

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Е. В. ЯКОВЛЕВА, Р. В. ХУРСА**

# **АНГИНА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2009

УДК 616.322-002-08-039.57 (075.8)  
ББК 56.8 я 73  
Я 47

Рекомендовано Научно-методическим советом университета  
в качестве учебно-методического пособия 26.03.2008 г., протокол № 7

Рецензенты: зав. каф. инфекционных болезней Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, проф. И. А. Карпов; зав. каф. общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования, канд. мед наук, доц. Е. А. Воронко

**Яковлева, Е. В.**

Я 47 Ангина в практике участкового терапевта : метод. рекомендации / Е. В. Яковлева, Р. В. Хурса. – Минск : БГМУ, 2009. – 23 с.

Рассматриваются амбулаторные аспекты диагностики, дифференциальной диагностики ангин, врачебная тактика, лечение и диспансеризация пациентов с данным заболеванием. Освещаются вопросы медико-социальной экспертизы и профилактики при данной патологии.

Предназначается для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета и врачей-стажеров.

**УДК 616.322-002-08-039.57 (075.8)**  
**ББК 56.8 я 73**

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2009

## Мотивационная характеристика темы

Проблема диагностики и лечения ангин не утрачивает своей актуальности. Это обусловлено не только значительной распространенностью хорошо известной (обычно стрептококковой) ангины, занимающей второе место по частоте временной нетрудоспособности и являющейся причиной серьезных осложнений (абсцесс, медиастинит, ревматическая лихорадка, гломерулонефрит, васкулиты и др.), а также необходимостью дифференцирования воспаления миндалин как самостоятельного заболевания от их поражения при других патологических процессах.

Весь комплекс лечебно-диагностических и тактических вопросов приходится решать в первую очередь участковому терапевту.

**Цель занятия:** изучение классификации, клинических особенностей течения и диагностики ангин, овладение навыками проведения диагностического и дифференциально-диагностического поиска, решения вопросов лечения, врачебной тактики, медико-социальной экспертизы (МСЭ) и диспансеризации пациентов.

### **Задачи занятия:**

1. Изучить:
  - классификацию острых тонзиллитов;
  - современные аспекты этиологии и эпидемиологии ангин;
  - клинические проявления ангин разной этиологии, основные принципы диагностики и дифференциальной диагностики;
  - осложнения после ангины;
  - профилактику ангины.
2. Освоить вопросы:
  - врачебной тактики и МСЭ при ангине;
  - лечения ангины;
  - диспансеризации пациентов, перенесших ангину.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для усвоения темы студенту необходимо знать анатомию лимфоглоточного кольца Вальдейера–Пирогова, основные аспекты эпидемиологии и этиопатогенеза ангин, а также механизмы действия и побочные эффекты современных групп антибиотиков, используемых при лечении ангины.

### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Анатомо-физиологические особенности строения лимфоглоточного кольца Вальдейера–Пирогова.
2. Этиология и патогенез ангины, эпидемиология.
3. Фармакологическая характеристика антибактериальных препаратов, используемых при лечении ангины.

### Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «ангина».
2. Классификация тонзиллитов.
3. Ангина: этиология, эпидемиология.
4. Особенности клинической картины различных форм ангины.
5. Осложнения после ангины.
6. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики тонзиллитов.
7. Врачебная тактика при ангине, показания к госпитализации.
8. Принципы терапии ангины, рациональный эмпирический выбор антибиотика в амбулаторных условиях.
9. МСЭ при ангине.
10. Диспансеризация больных, перенесших ангину.
11. Профилактика ангины.

### Определение ангины и ее классификация

В клинической практике под **ангиной** обычно подразумевается острое общее неспецифическое инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся воспалением небных миндалин (первичный острый тонзиллит) и регионарных лимфатических узлов в результате действия патологической флоры. Однако в широком смысле данный термин означает воспалительное поражение основных лимфоидных образований (миндалин) ротоглотки: небных, носоглоточной, язычной, трубных.

Воспаление миндалин может выступать как самостоятельное заболевание — ангина (первичный острый тонзиллит), а также как локальный синдром поражения лимфоидной ткани, в частности, небных миндалин при других патологических процессах. В связи с этим острые тонзиллиты можно разделить:

1. На первичный (ангина катаральная, фолликулярная, лакунарная, флегмонозная, язвенно-пленчатая);
2. Вторичные (симптоматические):
  - при острых инфекционных заболеваниях (дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе, инфекционном мононуклеозе);
  - заболеваниях системы крови (лейкозах, агранулоцитозе).

Ангина — одно из наиболее часто встречаемых в амбулаторной терапевтической практике заболеваний. Среди его возбудителей ведущее место занимает  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (80–85 %), однако причиной ангины могут быть и стрептококки других групп (С и G), стафилококки (10 %), пневмококки, фузоспирохета (5–8 %), гемофильная

палочка, вирусы, простейшие, внутриклеточные возбудители (микоплазма и хламидии), грибки.

Источниками инфекции являются больные или реже бессимптомные носители. Путь передачи инфекции — воздушно-капельный. Вероятность заражения увеличивается при высокой степени обсемененности и тесном контакте. Чаще болеют дети в возрасте 5–15 лет и лица молодого возраста (до 40 лет). Особенно высока заболеваемость в крупных промышленных городах, тогда как среди жителей села почти вдвое ниже. Факторами, способствующими возникновению ангины, являются однообразное питание, недостаток витаминов в рационе, общее и местное переохлаждение, поэтому наибольшая заболеваемость отмечается в зимне-весенний период.

