

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИФТЕРИИ У ВЗРОСЛЫХ

Ю.И. Ляшенко¹, Д.А. Павлович², Ю.П. Финогеев¹, Ю.А. Винакмен¹, В.Ф. Крумгольц¹

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

² Отдел здравоохранения администрации Пушкинского района Санкт-Петербурга

Differential diagnosis diphtheria adults

Yu.I. Liashenko¹, D.A. Pavlovich², Yu.P. Finogeev¹, Yu.A. Vinakmen¹, V.F. Krumgolts¹

¹ Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

² Department of Health Administration Pushkin District of Saint-Petersburg

Резюме. Обследовано 1824 человека, больных дифтерией, находившихся на лечении в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина (Санкт-Петербург) в течении 1993 г., а также 19 умерших в 1994 г. Известно, что ранняя диагностика инфекционных больных, особенно дифтерии, способствует благоприятному исходу болезни. Диагноз дифтерии на догоспитальном этапе всегда затруднителен. Подробно представлена дифференциальная диагностика с заболеваниями, клинически сходными с дифтерией: ангина лакунарная, ангина Симановского, инфекционный мононуклеоз, ангина Людвига, ангина Дюге, сифилис, неинфекционные с клиническими «масками» дифтерии и прочие. Эпидемия дифтерии 1993–1994 гг. в РФ и, в частности, в Санкт-Петербурге, показала, что поздняя госпитализация больных дифтерией в инфекционные стационары, как правило, связана с неправильной дифференциальной диагностикой этого опасного заболевания.

Ключевые слова: дифтерия, дифференциальный диагноз, ангина.

Введение

Для того чтобы отразить в одной статье дифференциальную диагностику дифтерии, необходимо прежде всего представить подробно симптоматику всех клинических форм этого заболевания. Это не удаётся в первую очередь из-за ограниченного объёма данной публикации. Планируется дать клиническую характеристику дифтерии редких локализаций и комбинированную дифтерию в следующих сообщениях.

С 2005 г. в России впервые через 25 лет вновь достигнут и сохраняется спорадический уровень заболеваемости дифтерией (показатель < 0,1 на 100 000 населения) — период, когда внимание к выявлению, диагностике и лечению больных дифтерией снижается [1]. Между тем сохраняется летальность среди больных, относящихся к группе риска: лица старше 60 лет, больные, поступившие позднее 5–7-го дней от начала болезни, пациен-

Abstract. A total of 1,824 human cases of diphtheria, treated at the Clinical Infectious Diseases Hospital SP Botkin (St. Petersburg) during 1993, as well as 19 deaths in 1994. It is known that early diagnosis of infectious diseases, especially diphtheria, contributes to the favorable outcome of the disease. The diagnosis of diphtheria at the prehospital stage is always difficult. Presented in detail the differential diagnosis of the disease, clinically similar to diphtheria: Lacunal angina, angina Simanovsky, infectious mononucleosis, angina Ludwig's angina Dugue, syphilis, non-infectious with clinical «masks» of diphtheria and other. Diphtheria epidemic of 1993–1994 in Russia and, in particular, in St. Petersburg, showed that the late admission of patients with diphtheria infection in hospitals, usually associated with irregular differential diagnosis of this dangerous disease.

Key words: diphtheria, differential diagnosis, angina.

ты, страдающие сопутствующими заболеваниями, алкоголизмом и пр. В 2007 г. в России умерли от дифтерии 7 из 8 взрослых, относящихся к группе риска. Нередко поздняя госпитализация больных дифтерией связана с неправильной дифференциальной диагностикой на догоспитальном этапе.

Эпидемиологическая ситуация в Санкт-Петербурге остаётся также неблагоприятной. За 2003 и 2004 гг. показатели заболеваемости в Санкт-Петербурге и в РФ на 100 тыс. населения равнялись соответственно: СПб — 1,5, 0,59; РФ — 0,48, 0,36. Показатели смертности на 100 тыс./абсолютные цифры в СПб зарегистрированы: 2002 г. — 0,2/11; 2003 г. — 0,0/2; 2004 г. — 0,07/3 [2]. По отчёту за 2008 г. в Клинической больнице им. С.П. Боткина от дифтерии не умер ни один человек. Особого внимания заслуживает летальность при дифтерии в СПб — 11% в 2004 г. против 1,8% в 2003 г. Причиной летальности является прежде всего тяжесть

заболевания и поздние сроки госпитализации, несмотря на открытие и работу отделения для больных паратонзиллярными абсцессами, которое должно решить проблему дифференциальной диагностики (!) токсической дифтерии и своевременность госпитализации. Работа по дифференциальной диагностике в стационаре должна решаться на более высоком уровне с участием отоларингологов и других специалистов [2].

