Острый тонзиллофарингит

Мурзабаева Р.Т.

Острый тонзилофарингит (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, Arcanabacterium haemolyticum, анаэробы, Mycoplasma и Chlamydia pneumonia).
- 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 инфекцион-ного 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> 2нг/мл; Высокочувствительный 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, чувстви-тельность 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

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

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 C. 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 β-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, нераздражающая, 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 0,5-1мг 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 внутрь 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 неэф-фективности 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.
Препараты 3-й линии		
При аллергии на бета-лактамы	Джозамицин по 1000мг 2 раза в сутки, Левофлоксацин (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!