Разделение первичных ангин по характеру местных изменений в ротоглотке при фарингоскопии на *катаральную*, *фолликулярную*, *лакунарную*, *флегмонозную* достаточно условно, поскольку заболевание представляет собой единый патологический процесс, который может прогрессировать либо остановиться на одной из стадий своего развития. Из фолликулярной или лакунарной ангины может развиваться *фибринозная*, при которой налеты принимают фибриноидный характер и сплошь покрывают миндалину. *Флегмонозная ангина* — острое гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки — является осложнением одной из вышеописанных форм ангин и развивается через 1,2 дня после того, как закончилась ангина. Процесс чаще односторонний, характеризуется резкой болью в горле при глотании, головной болью, ознобом, ощущением разбитости, слабостью, гнусавостью голоса, тризмом жевательных мышц, повышением температуры тела до 38–39 °С, неприятным запахом изо рта, обильным выделением слюны. Изменения в крови соответствуют острому воспалительному процессу. Регионарные лимфатические узлы значительно увеличены и болезненны при пальпации. Подвижность пораженной половины мягкого неба значительно ограничена, что может привести к вытеканию жидкой пищи из носа.

Выделяют три степени тяжести первичных ангин: легкую, среднюю и тяжелую (табл. 1).

Если в первые дни не начато активное лечение ангины, то на 5-й, 6-й день может образоваться *паратонзиллярный абсцесс* (ограниченный гнойник в околоминдаликовой клетчатке), а при высокой вирулентности микрофлоры и пониженной реактивности организма абсцесс может образоваться даже на фоне лечения, причем в более ранние сроки (на 3-й, 4-й день от начала заболевания).

**Фарингоскопическая и клиническая характеристики  
первичной ангины**

<b>Форма ангины</b>	<b>Данные фарингоскопии</b>	<b>Степень тяжести</b>
Катаральная	Гиперемия небных миндалин и прилегающих к ним краев дужек и мягкого неба. Небные миндалины увеличены в размерах, налетов нет	<i>Легкая</i> — температура тела не более 38 °С в течение 3 дней, умеренно выражены общие проявления (головная боль, слабость, недомогание), регионарные лимфоузлы увеличены незначительно (до 1 см в диаметре), немного болезненны при пальпации
Фолликулярная	На фоне гиперемии небных миндалин видны округлые желтовато-белые точки	<i>Средняя</i> : температура тела — от 38 до 39 °С в течение 4, 5 сут, симптомы интоксикации более выражены, боль в горле острая и интенсивная, лимфоузлы увеличены до 1,5–2 см, резко болезненны при пальпации.
Лакунарная	В устьях лакун определяется налет или экссудат, который выступает на поверхность миндалин и покрывает ее в виде желтовато-белых островков	<i>Тяжелая</i> : температура тела превышает 39 °С в течение 5–7 сут, выражены симптомы интоксикации, резко болезненны регионарные лимфатические узлы
Флегмонозная	Резкая гиперемия и отечность тканей мягкого неба с одной стороны. Небная миндалина на этой стороне смещена к срединной линии и книзу	<i>Тяжелая</i> (см. выше)

### Клиническая картина

Для всех форм первичной ангины характерен короткий инкубационный период (10–12 ч), острое начало заболевания с повышением температуры до 38–40 °С, ознобом, головной болью, недомоганием, общей слабостью, разбитостью, часто с артралгиями и миалгиями. Лихорадка длится 3–5 дней, лишь при осложненной ангине повышенная температура тела может держаться дольше. Боль в горле при глотании появляется одновременно с повышением температуры, нередко болевым ощущениям предшествует ощущение сухости, саднения, першения в горле. Определяется увеличение шейных лимфатических узлов (углочелюстных), что делает болезненными повороты головы и обуславливает ее вынужденное положение. Выраженность клинических проявлений заболевания зависит от формы ангины.

В анализе крови закономерно выявляются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ (до 40–50 мм/ч), С-реактивный белок и другие острофазовые показатели.

Развернутая клиническая картина наблюдается, как правило, на 2-е сут с момента заболевания, когда общие симптомы достигают максимальной выраженности. Длительность периода разгара болезни (без лечения) составляет около 5–7 дней. В дальнейшем при отсутствии осложнений основные клинические проявления болезни (лихорадка, симптомы интоксикации, воспалительные изменения в миндалинах) быстро исчезают, нормализуется картина периферической крови. Симптомы регионарного лимфаденита могут сохраняться до 10–12 дней.

Катаральная ангина является наиболее легкой формой, поскольку характеризуется, главным образом, локальными изменениями: гиперемией и отечностью небных дужек, язычка, миндалин, у которых поражается преимущественно покров. Однако и она может вызвать осложнения.

**Осложнения** первичной ангины делятся на ранние и поздние.

*Ранние (гнойные)* осложнения — отит, синусит, острый ларингит, отек гортани, парафарингеальный абсцесс, паратонзиллярный абсцесс, шейный лимфаденит, флегмона шеи — развиваются на 4–6-й, день от начала заболевания.

*Поздние (негнойные)* формируются либо на стадии реконвалесценции на 8–10-й день от начала заболевания (постстрептококковый гломерулонефрит, токсический шок), либо через 2–3 нед. после выздоровления (острая ревматическая лихорадка).

