



Тонзилит(ангина)

БАҚЫТЖАНҰЛЫ МАРҒҰЛАН

Тонзилит(ангина)

Жедел инфекциялық аллергиялық ауру, таңдай бадамша безінің жедел жергілікті қабынуымен сипатталады.

Солдатов бойынша жіктелуі:



I. Острый тонзиллит:

Первичные ангины:

- катаральная;
- лакунарная;
- фолликулярная;
- некротическая

Вторичные ангины:

- при острых инфекционных заболеваниях – дифтерия, скарлатина, корь, туляремия, брюшной тиф;
- при заболеваниях системы крови – инфекционный мононуклеоз, агранулоцитоз, алиментарно-токсическая алейкия, лейкоз.



II. Хронический тонзиллит:

Неспецифический:

- компенсированная форма;
- декомпенсированная форма.

Специфический:

- при инфекционных гранулемах, туберкулезе, склероме, сифилисе, склероме.



БІРІНШІЛІКТІ АНГИНА



ЭТИОЛОГИЯ

Тонзиллиттің қоздырғышы бактериялар болуы мүмкін:

- (А тобының β -гемолитикалық стрептококктар
- Стафилококк
- Пневмококк
- Менингококк
- Гемофильді таяқша
- Клебсиелла,а
- Анаэробтар

Вирустар

- Аденовирустар
- Герпес
- Энтеровирус Коксаки
- Спирохетасы
- Кандида саңырауқұлақтар.

ПАТОГЕНЕЗ

Б. С. Преображенский бойынша баспа:

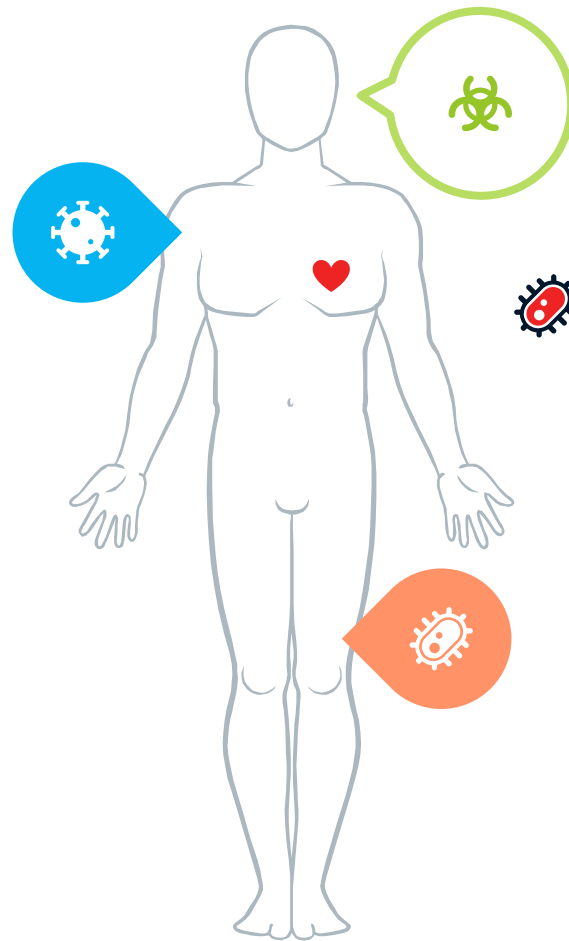
- Эпизодтық– жергілікті және жалпы суықтану салдыранан, сыртқы жағдайдың әсерінен ағзадағы инфекция қозуымен дамиды.
- Эпидемиялық– науқас адамнан жұғу арқылы
- Созылмалы тонзилиттің–асқынуы салдарынан.

Жұғу жолы:

- Экзогенді–ауа тамшылы және алиментарлы түседі.
- Эндогенді–ағзаның қорғаныштық қызметі әлсіреуі, сапрофитті не шартты патогенді микрофлора жоғарылауы.

Баспа патогенезінде негізгі рольды:

- Суыққа бейімделудің төмендеуі





Клиникалық түрлері

КАТАРЛДІ АНГИНА

Аурудың жеңіл түрі. Ауру жедел басталады қабыну процесі бадамша бездерінің шырышты қабығының ісунуі, серозды секрет сіңірілуі, бездердің қызару байқалады. Бадамшаның жұтқыншақ беткейінен эпителилі қабатында және криптерде лимфоцитте мен лейкоциттер қою инфицирленген.



