

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ФАРИНГИТА**

**Жумаев Азиз Абдусамат ўғли**

**Термезский филиал Ташкентской медицинской академии  
Норқобилов Абдусамат Жумаевич**

**Термезский филиал Ташкентской медицинской академии  
Исмоилов Мухаммадали Очилдиевич**

**Термезский филиал Ташкентской медицинской академии  
Давронова Чарос Луксановна**

**Термезский филиал Ташкентской медицинской академии**

**Аннотация:** Обзор литературы посвящен проблеме клинической и лабораторной классификации острого фарингита у детей и подростков. В статье представлены современные рекомендации по микробиологической классификации стрептококкового фарингита, раскрыты возможности применения экспресс-тестов для быстрой верификации классификации.

**Ключевые слова:** фарингит, этиология, В-гемолитический стрептококк группы А, клиническое течение, диагностика, экспресс-тесты, чувствительность, специфичность, лечение, дети.

Острый БГСА-фарингит характеризуется определенной клинической картиной (табл. 2). Болезнь обычно манифестирует болью в горле, как правило, начинаясь внезапно. Характерны лихорадка, интоксикация, боль при глотании, головная боль, иногда тошнота, рвота и боли в животе. При осмотре в типичных случаях выявляются яркая эритема небных миндалин и задней стенки глотки («пылающий зев»), нередко с экссудативными наложениями на миндалинах, а также увеличение подчелюстных лимфоузлов. Реже могут отмечаться яркая гиперемия, отек увулы, петехии на твердом небе, скарлатиноподобная сыпь. Ни один из этих симптомов не является патогномичным для БГСА-фарингита.

У многих больных стрептококковый фарингит протекает с умеренно выраженными проявлениями, то есть легче, чем представлено в «классическом» описании болезни. Необходимо также помнить, что выявление БГСА возможно не только у больного стрептококковым фарингитом, но и у носителя БГСА, обратившегося по поводу интеркуррентной вирусной инфекции. Скарлатина представляет собой инфекцию верхних дыхательных путей в сочетании с характерной сыпью, обусловленной продукцией стрептококком группы А пирогенного экзотоксина (эритрогенный токсин) у лиц, не имеющих



антитоксических антител. Скарлатина встречается реже и в последние годы менее контагиозна; вместе с тем вспышки цикличны, зависят от преобладания токсинпродуцирующих штаммов и иммунного статуса популяции.

Распространение скарлатины, ее эпидемиологические особенности и возрастной контингент сходны с таковыми при БГСА-фарингите. Сыпь при скарлатине возникает в течение 24–48 ч от начала болезни или может быть первым ее проявлением. Часто высыпания проявляются на шее и распространяются на туловище и конечности; представлены диффузными красными папулезными элементами с высокой интенсивностью в кожных складках (в подмышечных зонах, в паху). Сыпь обычно мелкоточечная, по типу «манной крупы» или «гусиной кожи»; при пальпации возникает ощущение шероховатости кожи. На лице сыпи меньше: характерны белый носогубный треугольник и яркая эритема на щеках.

Спустя 3–4 дня сыпь начинает разрешаться, при этом возникает шелушение кожи: сначала на лице, постепенно спускается на все туловище и конечности, что может быть похоже на последствия умеренного солнечного ожога кожи. Шелушение кожи может ограничиваться только лишь ладонями и стопами. Симптомы ангины аналогичны таковым при БГСА-фарингите. Может отмечаться отечность сосочков языка («земляничный язык»). Аденовирусный фарингит может ассоциироваться с конъюнктивитом и сопровождаться фарингоконъюнктивальной лихорадкой. Симптомы фарингита и лихорадки обычно сохраняются в течение 7 дней, конъюнктивит может продолжаться до 2 нед.

