенное, симптомы интоксикации – от слабовыраженных до значительных;
- в периоде ремиссии – субфебрилитет, астенический синдром;
- часто – сопутствующий пародонтит, кариес;
- регионарные (верхнечелюстные, подчелюстные) ЛУ увеличены (1–3 см), болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны, мягко эластичной или плотно эластичной консистенции;
- при переходе в декомпенсированную стадию могут развиваться инфекционные (паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, флегмона шеи и др.) и неинфекционные (миокардиопатия, нефропатия, аутоиммунные заболевания, вестибулярные нарушения (шум в ушах, головокружение, головная боль и др.)) осложнения;
- общий анализ крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево (однако возможен и нормоцитоз, лейкопения), увеличение СОЭ, изменения в гемограмме могут сильно варьировать в зависимости от этиологии, фазы заболевания, его осложнений.

Диагноз подтверждается преимущественно бактериологически. Возможно использование экспресс-тестов на АГ возбудителей.

Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс (*Abscessus / нарыв*) могут рассматриваться как стадии одного патологического процесса с экссудативным и гнойным характером воспалением тканей околоминдаликовой клетчатки с их расплавлением и образованием гнойной полости. Паратонзиллит / абсцесс могут протекать как самостоятельные заболевания, но чаще являются осложнением хронического тонзиллита. Отягчающим фактором служит нарушение функции и воспаление малых слюнных желез Вебера (расположены возле небных миндалин). Возбудителем абсцессов часто является смешанная микрофлора с преобладанием стрептококков и стафилококков в комплексе с кишечной и другими видами палочек. Значительную роль могут играть анаэробы, бактероиды и клостридии, а также ассоциации аэробной и

анаэробной флоры, что, в определенной степени, может объяснить большое количество абсцессов с атипичным течением. По локализации процесса выделяют несколько вариантов абсцесса: задний (между миндалиной и небно-глоточной дужкой, иногда в самой дужке), нижний (у нижнего полюса миндалины), передний (между верхним полюсом миндалины и небно-язычной дужкой) и наружный (снаружи от миндалины). Как правило, паратонзиллярному абсцессу предшествует обострение хронического тонзиллита (яркая / застойная гиперемия ротоглотки, гнойные / гнойно-фибринозные налеты, пробки в лакунах, рубцово измененная ткань миндалин, размеры могут варьировать от небольших до значительных), нарастающая боль в горле, больше со стороны поражения, затруднение глотания твердой пищи и жидкости, изменение голоса, слюнотечение, гиперсаливация, неприятный запах изо рта. Чаще встречаются односторонние абсцессы. В ротоглотке на месте формирующегося абсцесса определяется припухлость, яркая гиперемия, при пальпации – резкая болезненность, возможна флюктуация, контрлатеральное отклонение язычка (рис. 14). При пункции абсцесса получают гной, в случае паратонзиллита – экссудат с кровью.



Рис. 14. Паратонзиллярный абсцесс

Диагностические критерии:

- острое начало;
- выраженный интоксикационный синдром (слабость, головная боль, температура тела до 39–40°C, озноб, тошнота, рвота, отсутствие аппетита и др.);
- тризм жевательной мускулатуры, который затрудняет обследование из-за того, что больной не может открыть рот, голова наклонена в сторону поражения, иррадиация боли в ухо;
- регионарные ЛУ увеличены (1–3 см), резко болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны, мягко эластичной или плотно эластичной консистенции.

Паратонзиллярный абсцесс диагностируются в основном клинически, а также методами инструментальной визуализации (ядерный магнитный резонанс (ЯМР), КТ и др.) и бактериологически.

1.2. Вирусные тонзиллиты

Острые респираторные вирусные инфекции (*Adenoviridae*, *Paramyxoviridae*, *Orthomyxoviridae*, *Picornaviridae*, *Reoviridae*, *ECHO* и *Coxsackie*). При всех ОРВИ небные миндалины не остаются интактными, однако тонзиллярный синдром (боли в горле, преимущественные катаральные воспалительные изменения) выражен незначительно или умеренно. Исключение представляет аденовирусная инфекция. Проведение дифференциальной диагностики в ряде случаев при ОРВИ не представляет трудностей с учетом эпидемиологического анамнеза, преобладания одного синдромов (ринита, ларингита, трахеита, бронхоолита) над явлениями катарального тонзиллита, выраженности интоксикации.

Диагностические критерии ОРВИ (кроме аденовирусной инфекции):

- острое начало;
- интоксикационный синдром различной степени выраженности (температура от субфебрильной до гектической, слабость, вялость, снижение аппетита, головная боль и др.);
 - боль в ротоглотке, как правило, умеренная;
 - в ротоглотке разлитая умеренная гиперемия, миндалины чаще увеличены до 1-й степени, рельеф сохранен;
 - незначительно увеличены и, возможно, умеренно / слегка болезненны регионарные ЛУ, без периаденита, отека, не спаянные с окружающими тканями, подвижные;
- преобладающие синдромы в зависимости от этиологии заболевания:
 - ларингит – парагрипп,
 - трахеит, бронхит – грипп,
 - ринит – риновирусная инфекция,
 - бронхоолит – респираторно-синцитиальный вирус;
- общий анализ крови – лейкопения, нормоцитоз, лимфоцитоз.

Диагноз подтверждается определением АГ возбудителя быстрыми тестами и иммунофлюоресцентным методом, молекулярно-генетическими методами (ПЦР и др.), а также серологически (ИФА (IgM, IgG), РПГА, РТГА и другие реакции в динамике).

Аденовирусная инфекция (*Infectio adenovirales* / *Adenoviridae*, род *Mastadenovirus*) – острое респираторное заболевание, характеризующееся поражением лимфоидной ткани, слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кишечника и умеренно выраженным интоксикационным синдромом. Инкубационный период составляет 5–8 дней, чаще болеют дети. Выделяют несколько форм болезни: ринофарингит, тонзиллофарингоконъюнктивит, ринофарингобронхит, конъюнктивит и кератоконъюнктивит, пневмония и др. Миндалины увеличиваются до 1–2-й степени, боли незначительные, фаринготонзиллит может быть катаральным или фолликулярно-пленчатым с белесоватым налетом (островчатым или сливным), налеты обычно строго ограничены и не имеют тенденции к распространению. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, сочная, с характерной множественной мелкой зернистостью по задней стенке глотки (гранулезный фарингит) (рис. 15).



Рис. 15. Тонзиллит при аденовирусной инфекции

Диагностические критерии:

- заболевание начинается остро с умеренно выраженного интоксикационного синдрома (субфебрильная / фебрильная температура тела, слабость, снижение аппетита, головная боль и др.);
- ринит (как правило, обильное слизистое отделяемое, припухлость крыльев носа и др.);
- конъюнктивит (катаральный, фолликулярный, пленчатый), склерит;
- возможен энтерит;
- редко – гепатит (незначительная желтуха, увеличение печени, незначительное повышение уровня aminотрансфераз);
- генерализованная ЛА с первых дней болезни с преимущественным вовлечением в процесс подчелюстных, заднешейных, затылочных, редко – подмышечных ЛУ, которые достигают 1–2 см в диаметре, мягко эластичной консистенции, подвижные, с четкими контурами, умеренно болезненные при пальпации, кожа над ними не изменена;
- в общем анализе крови – чаще лейкопения и лимфоцитоз.

Диагноз подтверждается определением антигена в слизи носа, задней стенки глотки (иммунофлуоресценция), ПЦР и редко – вирусологически. Учитывая высокую инфицированность населения серологическое подтверждение подразумевает 4-кратное нарастание титра специфических АТ в различных реакциях.

Энтеровирусная инфекция. Клиническим формами инфекций, вызванных вирусами *ECHO* и *Coxsackie*, протекающими с вовлечением миндалин, являются *герпангина* и *HFМК (болезнь «рот – рука – нога»)*, однако и при других формах (экзантема, менингит, полиомиелитоподобные заболевания, эпидемическая миалгия и т. д.) могут отмечаться клинические симптомы тонзиллита. Герпангина характеризуется явлениями фаринготонзиллита с увеличением миндалин до 1–2-й степени (рельеф их сохранен), интенсивной болью в горле при глотании. На фоне яркой гиперемии

слизистой ротоглотки (мягкое небо, язычок, небные дужки) и миндалинах появляются папулы, быстро сменяющиеся везикулами (1–3 мм), от единичных до множественных, которые лопаются трансформируются в эрозии, афты, покрытые белым налетом (рис. 16). Возможны подсыпания (полиморфизм энантемы). Заживление эрозий наблюдается обычно к 4–6-му дню болезни.



Рис. 16. Герпангина

Диагностические критерии:

- острое начало;
- умеренно или выраженный интоксикационный синдром;
- увеличенные и, возможно, болезненные регионарные ЛУ;
- комбинированные формы заболевания (сочетание различных клинических форм энтеровирусной инфекции – экзантема, катаральный синдром, асептический менингит, эпидемическая миалгия, конъюнктивит, диарея);
- общий анализ крови – лейкопения, нормоцитоз, лимфоцитоз.

Болезнь «рот – рука – нога» встречается чаще у детей, характеризуется проявлениями герпангины с характерной энантемой и наличием везикулярной экзантемы на кистях и стопах, возможна генерализованная ЛА.

Диагноз подтверждается серологически (ИФА (IgM, IgG), РПГА и др.), ПЦР и вирусологически.

Корь (*Morbilli* / семейство *Paramyxoviridae*, род *Morbillivirus*) – острое вирусное высококонтагиозное антропонозное заболевание, с воздушно-капельным путем передачи, характеризующееся выраженной интоксикацией, этапностью развития, катаральным и катарально-гнойным ринитом, своеобразной энантемой, пятнисто-папулезной экзантемой, ларингитом, конъюнктивитом. Инкубационный период составляет 9–21 день. Фарингоскопическая картина при кори варьирует от катарального до некротического тонзиллита. Патогномоничным симптомом являются пятна Бельского – Филатова – Коплика, которые появляются в катаральном периоде и сохраняются до начала высыпаний: мелкие беловатые папулы на слизистой оболочке щек с зоной гиперемии напротив вторых нижних моляров (рис. 17). Характерна также энантема – пятнистая гиперемия мягкого и твердого неба (в катаральном периоде, реже – в периоде высыпания).



Рис. 17. Корь, пятна Бельского – Филатова – Коплика

Диагностические критерии:

- острое начало, выраженный интоксикационный синдром;
- этапность развития заболевания (катаральный период, период высыпаний, реконвалесценция);
- склерит, конъюнктивит;
- яркий катаральный синдром с ринитом, ларингитом;

- экзантема (розеолезно-папулезная, сливная, обильная), развитие которой характеризуется этапностью: в начале появляется на лице, шее; на второй день – на теле, верхних конечностях, бедрах; на третий – голени, стопы (в это время сыпь на лице значительно бледнеет); после купирования сыпи может оставаться легкая пигментация с незначительным отрубевидным шелушением, которые затем проходят в течение 1,5–3 недель;

- период высыпания может сопровождаться усилением катаральных явлений и второй волной лихорадки (до 4–5 суток от начала высыпаний);

- осложнения (пневмония, энцефалит);

- увеличение ЛУ появляется в первые дни болезни и может сохраняться до нескольких недель, наиболее выражено увеличение заднешейных, затылочных, подмышечных ЛУ, которые имеют небольшие размеры (до 2 см), мягко эластичную консистенцию; ЛУ иногда болезненные, не спаяны с кожей и окружающими тканями, подвижные, кожа над ними не изменена, лимфангита нет.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины и подтверждается серологическими тестами (РТГА, ИФА (IgM, IgG) и др.), детекцией АГ вируса в слизи ротоглотки, методом ПЦР и реже – вирусологически.

Краснуха (*Rubeola* / семейство *Togaviridae*, род *Rubivirus*) – острое вирусное антропонозное заболевание, с воздушно-капельным путем передачи, характеризующееся умеренной / незначительной лихорадкой, генерализованной ЛА, макулезной экзантемой. Инкубационный период составляет 11–24 дня. Клинически краснуха характеризуется незначительным / умеренным катаральным синдромом с развитием катарального тонзиллита (першение в горле, разлитая гиперемия ротоглотки, незначительная болезненность) на фоне ринита.

Диагностические критерии:

- острое начало, умеренный интоксикационный синдром с субфебрильной (как правило) температурой тела;

- конъюнктивит;
- экзантема (макулезная, появляется одновременно по всему телу), реже энантема в виде петехий на слизистой ротовой полости;
- генерализованная ЛА. Особенно выражено увеличение (до 1–2 см) и болезненность заднешейных и затылочных ЛУ. Они плотно-эластичной консистенции, иногда чувствительны при пальпации, не спаяны с кожей и окружающими тканями, подвижны, кожа над ними не изменена. Увеличение ЛУ появляется до высыпания и держится некоторое время после исчезновения сыпи.

Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов и верифицируется серологическими методами (РСК, РТГА, ИФА (IgM, IgG) и др.), ПЦР и вирусологически.

Тонзиллит, стоматит, гингивит, вызванные вирусом простого герпеса 1-го и 2-го типов (HSV_{1, 2}) могут протекать с болью в полости рта, ротоглотке, увеличением миндалин до 1–2-й степени с их гиперемией и сохранным рельефом, гиперемией слизистой полости рта, миндалин, везикулезными высыпаниями на слизистой полости рта (рис. 18), миндалинах, губах. Лопаясь, везикулы превращаются в эрозии, афты, возможны подсыпания (полиморфизм).



