

# Дифтерия Скарлатина Корь

- Дифтерия — острое инфекционное заболевание, характеризуется токсическим поражением преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем и местным воспалительным процессом с образованием фибринозного налета. Относится к воздушно-капельным антропонозам.

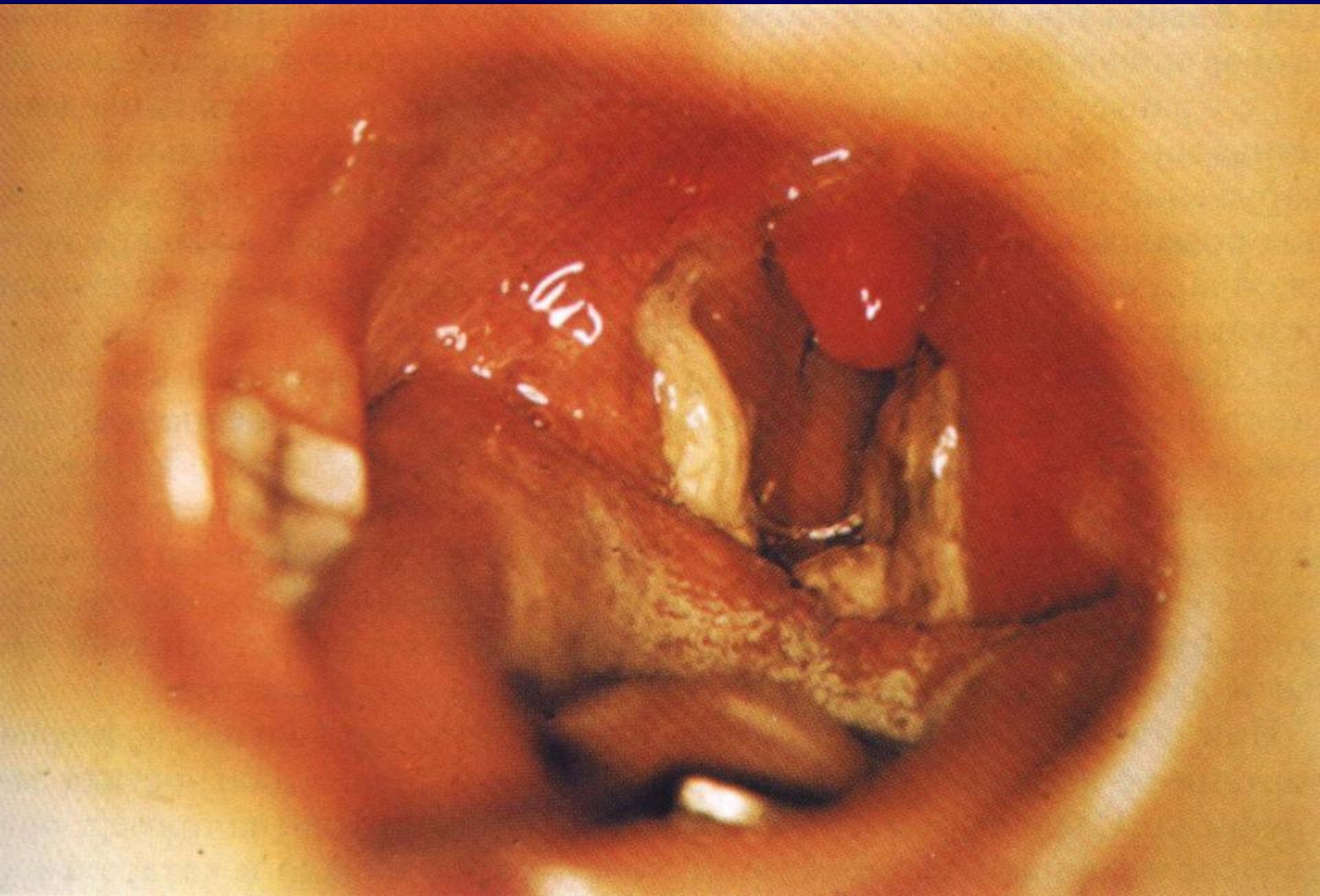
- Возбудитель — бактерия Лёффлера, вырабатывающая нейротропный экзотоксин. Преимущественная локализация воспаления — зев, гортань, носоглотка, реже бронхи, нос, наружные половые органы у девочек.

- Клинически выделяют две основные формы — **дифтерию зева** и **дифтерию гортани**.

При дифтерии зева местные изменения наблюдаются в миндалинах — **ангина**. Типично фибринозное воспаление миндалин с переходом фибринозных плёнок на дужки и мягкое нёбо. Плёнки плотно связаны со слизистой оболочкой, долго не отторгаются, что способствует интоксикации. Лимфатические узлы шеи увеличены за счёт некрозов и отёка, который может распространяться на всю шею и грудь.

«Бычья шея» при  
токсической дифтерии  
зева





Фибринозные пленки на миндалинах зева. 6

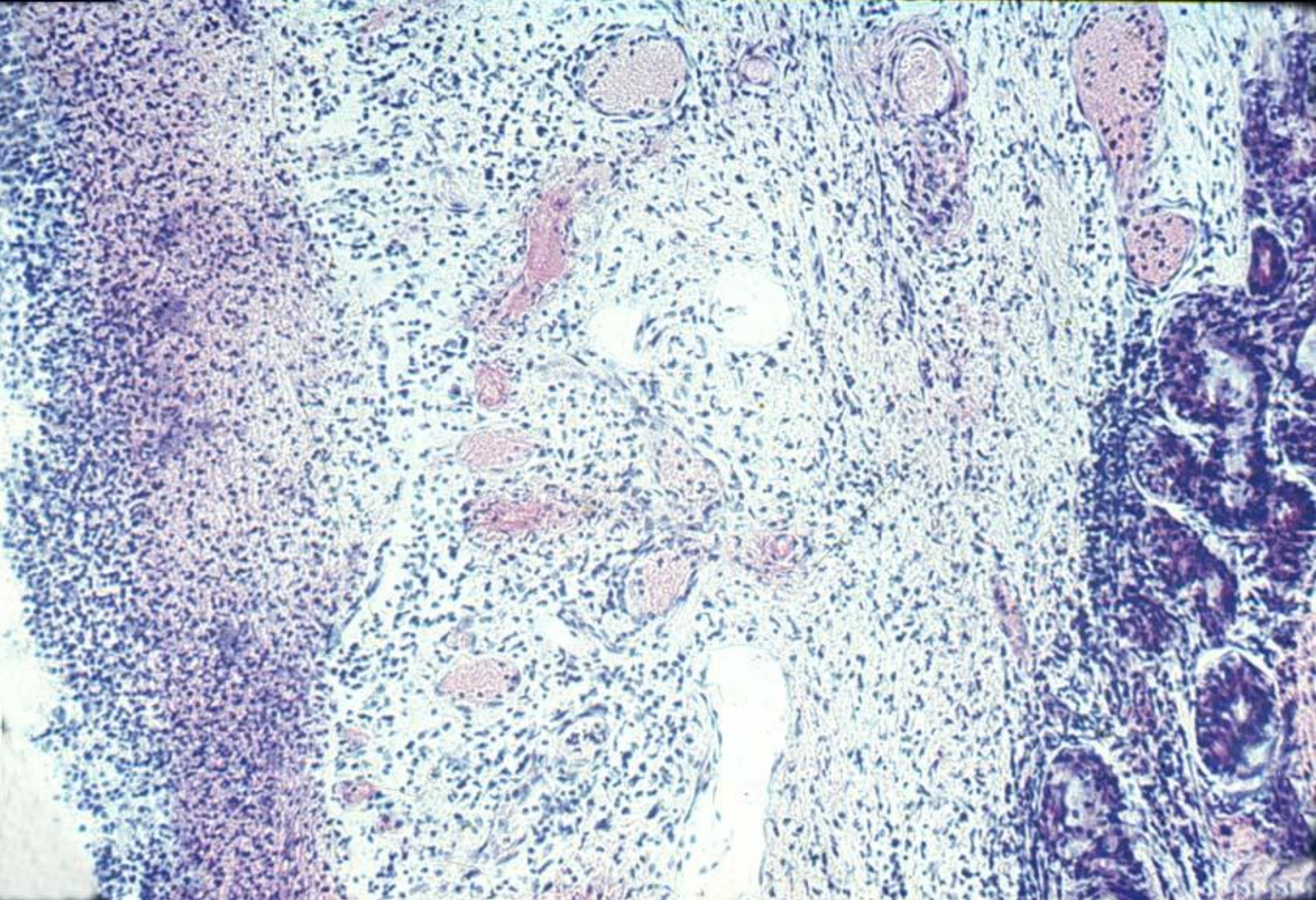
Токсическая дифтерия  
зева.



