

# СОДЕРЖАНИЕ

---

Авторский коллектив .....	4
1. Введение .....	6
2. Исторические сведения.....	8
3. Анатомо-физиологические особенности ротовоглотки .....	9
4. Особенности обследования полости рта и глотки .....	12
5. Классификация острых тонзиллитов .....	18
6. Острый тонзиллит (первичная, банальная, простая ангина) .....	20
6.1. Этиология .....	20
6.2. Эпидемиология .....	20
6.3. Патогенез.....	21
6.4. Клиническая картина .....	23
7. Тонзиллиты других локализаций .....	30
8. Осложнения ангин (острых тонзиллитов) .....	33
8.1. Местные осложнения .....	33
8.2. Общие осложнения.....	38
8.3. Поздние осложнения .....	38
9. Дифференциальная диагностика ангин .....	39
9.1. Специфические ангины .....	39
9.2. Вторичные (симптоматические) ангины .....	43
10. Диагностика стрептококковой инфекции в условиях оказания скорой и неотложной медицинской помощи .....	76
11. Заключение .....	81
12. Список рекомендуемой литературы.....	82
13. Дополнительные иллюстрации.....	83

# 1. ВВЕДЕНИЕ

В своей повседневной практике широкий круг специалистов, в первую очередь врачи первичного звена здравоохранения, сталкиваются с трудностями при проведении дифференциальной диагностики поражения нёбных миндалин, причем в последнее время эти пациенты все реже попадают в поле зрения оториноларингологов, и все чаще им оказываются помощь терапевты и инфекционисты.

Врачи и фельдшеры скорой и неотложной медицинской помощи, будучи специалистами первичного звена здравоохранения, наряду с врачами общей практики и терапевтами первыми сталкиваются с больными с острой патологией рогоглотки, и от качества проведенной ими диагностики и правильности выбранной тактики ведения больного зависят течение и прогноз заболевания. С учетом этой информации авторами более подробно изложен материал по особенностям проявлений первичных острых тонзиллитов (ОТ), на основе которых проводится дифференциальная диагностика всех других заболеваний, сопровождаемых синдромом тонзиллита.

Ангина (от лат. *ango* — «сжимаю, сдавливаю, душу») — острое инфекционное заболевание главным образом стрептококковой этиологии, характеризуемое воспалением лимфоидных образований лимфоглоточного кольца Вальдейера—Пирогова, регионарных лимфатических узлов (ЛУ), сопровожданное лихорадкой и симптомами интоксикации.

Ангина не является однородным заболеванием, она различается по этиологии, патогенезу, особенностям клинических проявлений. Ангина может быть как самостоятельным заболеванием, так и одним из клинических проявлений других заболеваний инфекционной (инфекционный мононуклеоз, туляремия, брюшной тиф, скарлатина и др.) и неинфекционной (агранулоцитоз, острый лейкоз) природы. В связи с тем, что фарингоскопическая картина, как правило, не позволяет достаточно четко определиться с этиологией ангины, в последние годы предлагается использовать термин «острый тонзиллит» или «острый тонзиллофарингит» для обозначения поражения нёбных миндалин.

При ангине наблюдаются местные проявления в виде острого воспаления одного или нескольких компонентов лимфаденоидного глоточного кольца, чаще всего нёбных миндалин.

Наиболее часто развивается поражение нёбных миндалин — ОТ, однако воспалительный процесс может распространяться на нёбные дужки, мягкое нёбо, язычок. Кроме того, возможно изолированное воспаление язычной (ангина язычной миндалины) и носоглоточной (острый аденоидит, ретроназальная ангина) миндалин, а также лимфоидной ткани, локализующейся в преддверии гортани, — желудочков гортани, черпалонадгортанных складок и грушевидных синусов (гортанная ангина).

Спектр заболеваний, протекающих с явлениями фарингита и тонзиллита, чрезвычайно широк, а дифференциальная диагностика их может представлять значительную сложность, особенно на догоспитальном этапе, поскольку при обычном осмотре не всегда возможно увидеть имеющееся поражение в полном объеме: так, невозможно осмотреть язычную миндалину, а при явлениях перитонзиллита из-за тризма жевательной мускулатуры даже осмотр слизистой оболочки ротоглотки весьма затруднителен. Так как тонзиллит может быть лишь одним из клинических проявлений заболевания, важно подробно собирать анамнез заболевания, а также эпидемиологический анамнез. Необходимо обязательно выяснить наличие вакцинации против дифтерии в течение последних 10 лет. При подозрении на ангину нельзя ограничиваться осмотром только ротоглотки, поскольку выявление признаков поражения других органов в значительной степени помогает в проведении дифференциальной диагностики и правильной первичной маршрутизации пациента.