Рис. 18. Поражение слизистой полости рта при HSV_{1, 2}-инфекции

Диагностические критерии:

- острое или постепенное начало;
- интоксикационный синдром различной степени;

- регионарные ЛУ при всех локализациях герпетической инфекции увеличиваются в размерах до 1–2 см в диаметре, они мягко эластичной консистенции, подвижны, чаще безболезненны или умеренно болезненны, кожа над ними не изменена, спаяны с окружающей клетчаткой; при комбинированных и распространенных формах инфекции ЛА приобретает генерализованный характер;

- *HSV*_{1, 2}-инфекция может также протекать в других клинических формах с типичной везикулезной сыпью на различных участках тела, половых органах, а также с поражением глаз (кератоконъюнктивиты, иридоциклиты и др.), нервной системы (энцефалиты, менингоэнцефалиты, полинейропатии и др.);

- общий анализ крови – лейкопения, нормоцитоз, лимфоцитоз.

Диагноз подтверждается выделением вируса (чаще ПЦР и др.), серологически (ИФА (IgM, IgG) и др.), биологическими методами.

Инфекционный мононуклеоз, болезнь студентов, поцелуев, (*Mononucleosis infectiosa*) – в настоящее время рассматривается как синдром, включающий длительную лихорадку, генерализованную ЛА, тонзиллофарингит, гепатоспленомегалию, экзантему, лимфоцитоз. Развитие данного синдрома связано с вирусами семейства *Herpesviridae*: вирус Эпштейна – Барр (EBV), цитомегаловирус (CMV), вирус герпеса 6-го типа (HHV-6), однако преобладающим этиологическим агентом является Эпштейна – Барр вирус. Тонзиллофарингит при вирусной инфекции Эпштейна – Барр протекает с увеличением миндалин до 2–3-й степени, разлитой умеренной гиперемией, как правило, развивается аденоидит (появление храпа во сне, затруднение дыхания через нос), при этом отека мягких тканей ротоглотки (язычка, неба) не отмечается. Частое присоединение бактериальной флоры сопровождается появлением на миндалинах рыхлых, легко снимаются шпателем налетов грязно-серого или желтовато-белого цвета (рис. 19). Редко налеты имеют фибринозный характер или отмечается поверхностный некроз ткани миндалин.



Рис. 19. Бактериальный тонзиллит, осложнивший вирусную инфекцию Эпштейна – Барр

Диагностические критерии:

- острое начало, умеренный или выраженный интоксикационный синдром с длительной (до 2–4 недель) лихорадкой на фебрильных цифрах;
- гепатит, признаки умеренного или слабовыраженного цитолиза (желтуха бывает редко);
- спленомегалия (вплоть до разрыва селезенки);
- экзантема (макулезная, розеолезно-папулезная, мелкоточечная) особенно при назначении β -лактамовых антибиотиков;
- генерализованная ЛА (симметричное увеличение ЛУ от 1 до 3 см, плотно эластичной консистенции, подвижных, безболезненных или незначительно болезненных при пальпации, без периаденита, выявляется с первых дней и сохраняется на всем протяжении болезни, а иногда и в периоде реконвалесценции, во всех доступных пальпации областях, но наиболее часто увеличиваются затылочные, подчелюстные и особенно шейные ЛУ с обеих сторон по ходу грудино-ключично-сосцевидных мышц);
- у иммунокомпromетированных лиц – волосатая лейкоплакия языка, лимфома, назофарингеальная карцинома (EBV является триггером);
- увеличение количества атипичных мононуклеаров на фоне лейкоцитоза и лимфоцитоза в общем анализе крови.

Диагностика острой формы основана на обнаружении IgM и IgG к капсидному и ранним АГ. Реактивация заболевания оценивается преимущественно по росту IgG к капсидному и ранним АГ. Реакции с гетерогенными эритроцитами (Пауля – Буннеля, Гоффа – Бауэра) в настоящее время используются редко. Применяются также молекулярно-генетические тесты (ПЦР) для детекции ДНК вируса.

Цитомегаловирусная инфекция (*CMV*-инфекция / *CMV*) – антропонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся пожизненной персистенцией возбудителя в организме, образованием в пораженных органах специфических гигантских клеток (цитомегалов), а также многообразием клинических проявлений с развитием генерализованной ЛА, тонзиллита, мононуклеоза, гепатита, ретинита и др. Различают врожденную и приобретенную *CMV*-инфекцию. При приобретенном заболевании инкубационный период длится от 15 до 90 дней. Тонзиллит, как правило, катаральный, отмечается умеренная гиперемия зева, миндалины увеличиваются до 1-й степени.

Диагностические критерии:

Иммунокомпетентные лица

- острое начало с проявлений интоксикационного синдрома;
- часто – мононуклеозоподобный синдром, лихорадка, гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезенки выражены меньше, чем при *EBV*-мононуклеозе).
- характерно развитие генерализованной ЛА с преимущественным увеличением от 1 до 2 см шейных групп ЛУ, плотно эластичной консистенции, несколько болезненных при пальпации, не спаяных с кожей и окружающими тканями, подвижных, с не измененной кожей над ними.

Иммунокомпрометированные лица

- поражение ЖКТ (эзофагит, гастроэнтерит, гепатит, колит, панкреатит, холецистит);
- хориоретинит;

- менингоэнцефалит;
- генерализованная ЛА.

Для подтверждения диагноза используют цитоскопию осадка мочи, слюны, ликвора с целью обнаружения цитомегалов. В общем анализе крови чаще фиксируются атипичные мононуклеары на фоне лейкопении. Возможно также выделение культуры вируса из биологических жидкостей организма (кровь, моча и т. д.). Используется ПЦР и серологические тесты (ИФА и др.). Трактовка результатов должна осуществляться с учетом клинических признаков.

Ящур (*Aphthae epizooticae* / *Aphthenseuche*, *Picornaviridae*, род *Aphthovirus*) – острая антропозоонозная инфекция со специфическим везикулярно-эрозивным поражением слизистых оболочек и кожных покровов (рис. 20), а также с синдромом интоксикации. Инкубационный период длится от 2 до 12 дней, чаще 3–4 дня. К концу первых суток от начала заболевания возникают жжение во рту, сильное слюнотечение, резкая гиперемия и отечность слизистой оболочки ротовой полости, миндалин, на которых появляются везикулы, наполненные прозрачным или мутным содержимым, наибольшее их количество появляется на краях и кончике языка, который также становится отечным. Через сутки везикулы вскрываются, образуя эрозии, которые могут сливаться с формированием обширных эрозированных поверхностей, через 4–5 дней эрозии эпителизируются.



Рис. 20. Поражение слизистых и кожи при ящуре

Диагностические критерии:

- острое, часто внезапное начало заболевания;
- выраженный интоксикационный синдром (озноб, гипертермия, головная боль, миалгии, потеря аппетита и др.);
- возможно появление везикул и эрозий на конечностях, чаще в межпальцевых промежутках;
- конъюнктивит;
- боли при мочеиспускании (при поражении уретры);
- регионарная ЛА с конца первых суток заболевания с увеличением ЛУ (чаще подчелюстных и шейных) до 1–3 см в диаметре, которые становятся болезненными при пальпации, при этом подвижность их сохраняется, лимфангит развивается редко;
- генерализованная ЛА – при наличии нескольких очагов сыпи.

Диагностика основана на выделении из афтозных элементов, крови, слюны, фекалий вируса (вирусологический метод) или его РНК (ПЦР). Основу серологической диагностики составляют РСК и РНГА в парных сыворотках с интервалом 7–8 дней, также возможна постановка биологической пробы втиранием афтозного содержимого в подушечки лапок морских свинок.

ВИЧ-инфекция (*Aquired Immune Deficiency Syndrom / HIV*, семейство *Retroviridae*, подсемейство *Lentivirus*). Развитие тонзиллярного синдрома при ВИЧ-инфекции обычно сопровождается острым ретровирусным синдромом и может регистрироваться в фазе вторичных заболеваний. В первом варианте поражение ротоглотки напоминает картину инфекционного мононуклеоза, с развитием катарального или фолликулярно-лакунарного тонзиллита (с творожистым крошащимся налетом) в сочетании с фарингитом (першение в горле и т. д.). На этой стадии ВИЧ-инфекции примерно у 10–15% больных возможны проявления вторичных заболеваний (ассоциированного вирусно-бактериального тонзиллофарингита, кандидоза ротоглотки, афтозного стоматита и др.). В стадии вторичных заболеваний фиксируются самые

разнообразные изменения в ротоглотке, обусловленные оппортунистическими заболеваниями. Чаще встречается кандидозный тонзиллофарингит и стоматит (при снятии творожистого налета обнаруживается яркая «лакированная» слизистая оболочка). Реактивация вирусов герпетической группы (EBV, CMV) также может вызвать тонзиллит. На этой стадии регистрируются опухоли миндалин (лимфомы, лимфосаркомы и др.). На слизистой полости рта отмечаются проявления саркомы Капоши (рис. 21).

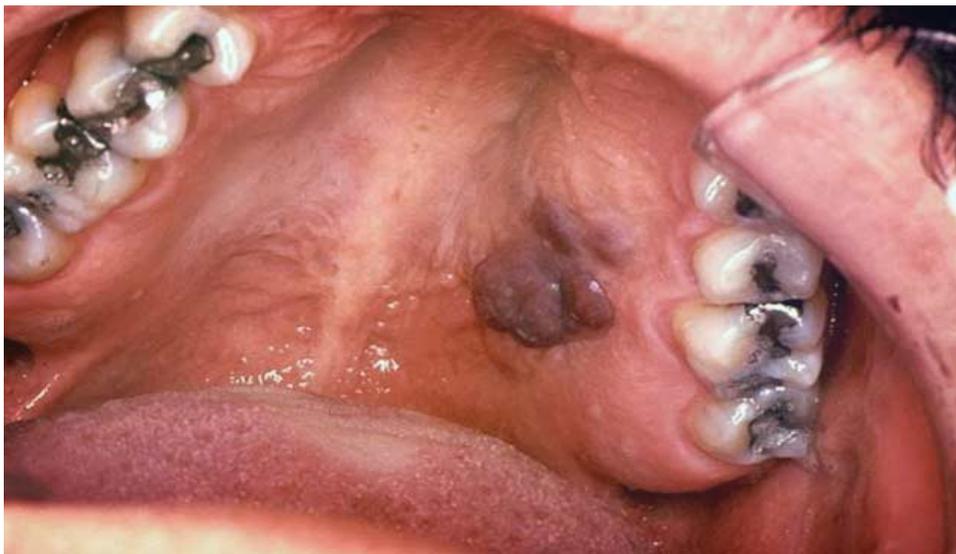


Рис. 21. Саркома Капоши на небе

Диагностические критерии:

Острый ретровирусный синдром

- эпидемиологический анамнез (незащищенный секс с многочисленными партнерами, использование психоактивных веществ (ПАВ), гомосексуальные контакты и др.);
- лихорадка, слабость, недомогание, миалгии, артралгии (гриппоподобный синдром);
- мононуклеозоподобный синдром;
- генерализованная ЛА с увеличением ЛУ до 1–2 см, плотно эластичной консистенции (в дальнейшем ЛУ уменьшаются в размерах и уплотняются);
- экзантема (розеолезная или макуло-папулезная);
- потеря в весе;

- асептический менингит;
- тромбоцитопения, геморрагический васкулит;
- диарея.

Стадия вторичных заболеваний

• клинические проявления оппортунистических заболеваний, прогрессирующих и диссеминирующих по мере углубления иммунодефицита (микобактериозы, герпетическая, пневмоцистная инфекция, токсоплазмоз, саркома Капоши, лимфомы и др.);

• ВИЧ-ассоциированная деменция / энцефалопатия, изнуряющий синдром (потеря в весе, длительная диарея);

- генерализованная ЛА.

Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции применяются методы детекции вируса (вирусологический, определения антигенов *HIV* (p24 и др.), ПЦР и другие способ секвенирования / генотипирования, а также серологические исследования (ИФА, иммуноблоттинг, смешанные тесты для выявления антител и антигенов вируса). Имеются также быстрые тесты для предварительной диагностики заболевания. В качестве обследуемого субстрата используют кровь, реже – мочу, слюну, а также материал, полученный при биопсии органов (ЛУ, головной мозг и др.). В клинической практике после получения и подтверждения позитивных результатов серологических тестов в ИФА (обычно с использованием определения не только антител, но и антигенов) проводят реакции иммуноблоттинга для окончательной верификации диагноза, а в последующем оценивают вирусную нагрузку, определяют резистентность возбудителя к препаратам, иммунный статус пациента и стадию заболевания, подтверждают оппортунистические заболевания.

1.3. Тонзиллиты микотической этиологии

Тонзиллит грибковой этиологии (*Mycoses* / *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis* и др.) обычно развивается на фоне декомпенсации хронических заболеваний, у иммунокомпromетированных лиц, также после антибактериальной терапии. Боль в горле варьирует от небольшого дискомфорта до резкой, усиливающейся при глотании, миндалины увеличены, гиперемированы. На слизистой полости рта, миндалинах определяются рыхлые легко снимающиеся, творожисто-белые или желтоватые налеты, растирающимися между шпателями (рис. 22).



Рис. 22. Кандидоз полости рта

Диагностические критерии:

- неблагоприятный преморбидный фон (местный / системный, первичный / вторичный иммунодефициты, использование антибактериальных и химиопрепаратов, сахарный диабет и другие хронические заболевания в стадии декомпенсации);
- медленное постепенное развитие;
- умеренный интоксикационный синдром, субфебрильная температура;
- комбинированный вариант: выделяют кандидоз кожи и слизистых (стоматит, вульвовагинит, баланопостит, кандидоз межпальцевых складок,

паронихии и др.), а также инвазивный кандидоз, подразделяющийся на системный и диссеминированный;

- регионарный (верхнешейный, подчелюстной) ЛА при локализованных формах и генерализованный при инвазивной инфекции с увеличенными до 1–3 см ЛУ, которые могут быть слегка болезненны, плотно эластичной или эластичной консистенции без периаденита.