Раннюю диагностику и дифференциальную диагностику дифтерии немыслимо провести без знания узловых аспектов патогенеза этого заболевания. Начальный элемент патогенеза — адгезия коринебактерий к клеткам хозяина. Возбудитель размножается в области входных ворот и выделяет экзотоксин, всасываемость которого полностью зависит от особенностей структуры слизистой оболочки и глубины местных изменений. Входными воротами являются слизистые оболочки зева, верхних дыхательных путей.

Достаточно редко встречается дифтерия конъюнктивы, раны, половых органов и других локализаций. Местно развивается некроз эпителия, паретическое расширение сосудов с нарушением их проницаемости, отёк тканей и выход фибриногена из сосудистого русла. Фибриноген под влиянием тканевого тромбoplastина превращается в фибрин, образуется фибриновая плёнка. На участках слизистой оболочки, покрытых многослойным плоским эпителием (слизистая зева), воспаление имеет дифтеритический характер — верхние слои эпителия некротизированы, слизистая оболочка пропитана фибринозным экссудатом с примесью лейкоцитов, фибриновая плёнка прочно связана с подлежащими тканями, что создаёт условия для хорошего всасывания токсина. В связи с этим дифтеритический тип воспаления при дифтерии зева всегда сопровождается поражением внутренних органов, зависящем от степени токсемии. В области входных ворот инфекции развивается выраженный отёк тканей; в случаях продукции большого количества токсина происходит его распространение контактным путём на близлежащие ткани, вызывая отёк подкожной клетчатки (токсическая форма дифтерии). На слизистых оболочках, покрытых однослойным цилиндрическим эпителием (гортань, трахея, бронхи), возникает крупозное воспаление, плёнка в этом случае легко отделяется от стенки дыхательных путей; вследствие особенностей анатомического строения гортани, трахеи и бронхов степень токсемии выражена значительно меньше, чем при предыдущем типе воспаления. Одновременное вовлечение в патологический процесс зева, гортани, трахеи, бронхов, лёгких, в ряде случаев пищевода и желудка (комбинированные формы дифтерии), сопровождается наиболее тяжёлыми токсическими реакциями.

Исходя из патогенеза, становится понятным, что «кардинальным признаком типичной дифтерии является плёнчатый налёт на поражённых органах (плёнчатый тонзиллит — при дифтерии зева, плёнчатый ларингит — при дифтерии гортани, плёнчатый конъюнктивит — при дифтерии глаза и т.д.)» [3].

Клинические наблюдения в условиях тяжёлой эпидемии дифтерии позволили заявить, что грубейшую ошибку допускают те клиницисты, которые игнорируют необходимость раннего определения степени тяжести заболевания [1].

Цель исследования — обратить особое внимание врачей общей практики, семейных врачей, врачей поликлиник и кабинетов инфекционных заболеваний на выявление больных и диагностику дифтерии, еще раз проанализировать на основании большого личного опыта (обследовано 1824 человек больных дифтерией) возможность проведения клинической дифференциальной диагностики с клинически сходными инфекционными заболеваниями и клиническими «масками» дифтерии [4].

Материалы и методы

У 1843 больных дифтерией проанализирована клиника и течение заболевания. У 60 человек с летальным исходом болезни также изучены морфологические изменения внутренних органов. В число обследованных вошли 1824 больных, находившихся на лечении в Клинической инфекционной больнице им. С.П. Боткина (Санкт-Петербург) в течение 1993 г., а также 19 умерших в 1994 г. [5].