## Диагностика и врачебная тактика

Диагноз первичной (стрептококковой) ангины основывается на клинических данных: жалобы, анамнез, термометрия, пальпация регионарных лимфоузлов, фарингоскопия. Наиболее характерные изменения, которые позволяют дифференцировать форму ангины, выявляются при фарингоскопии (см. табл. 1). Общий анализ крови в разгар заболевания необходим только при подозрении на вторичный характер поражения миндалин (односторонний процесс, некротические изменения, атипичность клиники и др.).

В день постановки диагноза в обязательном порядке **берутся мазки из слизистой носа и миндалин на наличие возбудителя дифтерии.**

Массовое бактериологическое исследование с целью уточнения возбудителя заболевания в широкой амбулаторной практике не проводится в виду ряда причин, в том числе и потому, что результаты исследования сильно зависят от качества клинического материала, а здоровые лица часто являются носителями гемолитического стрептококка (до 30 % и более).

За рубежом широкое распространение получили методы экспресс-диагностики стрептококкового антигена в мазках с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки. Современные тестовые системы позволяют получать результат через 15–20 мин с высокой специфичностью (95–100 %) но меньшей, чем при культуральном исследовании, чувствительностью (60–95 %). Экспресс-методы дополняют, но не заменяют культуральный метод, так как отрицательный результат экспресс-диагностики не исключает стрептококковую этиологию заболевания, а выделение возбудителя позволяет определить его чувствительность к антибиотикам.

В наших условиях микробиологическое исследование при ангине проводится только по индивидуальным показаниям.

Госпитализации в инфекционный стационар подлежат больные с тяжелым течением ангины, лица, проживающие в общежитиях или казармах (военнослужащие), а также пациенты с подозрением на дифтерию, в ЛОР-отделение — при выявлении ранних осложнений заболевания.

В течение 3 дней с момента установления диагноза тщательно наблюдают за пациентами на дому (активные визиты врача).

Для оценки адекватности терапии и выявления возможных ранних осложнений на 3–5-й день после нормализации температуры тела выполняются общеклиническое исследование крови и мочи, ЭКГ. Пациент берется на диспансерное наблюдение.

### Дифференциальная диагностика

Воспаление небных миндалин может быть проявлением ангины как самостоятельной нозологической формы, а также одним из признаков целого ряда других заболеваний как инфекционной, так и неинфекционной природы (см. табл. 2, рис.).

Таблица 2

**Классификация симптоматических тонзиллитов**

Заболевания	
инфекционные	неинфекционные
Вирусные	Агранулоцитоз иммунный
Острые респираторные	Лучевая болезнь
Ангина Симановского–Плаута–Венсана	Острые лейкозы
Скарлатина	Цитостатическая болезнь
Дифтерия зева	
Инфекционный мононуклеоз	
Сифилис	
Туляремия	
Листериоз	
Тифо-паратифозные	
Кандидоз ротоглотки	