Диагноз подтверждается при микроскопии, по результатам микологического исследования (специальные среды) налётов с миндалин. Возможно использование ПЦР.

Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита / тонзиллофарингита, помимо клинических и рутинных (общий анализ крови и др.) лабораторных данных, опирается также на эпидемиологический анамнез (вспышки инфекционных заболеваний, контакт с больными и т. д.). Микробиологические (бактериологический / вирусологический / микологический и др.) методы часто играют вспомогательную роль, что связано с поздним получением результатов и не всегда имеющейся возможностью однозначной трактовки положительных или отрицательных результатов исследований. Важным практическим вопросом является назначение или неиспользование антибактериальных препаратов при диагностировании тонзиллита. Экспресс-тесты на грипп, стрептококковый тонзиллит и ряд других инфекций, основанные, как правило, на детекции антигена возбудителя, обладают достаточно хорошей чувствительностью, что может облегчить принятие решения о тактике лечения.

2. ТОНЗИЛЛИТЫ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ

2.1. Новообразования миндалин и ротоглотки

Доброкачественные новообразования миндалин и ротоглотки.

В ротоглотке встречаются папилломы, ангиомы, фибролипомы, фибромиомы, ретенционные кисты, смешанные опухоли, нейриномы, зуб корня языка, волосатые полипы и др. В большинстве случаев у больных с новообразованиями ротоглотки первыми симптомами заболевания служат чувство инородного тела в глотке, необычные ощущения при жевании, глотании, першение или другие парестезии. Возможны жалобы на сухость в глотке, несильную боль по утрам при глотании слюны («пустой глоток»). Большинство доброкачественных опухолей покрыто нормальной слизистой оболочкой, они растут медленно, редко изъязвляются, четко контурируются, не имеют инфильтрирующего роста. Наличие боли при такого рода опухолях характерно. Ряд доброкачественных опухолей (папилломы, фибромы, кисты, локализующиеся на небных дужках или миндалинах) годами могут не беспокоить пациентов, и только когда они достигают значительных размеров (1–3 см в диаметре), возникает ощущение инородного тела в ротоглотке. Боли при глотании или независимо от него возможны при невриномах, нейрофибромах и очень редко – при изъязвлении сосудистых опухолей. Дисфагия чаще встречается при опухолях мягкого неба. Из-за нарушения герметичности носоглотки во время акта глотания возможно попадание жидкой пищи в нос. Отмечается также гнусавость, при околоушарных процессах – одностороннее нарушение слуха. При новообразованиях корня языка и валлекул на ранних этапах появляется ощущение инородного тела в глотке и другие парестезии, а также затруднения при глотании, включая поперхивание при приеме жидкой пищи. Кровоточивость и примесь крови в слюне свойственны только для гемангиом, а также для распадающихся изъязвившихся

злокачественных опухолей. При доброкачественных новообразованиях не характерно вовлечение регионарных ЛУ и метастазы.

В качестве вспомогательных методов обследования можно использовать рентгенографию, КТ, ангиографию, радиоизотопное исследование. Гистологическую структуру опухоли верифицируют по результатам биопсии, в процессе / после хирургического вмешательства.

Из доброкачественных опухолей наиболее распространены *папилломы* (чаще у женщин в возрасте 20–40 лет) – образования с сероватым оттенком, неровными краями и зернистой поверхностью, подвижные, поскольку обычно имеют тонкое основание (ножку). Возбудителем заболевания является папилломовирус (чаще 6-й и 11-й типы). Папиллома растет неравномерно – периоды быстрого роста могут сменяться относительным затишьем. Папилломы подразделяются на твердые и мягкие (зависит от соотношения соединительной ткани и эпителия в теле опухоли), как правило, они единичны. Часто локализуются на небных дужках, миндалинах, слизистой оболочке мягкого неба и редко – на задней стенке глотки. Редко достигая больших размеров (диаметр не превышает 1 см), папилломы по цвету несколько светлее окружающей слизистой оболочки, мелкозернистого строения, с шероховатой поверхностью. Слизистая оболочка вокруг папилломы обычно не изменена (рис. 23).



Рис. 3. Папилломы небных дужек

Мягкие папилломы у детей могут приобретать распространенный множественный и стелющийся характер. Диагноз затруднений не представляет благодаря характерному внешнему виду папиллом, напоминающих тутовую ягоду. Окончательный диагноз устанавливают, основываясь на результатах гистологического исследования.

Другой относительно частой опухолью ротоглотки является *гемангиома*. В ротоглотке преобладают кавернозные диффузные и глубокие капиллярные гемангиомы. Значительно реже можно встретить ветвистые венозные или артериальные сосудистые опухоли. Границы гемангиомы определить достаточно сложно, что связано с возможным распространением опухоли не только по поверхности, но и в глубь тканей (нередко достигает сосудисто-нервного пучка шеи, проявляясь в виде припухлости, чаще спереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы или заполняя зачелюстную область). По внешнему виду глубокую гемангиому достаточно сложно отличить от невриномы и других новообразований, локализующихся в толще тканей. Она покрыта неизменной слизистой оболочкой, контуры ее нечеткие. Кавернозная и венозная гемангиомы синюшные, чаще расположены поверхностно, их поверхность бугристая, консистенция мягкая, инкапсулированные кавернозные гемангиомы имеют четкие границы. Ветвистая артериальная гемангиома при фарингоскопии обычно пульсирует, поверхность может быть бугристой, а дифференцировать ее в первую очередь необходимо от аневризмы.

При гемангиомах из инструментальных методов диагностики наиболее информативна ангиография, позволяющая верифицировать сосуды, из которых опухоль получает кровь. В капиллярной фазе ангиографии четко видны контуры капиллярных гемангиом. Кавернозные и венозные гемангиомы лучше определяются в венозной, а ветвистые артериальные – в артериальной фазе ангиографии. Диагноз гемангиомы, как правило, устанавливают без гистологического исследования, поскольку биопсия может вызвать интенсивное кровотечение.

Так же часто, как и гемангиому, в ротоглотке обнаруживают *смешанную опухоль*, которая развивается из малых слюнных желез. Она может локализоваться в толще мягкого неба, на боковой и реже – на задней стенке среднего отдела глотки. Термин «смешанная» используется из-за большого полиморфизма новообразования. Отличаясь медленным, неинфильтрирующим ростом, смешанные опухоли могут достигать больших размеров и истончать слизистый покров. Смешанные опухоли имеют капсулу, безболезненны при пальпации, их поверхность гладкая, неровная, плотной консистенции, слизистая оболочка над ней не изменена. Они формируются в глубине тканей, располагаясь подслизисто, на поверхности стенок ротоглотки, и выглядят как припухлость с четкими контурами чаще сбоку от средней линии на границе твердого и мягкого неба. По внешнему виду отличить смешанную опухоль от других новообразований данной локализации (невринома, нейрофиброма, аденома) крайне сложно. К смешанным опухолям близко примыкают *эндотелиомы* – редко встречающиеся опухоли, происходящие из эндотелия преимущественно кровеносных и лимфатических сосудов (рис. 24). Как смешанные опухоли, так и эндотелиомы имеют один и тот же гистогенез. Эндотелиомы растут медленно, имеют капсулу, обычно доброкачественны. Окончательный диагноз устанавливают на основании результатов гистологического исследования.



Рис. 24. Гемангиоэндотелиома ротоглотки

Фибромы ротоглотки представляют собой соединительнотканые доброкачественные новообразования и встречаются в виде фибромиом, ангиофибром, фибролипом. Они чаще всего имеют форму полипа, прикрепляясь тонкой ножкой к миндалинам, небным дужкам.

Остеома, липома и ряд других опухолей в ротоглотке встречаются редко. Из них лишь остеома рентгеноконтрастна, однако и при остеоме окончательный диагноз устанавливается на основании результатов гистологического исследования.

Кисты ротоглотки обычно локализуются в миндалинах, на корне языка, реже – на мягком небе. Кисты миндалин, чаще ретенционные, содержат желтоватого цвета густую гнойную массу. Они обычно не вызывают никаких ощущений и обнаруживаются случайно. Иногда больные испытывают чувство раздражения глотки чем-то посторонним. Интрамуральные, или внутрисстенные, кисты мягкого неба также ничем не проявляются и могут достигать больших размеров, особенно те из них, которые относятся к тератоидным опухолям. Кисты легко распознаются по их характерному виду (рис. 25). У детей иногда встречаются кисты корня языка, обуславливающие стридор.



Рис. 25. Киста передней дужки

Злокачественные новообразования миндалин и ротоглотки. Опухоли миндалин и ротоглотки составляют незначительный процент среди всех

злокачественных образований (около 0,5%). Факторами риска их появления служат курение, профессиональные вредности (сварщики и др.), хроническое воспаление, иммунокомпрометация, генетическая предрасположенность, злоупотребление алкоголем, EBV-, HHV-8-, HPV-, HIV-, HTLV-1-, HCV-, HBV-инфекции, *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia psittaci*, *Campylobacter jejuni*, *Helicobacter pylori*. В подавляющем большинстве злокачественные опухоли поражают только одну миндалину. Злокачественные опухоли ротоглотки встречаются, как правило, у лиц зрелого и пожилого возраста, но поражают и молодых, даже детей. Среди всех опухолей ротоглотки значительный удельный вес (более 70–80%) представляет карцинома, встречающаяся значительно чаще у мужчин старше 40 лет. На втором месте по частоте среди злокачественных образований стоят различные лимфомы и лимфосаркомы (чаще у лиц молодого возраста), остальные опухоли встречаются реже. Опухоли ротоглоточной локализации возникают в пространстве, ограниченном сверху проекцией твердого неба на заднюю стенку глотки, снизу – уровнем корня языка и могут развиваться из любой ткани и в любом месте, однако их предпочтительной локализацией служат небные миндалины, мягкое небо и реже – задняя стенка глотки. Злокачественные опухоли небных миндалин подразделяются:

- на эпителиомы (покровного эпителия спиноцеллюлярного типа, трабекулярные спиноцеллюлярного типа метатипического строения, недифференцированного клеточного строения, ороговевающие);
 - лимфоэпителиомы;
 - саркомы и лимфосаркомы (фасцикулярная саркома, лимфобластома, лимфоцитарная саркома с атипичными и переходными клетками, гигантоклеточная фолликулярная саркома);
 - ретикулосаркомы (эмбриональные (тератомы) саркомы, дифференцированные саркомы, ретикулолимфосаркомы, ретикулоэндотелиосаркомы, ретикулофибросаркомы, ретикулоэпителиома).

Начало злокачественного роста обычно не сопровождается отчетливыми клиническими проявлениями. Первыми признаками, привлекающими внимание

пациента, могут быть дискомфорт при приеме пищи, чувство объемного образования в ротоглотке и на шее, полноты, неловкости при глотании. Спонтанные боли в ротоглотке, часто иррадирующие в челюсть и ухо, усиление дисфагии, изменение тембра голоса появляются позднее. По мере роста опухоли боли нарастают, в слюне и мокроте могут появляться прожилки крови, голос часто приобретает гнусавый оттенок, отмечается нарушение герметичности носоглотки (попадание жидкости / пищи в нос), усиливается дисфагия и нарушается дыхание. При распаде опухоли и присоединении вторичной инфекции появляется гнилостный запах изо рта. Клинические признаки во многом определяются локализацией опухоли. При расположении на мягком небе и дужках ведущими симптомами являются гнусавость, поперхивание жидкостью / пищей, болевые ощущения. Внешний вид опухоли зависит от ее характера, локализации и стадии. За счет преимущественно одностороннего характера процесса в ротоглотке (особенно на ранних стадиях процесса) определяется асимметрия миндалин, мягких тканей с накоплением массы опухоли на том или ином участку ротоглотки. При оценке локального опухолевого процесса учитывают в первую очередь размеры и распространение опухоли:

- T1 – опухоль – до 2 см в наибольшем измерении;
- T2 – опухоль – более 2 см, но не более 4 см в наибольшем измерении;
- T3 – опухоль – более 4 см в наибольшем измерении;
- T4a – опухоль распространяется на соседние структуры (глубокие мышцы языка (подбородочно-язычную, подъязычно-язычную, небно-язычную и шиловидно-язычную), медиальную пластинку крыловидного отростка основной кости, нижнюю челюсть, твердое небо, гортань);
- T4b – опухоль распространяется на крыловидные мышцы, крыловидные отростки основной кости, латеральную стенку носоглотки, основание черепа или на стенку сонной артерии.

При диагностике необходимо учитывать наличие паранеопластических синдромов (гематологические, неврологические, кожно-слизистые,

эндокринные и др.), интегральных клинических признаков онкологического заболевания (потеря в весе, астенизация, извращение / потеря аппетита, болевой синдром и т. д.); симптомов, связанных с локальным и метастатическим ростом опухоли; психологических нарушений, обусловленных онкопроцессами; результаты инструментальных, биохимических и специальных (онкомаркеры, генетические тесты и др.) способов обследования. Опухоли ротоглотки, как и носоглотки, нередко диагностируются на основании обнаружения метастазов как единственного симптома, дающего повод заподозрить наличие первичного очага в глотке. Регионарная ЛА на начальных этапах чаще односторонняя, ЛУ, как правило, становятся плотноэластичной консистенции, в запущенных случаях – деревянистой плотности, безболезненны, по мере развития онкологического процесса происходит образование конгломератов ЛУ. Вовлечение регионарных ЛУ протекает в несколько стадий:

- N_X – недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ;
- N₀ – нет признаков метастатического поражения регионарных ЛУ;
- N₁ – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения – до 3 см и менее в наибольшем измерении;
- N₂ – метастазы в одном или нескольких ЛУ на стороне поражения – до 6 см в наибольшем измерении либо метастазы в ЛУ шеи с обеих сторон или с противоположной стороны – до 6 см в наибольшем измерении;
- N_{2a} – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения – до 6 см в наибольшем измерении;
- N_{2b} – метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения – до 6 см в наибольшем измерении;
- N_{2c} – метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны – до 6 см в наибольшем измерении;
- N₃ – метастазы в ЛУ – более 6 см в наибольшем измерении.