Результаты и обсуждение

В последнее время рядом авторов предложен термин «дифтерия ротоглотки». Согласно Парижской, Базельской, Иенской анатомическим номенклатурам, зев (*fauces*) — «задний суженный отдел ротовой полости, посредством которого она сообщается с глоткой. Зев образован: сверху — задним краем мягкого нёба, по сторонам — нёбно-глоточной и нёбно-язычной дужками (передние и задние дужки и нёбные миндалины) и снизу верхней поверхностью корня языка», ротоглотка (ротовая часть глотки — *pars oralis pharyngis*) — средняя часть глотки (между уровнями твёрдого нёба и верхнего края надгортанника), спереди граничит с зевом, через который она сообщается с полостью рта, носа, гортани».

Различают типичные и атипичные формы дифтерии. Типичные сопровождаются фибринозным характером воспаления (с образованием фибринозной плёнки), а атипичные — катаральным (без налёта). При типичной дифтерии различают локализованные и распространённые формы заболевания. При локализованной дифтерии фибринозный

налёт ограничивается поверхностью поражённого органа, а при распространённой — распространяется в пределах данной определённой локализации. Отдельно выделяют токсическую дифтерию, сопровождающуюся выраженной интоксикацией, а также токсическим отёком подкожной клетчатки вокруг патологического очага.

Локализованные формы (кроме дифтерии гор-тани) отнесены к лёгким, распространённые — к среднетяжёлым, токсические — к тяжёлым. Кроме того, отдельно выделяют комбинированную форму, протекающую с поражением двух и более анатомически отдалённых органов.

Помимо этого, выделяют острое, подострое, рецидивирующее, хроническое течение дифтерии.

В последние годы описано генерализованное течение дифтерии — развитие дифтерийного сепсиса у больных с сопутствующими заболеваниями внутренних органов и хроническим алкоголизмом.

Дифтерия зева

Согласно литературным и нашим данным, дифтерия зева является наиболее частой формой заболевания у взрослых — из 1824 больных дифтерией, находившихся на лечении в Клинической больнице им. С.П. Боткина в 1993 г., у 1674 пациентов (91,78%) диагностирована дифтерия зева.

Обычно она проявляется различной выраженностью клинических проявлений: атипичной (с катаральным характером воспаления поражённых тканей) или типичной (с образованием фибринозных плёнок на месте расположения дифтерийного процесса). Типичная дифтерия зева протекает в лёгкой (локализованной — островчатой или плёнчатой), среднетяжёлой (распространённой) и тяжёлой (токсической) формах. По различным данным, катаральная дифтерия зева у взрослых диагностируется у 15–24%, островчатая — у 29–34%, плёнчатая — у 15–30%, распространённая — у 7–30% и токсическая — у 2,2–21,5% больных [6, 7].

Катаральная форма дифтерии зева

При ней, в отличие от ангины, отмечается умеренная общая интоксикация (недомогание, повышенная утомляемость), кратковременная субфебрильная температура тела, незначительная болезненность при глотании, гиперемия нёбных миндалин, увеличение до 1,0 см и безболезненность углочелюстных лимфатических узлов, нарастание титра антитоксина в сыворотке крови, в некоторой части случаев бактериологическое выделение возбудителя из материала со слизистой зева у всех больных.

Катаральное воспаление — это начальная стадия воспалительного процесса любой этиологии. Иногда так называемая катаральная форма может

быть продромальным периодом, так как в ряде случаев удавалось проследить прогрессирование процесса и появление типичных фибринозных налётов в виде островков или сплошной плёнки в последующие дни болезни.

Локализованная дифтерия зева

Диагностируется при постепенном (72,5%) или остром (27,5%) начале болезни, умеренно выраженной общей интоксикации (общая слабость, тяжесть в голове, нарушение аппетита, вялость), температуре тела 37,5–38,0°C (в ряде случаев до 39,5°C); при островчатом или плёнчатом тонзиллите умеренная (75,8%) или значительная (24,2%) боль в горле при глотании, неяркая, застойная гиперемия тканей зева, типичный фибринозный (66,7%), не выходящий за пределы нёбных миндалин и носящий островчатый (до 5 мм в диаметре) или плёнчатый характер налёта, увеличение до 1,0–2,0 см и болезненность углочелюстных лимфатических узлов, изменения периферической крови (умеренный лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышение СОЭ).