Для этого заболевания характерны эпидемические вспышки, хотя встречаются и спорадические случаи; возможно заражение в бассейнах. Отсутствие лихорадки или наличие таких клинических симптомов, как конъюнктивит, кашель, осиплость голоса, стридор, стоматит, внезапная экзантема и диарея, свидетельствуют о низкой вероятности инфекции БГСА. Для острого фарингита, обусловленного аденовирусом, типичны лихорадка, эритема задней стенки глотки, увеличение небных миндалин и появление на них экссудативных наложений, увеличение шейных лимфоузлов. Энтеровирусы могут вызывать острый фарингит, особенно летом и ранней осенью.

При этом отмечается яркая гиперемия задней стенки глотки, иногда с микровезикулами на небных дужках, однако экссудат на миндалинах и



лимфаденопатия не характерны. Болезнь протекает обычно с высокой лихорадкой в течение нескольких дней. Герпангина является специфическим проявлением инфекции вирусами Коксаки А, В или ЕСНО и характеризуется лихорадкой, болезненными сероватобелыми папуло-везикулярными элементами на небных дужках и задней стенке глотки на фоне ее гиперемии. Эти высыпания разрешаются в течение 1 нед. Синдром рот–кисть–стопа вызывают вирусы Коксаки А16. При этом возникают болезненные везикулы и язвочки в ротоглотке, а также везикулы на ладонях и стопах, иногда распространяющиеся на конечности.

Эта сыпь, как правило, сохраняется в течение 7 дней. Первичная герпетическая инфекция, вызванная Herpes simplex 1-го и 2-го типов, обычно развивается у детей младшего возраста и протекает в форме гингивостоматита с афтозными и везикулярными элементами на слизистой оболочке рта и губ, но не на задней стенке глотки. Гингивостоматит может сохраняться в течение 2 нед и часто ассоциируется с фарингитом и фебрильной лихорадкой. Боль при этом может быть настолько интенсивной, что ребенок отказывается от еды и питья, нуждается в регидратации. У подростков и взрослых вирус простого герпеса может вызывать легкий фарингит, не всегда сопровождающийся типичными везикулярными элементами на коже и слизистых оболочках.

Острый фарингит нередко выявляется у детей, а особенно у подростков и молодых взрослых с инфекционным мононуклеозом, обусловленным вирусом Эпштейна–Барр. При инфекционном мононуклеозе фарингит может иметь проявления, идентичные БГСА-инфекции. Дифференцировать эти два заболевания позволяют генерализованная лимфаденопатия, продолжительная лихорадка (1–3 нед), гепатоспленомегалия, свойственные мононуклеозу. Лабораторные исследования выявляют атипичные мононуклеары, гетерофильные антитела и специфические антитела к вирусу Эпштейна–Барр. Острый фарингит, обусловленный *A. haemolyticum*, может иметь клиническую картину, идентичную БГСА-инфекции, включая скарлатиноподобную сыпь.

Крайне редко *A. haemolyticum* вызывает мембранозный фарингит, сходный по внешнему виду с дифтерийным. Дифтерия глотки характеризуется серовато-коричневыми фибринозными пленчатыми налетами, которые ограничиваются только небными миндалинами или распространяются на увулу, мягкое небо, заднюю стенку глотки, гортань, слизистую оболочку носа и трахеобронхиального дерева. Поражение нижних дыхательных путей может



приводить к жизнеугрожающей обструкции респираторного тракта. Отек мягких тканей шеи и лимфаденопатия обуславливают развитие симптома бычьей шеи. Несмотря на представленное разнообразие симптомов различных этиологических форм, дифференциальная диагностика этиологии фарингита и тонзиллита только на основании клинической картины не всегда возможна: для точного диагноза требуется бактериологическое подтверждение.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Initiative for Vaccine Research (IVR). Bacterial infections. Group A Streptococcus. World Health Organization. URL: [http://www.who.int/vaccine\\_research/diseases/soa\\_bacterial/en/index3](http://www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_bacterial/en/index3).

March 20. 2013.

2. Gerber M. A. Diagnosis and Treatment of Pharyngitis in Children. *Pediatr Clin N Am*. 2005; 52: 29–747.

3. Bisno A. L., Gerber M. A., Gwaltney J. M., Kaplan E. L., Schwartz R. H. Practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis*. 2002; 35: 113–25.