Учитываются также и отдаленные метастазы (M – отдаленные метастазы).

Комплекс диагностических мероприятий подразумевает УЗИ шеи, орофаринго-, ларинго- и гифофарингоскопию, пальцевое исследование тканей языка, обеих миндалин и боковых стенок глотки, биопсию опухолей и ЛУ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки или КТ, ортопантомография, КТ с контрастированием области первичного опухолевого очага и шеи или ЯМР, ФГДС и бронхоскопию (при наличии жалоб), определение онкомаркеров и др.

В раннем периоде развития *карциномы миндалин* распознаются редко, так как не вызывает никаких ощущений. Первые клинические проявления часто возникают, когда опухоль выходит за пределы миндалинкового ложа и метастазирует в регионарные ЛУ. Именно появление плотного опухолевидного образования в области угла нижней челюсти привлекает внимание больного, и он «вспоминает» о том, что его беспокоят легкие боли в ротоглотке, усиливающиеся при глотании и отдающие в ухо. После этого больной обращается к врачу, перед которым могут предстать разные варианты заболевания:

- язвенный (язва в виде кратера с неровными краями и гранулезными образованиями ярко-красного цвета на дне);
- пролиферативный (в форме ягоды ежевики, красного цвета, на широком основании, глубоко внедряющемся в паренхиму миндалины);
- криптогенный (напоминающий ягоду ежевики и закупоривающий крипту).

Беспрепятственное введение в лакуну пуговчатого зонда, легко проникающего в паренхиму миндалины, и окрашенность его кровью свидетельствуют о необходимости консультации ЛОР-онколога. При дальнейшем развитии, когда пораженная миндалина достигает значительного размера, а асимметрия в зеве выражена, становится постоянной оталгия, появляется дисфония. Развитие опухоли в глубине крипты приводит к значительному увеличению объема миндалины со смещением мягкого неба в противоположную сторону, остальные крипты зияют, миндалина напряжена,

деревянистой плотности, болезненна при пальпации (рис. 26). Регионарные ЛУ увеличены, плотные, спаянные с подлежащей тканью. Общее состояние больного может страдать минимально, что также должно насторожить врача, так как при хроническом казеозном тонзиллите пациенты обычно жалуются на симптомы астенизации, субфебрилитет. При прогрессировании может появиться тризм, гнилостный запах из рта. Терминальный период в запущенных случаях наступает обычно через 6–9 месяцев от первых симптомов болезни. Пациент кахексичен, резко ослаблен, бледен, жалуется на нестерпимые ушные боли. Сильные боли возникают и при глотании, что заставляет больного отказываться от пищи. На этой стадии опухоль обычно поражает вход в гортань, корень языка, шейные ЛУ. Последние достигают значительных размеров, препятствуют движениям головы, ущемляют сосудисто-нервный пучок, что вызывает застойные явления в головном мозге. Сдавление увеличенными ЛУ ЧМН приводит к параличам соответствующих мышц. Отдаленные метастазы, по данным различных авторов, наблюдаются в 10–30% случаев (в легкие, кости и другие органы).



Рис. 26. Карцинома левой миндалины

Наиболее распространенная из поражающих ротоглотку сарком – *лимфосаркома* – наблюдается чаще в молодой возрастной группе больных. Фибро-, мио- и рабдомиосаркомы – это редкие опухоли ротоглотки. Излюбленной локализацией лимфосарком является глоточное лимфаденоидное

кольцо, в 50–70% случаев они развиваются в небных миндалинах, реже – в носоглоточных (около 25%) и крайне редко – в других миндалинах. Иногда лимфосаркома поражает обе миндалины, в таких случаях необходимо исключать лейкоз или общий лимфосаркоматоз. Лимфосаркома миндалины в дебюте проявляется увеличением объема, до тех пор, пока опухоль не достигает определенного размера, она практически не причиняет больному никаких расстройств. Затем появляются дисфония, дисфагия, и часто только после определения на шее пакетов увеличенных ЛУ больной обращается к врачу. При фарингоскопии – асимметрия зева, обусловленная значительным увеличением одной из миндалин. Поверхность пораженной миндалины – гладкая, иногда дольчатая, розового или красного цвета, мягкоэластической консистенции (в отличие от эпителиомы, которая придает миндалине деревянистую плотность) (рис. 27).

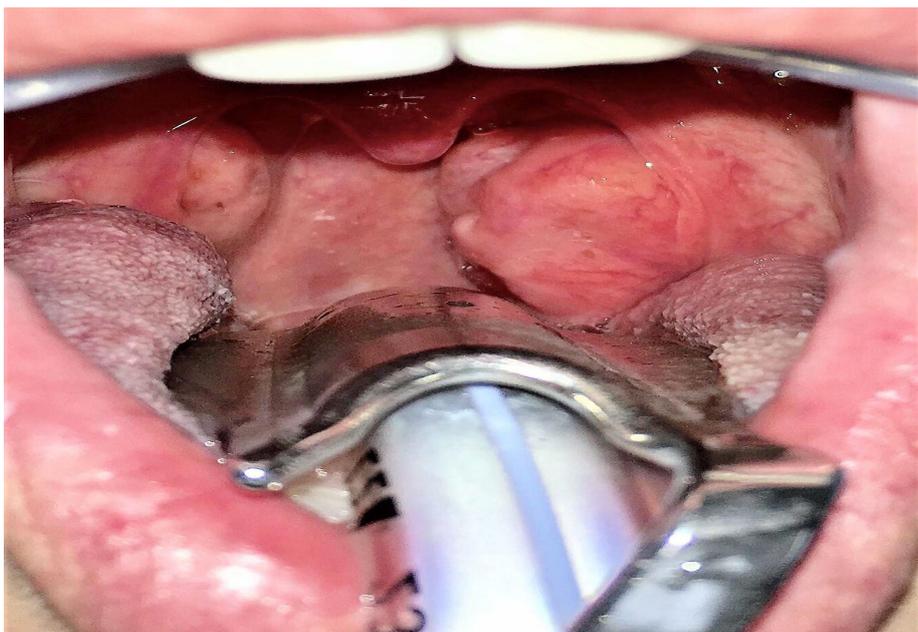


Рис. 27. Лимфосаркома ротоглотки

Особенностью саркомы небной миндалины является длительное отсутствие боли при глотании. Лимфосаркомы с первичным поражением небной миндалины и носоглотки характеризуются частым метастазированием, которое всегда начинается с регионарных шейных ЛУ – цепочка ЛУ простирается от подчелюстной области, вдоль переднего края грудино-

ключично-сосцевидной мышцы до ключицы, ЛУ – мягкоэластической консистенции, безболезненны. При вовлечении регионарных ЛУ течение заболевания ускоряется, небная миндалина достигает значительных размеров, перекрывает зев. Дыхание, глотание и голосообразование резко затруднены. Одновременно возникают нарушения функции слуховой трубки. Очень быстро опухоль покрывается язвами и вторично воспаляется. Резко усиливается оталгия. ЛА становится генерализованной, повышается температура тела, общее состояние больного прогрессивно ухудшается. При прогрессировании опухолевого процесса, особенно метастазировании в костный мозг, учащаются случаи лейкемизации, поражения печени и селезенки. Метастазы в желудке диагностируют более чем в 30% случаев, в других органах – реже. Медиастинальные ЛУ своим давлением на окружающие органы вызывают резкое ухудшение состояния больного. В состоянии нарастающей кахексии, общей интоксикации и при вторичных осложнениях больной погибает обычно в течение первого года болезни.

2.2. Заболевания крови с синдромом тонзиллита

Агранулоцитоз (нейтропения) – патологическое состояние, при котором наблюдается снижение уровня лейкоцитов (менее $1 \times 10^9/\text{л}$) за счет гранулоцитов (менее $0,75 \times 10^9/\text{л}$) и моноцитов, значительно повышается восприимчивость организма к инфекциям. Основными триггерами приобретенного агранулоцитоза служат инфекции (сепсис, бруцеллез, риккетсиозы, вирусные гепатиты, тифы, EBV-, HIV-, CMV-инфекции и др.), различные лекарственные препараты («Диакارب», «Изониазид», нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), барбитураты, мепробамат, левамизол, сульфаниламиды, триметоприм, хлорохин и др.), физические и химические факторы (радиация, инсектициды и др.), а также аутоиммунные заболевания (коллагенозы, лимфомы, аутоиммунный гепатит и др.). Клиническая картина проявляется в виде тяжелого со склонностью к генерализации (как правило) инфекционного процесса различной этиологии на фоне резкого снижения эффективности иммунного ответа. Поражение миндалин, ротоглотки, полости рта может определяться уже на ранних стадиях в виде язвенно-некротического фаринготонзиллита, стоматита с фибринозно-гнойными налетами, гнилостным запахом изо рта. Язвенно-некротический процесс склонен к распространению и пенетрации в глубокие ткани (рис. 28).

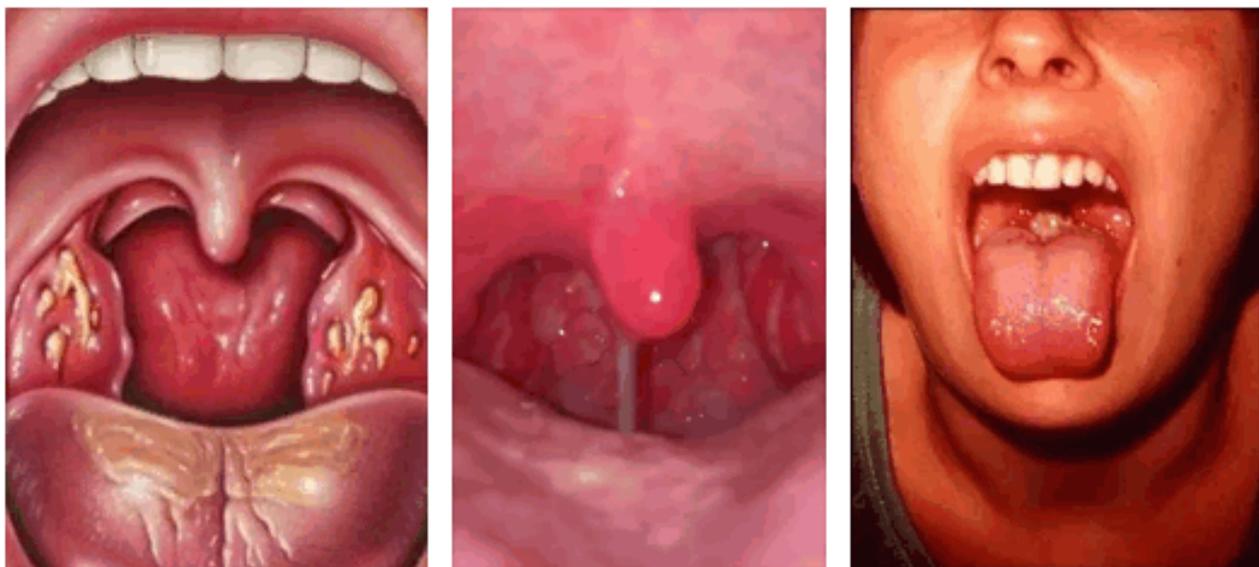


Рис. 28. Поражение миндалин при агранулоцитозе

Диагностические критерии:

- острое начало, быстрое нарастание симптомов интоксикации (слабость, недомогание, головные боли, лихорадка до 40 °С и выше и т. д.);
- генерализация инфекции с метастатическими очагами (пневмония, гепатит, спленомегалия, синуситы, отиты, абсцессы, параректальные процессы и др.);
- регионарная (верхнешейные ЛУ) и генерализованная ЛА;
- некротическая энтеропатия (вздутие живота, несильные схваткообразные боли, энтеритический стул, урчание в животе), при прогрессировании возможны перфорация стенки кишки, перитонит, септицемия, эндотоксический шок;
- полиморфная экзантема, геморрагическая сыпь;
- нейтропения, тромбоцитопения, обнаружение ревматоидного фактора, антинуклеарных и антинейтрофильных АТ, повышение активности аминотрансфераз, патологические изменения, наблюдаемые при исследовании костного мозга (снижение количества миелокариоцитов, увеличение количества мегакариоцитов и плазматических клеток, нарушение созревания и снижение числа клеток нейтрофильного ростка) и др.

Диагноз устанавливается на основании клинико-анамнестических данных, признаков злокачественной лейко- и нейтропении, обнаружении антинейтрофильных АТ, при исключении врожденного характера нейтропении и генетических заболеваний.

Алейкия алиментарно-токсическая условно может рассматриваться как особый вариант агранулоцитоза, причиной которого является употребление перезимовавших под снегом злаков (проса, пшеницы, ржи и др.), пораженных *Fusarium sporotrichiella* и содержащих кумариноподобный токсин. Встречается преимущественно среди сельского населения. Заболевание развивается обычно через 2–4 недели после начала употребления перезимовавшего зерна, однако может проявиться и после однократного приема в пищу 500 г ядовитого зерна и более. На ранних этапах

заболевания в большинстве случаев развивается стоматит, в дальнейшем через несколько дней – тяжелый некротический тонзиллофарингит с гнойно-фибринозными налетами, зловонным запахом изо рта, который впоследствии может прогрессировать (пенетрация некрозов в окружающие ткани, разрушение миндалин и др.).