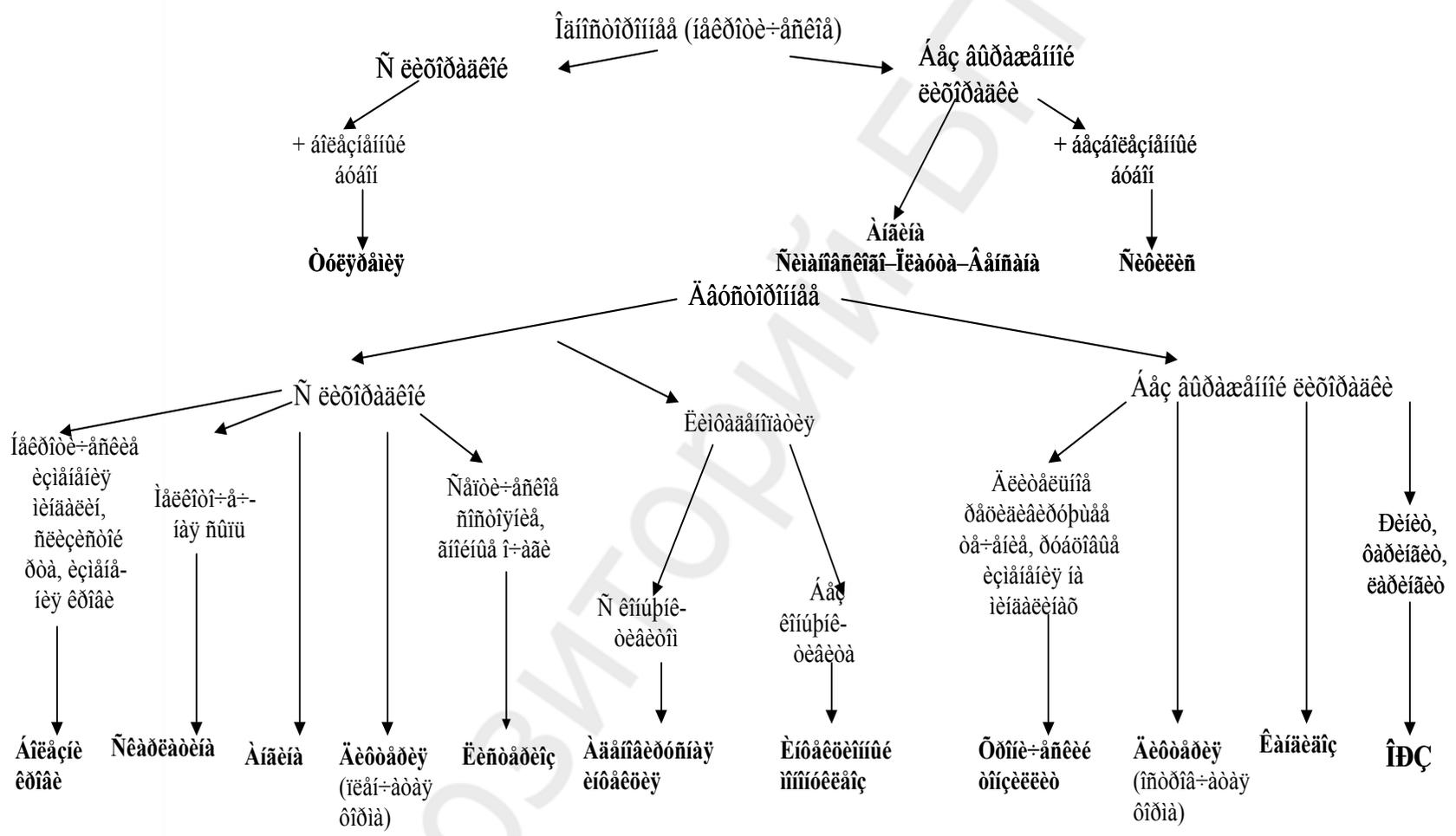


Рис. Алгоритм диагностического поиска при поражении миндалин

**Вирусные заболевания.** *Герпетическая ангина* вызывается вирусом коксаки А и В, характеризуется пузырьковыми высыпаниями (подобно герпетическим) на миндалинах, дужках и мягком небе с последующим их изъязвлением. Высыпания покрыты сероватым налетом и окружены венчиком гиперемии слизистой оболочки. Заболевание часто протекает с менингеальными явлениями и сопровождается нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта. Герпетическую ангину необходимо дифференцировать от *стоматита*, вызываемого вирусом герпеса и проявляющегося пузырьковыми высыпаниями, но с локализацией не на миндалинах, а слизистой оболочке полости рта: на деснах, небе и др.

При **острых респираторных заболеваниях (ОРЗ)** также может быть катаральное воспаление небных миндалин в сочетании с поражением респираторного тракта. Такой тонзиллит входит в клинический симптомокомплекс воспаления дыхательных путей и не рассматривается как его осложнение. Отличием ОРЗ от ангины являются признаки сочетанного поражения различных отделов респираторного тракта (ринит, фарингит, ларингит, трахеобронхит), чего никогда не наблюдается при ангинах.

Особенностью ОРЗ, обусловленного *аденовирусной инфекцией*, является то, что тонзиллит сочетается с системным поражением лимфоидной ткани (генерализованная лимфаденопатия), ринофарингитом, а также с частым вовлечением в процесс конъюнктив (обычно двусторонний катаральный конъюнктивит, а у детей даже фолликулярные и пленчатые его формы).

**Ангина Симановского–Плаута–Венсана** обусловлена ассоциацией двух микроорганизмов — боррелии (*Borrelia vincenti*) и веретенообразной палочки (*Fusobacterium fusiforme* Hoffman). Заболевание характеризуется слабо выраженными признаками общей интоксикации и явлениями одностороннего язвенно-некротического тонзиллита. В первые сутки отмечаются умеренная гиперемия, отек и увеличение одной небной миндалины, затем на поверхности которой (вследствие гиперемии) появляется округлое серовато-белое пятно около 10 мм в диаметре. Со 2-го, 3-го дня болезни на этом месте образуется сероватый налет (за счет некроза — «минус-налет»), при снятии которого отмечается кровоточащий дефект (язва). Возможно распространение некротического процесса на мягкое и твердое небо, десны, заднюю стенку глотки и гортань. С 5-го дня болезни язва принимает кратерообразную форму с остатками налета по краям. Характерен гнилостный запах изо рта. Лабораторное подтверждение диагноза данного заболевания трудностей не вызывает: в мазке, окрашенной по Романовскому–Гимзе, обнаруживается ассоциация веретенообразных палочек и спирохет.

**Скарлатина** вызывается тем же гемолитическим стрептококком группы А, что и ангина, но болеют ею лица, не имеющие иммунитета к

эритрогенному токсину стрептококка, то есть не встречавшиеся ранее со стрептококковой инфекцией. В связи с этим важным дифференциально-диагностическим признаком, несмотря на схожесть клинической симптоматики (тонзиллит, интоксикация, лихорадка), является сыпь, обусловленная воздействием эритрогенного токсина, которая появляется на 1-й, 2-й день болезни. Вначале сыпь в виде мелких (1–2 мм диаметром) пурпурно-красного цвета точек на гиперемизированной коже локализуется на шее и верхней части туловища, а затем быстро распространяется по всему телу, оставляя свободным носогубный треугольник (симптом Филатова). Наиболее выражена сыпь на локтевых сгибах, в подмышечной и паховых областях. При фарингоскопии у больных скарлатиной определяются интенсивная гиперемия («пылающий зев») слизистой полости рта, небных дужек, миндалин, задней стенки глотки и мягкого неба с четкой границей по краю твердого неба (скарлатинозная энантема), яркий малиновый язык. Изменения со стороны миндалин — как при фолликулярной или лакунарной ангине.

**Локализованная дифтерия зева** требует ранней диагностики, так как является наиболее опасной в эпидемиологическом отношении и может привести к серьезным осложнениям (вплоть до летального исхода). Катаральную форму дифтерии зева необходимо дифференцировать от катаральной ангины, островчатую — от лакунарной, пленчатую — от некротической ангины. Каждая из форм дифтерии зева, как и различные формы ангины, может являться стадией одного процесса (переходить в более тяжелую форму, в том числе в токсическую).