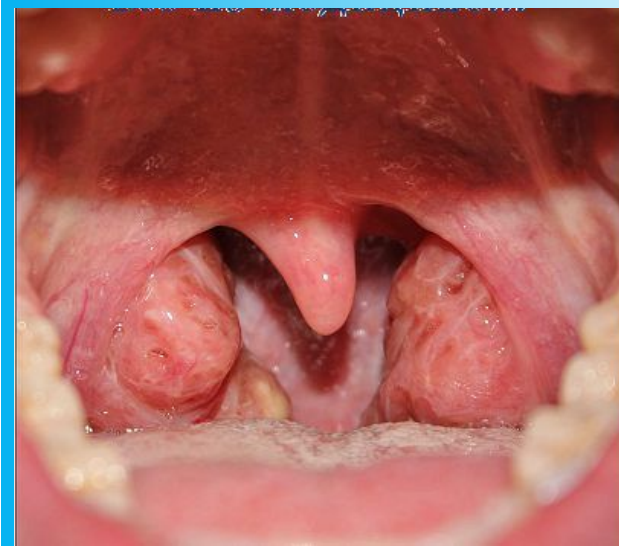
Шағымдары:

- Тамақты күйдіру, құрғату, қышыту сезімдері пайда болады, содан кейін жұтыну кезінде ауырсыну сезімі пайда болады.
- Науқаста мазасыздық пайда болып бас ауруына шағымданады.

Қарау:

Дене температурасы әдетте субфебрильді, балаларда 38 °С-қа дейін көтерілуі мүмкін. Аймақтық лимфа түйіндерінің шамалы ұлғаюы (диаметрі 1 см-ге дейін) мүмкін (жақасты), әлсіз ауырсынуы байқалады.

Жалпы қан анализі : нейтрофилді лейкоцитоз-7-9 · 10⁹/л ;СОЭ-18-20 мм / сағ;
Аурудың ұзақтығы әдетте 5-7 күнді құрайды



КАТАРЛДІ АНГИНА

Фарингоскопия:

Бадамша бездерінің шырышты қабығының қызаруы, кейіннен таңдай доғашықтарына таралады, бадамша аздап ұлғайып ісінеді, тамырлар инъецирленген, тілі құрғақ, жамылғымен жабылған, аймақтық лимфалар аздап ұлғайған.



Фолликулярлы баспа

Шырышты қабықты ғана емес, сонымен қатар фолликулдарды да қамтитын қабынудың неғұрлым ауыр түрі. Фолликулаларда терең өзгерістер, лейкоцитарлы инфильтрат, кейбіреуінде некроз пайда болады. Фолликулаларында сары нүкте түрінде шырышты қабатында көрінеді.



Шағымдары:

- Интоксикация, бас ауруы, әлсіздік, дене температурасының жоғарылауы, қалтырау, кейде бел мен буындардағы ауырсыну көрінеді.

Қарау:

- Ауру жедел басталады, температура 38-39 ° С дейін көтеріледі. Жұтқыншақтың айқын ауруы жұтыну кезінде күрт күшейеді, ауысыну құлаққа берілуі мүмкін.
- Жалпы қан анализінде солға нейтрофильді ығысуы бар лейкоцитоз $12-15 \cdot 10^9/\text{л}$, ЭТЖ 30 мм/сағ дейін жоғарылауы анықталады.
- Несепте кейде белок, эритроциттер іздері кездеседі.

Ауру әдетте 7-10 күнге, кейде 2 аптаға дейін созылады.



Фолликулярлы баспа

Фарингоскопия:

Таңдай бадамшасы қызаруы, ісінуі, инфильтрациясы байқалады, бадамша беткейінде көптеген дөңгелек, шырышты қабат астында, сарық түсті 1-3 мм нүктелер бар. Бұл тез дамидын шырыш дефектісі, яғни эрозия түзілуінің 3-4 күнінде анықталады.



Лакунарлы баспа



Лакунарлы бадамша бездердің беткейіне дейін тарайтын лакуналардың ірінді қабынуымен сипатталады, Клиникасы фолликулярлы баспаға ұқсас.



Фарингоскопия:

Таңдай бадамша кілегей қабаты қызаруы, лакуна сағаларында некроз, эпителий түзілуі көрінеді. Жекеленген фиброзды жабындар бірігіп, таңдай бадамшасының көп бөлігін не толық жабады, бірақ сыртына таралмайды. Ауру ұзақтығы 6-8 күн.



Некротикалық баспа



Жоғарыда аталған формаларға қарағанда айқынырақ жалпы және жергілікті көріністер тән (ауыр тұрақты қызба, қайталанатын құсу, сананың шатасуы және т.б.).