Диагностические критерии:

- сезонность (ранний весенний период);
- острое начало;
- цикличность (стадия стоматита, гастроэнтерита, лейкопеническая стадия, ангинозно-геморрагическая стадия);
- симптомы интоксикации (слабость, недомогание, головные боли, лихорадка до 40 °С и выше и т. д.);
- генерализация инфекции с метастатическими очагами (пневмония, гепатит, спленомегалия, синуситы, отиты, флегмоны, абсцессы и др.);
- геморрагический синдром (желудочно-кишечные, маточные кровотечения, кровотечения из носа, уха, геморрагическая экзантема, энантема и др.);
- гастроэнтерит;
- нейтропения, тромбоцитопения, анемия, увеличение СОЭ, рост аминотрансфераз.

Заболевание диагностируется на основании клинико-анамнестических и гематологических данных.

Тонзиллит может развиваться при многих заболеваниях крови, характеризуясь, как правило, тяжелым течением.

Острый лимфобластный лейкоз (*leukosis*) – злокачественное заболевание системы кроветворения, характеризующееся неконтролируемой пролиферацией незрелых лимфоидных клеток (лимфобластов). Острый лимфобластный лейкоз является самым распространенным злокачественным заболеванием в детском и юношеском возрасте, чаще болеют мальчики. Заболевание протекает с поражением костного мозга, ЛУ, селезенки, вилочковой железы, а также других

органов. Патологический процесс в ротоглотке с развитием язвенно-некротического тонзиллита может быть одной из причин первичной госпитализации больного с лейкозом, при этом возможна пенетрация язвы в окружающие (глубокие) ткани (рис. 29).



Рис. 29. Тонзиллит при остром лимфобластном лейкозе

Диагностические критерии:

- гиперпластический синдром:
 - генерализованная ЛА (ЛУ плотноэластичной консистенции, округлые, могут быть спаяны друг с другом, разных размеров (от 1 до 8 см), пальпация безболезненна);
 - боль в области живота, связанная с увеличением брыжеечных ЛУ и гипертрофией червеобразного отростка как лимфоидного органа;
 - дыхательная недостаточность вследствие сдавления средостения гипертрофированными внутригрудными ЛУ;
 - гепатоспленомегалия;
 - боль и ломота в костях из-за лейкемической инфильтрации суставной капсулы, надкостницы, опухолевого увеличения объема костного мозга;
 - нейролейкемия (метастазирование лейкозных клеток в оболочки головного и спинного мозга или вещество мозга);

- лихорадка (гектическая, с ознобами и потами);
- изменения в крови (лейкоцитоз с преобладанием бластных клеток, анемия);
 - интоксикационный синдром (повышение температуры тела, общая слабость, недомогание, потеря веса);
 - анемический синдром (бледность, сонливость, утомляемость, одышка, тахикардия);
 - геморрагический синдром (тромбоцитопения) в виде петехий, экхимозов на коже, интенсивных носовых и внутренних кровотечений;
 - иммунодефицит с клиническими проявлениями в виде различных инфекций (некротический тонзиллофарингит, пневмонии, септическое состояние и др.).

Диагноз подтверждают цитоморфологическим исследованием костного мозга и крови, используется иммунофенотипирование бластов и цитогенетическое исследование.

2.2. Тонзиллиты различного генеза

Ожоги ротоглотки возникают при попадании в нее крепких кислот, щелочей. Степень ожога зависит от концентрации, количества и экспозиции жидкости, ее химических свойств и своевременности оказания помощи. В момент соприкосновения едкой жидкости со слизистой оболочкой возникают резкая жгучая боль и спазм глотки и гортани. Вслед за этим развивается обильное слюнотечение, повышается температура тела, иногда до 30–40 °С. По выраженности химические ожоги делят на три степени:

- I степень – гиперемия и отечность слизистой оболочки полости рта, глотки и ротовой поверхности мягкого неба;
- II степень – на пораженных местах возникают белые и серые некротические налеты, после заживления ожогов I и II степеней слизистая оболочка полностью восстанавливается;
- III степень – глубокий некроз слизистой и подслизистого слоя (иногда этот ожог распространяется на более глубокие слои, захватывая мышечную ткань).

В процессе развития заболевания у больных может присоединиться тяжелый тонзиллофарингит, стоматит, обусловленные активацией вторичной флоры и протекающие с выраженным интоксикационным синдромом.

Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и характерной клинической картины.

Аллергический фаринготонзиллит может протекать в виде острого отека мезофарингита или инфильтративно-цианотичной мезофарингопатии. При остром отеке мезофарингита наблюдается ограниченный или диффузный отек слизистой оболочки ротоглотки, миндалин (иногда и языка) беловато-серого цвета. При аллергической инфильтративно-цианотичной мезофарингопатии отмечают набухание слизистой оболочки ротоглотки за счет инфильтрации и сосудистого переполнения. Болевые ощущения пациенты, как правило, не испытывают. Чаще их беспокоит ощущение постороннего предмета

в ротоглотке. Типичный симптом аллергического тонзиллофарингита – сухой, навязчивый кашель, провоцирующийся как специфическими факторами (аллергены), так и неспецифическими воздействиями (резкая смена температуры вдыхаемого воздуха и др.). Аллергические фаринготонзиллиты могут иметь острое и хроническое течение и часто сочетаются с другими клиническими проявлениями аллергозов (отек Квинке, крапивница, бронхиальная астма, экзема, нейродермит и т.д.). Симптомы интоксикации, лихорадка, налеты в ротоглотке для этого заболевания не характерны.

Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза (контакт с аллергеном, проявления аллергического заболевания) и типичной клинической картины.

Болезнь Бехчета (*Behcet's Disease*), болезнь «Шелкового пути» – идиопатическое хроническое системное заболевание, характеризующееся развитием системного васкулита и проявляющееся рецидивирующим афтозным стоматитом, язвенными изменениями слизистой оболочки и кожи половых органов, поражением глаз (увеит, иридоциклит и др.), а также поражением других органов (колит, артрит, тромбофлебит, энцефалит и др.).

Заболевание распространено в Японии и странах Средиземноморья (на территориях, расположенных вдоль древнего Великого шелкового пути). Патология встречается как у мужчин, так и у женщин, но чаще болеют мужчины (3 : 1) в возрасте 20–40 лет. Образование язв в ротовой полости отмечается у всех пациентов (99%) и считается одним из самых ранних симптомов. Чаще всего заболевание начинается с появления на деснах, языке, а также на слизистой оболочке мягкого и твердого неба, щек и губ болезненных афт с мутным содержимым, которые постепенно превращаются в неглубокие язвочки диаметром 2–12 мм и более ярко-розового цвета округлой формы с эритематозным краем (рис. 30). Поверхность язв может быть покрыта желтоватыми псевдомембранами. Язвы склонны к слиянию, а пораженный участок может представлять собой сплошную язвенную поверхность. Эти проявления могут сохраняться от 7–10 дней до нескольких недель, язвы

заживают без рубцевания или возможно формирование мягкого, едва заметного поверхностного рубчика.



Рис. 30. Поражение ротовой полости при болезни Бехчета

Диагностические критерии:

- рецидивирующие язвы полости рта (малые и / или большие афты, герпетиформные изъязвления, рецидивирующие не менее трех раз в течение года, обнаруженные врачом или больным);
- рецидивирующие язвы гениталий (афтозные или рубцующиеся изъязвления, обнаруженные врачом или больным);
- поражение глаз (передний увеит, задний увеит, клетки в стекловидном теле при исследовании щелевой лампой, васкулит сетчатки, кровоизлияния в сетчатку, отек диска, атрофия зрительного нерва);
- поражение кожи (узловатая эритема, псевдофолликулит, папулопустулезные высыпания, акнеподобные узелки, обнаруженные врачом у больных, не получавших глюкокортикоиды и находящихся в периоде постпубертатного развития);
- выраженный интоксикационный синдром (гипертермия, интенсивная диффузная головная боль, астенизация и др.);
- симметричный полиартрит крупных суставов нижних конечностей без явлений деструкции (до 60% пациентов);

- тромбозы (поверхностные вены, реже – легочные вены, вены головного мозга);

- поражение сердца (5–17% больных): коронарные васкулиты, мио-, перикардиты, гранулематозы с фиброзами, регургитацией, диастолической дисфункцией);

- неврологические симптомы (редко): менингоэнцефалиты, энцефалиты с развитием бульбарного синдрома, деменции, эмоциональной лабильности, спастических параличей, шизоаффективных расстройств (биполярного расстройства психики);

- положительный тест «патергии» (чрезмерный ответ кожи на незначительную травматизацию, что говорит о гиперреактивности нейтрофилов (для проведения теста необходима стерильная игла, которую вводят на участке обработанной кожи сгибательной поверхности предплечья на 0,6 см и вынимают, если через 24–48 ч в месте укола появляется красная папула или пустула, то тест – положительный);

- в активную фазу болезни в общем анализе крови наблюдается умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, анемия, отмечается также повышение С-реактивного белка, фибриногена, поликлональная гипергаммаглобулинемия, повышение уровня отдельных классов иммуноглобулинов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сегодня синдром тонзиллита остается распространенным проявлением заболеваний различной природы и достаточно сложной дифференциально-диагностической проблемой для врачей различных специальностей, решение которой требует наличие широкого медицинского кругозора и владение современными методами лабораторной диагностики. Залогом минимизации диагностических ошибок является стремление врача разобраться в сути патологического процесса, а не исключить только «свою патологию».

Проводя дифференциальную диагностику тонзиллитов, необходимо учитывать не только изменения со стороны ротоглотки (состояние слизистой, миндалин), но также этиологию и анамнез (в том числе эпидемиологический) болезни, возраст пациента, клинические признаки основного заболевания (синдром интоксикации, ЛА, миокардит, гломерулонефрит, экзантема, артрит и т. д.), показатели периферической крови, данные микробиологических, серологических, биохимических, иммунологических тестов, результаты инструментальных (УЗИ-сканирование и др.) исследований. Только тщательный анализ, соблюдение правил осмотра ротоглотки помогут выделить группы болезни, при которых тонзиллит является доминирующим и ведущим синдромом, определяющим нозологическую форму или патологический процесс в миндалинах в составе ряда симптомов и синдромов формирует полную клиническую картину инфекционного заболевания или страдания другого генеза.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Задача 1

Больная А., 18 лет, студентка, заболела остро после переохлаждения: повысилась температура тела до 37,8 °С, появились боли в горле при глотании, слабость. К вечеру температура тела достигла 39 °С, отмечались озноб, ломота в теле, головная боль. Осмотрена врачом «скорой помощи» и госпитализирована. При осмотре с затруднением открывает рот из-за болезненности в горле, слизистая рта гладкая, блестящая без высыпаний. В зеве – яркая разлитая гиперемия, миндалины умеренно увеличены, рельефны, выступают из-за дужек на 0,5 см, разрыхлены. На внутренней поверхности миндалин с обеих сторон по ходу лакун отмечаются налеты серовато-белого цвета в виде полос, не выходящие за пределы миндалин. По характеру налеты рыхлые, легко снимаются шпателем. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована, гладкая. Отмечается увеличение и болезненность подчелюстных и шейных лимфоузлов. В детстве проводилась вакцинация согласно календарю прививок.

Задания:

1. Поставьте диагноз?
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.
4. Выявите возможные осложнения
5. Назовите основные направления в терапии.

Задача 2

Больной К., 22 лет, слесарь, перенес среднетяжелую лакунарную ангину (стрептококковой этиологии), лечился тетрациклином в домашних условиях. Клиническое выздоровление наступило на 8-й день болезни, на 11-й день болезни выписан на работу с рекомендацией явиться на диспансерный прием через 10 дней. Общий анализ крови при выписке в норме. На 9-й день после

выписки стал отмечать общую слабость, повышенную потливость по ночам, учащенное сердцебиение при ходьбе. При осмотре выявлены: умеренная тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке. АД – 95 и 60 мм рт. ст. ЧСС – 100 уд/мин, Ps – 100–104 уд/мин, ЧДД – 20–22 в мин. Легкий акроцианоз при физической нагрузке. Видимые изменения суставов отсутствуют.

На ЭКГ – сглаженность зубца Р, удлинение PQ, незначительное снижение амплитуды зубца Т во всех стандартных отведениях. В крови: L – $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 26 мм/ч, СРБ – ++

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Выявите существующие или возможные осложнения.
4. Составьте план обследования пациента.
5. Выберите тактику ведения больного.

Задача 3

Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро. Появились познабливание, слабость, головная боль, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$. На 2-й день почувствовала боль в горле при глотании. При помощи зеркала увидела увеличенные в размере миндалины и налеты на них, при попытке снять которые открывалась кровоточащая поверхность. К врачу не обращалась, самостоятельно поставила диагноз «ангина» и лечилась эритромицином. На 3-й день болезни обратила внимание на распространенный отек шеи ниже ключиц и присоединение гнусавости речи, с трудом глотала пищу. К 5-му дню температура нормализовалась, однако отмечала снижение работоспособности, слабость в нижних и верхних конечностях, с трудом передвигалась. Здоровой себя не чувствовала, присоединились неприятные ощущения за грудиной, перебои в работе сердца. Обратилась к врачу поликлиники только на 18-й день болезни. На приеме в ротоглотке – миндалины 1-й степени увеличения, рельеф

сглажен, заживающая эрозия, умеренная гиперемия, регионарные ЛУ – 1 см, отек подкожной клетчатки шеи нет, отмечены аритмия, глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, расширение границ относительной сердечной тупости, брадикардия, парезы периферической мускулатуры, паралич мягкого неба. Во время перехода в кабинет ЭКГ наступила внезапная смерть. На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита с очагами некроза. В анамнезе – отказ от всех прививок по религиозным мотивам.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Объясните причину внезапной смерти.
4. Предположите ход лечения болезни при правильной постановке диагноза.
5. Отметьте возможные осложнения данного заболевания.