Катаральная и островчатая формы дифтерии относятся к атипичным, так как при катаральной отсутствуют характерные фибринозные налеты на поверхности небных миндалин, а при островчатой там же определяются только небольшие участки («островки») фибринозного налета, легко снимающегося шпателем. Тонкие пленки этого налета очень напоминают воспалительное содержимое лакун (детрит, гной), что может затруднить дифференциальную диагностику.

Подозрение на дифтерию зева может возникнуть уже при общем осмотре больного (бледность кожных покровов, одутловатость лица). Локализованные формы обычно вызывают умеренную интоксикацию со слабо выраженной температурной реакцией (в пределах субфебрильной). При катаральной и островчатой формах дифтерии зева боль в горле слабо выражена, для пленчатой характерны сильные боли в горле при глотании, иногда затрудняющие открывание рта. При пальпации определяются шейный лимфаденит, а также отечность клетчатки шеи. При фарингоскопии миндалины отечны, на цианотичном фоне слизистой оболочки определяются выступающие над поверхностью налеты грязно-серого цвета («плюс-налет»), которые могут выходить за пределы миндалин, с трудом снима-

ются шпателем, оставляя эрозированный участок слизистой. Снятая пленка налета не растирается между двумя шпателями, тонет, не растворяется в воде. Локализация изменений при дифтерии может быть односторонней, тогда как при стрептококковой ангине процесс обычно двухсторонний, налет аморфный и ярко выражена гиперемия слизистой оболочки, обусловленная эритрогенным токсином стрептококка.

**Токсическую дифтерию зева**, при которой наблюдаются сильный отек шейной клетчатки, высокая лихорадка, адинамия, выражены симптомы интоксикации, иногда ошибочно принимают за стрептококковую ангину, осложненную паратонзиллярным абсцессом. В отличие от абсцесса при токсической дифтерии боли в горле могут быть умеренными (дифтерийный токсин обладает анестезирующим действием), но процесс двусторонний, с сильнейшим отеком миндалин, язычка и налетами, захватывающими не только миндалины, но и окружающие ткани.

При малейшем подозрении на дифтерию больного экстренно госпитализируют в инфекционный стационар, где, не дожидаясь результата бактериологического исследования, вводят противодифтерийную антитоксическую сыворотку.

**Инфекционный мононуклеоз** вызывается вирусами Эпштейна–Барр, передается контактным путем, чаще всего наблюдается в подростковом возрасте. Характерны лихорадка, симптомы общей интоксикации, которые сохраняются до 2 нед. и более, увеличение лимфатических узлов (шейных, затылочных, подмышечных, абдоминальных, паховых), печени и селезенки. Симптомы тонзиллита, как и гепатоспленомегалии, появляются на 3–5-й день болезни. Выраженность ангины различная: от легкой гиперемии до двустороннего некротического поражения миндалин («минус-налет»). Они всегда значительно гипертрофированы (не отечны!), с широкими лакунами, в которых скапливается крошковидное содержимое или гной (при присоединении соответствующей флоры). Очень характерно поражение носоглоточной миндалины, которое приводит к синдрому заднего ринита: затрудненному носовому дыханию при отсутствии насморка, храпу. В отличие от дифтерии зева налет никогда не выходит за пределы миндалин, общее состояние меняется незначительно.

При исследовании периферической крови выявляются лейкоцитоз с появлением атипичных мононуклеаров (до 60–80 %), положительные серологические реакции Пауля–Буннеля, Бауэра и др. Изменения крови появляются рано и сохраняются длительное время (иногда несколько месяцев). Вспомогательное значение для диагностики имеют повышение активности щелочной фосфатазы, АлАТ, АсАТ, указывающие на вовлечение печени.

**Сифилис** как первичный, так и вторичный, также может сопровождаться поражением миндалин. При первичном сифилисе после окончания

инкубационного периода (около 3 нед.) у больного обнаруживаются одностороннее увеличение миндалины, слизистая на которой гиперемирована, умеренно увеличенный регионарный лимфатический узел, плотной консистенции, безболезненный. Общее самочувствие характеризуется как удовлетворительное, болей при глотании нет. Спустя несколько дней на пораженной миндалине развивается некротический процесс, формируется твердый шанкр. Изменения миндалин сохраняются без существенной динамики очень длительно (до месяца и более). При вторичном сифилисе диагностику облегчает наличие обильной экзантемы и энантемы. Диагноз «Сифилис» должен быть подтвержден специальными лабораторными методами.

**Ангинозно-бубонная форма туляремии** характеризуется высокой и длительной лихорадкой, общей интоксикацией, всегда односторонним тонзиллитом с некротическими изменениями и последующим формированием глубокой язвы, фибринозными пленками, образованием бубона в области регионарных (верхних переднешейных) лимфатических узлов.

В отличие от ангины Симановского–Плаута–Венсана формирование налета и язвы происходит на фоне высокой температуры тела и выраженной общей интоксикации. Характерной особенностью туляремии является образование бубона. К концу 1-й нед. бубон достигает размеров 3–5 см в диаметре, он не спаян с окружающими тканями, подвижен, кожа над ним не изменена. В других случаях появляется флюктуация бубона, и может образоваться свищ (обычно к концу 3-й нед. от начала болезни). В других случаях в период реконвалесценции бубон очень медленно уменьшается, склерозируется. Лихорадочный период продолжается 10–15 дней, но заживление язвы на миндалине и особенно обратное развитие бубона происходят значительно медленнее. После заживления язвы на пораженной стороне остаются рубцы.