## **2. ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ**

Ангина как заболевание известна со времен античной медицины. Гиппократ (V–IV вв. до н.э.) и Цельс (I в. н.э.) в своих трудах указывали симптомы ангины. Описаны интубация и трахеотомия при асфиксии у больных ангиной в трудах Ибн Сины (Авиценны, XI в. н.э.).

По мере развития и внедрения в медицинскую практику бактериологических методов исследования ангины стали разделять на различные виды в зависимости от микробного фактора.

Так, открытие дифтерийной палочки дало возможность дифференцировать ангину от дифтерии. В 1898 г. немецкий врач Плаут (H.K. Plaut) и французский бактериолог Венсан (J.H. Vincent) почти одновременно описали особую форму язвенно-плечатой ангины, возникновение которой обусловлено симбиозом бактерий веретенообразной палочки (*Bac. fusiformis*) и спирохетой полости рта (*Spirochaeta buccalis*). Заболевание получило название «фузоспирохетоз». Впервые эта форма ангины как заболевание, вызванное неизвестным возбудителем, была описана русским клиницистом С.П. Боткиным и затем, в 1890 г., более детально — его учеником Н.П. Симановским. В настоящее время это заболевание принято называть ангиной Симановского—Плаута—Венсана.

С расширением гематологических исследований выделены особые формы ангины — агранулоцитарная и моноцитарная. В 1935 г. И.В. Давыдовским и А.Г. Кестнер впервые описана язвенно-некротическая ангина, наблюдавшаяся при алейкии алиментарно-токсической. С развитием вирусологии уделяется большое внимание изучению этиологической роли вирусов (в частности, адено-вирусов) в поражении лимфоидной ткани. В большинстве имеющихся сообщений о вирусных ангинах описаны отдельные вспышки данного заболевания как в детских коллективах, так и среди взрослых.

### **3. АНАТОМО- ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТОГЛОТКИ**

При проведении дифференциального диагноза ангин следует помнить анатомические особенности ротоглотки и прилегающих структур.

Глотка — полость в виде мышечной трубы продолговатой формы, расположенная позади носовой и ротовой полостей, которая начинается у основания черепа и доходит до нижнего края 6-го шейного позвонка и, воронкообразно сужаясь, переходит в пищевод.

Глотка делится на три отдела.

- Верхний — носоглотка, которая располагается позади носовой полости и сообщается с ней посредством хоан. На своде носоглотки располагается скопление лимфоидной ткани, которая образует глоточную миндалину — аденоиды. С 11–12 лет глоточная миндалина в ходе инволюции уменьшается в размерах, и 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.
- Средний — ротоглотка, которая находится позади полости рта и отграничена от нее зевом, представляющим собой отверстие, образованное сверху мягким нёбом и язычком, с боков — передними (нёбно-язычными) и задними (нёбно-глоточными) дужками, в миндаликовых нишах располагаются нёбные миндалины. Наружная поверхность нёбных миндалин, обращенная к боковым стенкам глотки, покрыта миндаликовой 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 нёбных миндалин является наличие в них крипты (лакун). Устья лакун — извилистые каналы, выстланные плоским эпителием, углубляющиеся в толщу миндалин. Фолликулы распо-

ложены 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 крипты (самоочищение). Во время глотания зев служит жомом, плотно охватывающим пищевой комок, вследствие чего пища проходит в глотку. Давление и трение, которым нёбная миндалина в этот момент подвергается, являются причиной того, что слизистая оболочка нёбных миндалин, язычка более гиперемирована (как правило), чем слизистая полости рта (физиологическая гиперемия).

- Нижний отдел глотки — гортаниноглотка, на ее передней стенке, соответствующей корню языка, располагается язычковая миндалина. Слизистая оболочка задней стенки глотки содержит элементы лимфоидной ткани, которые могут образовывать округлые возвышения — лимфоидные фолликулы, или «валики», расположенные за задними нёбными дужками.