При островчатой дифтерии налёты в первые сутки нежные, тонкие, «паутинообразные», легко снимаются тампоном, поверхность после удаления плёнки не кровоточит. Налёты после снятия появляются вновь, уплотняются, выступают над уровнем миндалин.

При плёнчатой дифтерии зева налёты появляются также уже в первый день болезни, имеют беловато-жёлтую окраску, легко снимаются, поверхность нёбных миндалин не кровоточит. На вторые сутки налёт уплотняется, выступает над поверхностью нёбных миндалин. При насильственном отторжении плёнки на поверхности миндалин появляются кровоточащие эрозии. Плёнка, помещённая в пробирку с водой, не растворяется и не теряет свою форму, между двумя шпательями не растирается.

При своевременной специфической терапии через 1–2 суток от начала лечения налёты начинают истончаться, «таять» под действием сыворотки, на 2–3-е сутки миндалины очищаются от налётов.

У 33,3% больных с локализованной дифтерией зева наблюдается атипичный гнойно-фибринозный, исходящий из лакун налёт. Таким больным, как правило, ошибочно устанавливался первичный диагноз лакунарной ангины, и только на 3–4-е сутки, после микробиологического выделения *Corynebacterium diphtheriae*, диагностировалась локализованная форма дифтерии зева.

Общая продолжительность клинических проявлений заболевания в случаях ранней (первые 2 дня заболевания) клинической диагностики и специфической терапии до 7 суток; в случаях более поздней диагностики или ретроспективного



Ангина боковых валиков глотки



Локализованная дифтерия



Ангина Дюже



Ангина Симановского – Венсана



Распространенная дифтерия

установления диагноза дифтерии клинические проявления патологического процесса зачастую отмечались до 10 – 15-го дня болезни.

Локализованная дифтерия при прогрессирующей может переходить в распространённую, токсическую или комбинированную форму болезни.

Распространённая дифтерия зева

К ней относятся случаи заболевания, при которых интоксикация проявлялась выраженной общей слабостью, тупой головной болью, вялостью, сонливостью, бледностью кожи, температура тела соответствовала 38,0 – 39,0° С, в некоторых случаях (5%) 40,0° С, тонзиллит характеризовался значительной (73,7%) или умеренной (26,3%) болью в горле при глотании, сухостью во рту, гиперемией с синюшным оттенком (90%) или ярко выраженной (10%), типичными фибринозными налётами, распространяющимися за пределы миндалин (на нёбные дужки и язычок в 91,6% с дальнейшим распространением на твёрдое, мягкое нёбо и на заднюю стенку глотки – в 8,4%), выраженным отёком поражённых тканей зева, увеличением до 2,0 – 3,0 см и болезненностью углочелюстных лимфатических узлов, изменениями периферической крови (выраженный лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышение СОЭ).

Продолжительность наличия налётов у больных, которые не получили специфической сыворотки, до 10 – 14 и более дней. При раннем введении сыворотки эффект таяния налётов продолжается до 3 – 5 дней от момента введения сыворотки.

Токсическая дифтерия зева

В 42,51% случаев токсическая дифтерия зева протекала в субтоксической, в 21,16% – в токсической I степени, в 27,54% – в токсической II степени и в 7,78% – в токсической III степени формах [8].

Определяется при заболевании, сопровождающемся резко выраженной общей интоксикацией (общая слабость, головная боль, отсутствие аппетита, бледность кожи, тошнота), повышением температуры тела до 39,0 – 40,0° С, выраженным острым плёнчатый тонзиллитом (значительная (87,8%) или умеренная (12,2%) боль в горле при глотании, сухость во рту, синюшно-застойная гиперемия и выраженный отёк тканей зева, типичные фибринозные налёты, выходящие за пределы нёбных миндалин, увеличение углочелюстных лимфатических узлов до 3,0 – 4,0 см в диаметре), отёком подкожной клетчатки шеи (при субтоксической форме – односторонний отёк подчелюстной области, при токсической I степени – отёк двухсторонний, распространяющийся до щитовидного хряща, при токсической II степени – до ключиц, а при токсической III степени – на грудную клетку, в части случаев на заднюю поверхность шеи и спи-

ну), изменениями показателей периферической крови (выраженный лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышение СОЭ).

Морфановская форма – односторонняя локализация налётов при токсической дифтерии, которая сопровождается односторонним отёком шейной клетчатки.