Для подтверждения диагноза можно воспользоваться внутрикожной аллергической пробой с тулярином (положительной она становится к концу 1-й – началу 2-й нед. болезни). Применяются также серологические реакции, лучше с парными сыворотками.

**Ангинозно-септическая форма листериоза** протекает с поражением небных миндалин на фоне признаков генерализованной (септической) инфекции: высокой лихорадки с большими суточными размахами, гепатолиенальным синдромом, септическими «метастазами» (гнойный менингит, пустулы на коже и др.). Нередко появляется крупнопятнистая или эритематозная сыпь, сосредотачивающаяся в области крупных суставов, на лице образуется фигура «бабочки», имеется генерализованная лимфаденопатия.

Для подтверждения диагноза наиболее достоверным является выделение возбудителя из крови, спинномозговой жидкости, смывов из носоглотки. Серологические исследования (РСК и реакция агглютинации) ме-

нее информативны, так как могут давать неспецифические положительные реакции за счет антигенного сродства листерий с другими микроорганизмами (стафилококком и др.). Диагностическое значение имеет лишь нарастание титра антител в 4 раза и выше при исследовании парных сывороток, взятых с интервалами в 10–14 дней. Имеется также листериозный аллерген для постановки внутрикожной пробы. Диагностически значимым является переход отрицательной кожной реакции (в первые дни болезни) в положительную.

**Брюшной тиф и паратифы.** В литературе приводится описание ангины Дюге (в настоящее время она практически не встречается), которая наблюдалась у некоторых больных с данной патологией и характеризовалась набуханием небных миндалин и дужек с появлением на них небольших язвочек, покрытых сероватым налетом. Дифференцировать данный тонзиллит можно по наличию других признаков тифо-паратифозного заболевания: лихорадке, выраженной общей интоксикации, характерной сыпи, увеличению печени и селезенки, положительным лабораторным тестам на тифо-паратифозное заболевание.

**Кандидоз ротоглотки** характеризуется наличием распространенного беловатого налета на слизистых оболочках ротоглотки (не только на миндалинах) при отсутствии лихорадки и симптомов общей интоксикации. Для подтверждения диагноза необходимо проводить микологическое исследование налета.

**Неинфекционные болезни** (иммунный агранулоцитоз, лучевая болезнь, острые лейкозы, цитостатическая болезнь) могут сопровождаться развитием тонзиллита, характеризующегося поверхностным или глубоким некрозом слизистой оболочки миндалин. Распространение некротического процесса может привести к разрушению не только самих миндалин, но и мягкого неба, а также стенок глотки с последующим рубцеванием дефекта. Характерно тяжелое общее состояние больного (лихорадка, симптомы общей интоксикации), которое может быть обусловлено и основным заболеванием. Для постановки диагноза в данных случаях необходимы гематологические исследования.

Под **хроническим тонзиллитом** подразумевается ограниченное хроническое (нередко рецидивирующее) воспаление небных миндалин и регионарных лимфатических узлов, часто с развитием проявлений хронической интоксикации в виде общей слабости, повышенной утомляемости, раздражительности, нередко субфебрилитета по вечерам, вегетативно-сосудистых изменений (акроцианоз, лабильность пульса, ортостатическая гипотония, неприятные ощущения в области сердца). При фарингоскопии у больных с хроническим тонзиллитом определяются спаянность миндалин с дужками и наличие рубцов на них, в лакунах часто отмечаются казе-

озные «пробки». Для уточнения диагноза хронического тонзиллита необходима консультация отоларинголога.

Таким образом, дифференциальная диагностика между первичными и вторичными ангинами облегчается тем, что при вторичных, помимо симптоматики поражения ротоглотки, имеются другие клинические проявления, характерные для того или иного заболевания. Кроме того, правильной диагностике ряда заболеваний, особенно кроветворной системы, способствуют характерные изменения гемограммы.

## Лечение

Лечение ангины преследует цель добиться быстрого выздоровления, предотвратить осложнения, а также предупредить распространение заболевания среди окружающих. В связи с тем, что это контагиозное заболевание, необходима изоляция больного на дому или в стационаре с момента выявления до 8–10 дня болезни и соблюдение всех правил санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка и проветривание помещения, выделение отдельной посуды для больного).

В первые дни заболевания на период лихорадки назначается постельный режим, который выдерживается при тяжелых формах ангины до 6–8 дней. Рекомендуются обильное питье, механически и химически щадящая пища, богатая витаминами (особенно аскорбиновой кислотой), молочно-растительная диета.

Основу медикаментозного лечения первичной ангины составляет длительная (**не менее 10 дней**) антибактериальная терапия, которая обязательна при всех ее формах. Сокращение сроков приема антибиотиков нередко приводит к рецидивированию процесса, способствует селекции резистентных штаммов микроорганизмов и развитию осложнений.

Крайне важен рациональный подход к выбору антибактериального препарата. Наиболее эффективны в лечении первичной (обычно стрептококковой) ангины антибиотики *пенициллинового ряда*: бензилпенициллин, полусинтетические и защищенные пенициллины (амоксициллин, амксициллин/клавуланат). В качестве альтернативы целесообразны *цефалоспорины I* (цефазолин) и *II поколения* (цефаклор, цефуроксим и др.), *макролиды* (эритромицин, азитромицин, спирамицин), *линкозамиды* (линкомицин), а также «*респираторные*» *фторхинолоны* последнего поколения (левофлоксацин, моксифлоксацин).