Слизистая оболочка ротовой полости имеет густую сеть сосудистых и лимфатических капилляров. Особая роль принадлежит отводящим лимфатическим сосудам мягкого нёба, язычка, передних и задних дужек зева и нёбных миндалин, которые направляются к близлежащим ЛУ заглощечного пространства и к шейным глубоким ЛУ. Слизистая оболочка глотки обладает высокой чувствительной иннервацией, в связи с чем патологические процессы нередко сопровождаются мучительными для больного симптомами — болью в горле, ощущениями сухости, иностранных тел и др.

Лимфоидная ткань глотки (лимфоэпителиальное кольцо Вальдейера—Пирогова) включает в себя:

- две нёбные миндалины;
- две трубные миндалины;
- глоточную миндалину;
- язычковую;
- лимфоидные фолликулы и боковые валики глотки.

Она осуществляет функции защиты организма от внешних воздействий, являясь барьером на пути распространения инфекции.

Первым барьером служит слизистая оболочка миндалин. Проникновение патогенов в клетку контролируется с помощью гуморального иммунитета (выработки иммуноглобулинов А и G, лизоцима, трансферрина, интерферонов) и с помощью трансэпителиальной миграции лейкоцитов в лакунах миндалин. Нарушение этого барьера приводит к формированию ангины.

### 3. Анатомо-физиологические особенности ротовоглотки

Вторым барьером является капсула миндалины. При распространении инфекции за этот рубеж возникают паратонзиллярные абсцессы.

Третий барьер представляют ЛУ шеи, куда осуществляется лимфатический отток из миндалин: в передние шейные лимфоузлы — из нёбных и язычной, задние шейные — из глоточной.

Четвертым барьером является гистогематический — стенки кровеносных сосудов. Преодоление его приводит к метатонзиллярным осложнениям: формированию гломерулонефрита, ревматизма, васкулита или артрита за счет аутоиммунных комплексов при стрептококковой этиологии воспалительного процесса.

## **4. ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ**

Осмотр ротоглотки должен проводиться при каждом обследовании пациента и при любых заболеваниях. Важнейшим способом обследования полости рта и глотки является тщательный осмотр, требующий соблюдения определенных правил, использования достаточного освещения (дневное, искусственное) и простых инструментов. Для направления пучка света в полость рта и глотки возможно использование локального источника света. Лучшие возможности для осмотра состояния ротоглотки дает обследование с помощью двух шпателей. Исследование полости рта следует начинать с осмотра губ и преддверия рта. Шпателем поочередно осторожно оттягивают верхнюю и нижнюю губы, обращая внимание на цвет слизистой оболочки, наличие язв, ссадин или свищей, состояние десен и зубов. Обращается внимание на открывание рта: свободное открытие, нет ли тризма, характерного для столбняка, паратонзиллярного абсцесса или резкой боли при открывании рта, типичной для флегмонозной ангины.

В полости рта осмотр начинают с языка, слизистой щек, твердого и мягкого нёба, малого язычка. Большого предупреждают о спокойном открывании рта, без напряжения. Во время осмотра пациент не должен задерживать дыхание или высывать язык, так как это мешает исследованию. Шпатель не следует заводить слишком далеко в рот, так как это вызовет рвотный рефлекс.

Приподняв шпателем язык кверху, осматривают дно полости рта. После этого осматривают нёбные миндалины и заднюю стенку глотки. Шпателем, наложенным на передние две трети языка с точкой опоры на нижних резцах, медленно, равномерно, но сильно отжимают спинку языка книзу и осматривают верхний полюс нёбных миндалин, а затем, надавливая на корень языка книзу и несколько кпереди, проводят осмотр нижнего полюса миндалин. При осмотре оценивают размеры нёбных миндалин, изменения их окраски и рельефа, выступают ли они из-за нёбных дужек и имеется ли сращение последних с миндалинами, наличие и характер содержимого миндаликовых лакун.

При осмотре зева обязательно оценивают состояние окружающих миндалины участков мягкого нёба с отходящими от него дужками: симметричность изменений, положение язычка, выбухание мягкого нёба с одной или с обеих сторон, наличие свищей, рубцов, расщеплений, провисание мягкого нёба, его неподвижность при произношении звука «А».

В норме цвет слизистой оболочки глотки бледно-розовый, язычок и нёбные дужки чаще имеют более насыщенную окраску.

Задняя стенка глотки осматривается на наличие (или отсутствие) воспалительных изменений, таких как гиперемия, утолщение слизистой оболочки, наложение слизи или гноя, фибринозных налетов, афт и др.