Қанды зерттеуде айқын лейкоцитоз, нейтрофилия, лейкоцитарлық формуланың солға күрт ығысуы, ЭТЖ айтарлықтай жоғарылауы анықталады.



Бадамша бездер тінінің зақымдалған аймақтары жасыл-сары немесе сұр түсті біркелкі емес, шұңқырлы, күңгірт беті бар шырышты қабатқа терең созылған бляшкамен жабылған. Жиі зардап шеккен аймақтар фибринмен сіңіп, тығыз болады; жойылған кезде қан кету беті қалады. Некроздық аймақтарды қабылдамағаннан кейін диаметрі 1-2 см терең тіндік ақау пайда болады, көбінесе дұрыс емес пішінді, біркелкі емес бұдырлы түбі бар. Некроз бадамша бездерден асып, доғаларға, овулаға, жұтқыншақтың артқы қабырғасына таралуы мүмкін..



Диагностика



1) Физикальное обследование:



2) Лабораторные исследования:

Для уточнения диагноза необходимы лабораторные исследования: бактериологическое, вирусологическое, серологическое, цитологическое и др. Мазок берут с помощью стерильного тампона; материал доставляют в лабораторию в течение 1 ч (при больших сроках необходимо использовать специальные среды). До забора материала не следует полоскать рот или использовать дезодорирующие средства как минимум 6 ч. При правильной технике забора материала чувствительность метода достигает 90%, специфичность - 95-96%.

Наличие В-гемолитического стрептококка подтверждается также при определении анти-О-стрептолизина и других антител. Клинический анализ крови позволяет диагностировать ангину, в том числе при заболеваниях крови.



ЕМІ

1) Антибактериальная терапия:

- Пениллин-феноксиметилпенициллин
- Цефтриаксон
- Амоксициллин
- Амоксициллина-Клавуланата (Аугментина)
- -Азитромицин(Сумамед)-макролид (При наличии аллергии на пенициллины, стартовый антибиотик)
- Линкомицин (гр. линкозамидов)
- Жергілікті биопарокс ингаляциясы. Фарингосепт, грамицидин, сода ерітіндісі, фурациллинмен шаяды.

2) Антигистаминные

- Фексофенадин
- Лоратадин
- Хлоропирамин
- Клемастин

3) Ағзаның жалпы жағдайын көтеру үшін иммуномодуляторлар қолданады.

4) Симптоматикалық-анальгин, мукалитик, иммуностимуляторлар.

ЕКІНШІЛІКТІ АНГИНА



ДИФТЕРИЯЛЫҚ БАСПА

Жіті инфекциялық ауру, интоксикациямен бадамша қабынуымен, фибринозды жамылғылар таңдай бадамшасына және ауыз-жұтқыншаққа шырышты қабатына таралады.

Этиологиясы: Лефлер дифтериялық таяқшасынан туындайды. Ауалы-тамшылы жол арқылы таралады. Инкубация кезеңі 2-7 күн.



Клиникалық көрінісі:

1) Орналасуына байланысты:

- Катаралді
- Шектелген
- Жайылған

2) Таралуына байланысты:

- Мұрын

ДИФТЕРИЯЛЫҚ БАСПА

Клиникалық көрінісі:

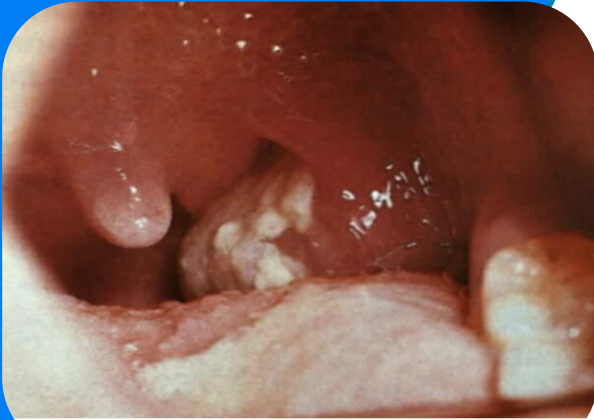
1) Орналасуына байланысты түрі ең жиі кездеседі. Науқаста жалпы интоксикация, бас аурумен, әлсіздік, адинамия, бұлшықеттің, буындардың ауырсынуы болады. Науқаста маңқалық пайда болады, аузынан жағымсыз иіс шығады, дене температурасы жоғарылайды, терісі бозарады, аймақты лимфа түйіндері ұлғаяды.

Фарингоскопия: таңдай бадамшасы мен таңдай доғасы қызаруы, көкшілдеу қызару болады.