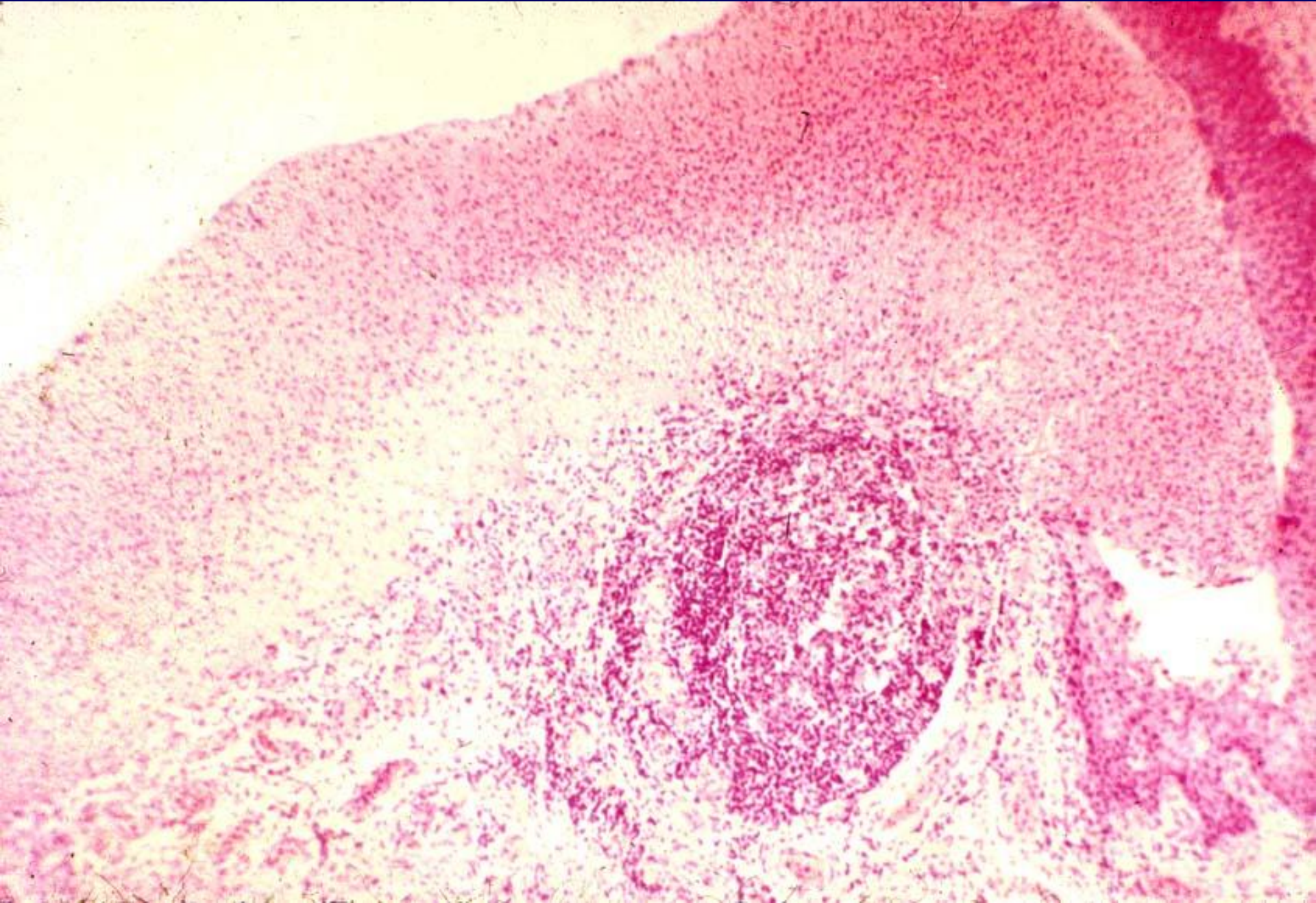
# Дифтерийный трахеобронхит



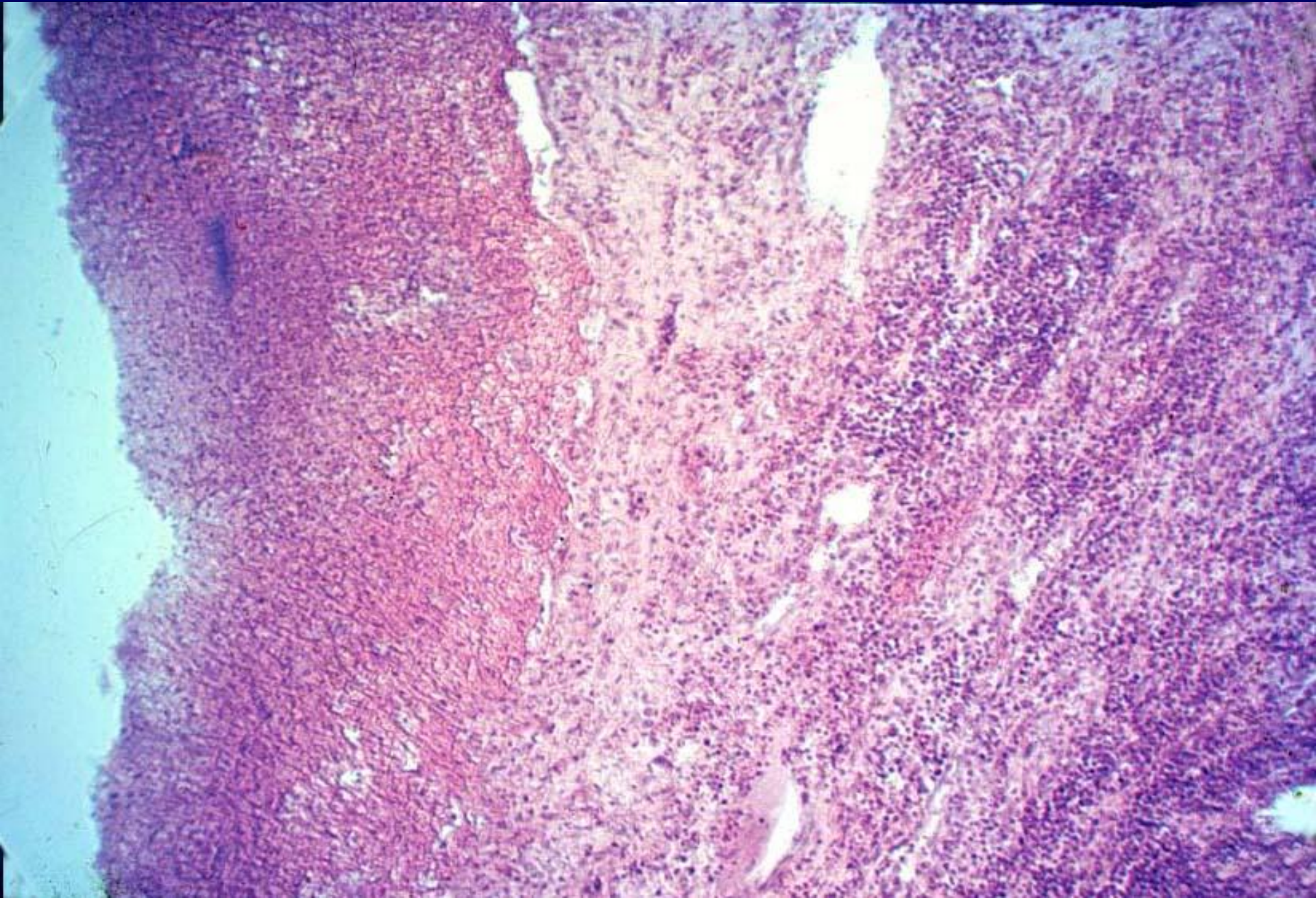




105 – крупозный трахеит



790 – дифтеритический амигдалит

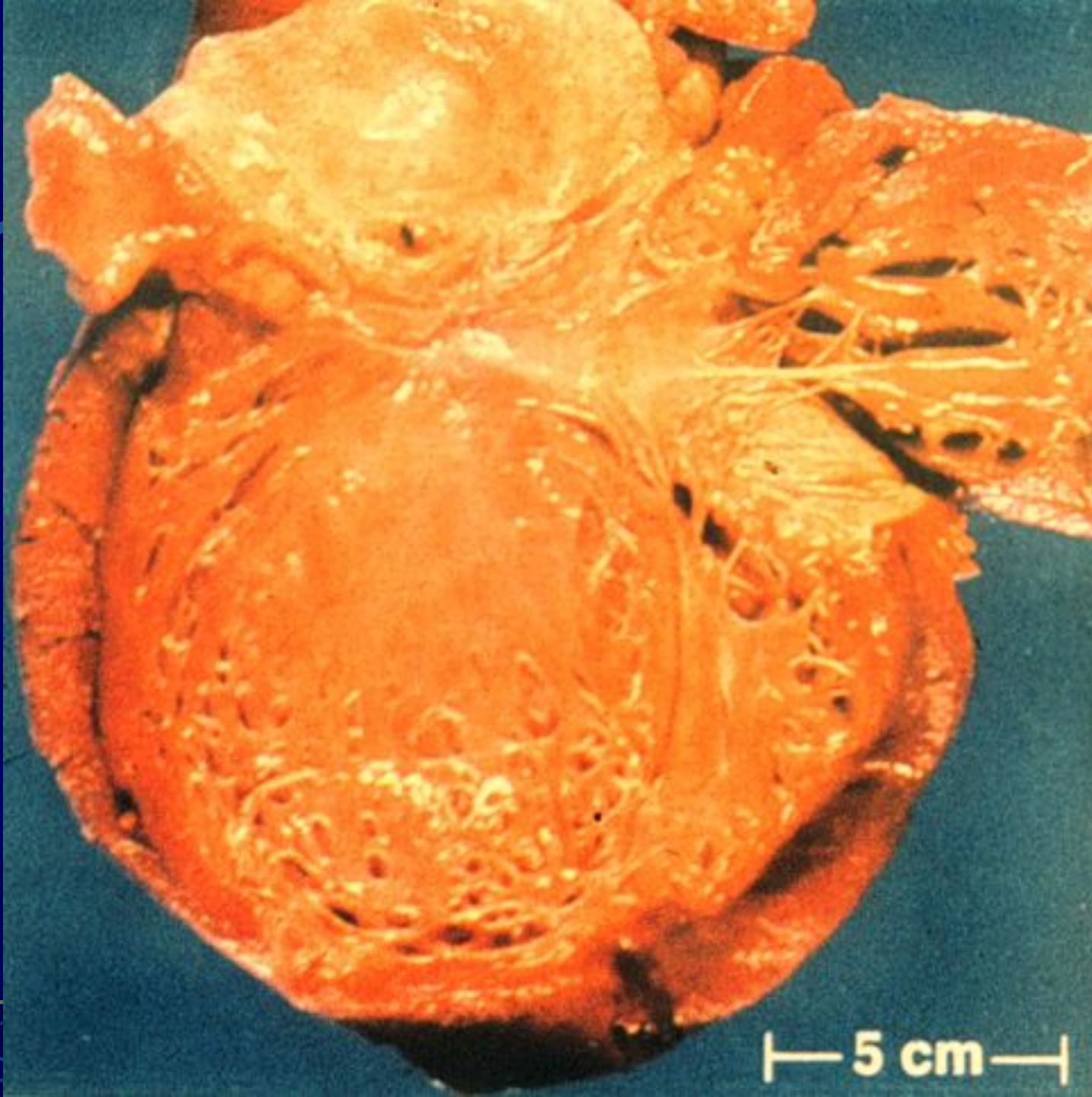


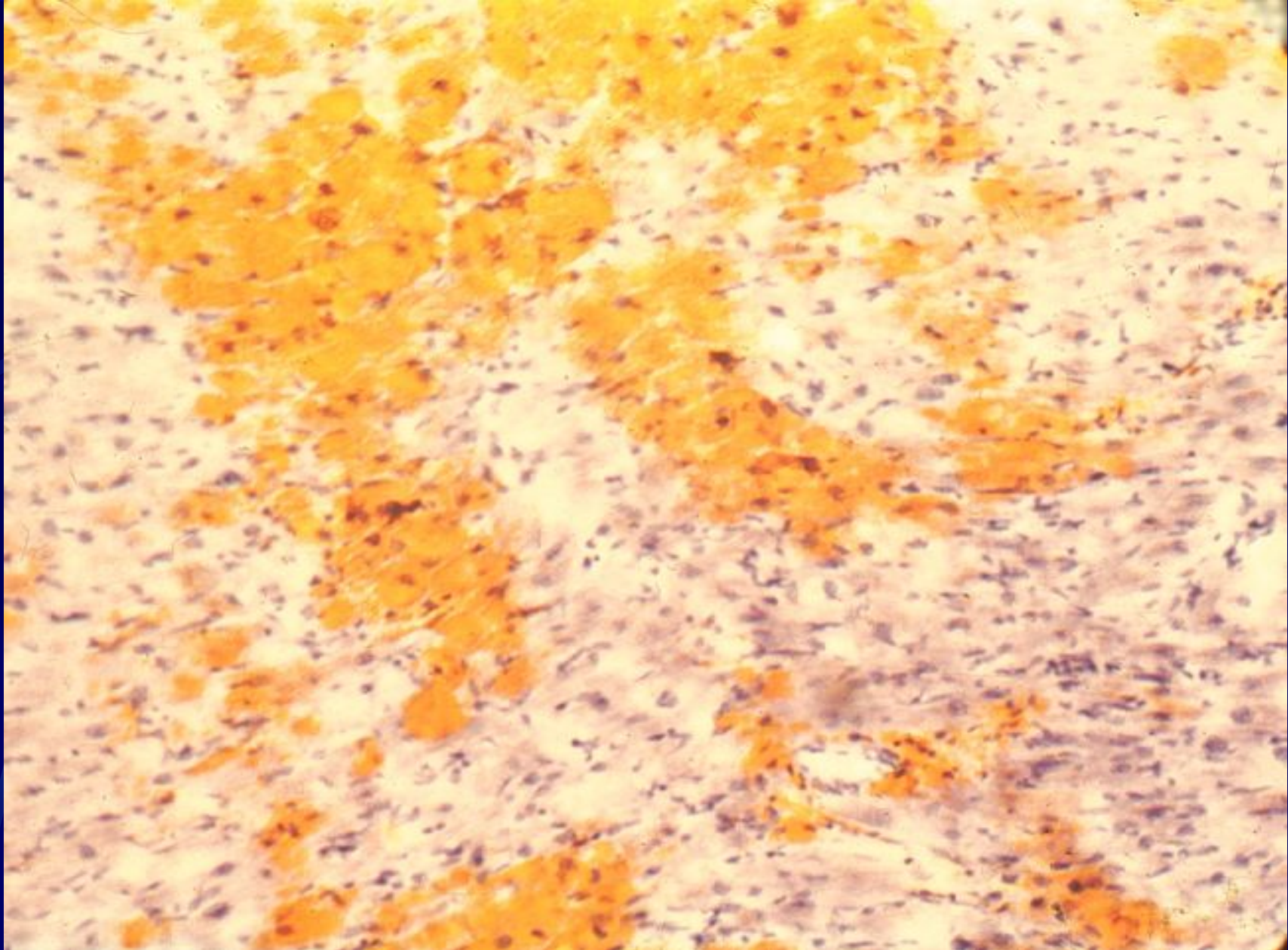