Задача 4

Больной Р., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой – при ощупывании шеи выявил увеличенные до 1 см в диаметре и болезненные ЛУ. Температура тела была субфебрильной (37,5 °С), к врачу не обращался, лечился самостоятельно (жаропонижающие препараты, компрессы на шею). Состояние не улучшалось – на 4-й день появились затрудненное носовое дыхание, отечность век, а к 6-му дню присоединились боли в горле при глотании и повышение температуры до 38,7 °С. Вызвал участкового врача, который (заподозрив лакунарную ангину) назначил больному ампициллин. На 3-и сутки приема препарата появилась сыпь на коже туловища и конечностей (обильная пятнисто-папулезная, незудящая). Отмечена также одутловатость лица, увеличение миндалин до II-й степени с гнойными наложениями в лакунах, а также увеличение ЛУ до 2–3 см в диаметре, незначительная болезненность при пальпации ЛУ (передне-шейных и подмышечных), увеличение печени (+2 см) и увеличение селезенки (+3 см). Направлен на госпитализацию с диагнозом «корь».

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте свой диагноз.
3. Перечислите ошибки участкового врача. Обоснуйте ответ.
4. Назовите дополнительные лабораторные методы обследования для уточнения диагноза.
5. Уточните, существуют ли методы специфической профилактики данного заболевания.

Задача 5

Больная Г., 32 лет, проводник. Обратилась к врачу «скорой помощи» с жалобами на сильную боль в горле (с иррадиацией в ухо), высокую температуру. Заболела четыре дня тому назад – появилась небольшая боль в горле, повысилась температура тела до 37,8 °С. В анамнезе – хронический тонзиллит. Лечилась самостоятельно эритромицином. Самочувствие через три дня улучшилось, температура снизилась, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной – больная не могла глотать, заметила припухлость шеи слева. Госпитализирована с диагнозом «токсическая дифтерия».

Объективно: состояние средней тяжести (за счет интоксикации и выраженности локального процесса). Лицо гиперемировано, голова наклонена влево, тризм жевательной мускулатуры. Осмотр ротоглотки затруднен из-за боли в горле. При фарингоскопии удалось выявить односторонний отек и выбухание слизистой оболочки между миндалиной и задней небо-глоточной дужкой слева, яркую гиперемию ротоглотки, гнойные пробки в лакунах, рубцовое изменение ткани миндалин, увеличение миндалин до III степени, увеличение и болезненность верхних шейных ЛУ (также слева). Ps – 100 уд/мин, АД 110 и 70 мм рт. ст. Живот безболезненный, со стороны других органов – без патологии. В крови лейкоцитоз со сдвигом влево, умеренное увеличение СОЭ.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ваш диагноз.
3. Перечислите дополнительные методы исследования.
4. Выберите тактику ведения больного на данный момент.
5. Предложите тактику ведения больного после выписки.

Задача 6

Больной И., 35 лет, болен в течение трех дней. Отмечает умеренные боли при глотании (справа), слабость. Температура субфебрильная (37,3–37,7 °С). Никуда не обращался, принимал парацетамол. Бомж, злоупотребляет алкоголем, питание нерегулярное, часто болеет ОРВИ и ангинами, данных о прививках нет. Объективно: сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, истощен. Температура – 37,4 °С. В зеве – умеренная гиперемия миндалин, дужек. Миндалины увеличены (справа – до II степени, слева – до III степени), спайки между миндалинами и небными дужками. На правой миндалине имеется язва, покрытая гнойно-фибринным налетом, пародонтит. Зловонный запах изо рта. Тонзиллярные лимфоузлы увеличены до 1,5–2 см, умеренно болезненные справа. Отека тканей ротоглотки и шеи нет. Тоны сердца ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот – мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Установите диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план обследования.

Задача 7

Больной Г., 24 года, поступил в инфекционное отделение с жалобами на сыпь на коже, повышение температуры тела до 37,5–38,7 °С, чувство дискомфорта в горле при глотании, слабость. Болен около 2–3 недель, к врачу не обращался. Холост. Курит. Употребление наркотиков отрицает. Употребление алкоголя и незащищенный секс не отрицает, постоянного полового партнера нет. За последний месяц существенно похудел, стал неустойчивым стул. Не работает.

При осмотре – температура тела 38 °С, астенического телосложения, на туловище и конечностях имеются элементы макулопапулезной сыпи. В ротоглотке – незначительное увеличение и гиперемия миндалин, рыхлые легко снимающиеся налеты на них (творожистые, крошащиеся, белого цвета) при снятии которых обнаруживается яркая «ламинированная» слизистая. Налеты есть и за пределами миндалин (мягкое небо, дужки, разнообразные по величине и форме, рыхлые, легко снимаются). Отмечается регионарный (верхнешейный, подчелюстной) ЛА, ЛУ 1–1,5 см в диаметре, малоблезненные. Пальпируются также другие группы ЛУ (подмышечные, надключичные, кубитальные) безболезненные, не спаянные с окружающей тканью, мягкоэластичной консистенции (до 2 см в диаметре). Тоны сердца ясные, ритмичные. Легкие без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени ниже реберной дуги на 1,5 см плотноватой консистенции, безболезненный.

Задания:

1. Предположите диагноз.
2. Установите, какие дополнительные данные анамнеза важны для постановки диагноза.
3. Уточните, какие лабораторные исследования проводят в стационаре для уточнения диагноза.
4. Поясните, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние.

Задача 8

Больной К., 48 лет, егерь, проживает в сельской местности. Поступил в стационар с диагнозом «Лакунарная ангина? Дифтерия?» на 8-й день болезни. Заболел утром 1 августа: появилось недомогание, слабость, озноб, температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$. К вечеру самочувствие ухудшилось, температура достигла 39°C , беспокоила сильная головная боль, ломота в мышцах и костях. Вызванный на дом участковый врач диагностировал грипп, рекомендовал обильное питье, арбидол, жаропонижающие средства. В последующие два дня существенного изменения в состоянии не произошло. 4 августа присоединилась небольшая боль (справа) при глотании, а 5 августа – припухлость шеи с той же стороны. При повторном осмотре врач диагностировал ангину и назначил эритромицин. Температура продолжала оставаться высокой ($38,5\text{--}39,1^{\circ}\text{C}$), сохранялась умеренная боль в горле, отмечалась припухлость шеи справа. Предложена госпитализация (на 6-й день болезни).

При осмотре в приемном покое больницы – состояние средней тяжести. Температура тела – $38,7^{\circ}\text{C}$. Рот открывает свободно. На правой миндалине на фоне отека и гиперемии определяется язвочка до $0,5$ см в диаметре. Выявлен регионарный ЛА справа – поднижнечелюстной и верхнечелюстные ЛУ в виде бубона (увеличены до $3\text{--}5$ см в диаметре), не спаянные с окружающей тканью, с четкими контурами, умеренно болезненные, кожа над ними не изменена, отек мягких тканей шеи нет. Другие периферические ЛУ не увеличены. По органам и системам (сердце, легкие) – без особенностей, отмечается гепатоспленомегалия.

При уточнении эпиданамнеза выяснено, что все лето проживал в частном доме в деревне, выходил в лес, пил некипяченую воду из колодца, часто спал в сарае на соломе. В хозяйстве есть корова и свиньи, в доме мыши.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите клиническую форму заболевания.

3. Уточните, какая необходима лабораторная диагностика для уточнения этиологии болезни.
4. Поясните, с какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику.

Задача 9

Больная Ф., 22 лет, воспитательница детского сада, больна пять дней. Начало заболевание острое: температура повысилась до 38 °С с ознобом и головной болью, появились першение в горле, обильное слизистое отделяемое из носа. Продолжала лихорадить и в последующие дни развился конъюнктивит (на 2-й день – односторонний, а с 5-го дня – двусторонний), отмечались умеренные боли в горле, слезотечение, насморк. Больная госпитализирована. При поступлении (на 6-й день болезни): температура тела 38 °С, заложенность носа, слезотечение, в ротоглотке – яркая гиперемия, с характерной множественной мелкой зернистостью по задней стенке глотки. Миндалины гиперемированы, увеличены до I степени, на них – островчатый белесоватый налет, легко снимающийся, ограниченный пределами миндалин. Катаральный двусторонний конъюнктивит. Регионарный ЛА (подчелюстной, верхнечелюстной, затылочный). Последующая динамика благоприятная: к 8-му дню болезни температура нормализовалась, состояние улучшилось, боли в горле прошли, налеты исчезли. Миндалины остались слегка увеличенными.

Задания:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Уточните, какие дополнительные данные эпиданамнеза нужны.
3. Отметьте, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Назовите возможные осложнения заболевания.
5. Перечислите лабораторные исследования для подтверждения диагноза.

Задача 10

Больной Р., 30 лет. Заболел постепенно: вначале появилась небольшая боль в горле при глотании, температура тела повысилась до $37,5^{\circ}\text{C}$. В течение трех дней лечился самостоятельно, но улучшения не наступало. Боли в горле усилились, температура повысилась до 38°C . Участковым врачом поставлен диагноз «ангина», взят материал с миндалин для бактериологического исследования и больной направлен на госпитализацию.

При поступлении: температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Состояние средней тяжести, вялый, адинамичный. Боли в горле умеренные (при глотании). При осмотре ротоглотки: неяркая застойная гиперемия слизистой оболочки неба и дужек. Миндалины гиперемированы, увеличены до II степени, рельеф их сглажен. На обеих миндалинах – фибринозные налеты сероватого цвета, носящие островчатый характер (до 0,5 см), не выходящие за пределы миндалин, шпателем снимаются с усилием, слизистая оболочка под ними кровоточит, а сам налет плотный, на стекле не растирается. Отмечается увеличение регионарных ЛУ (углочелюстных). Отека шеи нет.

Задания:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Предположите, каковы должны быть действия дежурного врача инфекционного стационара для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Уточните, с какими заболеваниями в этом случае нужно проводить дифференциальную диагностику.
5. Предложите тактику лечения данного больного.

Задача 11

Больная М., 17 лет, школьница, заболела остро 5 августа, когда повысилась температура тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, отмечались слабость, головная боль, приступообразные боли в животе, боли в мышцах. Беспокоила боль в горле, усиливающаяся при глотании. На следующий день участковый врач обнаружил

изменения в ротоглотке, а 7 августа больная была госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «Ангина».

При осмотре – температура 38 °С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. В ротоглотке на фоне яркой гиперемии на небных дужках, мягком небе, язычке, миндалинах, задней стенке глотки – везикулы светло-серого цвета, диаметром 1–3 мм, окаймлены красным ободком, а также единичные округлые язвочки (эрозии). На миндалинах пузырьков меньше, чем на небных дужках и задней стенке глотки. Отмечается незначительное (I степени) увеличение регионарных ЛУ, они малоболезненны. По другим органам и системам – без особенностей. В общем анализе крови – лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Задания:

1. Поставьте диагноз, приведите критерии и его обоснование.
2. Укажите, какие дополнительные данные анамнеза нужно уточнить.
3. Отметьте, какие лабораторные методы для этиологической диагностики используются в данном случае.
4. Уточните, с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Поясните, каковы будут лечение и профилактика в данном случае.

Задача 12

Больная В., 25 лет, поступила в инфекционное отделение 27 августа с диагнозом: «Лихорадка неясной этиологии?», «Ангина?». Из анамнеза выяснено, что в течение лета дважды (в июне и июле) беспричинно до высоких цифр на несколько дней повышалась температура тела. К врачам не обращалась. Настоящее заболевание с 20 августа. Температура тела до 39,5–40 °С, вялость, слабость. Лихорадка сопровождается большими суточными размахам, с ознобами и обильным потоотделением. Накануне поступления (25–26 августа) появились налеты на миндалинах, умеренные боли в горле.

При поступлении – состояние тяжелое, больная бледная, адинамичная, температура тела 39,8 °С. В ротоглотке картина некротического тонзиллита – сероватый «грязный» налет на обеих миндалинах, под которым обнаруживается кровоточащий дефект. Регионарные ЛУ увеличены до II степени. Тахикардия. Гепатоспленомегалия. В общем анализе крови: лейкоцитов $30 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитов – 60%, преобладание бластных клеток при отсутствии переходных форм, анемия (гемоглобин – 98 г/л).

Задания:

1. Предположите диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите, какие анамнестические данные необходимо выяснить.
3. Уточните, с какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.
4. Поясните, консультации каких врачей необходимы в данном случае.
5. Назначьте дополнительные методы обследования.

Комментарии к задаче 1

1. Лакунарная ангина, среднетяжелая форма.
2. Диагноз «лакунарная ангина» выставлен на основании следующих показателей: острого начала, наличия синдрома интоксикации (озноб, ломота в теле, слабость, повышение температуры до 39 °С) и поражение миндалин (боли в горле, разлитая гиперемия в зеве, увеличение миндалин, наличие налетов серовато-бурого цвета, легко снимающихся по ходу лакун), регионарной ЛА (увеличение и болезненность верхнечейных ЛУ).
3. Назначить обследования:
 - общий анализ крови;
 - общий анализ мочи;
 - мазок из зева и поверхности миндалин для бактериоскопии, бактериологического исследования и обнаружения антигенов в патологическом материале с помощью ИФА или латекс-агглютинации;

- исследование крови на наличие антител к стрептококкам группы А;
 - обнаружение ДНК стрептококка (ПЦР).
4. Перитонзиллярный абсцесс, острый отит, ревматизм, миокардит, острый гломерулонефрит.
5. Рекомендовано:
- постельный режим;
 - диета щадящая;
 - дезинтоксикационная терапия;
 - антибактериальная терапия;
 - десенсибилизирующая терапия.