При обследовании полости рта и глотки обращают внимание на состояние подчелюстной области и боковых поверхностей шеи (увеличенные ЛУ, признаки воспалительной реакции, метастатические процессы и т.д.).

Характерными признаками воспалительного процесса являются гиперемия слизистой оболочки, небольшие гнойнички (фолликулы) диаметром 2–3 мм в толще миндалин, полоски гноя в лакунах, слизь, фибринозные пленки на поверхности миндалин. При описании воспалительного процесса в нёбных миндалинах продолжает использоваться термин «ангина (angina)», под которым подразумевается в первую очередь бактериальная (чаще стрептококковая) природа ОТ (тонзиллофарингита).

**Оцениваются следующие симптомы:**

- **Боль в рогоглотке** (острая, постоянная, рецидивирующая, при приеме пищи или жидкости, от незначительной до интенсивной с нарушением полноценного открывания рта).
- **Размеры нёбных миндалин** (I степень — миндалины небольших размеров и не выступают за пределы передних нёбных дужек, II степень — умеренно увеличены и выходят из-за дужек, III степень — почти соприкасаются друг с другом), выраженность их рельефа, глубина крипт (лакун), рубцы, наличие гноя, слизи в лакунах, спайки миндалин с нёбными дужками (рис. 1 а–г).
- **Цвет слизистой** (бледный, яркий, «пылающий зев», с цианотичным оттенком и т.д.) и распространенность гиперемии (рис. 2).
- **Наличие налетов на миндалинах:**
  - площадь поверхности и распространение (в глубине лакун, полоски, островки, сплошные, за пределами миндалин, «плюс-ткань»);

- скорость образования;
  - цвет [белый, серый, желтый, зеленоватый, черный (пропитанный кровью и др.)];
  - консистенция (рыхлые, плотные, фибринозные, крошковидные, гнойные);
  - 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;
  - повторное возникновение.
- **Включение в патологический процесс** нёбных дужек, мягкого и твердого нёба, язычка (отек, инфильтрация, абсцесс, гиперемия, налеты и др.).
  - **Характер поражения** (симметричный или асимметричный).
  - **Сохранность резервного просвета** в ротоглотке при увеличении миндалин, отеке мягких тканей зева, симптомы дыхательной недостаточности (стеноз ротоглотки).
  - **Запах изо рта, *foetor ex ore*** (гнилостный, специфический и др.).
  - **Состояние задней стенки глотки** (гиперемия, отечность, наличие слизи, энантемы, налетов, эрозий, язв, увеличение фолликулов) (рис. 3, 22).
  - **Наличие энантемы** на слизистой ротоглотки и полости рта: морфология элементов (папулы, везикулы, пустулы, эрозии, язвы и др.), их количество,mono- или полиморфный характер, подсыпания (рис. 4 а, б; 23 а–г).
  - **Реакция регионарных ЛУ** (величина, отек, болезненность, консистенция, спаянность, свищи) (рис. 5 а, б).
  - **Состояние подкожной клетчатки шеи** (гиперемия, отек, болезненность, кровоизлияния и т.д.).

Следует придерживаться последовательного описания обнаруженных изменений в ротоглотке и рассматривать их в совокупности с другими проявлениями патологического процесса. Это будет существенно способствовать повышению качества проведения дифференциально-диагностического поиска и позволит определить правильную тактику дальнейшего обследования пациента.



а



б



в



г

**Рис. 1.** Хронический тонзиллит, увеличение миндалин III степени (а–г)



Рис. 2. Отек Квинке с отеком мягкого нёба

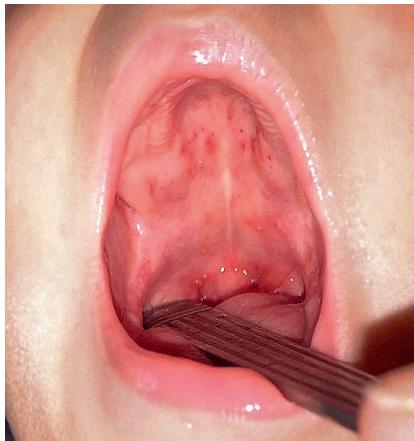


а



б

Рис. 3. Острый фарингит, гиперемия зева и слизь на задней стенке глотки (а, б)



а



б

Рис. 4. Энантема на слизистой твердого нёба (а, б)



а



б

Рис. 5. Левосторонний шейный лимфаденит (а, б)