112 – дифтеритический амигдалит

- Экзотоксин поражает миокард, нервы, проходящие позади миндалин, особенно *vagus*, в котором развивается неврит с перерывом осевых цилиндров.

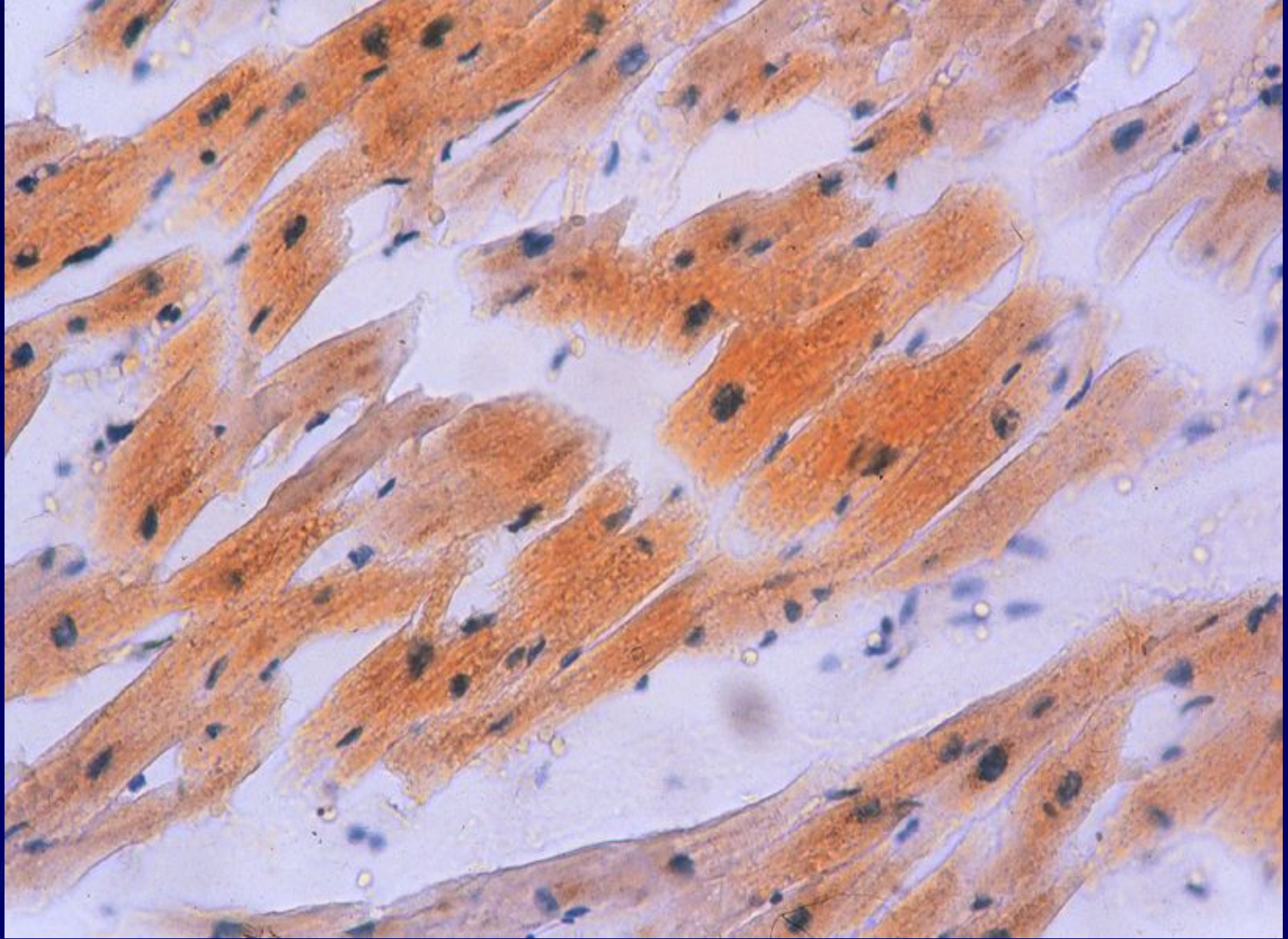
В миокарде возникает паренхиматозная, часто жировая дистрофия и **паренхиматозный миокардит**. Это может привести к смерти на второй неделе болезни от **раннего паралича сердца**. В подобных случаях отмечается миогенная дилатация полостей желудочков, тусклый, дряблый миокард, часто тигровое сердце.

