

# Острый тонзиллофарингит

**Мурзабаева Р.Т.**

# Острый тонзиллофарингит (ОТФ)

- Острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки).
- ОТФ является полиэтиологичным заболеванием, в связи с чем данный термин без уточнения этиологии (вирусный/бактериальный (прежде всего, стрептококковый)/грибковый) не может выступать как клинический диагноз.

# По Международной классификации болезней 10

- J 02.0 Острый стрептококковый фарингит
- J 02.8 Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J 02.9 Острый фарингит неуточненный
- J 03.0 Острый стрептококковый тонзиллит
- J 03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J 03.9 Острый тонзиллит неуточненный

# Этиология ОТФ

- Наиболее частые возбудители ОТФ - респираторные вирусы (аденовирус, вирус парагриппа, респираторно-синтициальный вирус, риновирус). Возможна роль энтеровирусов (Коксаки В), вируса Эпштейна-Барр.
- Среди бактериальных возбудителей первостепенное значение имеет БГСА (5-15% ОТФ у взрослых и 20-30% - у детей).
- Могут вызывать ОТФ другие бактериальные возбудители (стрептококки групп С и G, *Streptococcus pneumoniae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, анаэробы, *Mycoplasma* и *Chlamydia pneumoniae*).
- Еще реже бактериальные возбудители ОТФ- спирохеты (ангина Симановского-Плаута-Венсана), анаэробы.
- ОТФ один из основных симптомов дифтерии (*C. diphtheriae*) и гонореи (*Neisseria gonorrhoeae*).

# Микотическое поражение глотки

- занимает второе место в общей структуре грибковых поражений ЛОР-органов.
- Основным возбудителем микотического поражения ротоглотки являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*, вызывающие заболевание у 93% больных
- Тем не менее, *Candida albicans*, являясь нормальным обитателем ротоглотки, вызывает патологические процессы в основном в условиях системного или местного иммунодефицита и грань между нормальным носительством, дисбиозом ротоглотки и орофарингеальным кандидозом весьма размыта.
- Скорее всего, стоит ориентироваться на выраженность местных воспалительных реакций и системного воспалительного ответа.

# Жалобы

- Дискомфорт или боль в горле, усиливающиеся при глотании.
- При неосложненном течении, как правило, боль имеет симметричный характер.
- При выраженном вовлечении в воспалительный процесс боковых столбов глотки и/или реактивном отеке паратонзиллярной клетчатки возможна иррадиация в ухо, особенно выраженная при глотании.
- В раннем детском возрасте, при невозможности вербализовать или правильно описать болевые ощущения, обращает на себя внимание отказ ребенка от еды или от проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи.

# Системные проявления

- Лихорадка:
- - уровень лихорадки не коррелирует с этиологическим фактором и не может являться ориентиром для определения показаний к системной антибактериальной терапии;
- - зачастую острый стрептококковый тонзиллофарингит может протекать с нормальной или субфебрильной температурой тела)
- Ухудшение самочувствия (явления инфекционного токсикоза)

# Местные проявления

- гиперемия и отек небных миндалин, небных дужек, задней стенки глотки (реже, мягкого неба и язычка)
- налеты на небных миндалинах (реже, на задней стенке глотки)
- явления регионарного лимфаденита (увеличение, уплотнение, болезненность подчелюстных, передне- и задне-шейных лимфатических узлов)
- петехиальная энантема на мягком небе и язычке (единственный симптом, который в ранние сроки с большой вероятностью может указывать на стрептококковую этиологию ОТФ)



# Клинико-эпидемиологические признаки, острого стрептококкового и вирусного ТФ

## Стрептококковый ТФ

Внезапный дебют боли в горле

Возраст 5-15 лет

Лихорадка

Головная боль

Тошнота, рвота, боль в животе

Изолированные признаки  
воспаления в ротоглотке

Островчатый налет на  
миндалинах

Петехиальная энантема на  
мягком небе

Передне-шейный лимфаденит

Чаще зимой и ранней весной,  
контакт с б-м, переохлаждение

Скарлатиноподобная сыпь

## Острый вирусный ТФ

Конъюнктивит

Острый ринит

Кашель

Диарея

Осиплость

Единичные афты полости  
рта

Вирусная экзантема

# Клинические признаки бактериальной инфекции

## Общие симптомы:

Лихорадка, ознобы,  
интоксикация, артралгии,  
миалгии  
лимфаденопатия,  
спленомегалия

Высокоспецифичный маркер:  
Прокальцитонин > 2 нг/мл;