Шектелген түрі- лакунамен қоса жұтқыншақтың артқы қабырғасында сұр жамылғы пайда болады.

Катаралді түрінде- жамылғы пайда болмайды.

Жайылған түрі- сирек кездеседі, жайылған жамылғылар көмей, жұтқыншақ, кеңірдекке таралуы мүмкін.



АНГИНА ПРИ ДИФТЕРИИ

Диагностика



1)Физикальдi тексеру:

Баспада жамылғы болса, онда дифтериялык деп карастыру кажет. Жамылғы аурудың 2- күнінде байкалады. Киындыкпен алынады, кайтадан жамылғы пайда болады.



2)Лабораторные исследования:

Для уточнения диагноза необходимы лабораторные исследования: бактериологическое, вирусологическое, серологическое, цитологическое и др. Мазок берут с помощью стерильного тампона; материал доставляют в лабораторию в течение 1 ч (при больших сроках необходимо использовать специальные среды). До забора материала не следует полоскать рот или использовать дезодорирующие средства как минимум 6 ч. При правильной технике забора материала чувствительность метода достигает 90%, специфичность - 95-96%.

Наличие В-гемолитического стрептококка подтверждается также при определении анти-О-стрептолизина и других антител. Клинический анализ крови позволяет диагностировать ангину, в том числе при заболеваниях крови.



ЕМІ

1) Арнайы дифтерияға қарсы сарысу енгізеді. «Диаферм» сарысуы.

Безредко әдісі бойынша: емдік доза алдында бір сағат бұрын сарысудың 05 мл тері астына енгізеді, әрі қарай:

Шектелген түрі- 10 000- 30 000 АЕ, сосын 1-2 күннен соң 5000 АЕ

Жайылмалы түрі- 30 000-40 000 Ае, екінші доза- 10 000 АЕ

Токсикалық түрі- жалпы доза – 100 000- 200 000 АЕ

2) Дәрумендер, детоксикалық, симптоматикалық ем тағайындалады.

Скарлатина кезінде болатын баспа

Жалпы интоксикация белгілерімен, баспамен және денесінде бөртпемен, жедел өтетін стрептококкты инфекциялық аурудың клиникалық түрі.

Клиникалық көрінісі: Жиі құсу, бас ауру, дене қызуы 38-40 градусқа дейін көтерілуі. Алғашқы сағаттарда жұтқыншақтың шырышты қабатының айқын қызаруы байқалады, ол қатты таңдайға жайылады. Ұдеріс бадамша бездерінде қабынулы реакциядан соң катаралдідан ірінді геморрагиялыққа дейін асқынады. Бездер ісінген, жұмсақ таңдай, тілшік, жұтқыншаққа таралуы мүмкін.

Терісі бөртеді, лимфа түйіндері ұлғаяды, мұрын-еріндік Филатов үшбұрышы байқалады.

Емі: 5-7 күн пенициллин тобы антибиотиктері және симптоматикалық терапия.



Қызылша кезінде болатын баспа



Қызылша –интоксикациямен, дақты папулезді тері бөртпесімен, жұтқыншақтық сақинаның қабынуымен, жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабаты қабынуы және конъюнктивит пен сипатталатын жұқпалы инфекция.

Этиология. Қызылша вирусы.Берілу жолы – ауа –тамшылы .

Клиникалық көрінісі: теріде бөртпе пайда болуына дейін 3-4 күн бұрын байқалатын, ұрттың ішкі жағында Филатов- Коплика дақтары байқалады. 1-2 мм болатын дақтар.

Фарингоскоп: Ауыз қуысы, ауыз жұтқыншақ, жұмсақ таңдайдың шырышты қабаты қызарған, ісінген, қызыл дақтар байқалады.

Емі: Антибактериялды терапия. Шырышты қабықты нитрофуралмен, түймедақ инфузиясымен, сода ерітіндісімен, фурацилинмен, жасанды лизоциммен емдеу.Витаминдік терапия.Конъюнктивалық қапшыққа сульфациетамид ерітіндісін тамызу.Жөтел кезінде қақырық түсіретін дәрілерді тағайындаңыз.