Миогенная  
дилатация  
сердечной  
мышцы

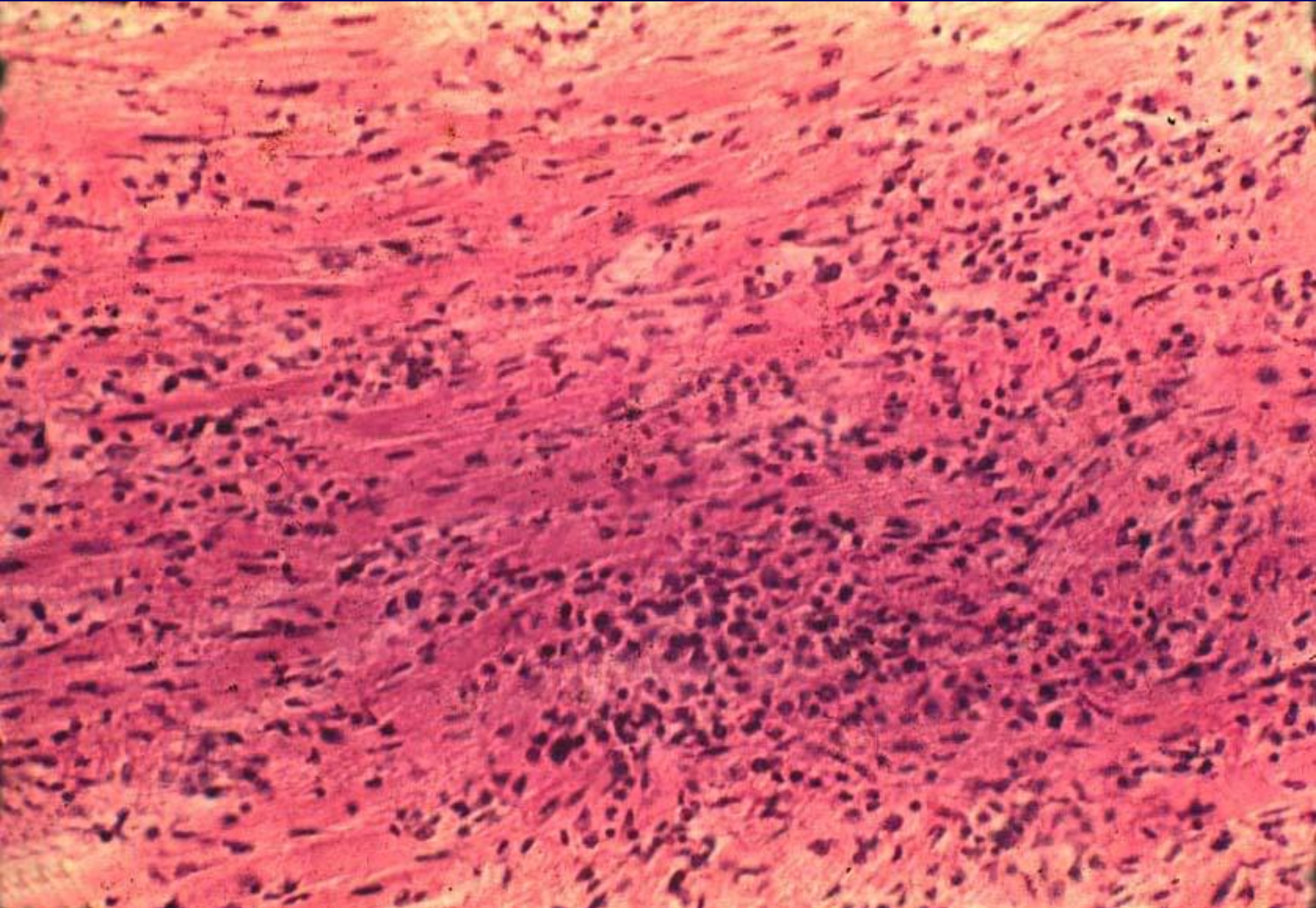




67- жировая дистрофия миокарда «тигровое сердце»



A28- жировая дистрофия миокарда «тигровое сердце»



102 – дифтеритический миокардит



- Через 1,5-2 месяца при исчезновении местных изменений в зеве, может наступить **поздний паралич сердца** от поражения вагуса. При этом сердце на вскрытии выглядит неизменённым.

- Третья мишень токсина, помимо миокарда и вагуса — надпочечник, где возникает гематома, угрожающая смертью от коллапса.

- При дифтерии гортани интоксикация выражена меньше, так как под фибринозной плёнкой собирается слизь, мешающая всасыванию токсина. Основная опасность этой формы — **истинный круп** — фибринозное воспаление гортани, вызванное дифтерийной палочкой.

- При отсутствии какого-либо из этих компонентов круп не считается истинным, несмотря на клинические проявления в виде удушья, осиплости. Такие явления могут возникать при отёке гортани (ложном крупе).

- Смерть при дифтерии бывает обусловлена острой недостаточностью гипофизарно-надпочечниковой системы, токсическим миокардитом, асфиксией в результате стеноза гортани.

- **Скарлатина** — острое стрептококковое заболевание; характеризуется лихорадкой, общей интоксикацией, ангиной, мелкоточечной экзантемой, тахикардией. Относится к воздушно-капельным антропонозам.

- Скарлатина — детская инфекция. Возбудитель — стрептококк группы А, обуславливающий некрозы тканей, типичные для скарлатины.