В редких случаях наблюдается выраженная боль при пальпации и чрезмерное уплотнение токсического отека подкожной клетчатки подчелюстных областей и шеи, что может привести к гипердиагностике гнойного воспаления данных анатомических областей и неблагоприятному исходу заболевания. Подтверждением служат материалы истории болезни.

Больной Е., 40 лет, заболел остро 26.07.93 г., когда почувствовал выраженные боли в горле при глотании, общую слабость, повышение температуры тела до 39,7° С. На 2-й день болезни осмотрен ЛОР-врачом МСЧ № 3, диагностирована дифтерия зева токсическая II степени, больной направлен в больницу им. С.П. Боткина. Из анамнеза – от дифтерии не привит, алкоголем не злоупотребляет, сопутствующей патологией внутренних органов не страдает.

При поступлении (27.07.93 г. в 20.50.) жалобы на боли в горле при глотании, больше справа, выраженную общую слабость. Объективно: состояние тяжёлое, отмечается вялость, заторможенность, на вопросы отвечает односложно, с трудом; кожа бледная, влажная; рот раскрывает с трудом, слизистая зева застойно гиперемирована, наблюдается выраженный отёк мягкого нёба, язычка, передних нёбных дужек, больше справа, нёбные миндалины увеличены III степени, покрыты плотным фибринозным налётом с геморрагическим пропитыванием, распространяющемся на передние нёбные дужки.

Непрямая ларингоскопия (осмотр ЛОР-врача МСЧ № 3) – вход в гортань свободный, голосовые связки чистые, подвижные, голосовая щель широкая, свободная. Обращает внимание плотный отёк подкожной клетчатки до ½ шеи, резко болезненный в правой подчелюстной области, где определяется воспалительный инфильтрат 10×8 см, препятствующий полному раскрытию рта (из осмотра хирурга).

Пульс 90 уд./мин, ритмичный. Тоны сердца ослаблены. АД 120/80 мм рт. ст. ЧДД 20 в мин., перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный.

Установлен диагноз: дифтерия зева токсическая II степени. Инфильтрат (абсцесс?) правой подчелюстной области.

Принято решение о выполнении экстренной операции, ревизии инфильтрата, вскрытии абсцесса.

Для проведения операции необходим интубационный наркоз. Анестезиологом выполнена премедикация (димедрол 1% 2 мл, омнопон 2% 1 мл, атропин 0,1% 1 мл в/мышечно; в/венно глюкоза 40% 20 мл, аскорбиновая кислота 5% 5 мл, тиопентал натрия 300 мг, калисол 100 мг).

При введении ларингоскопа выраженная кровоточивость некротизированной слизистой; из-за выраженного отёка мягких тканей голосовая щель не видна, по этой причине интубация трудновыполнима. Решено произвести трахеостомию на спонтанном дыхании. Операция: продольным разрезом 6 см рассечена кожа и подкожная клетчатка, выделен перстневидный хрящ, взят на однозубый крючок, трахея продольно рассечена, в просвет заведена трахеотомическая трубка, швы на кожу. Начато проведение ИВЛ, на вдохе — резкое сопротивление дыханию; дыхательных экскурсий грудной клетки не отмечено, аускультативно — дыхание над лёгкими не выслушивается, из просвета интубационной трубки — алая кровь в небольшом количестве. Введено 100 мг дитилина — продолжается резкое сопротивление дыханию. Пульс 60 уд./мин, слабого наполнения. Появился цианоз кожи. Остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия (ИВЛ с большим сопротивлением, непрямой массаж: сердца, в/венно 1 мл 0,1% раствора адреналина, 10 мл 10% кальция хлорида, 250 мг гидрокортизона) оказались безуспешными.

Окончательный диагноз: дифтерия зева, токсическая II степени. Осложнения: асфиксия во время введения в наркоз. Острая дыхательная недостаточность. Сопутствующее заболевание: инфильтрат (абсцесс?) правой подчелюстной области.

Результаты бактериологического исследования: со слизистой зева и носа выделена *Corynebacterium diphtheriae*, tox +, крахмал +.