В условиях практического отсутствия предварительного бактериологического исследования врачу необходимо выбрать эмпирически оптимальный антибактериальный препарат, учитывая спектр наиболее вероятных возбудителей заболевания. При этом надо учитывать, что пациент, как правило, уже неоднократно принимал антибиотики и, как показывает

практика, часто бесконтрольно исходя из своих «знаний» или по рекомендации провизора. Кроме того, в амбулаторных условиях предпочтительно применение пероральных форм препаратов и лучше пролонгированного действия. Поэтому рекомендуется придерживаться следующего алгоритма по эмпирическому выбору антибиотика (табл. 3).

В условиях поликлиники из пенициллинов можно использовать *феноксиметилпенициллин*. Данный препарат требует четкого соблюдения дозировки (достаточно большой) и четырехкратного приема, что на практике редко соблюдается пациентами, поэтому предпочтение следует отдать *амоксициллину* или еще лучше *амоксициллину/клавуланату* (аугментин, амоксиклав). При аллергии на  $\beta$ -лактамы могут быть назначены макролиды: *эритромицин* в адекватной дозе (табл. 3), *азитромицин*. Продолжительность лечения ангины азитромицином составляет 5 дней, что выгодно отличает данный препарат при лечении лиц с низкой комплаентностью (плохой приверженностью к лечению).

Таблица 3

**Выбор антибиотиков и их дозировка при лечении ангины (острого тонзиллита)**

Препараты выбора	Альтернативные препараты
Феноксиметилпенициллин (по 0,5–1 г, 4 раза/сут, 10 сут). Амоксициллин (по 0,5 г 3 раза/сут, 10 сут).	Эритромицин (по 0,25–0,5 г 4 раза/сут, 10 сут). Азитромицин по 0,25 г (по схеме: 1 сут по 0,25 г 2 раза/сут, 5 сут, затем по 0,25 г 1 раз/сут, 5 сут)
Амоксициллин/клавуланат (амоксиклав, аугментин) (по 375–625 мг внутрь 3 раза/сут или 1000 мг 2 раза/сут, 10 сут).	Линкомицин внутрь (по 0,5 г 3 раза/сут, 10 сут).
Цефуроксим аксетил по 0,25–0,5 г, 2 раза/сут, 10 сут)	Спирамицин (ровамицин) (по 3 млн МЕ 2–3 раза/сут, 10 сут)

При частом рецидивировании ангин и отсутствии эффекта от рекомендуемых антибактериальных средств в качестве резервных в амбулаторных условиях можно использовать линкозамиды (линкомицин, клиндамицин), однако при этом следует учитывать опасность развития псевдомембранозного колита.

Серьезной ошибкой является назначение при стрептококковой ангине препаратов группы тетрациклинов, сульфаниламидов, ко-тримоксазола, что обусловлено их низкой микробиологической чувствительностью, отсутствием эрадикации возбудителя. Кроме того, и «традиционные» полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорин I поколения — цефалексин сегодня практически утратили свои позиции в лечении ангины в связи с возросшей устойчивостью микрофлоры к ним. В значительной степени это относится и к эритромицину, а также к широко

используемому в последние годы макролидному препарату — мидекамицину (макропену), который изначально не предназначен для лечения данного заболевания, но нередко назначается участковыми врачами.

Одновременно с антибиотикотерапией при ангине показано местное лечение: полоскание различными дезинфицирующими растворами с целью механического удаления из полости рта продуктов воспаления и микробов, а также противовоспалительного действия. Применяют теплые растворы *фурацилина* в концентрации 1 : 5000, 2%-ный раствор *бикарбоната натрия* или *борной кислоты*, слабо розовый раствор *перманганата калия*, растительные настои *цветков ромашки, календулы, листьев эвкалипта* и др. Обезболивающее, местное антисептическое и противовоспалительное действие оказывают таблетки и пастилки для рассасывания: «*Антиангин*», «*Септефрил*», «*Фарингосепт*», «*Аджисепт*» и др., аэрозоли: «*Каметон*», «*Биопарокс*» и др., орошения глотки 1%-ным раствором *диоксидина*, 0,05%-ным раствором *лизоцима* и др.

При высокой температуре (38 °С и выше) и сильных болях в горле назначают *парацетамол, аспирин, нимесулид* или другие нестероидные противовоспалительные препараты, антигистаминные средства или комбинированные препараты: *антигриппокапс, антифлу, колдрекс* и др.

С целью повышения неспецифической резистентности организма показан прием внутрь *аскорбиновой кислоты* (по 0,5–1 г/день), *антиоксидантного комплекса, антиоксикапса* по 2–3 капс./сут, *витаминов группы В* (в виде поливитаминных комплексов).

В связи с наличием регионарного лимфаденита полезны теплая сухая повязка на шею днем и согревающие полуспиртовые компрессы на ночь.

При затяжном течении ангины назначают на миндалины и лимфатические узлы шеи местное воздействие: УВЧ-индуктотерапию, УФО-терапию, микроволновую терапию (5–7 процедур).

### **Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация. Профилактика ангины**

**Медико-социальная экспертиза.** Средние сроки временной нетрудоспособности составляют 10–12 дней. Перед выпиской на работу (на 3–5-й день после нормализации температуры тела) выполняются общеклиническое исследование крови и мочи, ЭКГ для оценки адекватности терапии и выявления возможных ранних осложнений. Пациент берется на диспансерное наблюдение. В течение 10–15 дней после выписки пациентам не показан тяжелый физический труд, студенты и школьники освобождаются от занятий физкультурой на 2 нед.