Комментарии к задаче 2

1. Осн. диагноз: Лакунарная ангина, период реконвалесценции.
 2. Осложнение: Острый инфекционный миокардит. СН I степени.
 3. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (за девять дней до обращения перенес лакунарную ангину, лечение которой проводилось на дому тетрациклином), ухудшения состояния в периоде реконвалесценции с появлением симптомов интоксикации и вегетативной дисфункции (слабость, потливость), признаков поражения сердечной мышцы (сердцебиение, тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке, гипотония, характерные для миокардита изменения на ЭКГ – сглаженность зубца Р, удлинение интервала PQ, незначительное снижение амплитуды зубца Т во всех отведениях) и системного воспаления (лейкоцитоз, повышение СОЭ, положительный С реактивный белок), последствий умеренного нарушения сердечной деятельности (акроцианоз при физической нагрузке, одышка).
1. Лакунарная ангина может иметь осложнения, связанные с иммунопатологическим процессом (миокардит, ревматизм, гломерулонефрит, васкулиты) и / или с присоединением вторичной инфекции (мета- и перитонзиллярный абсцессы, некротические поражения мягких тканей,

септические осложнения). У больного ангина осложнилась миокардитом, СН I степени.

2. План обследования: а) общий анализ крови в динамике с определением тромбоцитов; б) общий анализ мочи в динамике; в) определение количества общего белка и по фракциям, ревматоидного фактора, антистрептолизина-О, С-реактивного белка; г) ЭКГ, доплер-эхокардиография.

3. Больного необходимо госпитализировать в терапевтическое отделение с дальнейшей диспансеризацией у кардиолога.

Комментарии к задаче 3

1. Осн. диагноз Токсическая дифтерия ротоглотки III степени.

Осложнение: Миокардит. Острая сердечная недостаточность. Бульбарный синдром (парез IX пары ЧМН), периферические парезы и параличи верхних и нижних конечностей.

2. Диагноз поставлен на основании следующих признаков: острого начала болезни, сочетания выраженного синдрома интоксикации с фебрильной лихорадкой и характерных изменений в ротоглотке (наличие увеличенных миндалин, налетов, трудно снимающихся, оставляющих кровоточащую поверхность), наличии отека шеи, бульбарного синдрома и периферических парезов, параличей, миокардита (аритмия на фоне брадикардии, глухость тонов сердца, систолический шум, расширение границ относительной сердечной тупости, неприятные ощущения в области сердца).

3. Причиной внезапной смерти явилась остановка сердца вследствие острого диффузного миокардита с очагами некроза.

4. При своевременном обращении показана госпитализация в палату интенсивной терапии (ПИТ), немедленное (после кожной пробы) введение противодифтерийной сыворотки, дезинтоксикационное лечение, антибактериальные препараты. Консультация кардиолога и невролога для коррекции имеющихся осложнений.

5. Возможные осложнения: инфекционно-токсический шок (ИТШ), миокардит, моно- и полинейропатии, токсический нефроз.

Комментарии к задаче 4

1. Инфекционный мононуклеоз. Осл.: Сыпь после приема ампициллина.

2. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни и наличия синдромов:

- интоксикации (разбитость, познабливание, повышение температуры до 37,5–38 °С.);
- тонзиллита (боль в горле при глотании, увеличение миндалин до II степени с гнойными наложениями в лакунах);
- генерализованной ЛА (увеличение и болезненность шейных и подмышечных лимфатических узлов);
- экзантемы (обильная незудящая пятнисто-папулезная сыпь, появившаяся после приема ампициллина);
- гепатолиенального (увеличение печени и селезенки).

3. Диагноз кори поставлен ошибочно, так как отсутствуют пятна Коплика – Филатова, нет склерита и конъюнктивита, сыпь появилась на 9-й день болезни, а не на 4-й как при кори, нет этапности высыпания. При кори отсутствует увеличение печени и селезенки.

4. Необходимо исследовать: общий анализ крови (уточняется наличие лейкоцитоза, лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров); функциональное состояние печени (в крови – уровень билирубина, активность трансаминаз и т. д.); провести серологическое обследование с определением антител к капсидному антигену EBV IgM и IgG, антител к раннему антигену EBV IgG, антител к ядерному антигену EBV; тест на выявление ДНК EBV в крови или слюне методом ПЦР, исследование на ВИЧ-инфекцию. При отрицательных результатах обследования на EBV-инфекцию выполнить серологическое исследование и ПЦР на HSV_{1,2}, CMV, HHV-6.

5. Вакцина для специфической профилактики инфекционного мононуклеоза отсутствует.

Комментарии к задаче 5

1. Хронический тонзиллит. Обострение.

Осложнение: левосторонний задний паратонзиллярный абсцесс.

2. Диагноз поставлен на основании развития болезни на фоне хронического процесса (анамнез, умеренные проявления интоксикации, гипертрофия, рубцовые изменения миндалин с наличием гнойных пробок в лакунах), последующим ухудшением состояния с нарастанием интоксикации (фебрильная лихорадка, озноб, тахикардия), формированием локального очага гнойного воспаления в паратонзиллярной области слева (выраженный болевой синдром и его асимметрия, припухлость шеи слева, односторонний отек и выбухание слизистой оболочки глотки и миндалин слева, увеличение и болезненность шейных ЛУ слева), наличие в крови лейкоцитоза со сдвигом влево и умеренного увеличения СОЭ.

3. Больной необходимо провести консультацию врача ЛОР, ЯМР / КТ шеи, посев с миндалин на флору, проведение экспресс-теста на антиген стрептококка.

4. В данный момент больная нуждается в хирургическом лечении (вскрытие абсцесса), антибактериальной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей терапии, местно – антисептики.

5. Пациент должен находиться под наблюдением врача ЛОР, терапевта или инфекциониста для предупреждения обострения хронического тонзиллита и формирования возможных осложнений (ревматизм, гломерулонефрит, отит, абсцесс головного мозга и т. д.).

Комментарии к задаче 6

1. Ангина Симановского – Плаута – Венсана. Хронический алкоголизм?
2. Диагноз поставлен на основании несоответствия выраженности интоксикации (умеренная) характеру локальных изменений (язвенное поражение с фибринным налетом, малоболлезненное, одностороннее), наличие пародонтита и зловонного запаха изо рта у пациента с наличием факторов риска развития иммунодефицитного состояния (злоупотребление алкоголем, плохое питание).
3. Заболевание данного пациента необходимо дифференцировать с дифтерией, обострением хронического тонзиллита, кандидозом ротоглотки, поражением миндалин при первичном и вторичном сифилисе. Необходимо также исключить поражение миндалин при ВИЧ-инфекции.
4. План обследования: а) общий анализ крови и мочи; б) бактериоскопия мазка, посев с миндалин на флору, в том числе на коринебактерии; в) обследование больного на ВИЧ (ИФА, иммуноблотинг и т. д.); г) обследование на сифилис; д) консультация нарколога для постановки / исключения диагноза хронический алкоголизм.

Комментарии к задаче 7

1. ВИЧ-инфекция (стадия требует уточнения, наиболее вероятно – II, острый ретровирусный синдром), тонзиллит грибковой этиологии.
2. Перенесенные заболевания. Сексуальные контакты. Парентеральные вмешательства, употребление психоактивных веществ.
3. Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ); кровь на маркеры вирусных гепатитов; иммунограмма; исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки бактериологическим методом (посев на флору, коринебактерии, грибы) и микроскопия мазка на грибы. Исследование крови на ВИЧ: определение антигенов ВИЧ и специфических антител (ИФА), реакция иммуноблотинга (для окончательной верификации диагноза), возможно определение РНК ВИЧ

(ПЦР). Исследование крови на вирусы герпетической группы методом ПЦР (ДНК HSV_{1,2}; HHV-6, EBV, CMV).

4. Дифтерия ротоглотки, тонзиллиты (бактериальные, вирусные), EBV-инфекция, лейкоз.

Комментарии к задаче 8

1. Туляремия, ангинозно-бубонная форма.

2. Бубонная, язвенно-бубонная, ангинозно-бубонная, глазо-бубонная, легочная, абдоминальная, генерализованная (тифоидная, септическая).

3. Определение специфических антител в парных сыворотках (РА, РНГА), определение специфических IgM и IgG (ИФА), бактериологическое исследование, выявление ДНК возбудителя (ПЦР).

4. Паратонзиллярный абсцесс, тонзиллиты бактериальной и вирусной этиологии, инфекционный мононуклеоз, брюшной тиф, дифтерия.

Комментарии к задаче 9

1. Острое респираторное заболевание, вероятно аденовирусной этиологии. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни и сочетания синдрома интоксикации с тонзиллитом, фарингитом и конъюнктивитом, регионарной ЛА.

2. Были ли случаи ОРВИ в детском саду, где работает больная?

3. Инфекционный мононуклеоз, дифтерия, ангина, ОРВИ другой этиологии.

4. Пневмония, отит, синуситы.

5. Серологическое исследование парных сывороток крови для определения нарастания титра специфических антител (РТГА, РН), определение специфических антител класса IgM и IgG (ИФА) в крови; обнаружение антигена аденовирусов в мазке из носа и задней стенки глотки (РИФ), определение ДНК методом ПЦР.

Комментарии к задаче 10

1. Локализованная дифтерия ротоглотки (островчатая форма). Диагноз поставлен на основании сочетания синдрома интоксикации (умеренно выраженного) и поражения миндалин с их отеком, наличием характерных островчатых налетов (фибринозные, сероватого цвета, плотные, с трудом снимающиеся с образованием кровоточащей поверхности, не растирающиеся на стекле) с малой интенсивностью болевого синдрома и формированием регионарной ЛА.

2. До назначения антибактериальной терапии необходимо взять материал (слизь и пленки с края пораженной поверхности) для микроскопии, бактериологического исследования, детекции нуклеиновых кислот (ПЦР). После выделения чистой культуры определяется токсигенность коринебактерий. Кровь на анитоксические антитела до введения сыворотки (РНГА).

3. ИТШ, миокардиты, моно-, полирадикулоневропатии, токсический нефроз.

4. Инфекционный мононуклеоз, тонзиллиты различной этиологии (бактериальные и вирусные), сифилис, туляремия, стоматиты, кандидоз, химические ожоги полости рта.

5. Госпитализация, постельный режим 5–7 суток, введение анитоксической противодифтерийной сыворотки (в/м по Безредко); антибактериальная терапия (макролиды или преоральные β -лактамы), дезинтоксикационная терапия.

Комментарии к задаче 11

1. Энтеровирусная инфекция. Герпангина. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, сочетания синдрома интоксикации и характерных изменений в ротоглотке в виде небольших везикул, окаймленных красным ободком, и эрозий на фоне умеренной гиперемии слизистой, сопровождающихся развитием регионарного лимфаденита и лейкопении с

относительным лимфоцитозом. В пользу энтеровирусной инфекции говорят также молодой возраст пациентки и летняя сезонность.

2. Уточнение эпидемиологических данных: были ли случаи заболевания с повышением температуры среди окружающих (возможность развития групповой заболеваемости).

3. Серологическое исследование – определение антител к энтеровирусам в парных сыворотках крови (РТГА, РСК), специфических Ig M и Ig G (ИФА), обнаружение РНК вируса в крови (ПЦР).

4. Тонзиллиты вирусной и бактериальной природы, дифтерия ротоглотки, инфекционный мононуклеоз, кандидоз ротоглотки, инфекция, вызванная HSV₁,

5. Применение дезинтоксикационных и симптоматических средств.

Комментарии к задаче 12

1. Острый лимфобластный лейкоз? Язвенно-некротический тонзиллит. Диагноз поставлен на основании наличия интоксикационного синдрома с лихорадкой гектического характера с ознобами и потами с характерными изменениями в общем анализе крови (гиперлейкоцитоз с лимфоцитозом и преобладанием бластных клеток), гепатоспленомегалией, анемией и поздним (на 6-й день лихорадки) появлением язвенно-некротического тонзиллита, указания на наличие в анамнезе случаев «безпричинного» повышения температуры тела, слабости.

2. Перенесенные заболевания, характер гипертермии при недавних «лихорадках», наличие ознобов, потов, геморрагических проявлений, жилищные условия, профессиональные вредности.

3. Тонзиллиты бактериальной и вирусной природы, дифтерия, инфекционный мононуклеоз, кандидоз ротоглотки и др.

4. Гематолог, оториноларинголог.

5. Цитоморфологическое исследование костного мозга и крови, иммунофенотипирование blastov, цитогенетическое исследование.

ТЕСТЫ

Выберите один правильный ответ

1. Характер поражения миндалин при локализованной форме дифтерии ротоглотки

- 1) гнойные фолликулы на миндалинах
- 2) гнойные налеты в лакунах
- 3) творожистые налеты на миндалинах
- 4) фибриновые наложения в виде пленок и островков
- 5) катаральные изменения миндалин.

2. Наиболее частое и характерное осложнение дифтерии

- 1) энцефалит
- 2) полиартрит
- 3) миокардит
- 4) гиповолемический шок
- 5) паротит.

3. Выделенный при бактериологическом исследовании материала с миндалин стрептококк А чаще всего определяет диагноз

- 1) ангина Дюге
- 2) дифтерия
- 3) фаринготонзиллит
- 4) ангина Симановского – Плаута – Венсана
- 5) ангина Людвиг

4. Инфекционное заболевание, при котором встречается ангина Дюге

- 1) сыпной тиф
- 2) инфекционный мононуклеоз
- 3) сифилис

- 4) брюшной тиф
- 5) гонорея.