Высококчувствительный  
маркер:  
С-реактивный белок > 24 мг/дл

## Лабораторные признаки:

Лейкоцитоз  
Сдвиг влево или нейтрофилез  
Лимфопения  
Анемия

## Местные симптомы

# Диагностика ОТФ

- Основная цель диагностики - различить стрептококковую или вирусную этиологию ОТФ
- Уровень маркеров воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, «сдвиг влево», СОЭ, СРБ, прокальцитонин) имеет не всегда достаточную информативность;
- Основной метод диагностики – выделение БГСА в мазке из миндалин и задней стенки глотки бактериологически и экспресс-тестом «Стрептотест» (Франция). С помощью теста определяют поверхностный АГ БГСА, чувствительность и специфичность - 94%; у 15% больных тонзиллитом рез-т +, Подтверждение БГСА-инфекции требует АБТ курсом 10 дней с целью его эрадикации.
- Уровень АСЛО повышается лишь на 7-9 дни болезни

<b>Клинические признаки</b>	<b>дифтерия ротоглотки локализованная форма</b>	<b>Стрептококковая ангина</b>	<b>Инфекционный мононуклеоз</b>	<b>Ангина Симановского-Венсана</b>
<b>Симптомы интоксикации</b>	<b>Умеренные: вялость, температура субфебрильная, иногда повышается до 38-390С</b>	<b>Резко выражены: острое начало, слабость, ломота в теле, головная боль, температура до 40С</b>	<b>Слабо выражены, зависят от тяжести течения</b>	<b>Отсутствуют. Температура субфебрильная</b>
<b>Внешний вид</b>	<b>Лицо бледное</b>	<b>Гиперемия лица, блеск глаз, иногда бледный носогубный треугольник</b>	<b>Лицо бледное, одутловатое. Дыхание через нос затруднено</b>	<b>Обычный</b>
<b>Сроки появления тонзиллита</b>	<b>1-2-е сутки. Процесс чаще двусторонний</b>	<b>Конец 1-х суток. Процесс чаще двусторонний</b>	<b>3-5-е сутки болезни. Процесс двусторонний</b>	<b>1-е сутки – процесс односторонний</b>
<b>Гиперемия слизистой миндалин</b>	<b>Застойно-синюшная</b>	<b>яркая</b>	<b>Значительная</b>	<b>отсутствует</b>
<b>Боль в горле</b>	<b>Умеренная, с первых часов болезни нарастает в течение суток</b>	<b>Значительная, появляется к концу суток</b>	<b>Значительная</b>	<b>Нет, или умеренная</b>
<b>Отек небных миндалин</b>	<b>Умеренный</b>	<b>Умеренный</b>	<b>Значительный</b>	<b>Умеренный отек одной из миндалин</b>
<b>Налет на миндалинах</b>	<b>Формируется в первые часы болезни, к концу 1-х суток, пленчатый, выступает над поверхностью тканей, после снятия слизистая оболочка кровоточит</b>	<b>Наложения гнойные (фолликулярные, лакунарные), не выступают над поверхностью тканей. Легко снимаются</b>	<b>Наложения выступают над поверхностью тканей, рыхлые, никогда не выходят за пределы миндалин, могут иметь дифтеритический характер</b>	<b>Наложения рыхлые, гнойные, располагаются на поверхности язвы, при снятии обнажается кровоточащий дефект</b>

# Дифференциальная диагностика боли в горле

- Самая вероятная причина – вирусный фарингит;
- Опасные заболевания, симулирующие боли в горле: стенокардия, инфаркт миокарда, рак носа и глотки;
- Инфекции (эпиглоттит, перитонзиллярный абсцесс, дифтерия, ВИЧ-инфекция, болезни крови (агранулоцитоз, острый лейкоз), сифилис, инфекционный мононуклеоз и др.);
- Инородные тела, тиреоидит, болезни позвоночника, анемия;
- Кандидозный стоматит (у грудных детей, при ингаляции ГКСТ, на фоне сахарного диабета);
- Психические нарушения и симуляция

# Вирусные инфекции ВДП (фарингит, ринит, ларингит, трахеит)

- Эффективность антибиотиков при вирусных инфекциях соответствует эффекту плацебо!
- Антибиотики не предотвращают развитие бактериальных суперинфекций.
- Адекватная патогенетическая и симптоматическая терапия ускоряет выздоровление и уменьшает частоту назначения антибиотиков
- ✓ Парацетамол (жаропонижающее, обезболивающее),
- ✓ Ибупрофен (противовоспалительное, жаропонижающее)
- ✓ Муколитики (ацетилцистеин, карбоцистеин)

# Показания к антибиотикотерапии при ОРВИ

- ❑ Бактериальные осложнения ОРВИ (суперинфекция) развиваются, как правило, после **5-7 дня болезни**.
- ❑ О развитии **острого синусита** говорит сохранение ринита в течение **7-10 дней** в сочетании с лихорадкой, отеком лица или болью в проекции придаточных пазух.
- ❑ АБТ показана при ОРЗ и сохранении кашля **более 7-10 дней**, что может быть связано с инфекцией, вызванной *M. pneumoniae* или *S. pneumoniae*.
- ❑ Желательно подтверждение этиологической роли этих возбудителей.