**Диспансеризация.** После перенесенной ангины пациенты наблюдаются участковым терапевтом в течение месяца (группа диспансерного динамического наблюдения Д III). За данный период пациент должен быть осмотрен 2 раза (через каждые 2 нед.) и исследован (общие анализы крови, мочи, регистрация ЭКГ). Эти исследования выполняются перед каждым посещением врача, в связи с чем направления на них выдаются заблаговременно, при взятии на учет.

В качестве реабилитационных мероприятий целесообразен прием поливитаминных комплексов, продуктов, обогащенных лактулозой и бифидобактериями (бифидокефир, молоко и кефир с лактулозой, «живые» йогурты и др.), адаптогенов.

При отсутствии жалоб, нормальных показателях объективного и лабораторно-инструментального исследования пациент снимается с диспансерного наблюдения по поводу перенесенной ангины.

**Профилактика.** Первичная профилактика ангины заключается в формировании здорового образа жизни: рациональное питание, гигиеническая обоснованность поведения (соблюдение личной гигиены, гигиены труда и отдыха и др.), устранение факторов чрезмерного переохлаждения и перегрева организма, стрессовых ситуаций, закаливание, санация очагов инфекции.

## Самостоятельная работа студента

Подготовка к занятию предполагает повторение студентами соответствующих разделов из смежных дисциплин. Сложный для усвоения материал обсуждается с преподавателем, который акцентирует внимание на наиболее важных аспектах изучаемой темы.

После обсуждения темы студенты получают возможность самостоятельно закрепить навыки (сбор анамнеза, физикальное и фарингоскопическое исследования, взятие мазков из зева и носа на возбудителя дифтерии) в процессе курации больных.

Для закрепления полученных на занятии знаний проводится самоконтроль усвоения темы: решаются ситуационные задачи, проводится тестирование, обсуждаются ответы на тестовые вопросы.

В конце занятия преподаватель подводит итоги, указывает на допущенные ошибки, объявляет выставленные оценки.

### Самоконтроль усвоения темы

I. Ранние осложнения могут возникнуть при следующих формах ангины:

- A. Катаральной ангине.
- Б. Фолликулярной ангине.
- В. Лакунарной ангине
- Г. Паратонзиллярном абсцессе.

*Ответы: А, Б, В.*

II. К поздним осложнениям ангины относятся:

- A. Отек гортани.
- Б. Острая ревматическая лихорадка.
- В. Острый гломерулонефрит.
- Г. Парафарингеальный абсцесс.

*Ответы: Б, В.*

III. Состояние пациента, больного ангиной, с температурой тела 38,5 °С, сохраняющейся в течение 3 дней, и интенсивной болью в горле при наличии увеличенных до 2 см в диаметре и резко болезненных регионарных лимфоузлах должно оцениваться врачом как:

- A. Легкой степени тяжести.
- Б. Средней степени тяжести.
- В. Тяжелой степени тяжести.

*Ответ: Б.*

IV. Длительность антибактериальной терапии ангины препаратами пенициллинового ряда должна составлять не менее (дней):

- А. 5.
- Б. 7.
- В. 10.
- Г. 14.

*Ответ: В.*

V. При наличии у пациента аллергии на пенициллины следует назначить:

- А. Цефазолин.
- Б. Азитромицин.
- В. Тетрациклин.
- Г. Мидекамицин (макропен).

*Ответ: Б.*

VI. При подозрении на дифтерию зева участковому терапевту необходимо:

А. Взять мазки из носа и зева на возбудителя дифтерии. До получения результатов проводить лечение на дому.

Б. Экстренно госпитализировать пациента в инфекционный стационар с предварительным сообщением по телефону в ЦГиЭ (экстренным извещением).

В. Экстренно госпитализировать пациента в инфекционный стационар без предварительного сообщения в ЦГиЭ.

*Ответ: Б.*

VII. Обязательной госпитализации подлежат пациенты с ангиной из числа лиц, проживающих в условиях:

- А. Казармы.
- Б. Общежития.
- В. Частного дома.

*Ответы: А, Б.*

VIII. У пациента с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 37,5 °С, боль в горле, насморк, резь в глазах и с выявленной при осмотре лимфаденопатией, гиперемией слизистой оболочки небных миндалин и дужек следует предполагать диагноз:

- А. Катаральной ангины.
- Б. Аденовирусной инфекции.
- В. Герпетической ангины.
- Г. Дифтерии зева.

*Ответ: Б.*

## Литература

1. *Инфекционные болезни* : учеб. для мед. вузов / под ред. чл.-кор. РАМН, проф. Ю. В. Лобзина. СПб. : СпецЛит, 2001. 543 с.
2. *Дифференциальная диагностика инфекционных болезней* : рук. для врачей / Т. М. Зубик [и др.]. Л. : Медицина, 1991. 336 с.

## Оглавление

Мотивационная характеристика темы.....	3
Определение ангины и ее классификация .....	4
Клиническая картина.....	6
Диагностика и врачебная тактика .....	7
Дифференциальная диагностика.....	8
Лечение .....	15
Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация. Профилактика ангины.....	17
Самостоятельная работа студента .....	19
Самоконтроль усвоения темы .....	20
Литература.....	21

Учебное издание

**Яковлева** Елена Викторовна  
**Хурса** Раиса Валентиновна

# **АНГИНА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск Р. В. Хурса  
Редактор Н. В. Тишевич  
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 27.03.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка»  
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 0,98 Тираж 150 экз. Заказ 88

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004.  
ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.  
Ул. Ленинградская, 6, 220030, Минск.