227 – зев и пищевод  
при токсической  
скарлатине



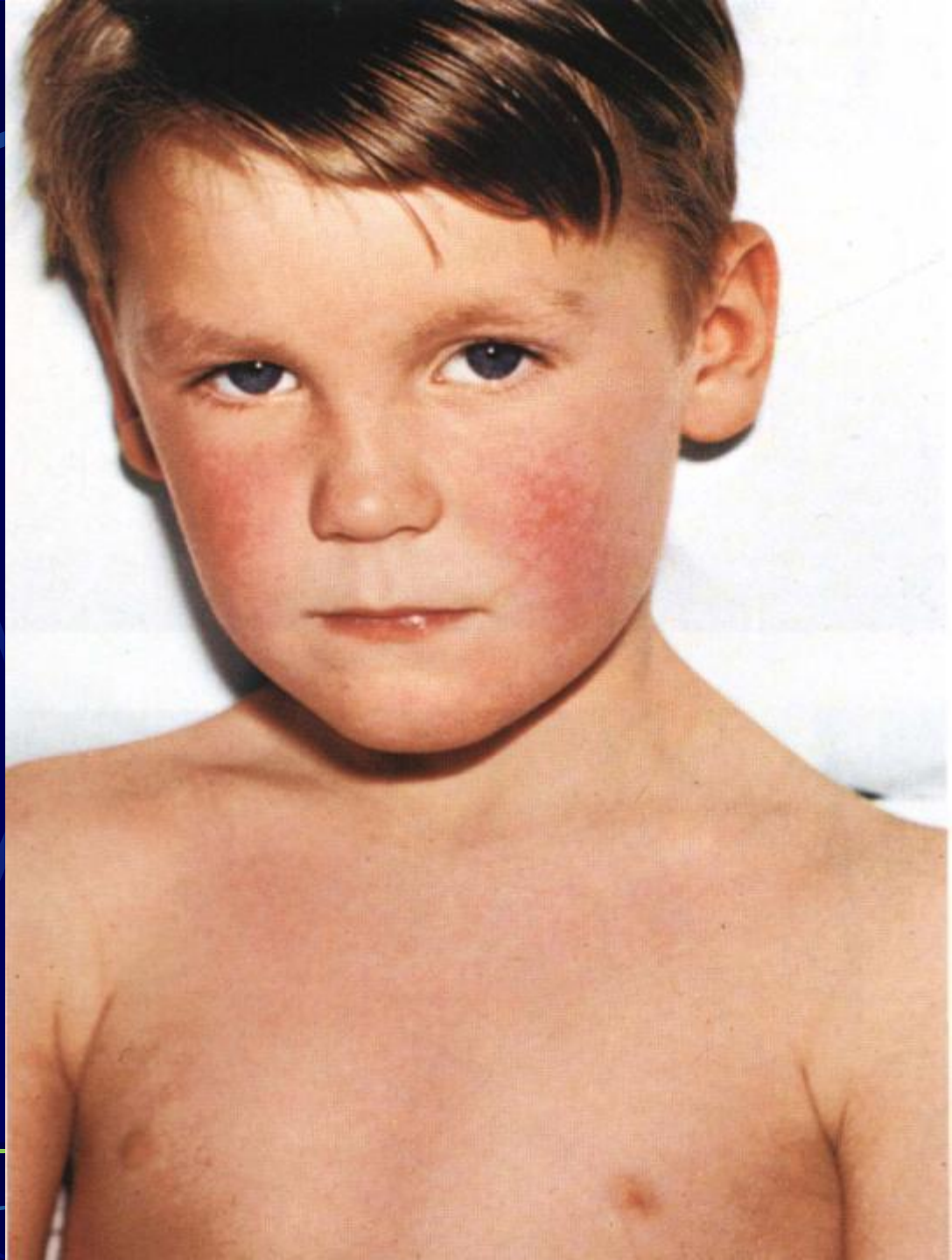


- **Патогенез.** В патогенезе скарлатины имеют значение сам возбудитель, его токсины и аллергены (инфекционный, токсический и аллергический компоненты патогенеза). Стрептококки секретируют пирогенный экзотоксин, который вызывает лихорадку и сыпь при скарлатине.

- К концу первых и на вторые сутки появляется характерная экзантема. На фоне гиперемированной кожи возникает яркая мелкоточечная сыпь, которая сгущается в области естественных складок кожи (подмышечные впадины, паховые складки, внутренняя поверхность бедер).

- На лице отмечаются яркая гиперемия щек и **бледный носогубной треугольник**. По краям румянца можно различить отдельные мелкоточечные элементы сыпи. В складках кожи (особенно в локтевых сгибах) отмечаются мелкие кровоизлияния, которые, сливаясь, образуют своеобразную насыщенную окраску складок (симптом Пастиа).

Бледный носогубной  
треугольник и сыпь  
на туловище





Мелкоточечная сыпь на туловище



Сыпь на бедре

# Симптом Пастиа



- В дальнейшем, через 3-5 дней (при легких формах раньше), сыпь бледнеет, а на второй неделе болезни появляется **пластинчатое шелушение**, наиболее выраженное на пальцах стоп и кистей.



# Шелушение на кисти



- Язык обложен у корня, но очень быстро очищается от налета и приобретает характерный вид «малинового» языка — чистый, пурпурной окраски, с увеличенными сосочками; зев ярко гиперемирован; зона гиперемии резко отграничена от бледного твердого неба.



Белый земляничный язык ( первые 1-2 дня болезни).



Красный земляничный язык (через несколько дней).

- Миндалины увеличены, иногда на них отмечаются некротические изменения, покрытые фибринозными пленками. Регионарные узлы увеличены, болезненны. Возможно увеличение печени и селезенки.

- По клиническим проявлениям различают легкую, среднетяжелую, тяжелую форму и экстрабуккальную скарлатину. В настоящее время преобладают легкие и стертые формы. Тяжелые формы наблюдаются очень редко.

- Экстрабуккальная скарлатина (раневая, ожоговая, послеродовая) характеризуется коротким инкубационным периодом, яркой сыпью, которая начинается вокруг ворот инфекции и выражена здесь наиболее интенсивно; ангина отсутствует. Больные экстрабуккальной скарлатиной малоконтагиозны.

- Различают два периода скарлатины — первый с явлениями интоксикации и дистрофии паренхиматозных органов и гиперплазии иммунных органов, в частности, с выраженной гиперплазией селезёнки, а местно — с некротической ангиной и экзантемой.



- Второй период наступает на 3-4 неделе. Он обусловлен выработкой антител и бактериемией. Ангина повторяется, но выражена умеренно, катаральной формы. Возникают аллергические артриты, но главное — гломерулонефрит (!), представляющий основную опасность современного течения скарлатины.

- Основные осложнения скарлатины — это гломерулонефрит, некротический средний отит, после которого развивается потеря слуха, отогенные абсцессы мозга, ревматизм, миокардит.

- **Корь**- острое вирусное заболевание, характеризуется лихорадкой, интоксикацией, своеобразной энантемой и пятнисто-папулезной экзантемой, поражением конъюнктив и верхних отделов респираторного тракта.

Относится к воздушно-капельным антропонозам.

- В продромальный период болезни появляется коревая энантема в виде мелких красных пятен, расположенных на слизистой оболочке мягкого и твердого неба, патогномнические для кори пятна Бельского-Филатова-Коплика.