Герпетикалық ангина

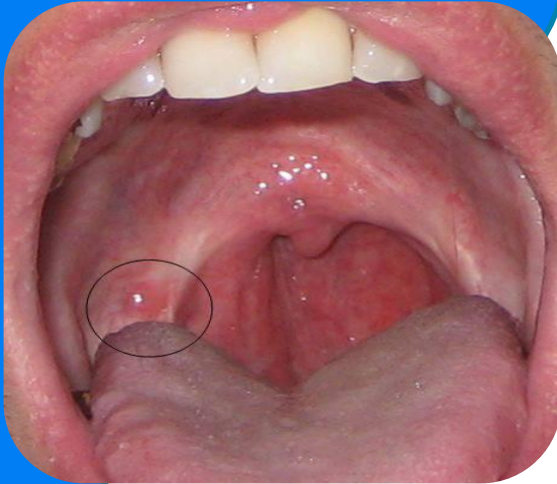
Герпетикалық ангина жиі балалық шақта дамиды.

Этиология, Бұл коксаки А , аденовирустармен, тұмау вирустарымен дамуы мүмкін. Ауру өте жұқпалы, ауа тамшыларымен және сирек фекальды-оральды жолмен беріледі.

Клиника: Герпетикалық жұлдыру ауруы жедел түрде басталады, температура 38-40 ° С дейін көтеріледі, жұтыну кезінде тамақта ауырсыну пайда болады, бас ауруы, құсу және диарея болуы мүмкін.

Фарингоскоп: Шырышты қабат диффузды қызарады, жұмсақ таңдай аймағында, тілшік, таңдай доғаларында, бадамша бездерде және жұтқыншақтың артқы жағында кішірек қызғылт көпіршіктер көрінеді.3-4 күннен кейін көпіршіктер жарылады , шырышты қабат қалықа келеді,

Емі: Симптоматикалық.



Моноцитарлы ангина

Қоздырғышы ауалы-тамшылы жолмен берілетін, макрофагтар жүйесі зақымдалумен дене температурасы көтерілуімен, тонзиллит, полиаденитпен, гепатоспленомегалиямен, лейкоцитозбен өтетін жіті инфекциялық ауру.

Этиология: Листерелла бактериясы, лимфотропты вирус.

Клиника: Температура көтеріледі, аденогепатоспленомегалиямен, лейкоцитоз белгілері байқалады. Инкубациялық кезеңі 4-5 күн. Жергілікті лимфа түйіндері ұлғаяды. Бадамша безінде қабыну процесі жүреді.

Сұрғылт жамылғы басады. Қанда өзгерген мононуклеарлар байқалады, ЭТЖ жоғарылайды. жұтыну кезінде тамақта ауырсыну пайда болады, бас ауруы, құсу және диарея болуы мүмкін.

Емі: Антибактериалды. Симптоматикалық. Жергілікті ем. Хирургиялық ем.



Агранулоцитарлы баспа

Адамның жұтқыншағы мен тамағында некрозды ошақ болуымен, гранулоциттердің жоғалуымен сипатталады. Адам бойындағы лейкоциттер $0,2-0,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ге дейін төмендейді.

Этиология: Дәрі дәрмек, ацетилсалицил қышқылы, сульфаниламидтер, антибиотиктер.

Клиника: Таңдай бамдасасымен жұтқыншақта некрозды ошақ болуымен көрінеді. Некроз шырышты қабаттан тереңдеп, жұмсақ тіндерге таралады, жұмсақ тіндердің ыдрауы жараның айдаюулуына әкеледі. Ауыз қуысы ісініп адамның жұтынуы қиындайды, ауызынан жағымсыз иіс шығады. Қанында лейкопенияғ нейтропения, қанның құрамында лимфоцитте, моноциттер болады,

Емі: 200-300 мл дейін қан не лейкоциттер құрамы құйылады. Лейкопозді стимулдайтын дәрілер: натрий нуклеинаты, пентоксил, гилроксифенилпропионды қышқыл+гидрокорич қышқылы т.б. Кортикостероидтар, кальций препараттары.



Лейкоз кезіндегі баспа



Қан құрамында жетілмеген лейкоциттердің пайда болуымен сипатталады.

Клиника: Геморрагиялық диатез, таңдай бадамшасы, жұтқыншақтың шырышты қабаты қызарады, фибриозды және жаралы-некрозды өзгерістер пайда болады. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғаяды, жұтынғанда қатты ауырсыну, аузынан жағымсыз иіс шығады, тістері босайды, тістері мен мұрыннан қан кетеді. Лейкоциттер саны $30-200 \cdot 10^9/\text{л}$ дейін көтерілді. Лимфобласт, гематобласт, миелобласттар саны артады.

Емі: 150-200мл дейін қан не эритроциттер құрамы құйылады. Некроз аймақтарына әр түрлі антисептикалық заттар сондай-ақ химиотерапиялық – тиотепа, бусульфан қолдануға болады..