5. Для ангинозно-бубонной формы туляремии характерны

- 1) симметричность поражения миндалин, везикулы и эрозии на миндалинах
- 2) выраженный отек и гиперемия миндалин, отек мягкого неба и язычка, налеты гнойно-фибринозного характера, отек шеи
- 3) чаще односторонний тонзиллит с умеренным увеличением миндалин и налетами, не возвышающимися над ними, значительное (до размеров бубона) увеличение регионарных ЛУ на фоне выраженной интоксикации
- 4) гипертрофия миндалин с фибринозным налетом, специфический запах изо рта, пародонтит
- 5) односторонний процесс с кратерообразным углублением с рыхлым желто-грязным налетом, гнилостным запахом изо рта, минимальные симптомы интоксикации, генерализованная ЛА.

6. Признаком какого заболевания является гнилостно-некротическая флегмона поднижнечелюстного пространства, при котором выявляется отек тканей полости рта, сужение просвета зева, подчелюстное пространство покрыто фибринозным налетом, отек мягких тканей деревянистой плотности

- 1) ангина Симановского – Плаута – Венсана
- 2) ангина Дюге
- 3) туляремия
- 4) ангина Людвига
- 5) паратонзиллярный абсцесс.

7. Для ангины Симановского – Плаута – Венсана характерно

- 1) преимущественно одностороннее поражение, выраженная болезненность с иррадиацией в ухо, плотные фибриновые налеты, интоксикация
- 2) преимущественно одностороннее поражение, умеренный болевой синдром при глотании и жевании, слюнотечение, зловонный запах изо рта, серовато-желтые налеты, минимальные симптомы интоксикации, пародонтит
- 3) симметричное увеличение миндалин с малой болезненностью, творожистые налеты, отсутствие интоксикации
- 4) симметричное увеличение миндалин, болезненность при глотании, трудно снимающиеся налеты с последующей эрозией, выраженные симптомы интоксикации
- 5) мононуклеозоподобный синдром с генерализованной ЛА, тонзиллит с творожистым налетом.

8. В комплекс обязательного обследования больного с подозрением на опухолевое поражение миндалин не входит

- 1) УЗИ шеи
- 2) орофаринго-, ларинго- и ринофарингоскопия
- 3) определение антистрептолизина, антистрептокиназы, антигена стрептококков экспресс-методом
- 4) КТ с контрастированием
- 5) определение онкомаркеров.

9. Инфекционное заболевание из группы ОРВИ, при котором наиболее характерно значительное увеличение миндалин, ЛА

- 1) грипп
- 2) аденовирусная инфекция
- 3) риновирусная инфекция

- 4) РС-инфекция
- 5) Парагрипп.

10. Тонзиллит при краснухе:

- 1) односторонний
- 2) катаральный
- 3) язвенно-некротический
- 4) лакунарный
- 5) фолликулярный.

11. Поражение миндалин при первичном сифилисе часто носит

- 1) пленчатый характер с легко снимающимися налетами и выраженной интоксикацией
- 2) катаральный характер
- 3) характер двустороннего тонзиллита с фибринозно-геморрагическими пленками «плюс ткань»
- 4) характер двустороннего процесса с творожистыми налетами
- 5) эрозивно-язвенный односторонний характер с регионарным лимфаденитом.

12. Симптомокомплекс, включающий в себя острое начало, выраженные симптомы интоксикации (высокая температура, боль и ломота в костях и мышцах, слабость, бред), выраженные боли в горле, разлитую гиперемию ротоглотки, точечные кровоизлияния на миндалинах и слизистой, резко болезненный регионарный (по отношению ко входным воротам инфекции) лимфаденит до размеров бубона с периаденитом, с синюшным окрашиванием кожи возникает при

- 1) туляремии
- 2) герпангине
- 3) ящуре

- 4) чуме
- 5) скарлатине.

13. Заболевание крови, сопровождающееся проявлениями тонзиллита

- 1) В₁₂-дефицитная анемия
- 2) острый лимфобластный лейкоз
- 3) гемофилия
- 4) тромбастения Гланцмана
- 5) эссенциальный тромбоцитоз.

14. Симптомокомплекс, характеризующий злокачественное новообразование ротоглотки

- 1) катаральный двусторонний тонзиллит
- 2) двусторонняя гипертрофия миндалин с периодически появляющимися налетами, субфебрильная температура
- 3) одностороннее поражение миндалин, дискомфорт при приеме пищи, неловкость при глотании, астенизация
- 4) язвенное поражение обеих миндалин с выраженным синдромом интоксикации, пародонтит
- 5) появление пленчатого налета на фоне геморрагических высыпаний на миндалинах.

15. Тонзиллит при цитомегаловирусной инфекции характеризуется

- 1) выраженной гипертрофией миндалин с гнойными включениями в лакунах
- 2) односторонним язвенно-некротическим поражением миндалин
- 3) двусторонним катаральным тонзиллитом с увеличением миндалин до I–II степени, генерализованной ЛА

- 4) увеличением миндалин до II степени, незначительным болевым синдромом, фаринготонзиллитом, нередко с везикулезно-эрозивным поражением миндалин
- 5) ярким катаральным синдромом с явлениями склерита, конъюнктивита, высыпаниями на слизистой у коренных зубов, выраженной интоксикацией.

16. Поражение миндалин при листериозе характеризуется

- 1) катаральным тонзиллитом с незначительной общей интоксикацией, нефропатией
- 2) острым началом, болями в ротоглотке, с возможной иррадиацией в ухо, увеличением миндалин до II степени с гнойными налетами, в сочетании с миалгией, артралгией
- 3) выраженным интоксикационным синдромом, менингитом, не редко присоединяющимся синдром септикопиемии, увеличением миндалин до I–II степени с умеренной болезненностью, катаральным или гнойно-фибринозным тонзиллитом
- 4) появлением на слизистой оболочки ротовой полости и миндалин сливающихся папул, на поверхности которых образуются эрозии с белесоватым фибриновым налетом в центре
- 5) скоплением узелков серовато-желтого или красного цвета на гиперемизированной слизистой миндалин и полости рта, с быстро присоединяющимся поражением лимфоузлов и периаденитом.

17. Наиболее вероятный диагноз при появлении клинических проявлений заболевания после переохлаждения (общего или местного), сочетания умеренного интоксикационного синдрома (субфебрилитет, незначительная слабость) с поражением ротоглотки в виде неяркой гиперемии слизистой, наличия разрыхленных, рубцово-измененных миндалин с лакунами,

наполненными плотным казеозно-гнойным содержимым, казеозными пробками и незначительной болью в горле, наличии миокардиопатии

- 1) аденовирусная инфекция
- 2) кандидоз ротоглотки
- 3) хронический тонзиллит
- 4) ангина Дюге
- 5) ангина Симановского – Плаута – Венсана

18. Сывороточная терапия является основной в лечении

- 1) инфекционного мононуклеоза
- 2) фузиоспорохетозной ангины
- 3) туляремии
- 4) герпангины
- 5) дифтерии.

19. Возбудитель дифтерии относится к роду

- 1) *Streptococcus*
- 2) *Klebsiella*
- 3) *Staphylococcus*
- 4) *Corynebacterium*
- 5) *Jersinia*.

20. Наиболее частая локализация патологического процесса при дифтерии (в России)

- 1) глаза, кожа
- 2) нос, кожа
- 3) половые органы, кожные покровы
- 4) кожа и раны
- 5) ротоглотка и дыхательные пути.

21. Фибринозные налеты на миндалинах, небных дужках и язычке на фоне интоксикации, без отека шеи характерны для дифтерии

- 1) островчатой
- 2) пленчатой
- 3) распространенной
- 4) субтоксической
- 5) токсической.

22. Наиболее характерный механизм передачи инфекции при инфекционном мононуклеозе

- 1) контактно-бытовой
- 2) алиментарный
- 3) трансмиссивный
- 4) аэрозольный
- 5) половой.

23. Для EBV-инфекции характерно сочетание симптомов

- 1) гиперемия и увеличение миндалин, миндалины рельефны, в лакунах – гной, выраженные боли при глотании, выраженная интоксикация
- 2) на гиперемированных миндалинах везикулы, которые быстро лопаются и на их месте образуются эрозии, часто сливающиеся, интоксикация незначительная
- 3) миндалины отечны, гиперемия неяркая, с цианотичным оттенком, на них плотный фибринозный налет, который удаляется с трудом, интоксикация умеренная, полиневрит
- 4) умеренные боли при глотании, на слегка гиперемированной миндалине, с образованием на 3–4-й день очагов некроза и рыхлого серо-желтого налета с одновременным развитием ЛА, который прогрессивно развивается и после исчезновения ангины

- 5) тонзиллофарингит, полилимфаденопатия, гепатит, интоксикационный синдром (с 2–3-недельной лихорадкой), лимфоцитоз.

24. EBV-инфекция вызывается

- 1) энтеровирусом
- 2) паромиксовирусом
- 3) вирусом герпеса человека 4-го типа
- 4) микоплазмой
- 5) хламидией.

25. Регионарный чаще односторонний ЛА (передне-, заднешейных и подчелюстных лимфоузлов, образующих крупный болезненный конгломерат, не спаянный с окружающими тканями, без периаденита) в сочетании с тонзиллитом встречается

- 1) при скарлатине
- 2) туляремии
- 3) сифилисе
- 4) герпангине
- 5) дифтерии.

26. Тонзиллярный синдром при скарлатине сопровождается

- 1) умеренным интоксикационным синдромом, гепатитом, полилимфаденопатией, лимфоцитозом
- 2) умеренной интоксикацией, регионарной ЛА, отеком шеи, миокардитом
- 3) выраженной интоксикацией с длительной (до трех недель) фебрильной лихорадкой, розеолезной сыпью, кишечным кровотечением

- 4) синдромом интоксикации, регионарным ЛА, «малиновым языком» и «пылающим зевом», мелкоочечной сыпью
- 5) синдромом интоксикации, гастроэнтеритом, полиморфной сыпью.

27. Умеренная интоксикация с нормальной или субфебрильной температурой тела, незначительные боли в горле при выраженных изменениях в ротоглотке: язвенно-некротическом тонзиллите (чаще одностороннем) с налетом, гнилостном запахе изо рта, частом пародонтите – характерны

- 1) для паратонзиллярного абсцесса
- 2) хронического тонзиллита
- 3) ангины Симановского – Плаута – Венсана
- 4) герпангины
- 5) инфекционного мононуклеоза.

28. Герпангина вызывается

- 1) герпесвирусами 1-го типа
- 2) коронавирусами
- 3) герпесвирусами 4-го типа
- 4) вирусами Коксаки и ЕСНО
- 5) герпесвирусами 5-го типа

ОТВЕТЫ К ТЕСТАМ

№ вопроса	№ ответа	№ вопроса	№ ответа
1	4	15	3
2	3	16	3
3	3	17	3
4	4	18	5
5	3	19	4
6	4	20	5
7	2	21	3
8	3	22	4
9	2	23	5
10	2	24	4
11	5	25	2
12	4	26	4
13	2	27	2
14	3	28	2

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Атлас инфекционных болезней [Текст] / под. ред. В.И. Лучшева, С.Н. Жарова, В.В. Никифорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 224 с.

Бактериальные болезни [Текст]: учеб. пособие / под. ред. Н.Д. Ющука. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 976 с.

ВИЧ-инфекция и СПИД [Текст]: Клинические рекомендации / под ред. В.В. Покровского. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 192 с.

Гематология [Текст]: национальное руководство / под ред. О.А. Рукавицына. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 784 с.

Дерматовенерология [Текст]: национальное руководство / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.

Детские инфекции: Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики [Электронное издание] / Г.А. Емельянова, Т.С. Мякенькая. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>.

Инфекционные болезни [Текст]: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.

Инфекционные болезни. Атлас [Текст]: руководство / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева и др.. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.

Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран [Текст]: учебник / под ред. Н.В. Чебышева, С.Г. Пака. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 496 с.

Краснов В.В. Инфекционный мононуклеоз. Клиника, диагностика, современные принципы лечения [Текст] / В.В. Краснов. – СПб.: Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. мед. акад., 2003. – 44 с.

Лекции по инфекционным болезням [Текст] / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – М.: Медицина, 2007. – 1032 с.

Онкология [Текст]: национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 576 с.

Оториноларингология [Текст]: национальное руководство / В.Т. Пальчун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 919 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ТОНЗИЛЛИТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ.....	10
1.1. Бактериальные тонзиллиты.....	10
1.2. Вирусные тонзиллиты.....	37
1.3. Тонзиллиты микотической этиологии.....	51
2. ТОНЗИЛЛИТЫ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ	53
2.1. Новообразования миндалин и ротоглотки.....	53
2.2. Заболевания крови с синдромом тонзиллита.....	65
2.2. Тонзиллиты различного генеза	70
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	74
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	75
ТЕСТЫ	94
ОТВЕТЫ К ТЕСТАМ	104
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	105

Учебное издание

Шульдяков Андрей Анатольевич,
Ляпина Елена Павловна,
Рамазанова Кристина Христофоровна и др.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ПРОТЕКАЮЩИХ С СИНДРОМОМ ТОНЗИЛЛИТА**

Учебное пособие

Под редакцией А.А. Шульдякова, Е.П. Ляпиной

Подписано к печати 25.09.2018 г. Объем 6,75 усл.-печ. л.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная. Тираж 50 экз.
Заказ № 000-19/00.02.19

Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского.
410012, Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами
в ООО «Амирит»

410 004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 88.
Тел.: 8-800-700-86-33 | (845-2) 24-86-33.
E-mail: zakaz@amirit.ru Сайт: amirit.ru