Эти пятна, локализующиеся чаще на слизистой оболочке щек, представляют собой мелкие белесоватые, слегка возвышающиеся пятнышки, окруженные узкой красноватой каемкой. По внешнему виду напоминают манную крупу или отруби. С появлением экзантемы они исчезают.



Пятна Коплика

- Язвенные поражения слизистой полости рта в области выхода протока слюнной железы на уровне малых нижних коренных зубов (пятна Коплика) получаются из-за некроза, нейтрофильного экссудата и неоваскуляризации.

- Корева́я экзантема характеризуется этапностью высыпания:

в первый день элементы сыпи появляются на лице, шее;

на второй - на туловище, руках и бедрах, на третий день сыпь захватывает голени и стопы, а на лице начинает бледнеть.

Высыпания состоят из небольших папул около 2 мм, окружены неправильной формы пятном.

- Пятнистая, красно-коричневая сыпь при кори на лице, туловище и проксимальных отделах разгибателей наблюдается за счет расширения сосудов кожи, отека и средней выраженности, неспецифической моноклеарной периваскулярной инфильтрации.





Коревая экзантема состоит из крупных пятен и папул



Пятна Коплика обычно исчезают с появлением сыпи,  
но иногда они сохраняются

Коревая экзантема  
на лице (1-й день)





Крупные пятна на туловище (2-й день)



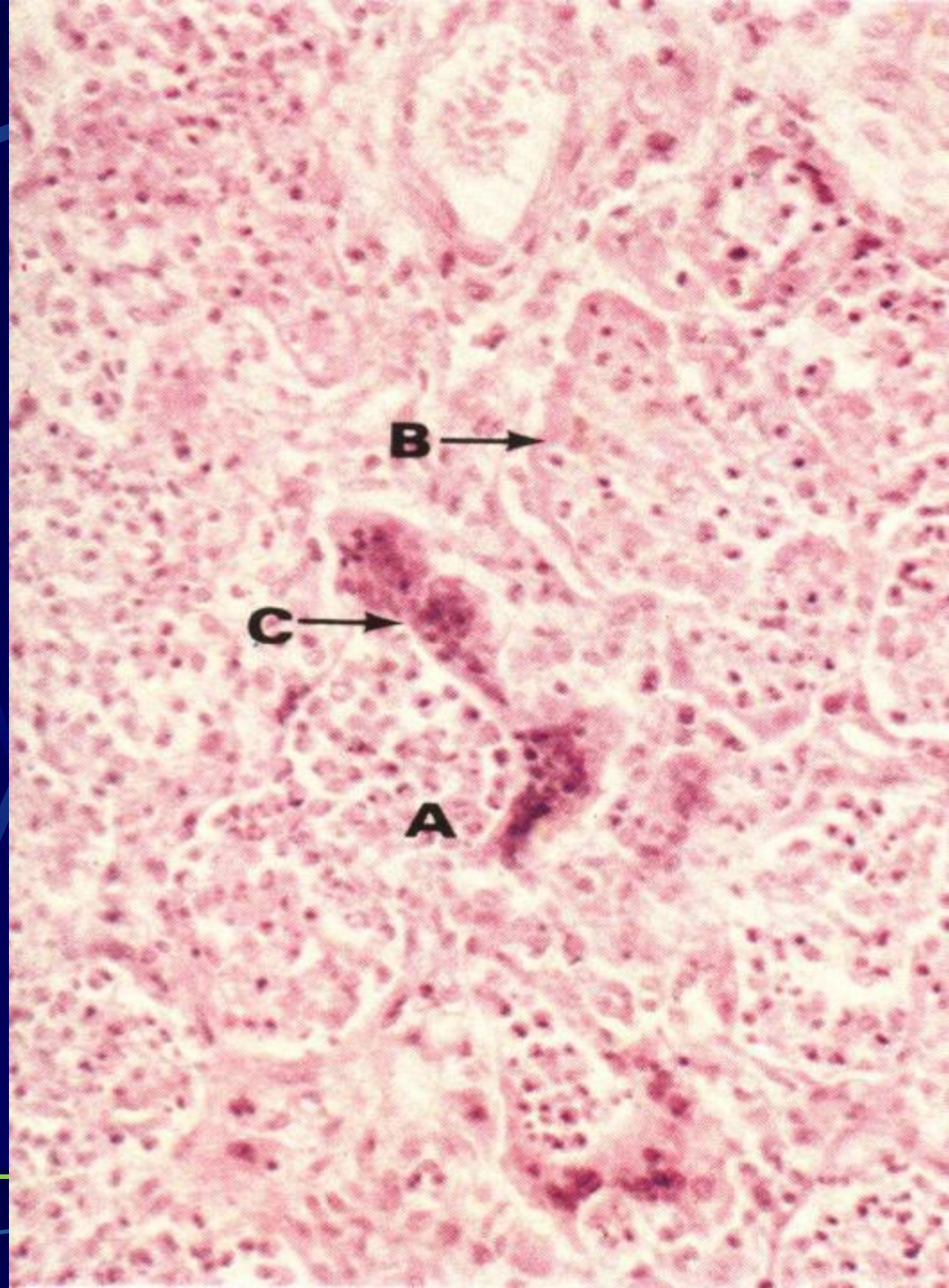
Сливающиеся пятна на туловище (3-й день)<sub>53</sub>

- Тяжелые бронхиты при кори возникают лишь в качестве осложнений при присоединении вторичной инфекции.

В отличие от гриппа характерно поражение мелких бронхов, бронхиол с некрозом эпителия, сопровождающимся панбронхитом, а также перибронхитом, т.е. воспалением прилежащих альвеол.