# Наиболее актуальные возбудители внебольничных инфекций ВДП

## Определенные

- Streptococcus pneumoniae **о. синусит**
- Haemophilus influenzae
- Micoplasma pneumoniae
- Streptococcus pyogenes (БГСА) **о.тонзиллит**

## Не значимые

- Streptococcus группы Viridans
- S.epidermidis.



# Антибактериальная терапия острого тонзиллита

- ❑ Клинически значимый возбудитель – БГСА. Риск БГСА у детей 30%, у взрослых 10%.
- ❑ Препараты выбора – амоксициллин (флемоксин) 1,5г в/с, бензатинпенициллин (2,4 млн ЕД в/с).
- ❑ При неэффективности или при рецидиве- амоксициллин клавуланат (флемоклав) 1,5 г в/с, цефиксим (супракс) 400 мг 1 раз в/с. Назначение макролидов показано только при аллергии на  $\beta$ -лактамы;
- ❑ Основной проблемой является резистентность к макролидам (10%), к тетрациклинам (40%) и они не всегда обеспечивают эрадикацию стрептококка.
- ❑ **Курс антибиотикотерапии при БГСА– 10 дней.**

## Лечение ОТФ (2)

- В первые дни заболевания необходимо соблюдать постельный режим. Диета легкоусвояемая, нездражающая, молочно - растительная.
- Для дезинтоксикации рекомендуется обильное питье: теплый сладкий чай с лимоном, ягодными сиропами, фруктовые соки, минеральные воды
- Обезболивающие и противовоспалительные препараты (парацетамол 500 мг в табл. или сироп 2,4% 2-3 раза в день, ибупрофен 0,2 г 3-4 раза в день коротким курсом).
- Гипосенсибилизирующая терапия: кетотифен 0,5-1 мг капсулы или таблетки 2 раза в день,
- Местное лечение: фарингосепт, полоскания (отвары трав, растворы антисептиков: хлоргексидин, мирамистин, фурациллин).

# Острый бактериальный риносинусит

- Критерии бактериальной инфекции:
  - Двухфазное течение заболевания
  - Гнойная риноррея
  - Гнойное содержимое в полости носа
  - Отсутствие +эффекта на применение деконгестантов (капель в нос)
- Клинически значимые возбудители: (60-80%):
  - *Streptococcus pneumoniae*
  - *Haemophilus influenzae*

# АБТ острого бактериального риносинусита у взрослых

Показание	Препараты 1-й	Препараты 2-й линии
Стартовая эмпирическая терапия	Амоксициллин внутри 500-1000мг 3 р в/с	Амоксиклав 625мг 3 р в/с или 1000мг 2 р в/с, или амоксициллин/сульбактам 250-500мг 3 р в/с, или по 1000мг 2 р в/с; Цефиксим 400мг 1р в/с, Цефуроксим аксетил 250-500 мг 2р /с Цефдиторен 400мг 2р в/с
Риск АБ – резистентности или неэффективности лечения	Амоксиклав по 625 мг 3 р в/с или 1250 мг 2 р в/с	Цефиксим (супракс) 400 мг 1 р в/с, Моксифлоксацин 400 мг 1 рв/с, Цефдиторен по 400 мг 2 р в/с.
<b>Препараты 3-й линии</b>		
При аллергии на бета-лактамы	Джозамицин по 1000мг 2 раза в сутки, Левифлоксацин (таваник) по 750 мг 1 раз в /с, Моксифлоксацин (авелокс) по 400 мг 1 р в/с	

# Адекватная комплексная терапия острого бактериального риносинусита

- Антибиотик – амоксициллин и др.
- Назальный деконгестант (снуп и др.)
- Муколитическое средство (амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин)
- Назальный кортикостероид (назонекс)
- НПВС при лихорадке, болевом синдроме
- **Нерациональны** антибиотики (ампициллин, ампиокс (низкая доза), ципрофлоксацин (против пневмококка малоактивен), ЦП 2 не активны против гемофильной палочки)

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**