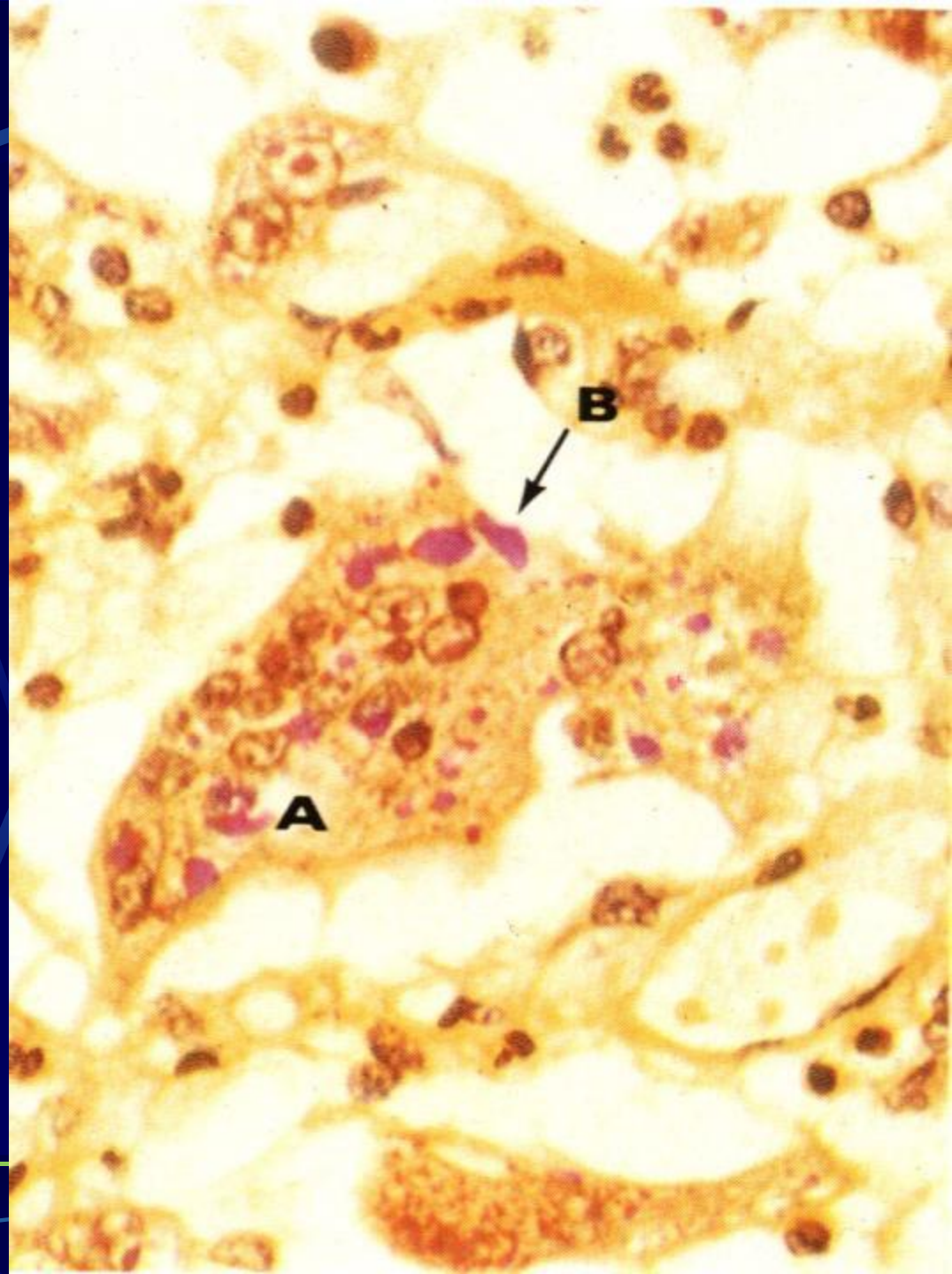
- Многоядерные гигантские клетки (названные Warthin-Finkeldey клетки), которые имеют эозинофильные включения в ядро и цитоплазму. Это патогноманичные клетки для кори, они обнаруживаются в лимфатических узлах, легких и мокроте.

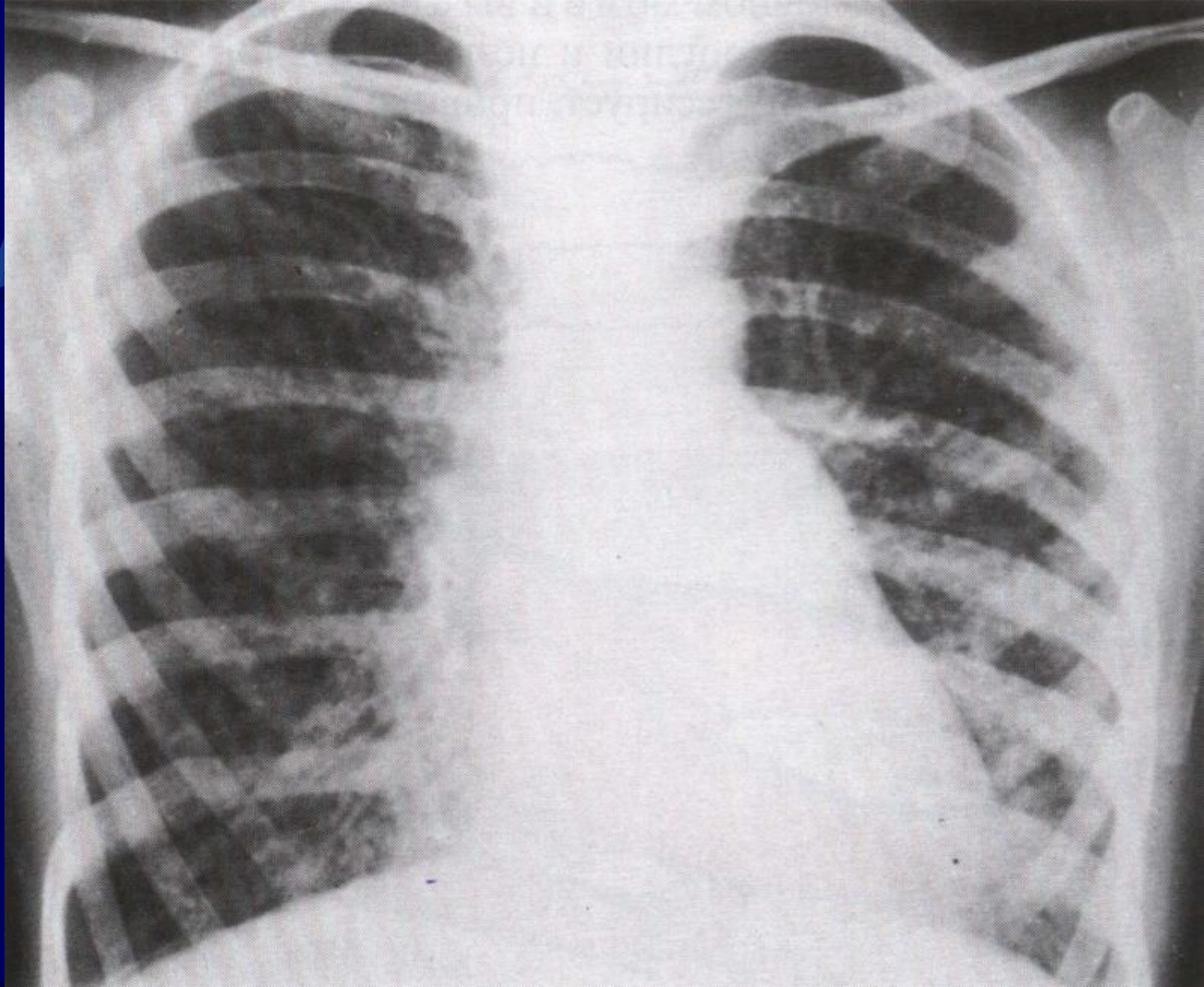
Коревая пневмония  
гигантские  
моногоядерные клетки





Гигантская клетка при  
корево́й пневмонии





Коревая бронхопневмония

- Осложнения кори- присоединение пневмонии, отиты, мастоидиты. Поражение центральной нервной системы (энцефалит, менингоэнцефалит).  
Острый некротический ларингит (коревой круп), стоматиты, нома.



Коровой энцефалит



Номма

Спасибо за  
внимание