Патолого-анатомический диагноз: дифтерия зева (правосторонний фибринозно-некротический тонзиллит, очаговый фибринозный фарингит). Резко выраженный отёк язычка, надгортанника и входа в гортань; отёк подкожной клетчатки шеи (в большей степени правой половины). Гипертрофия правых шейно-подчелюстных лимфатических узлов. Гиперплазия селезёнки (500 г). Резко выраженная паренхиматозная дистрофия миокарда, печени. Частично ушитая рана мягких тканей шеи и интубационная труба в просвете трахеи (после коникотрахеостомии от 27.07.93.). Слепой раневой канал в мягких тканях шеи и верхних отделах переднего средостения. Очаговые кровоизлияния в нижней доле правого лёгкого. Частичные ателектазы всех долей обоих лёгких. Отёк мозговых оболочек. Резко выраженное острое венозное полнокровие внутренних органов. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Правосторонний пневмоторакс (постреанимационный?).

Таким образом, больной остро заболел дифтерией зева, проявившейся преимущественно односторонним его поражением с тяжёлым лимфаденитом и отёком правой половины шеи, что клинически было расценено как возможный инфильтрат подчелюстной области. Показания к ревизии «инфильтрата» с целью вскрытия абсцесса оказались ошибочными (маловероятно развитие флегмоны шеи из подчелюстного инфильтрата на 2-е сутки болезни). Непосредственной причиной смерти больного явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность с преобладанием выраженной дистрофии миокарда; дефектно выполненная коникотрахеостомия явилась усугубляющим фактором (углубление гипоксии, рефлекторное воздействие на миокард).

Этот клинический случай демонстрирует возможность необычного течения токсической дифтерии зева (выраженная плотность и болезненность при пальпации отёка подкожной клетчатки подчелюстных областей и шеи), которое может привести к ошибочной диагностике воспалительных процессов подкожной клетчатки и выполнению оперативных вмешательств, способствующих значительному отягощению течения патологического процесса.

Изложение дифференциальной диагностики дифтерии дополнено иллюстрациями.

Локализованные формы дифтерии зева требуются дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Ангина

Для этих заболеваний характерно преобладание симптомов общей интоксикации над местными проявлениями: головная боль, озноб, повышение температуры тела до 39–40° С в течение 1–3 дней (при стрептококковой ангине); стафилококковая инфекция с острым тонзиллитом сопровождается субфебрилитетом или нормальной температурой. При ней отмечается яркая гиперемия и миндалины увеличены за счёт инфильтрации, увеличение их идёт в медленном темпе. При дифтерии миндалины увеличиваются за счёт отёка, темпы увеличения более быстрые, слизистая менее яркая, чем при ангине, с цианозом. При ангине налёты располагаются по ходу лакун, как бы исходя из них, неправильной формы, имеют рыхлую, вязкую консистенцию, оттенки от белого до жёлтого или зелёного цвета. Налёт состоит из слизи и клеток слущивающегося эпителия, лейкоцитов:

а) при фолликулярном тонзиллите у больных ангиной наблюдаются абсцессы миндалин (гнойное расплавление фолликулов в виде округлых желтоватых островков размером 3–4 мм в диаметре);

б) при лакунарном тонзиллите у больных ангиной гнойный налёт исходит из лакун и распространяется по поверхности миндалин; он состоит

из детрита, гноя, рыхлой консистенции, легко снимается, растирается шпателем, неравномерной толщины;

в) при некротическом тонзиллите у больных ангиной отмечается резкая болезненность при глотании, грязно-серого цвета участки некротизированной ткани миндалин размером до 10–20 мм в диаметре на фоне незначительного их отёка; при отторжении налёта образуется кровотокающий дефект ткани миндалин с неровной поверхностью.

2. Язвенно-некротическая ангина Симановского – Венсана

При ней отсутствует интоксикация, боль при глотании незначительная, процесс обычно односторонний. Местные проявления представляют собой кратерообразное углубление на миндалине, чаще в верхнем полюсе. Язва покрыта рыхлым творожистым налётом желтовато-грязного или зеленоватого цвета, при попытке снять налёт легко кровотокает.

3. Ангина Дюге

Это набухание нёбных миндалин и дужек с появлением на них мелких округлых язвочек с серовато-белым цветом дна, иногда наблюдающиеся при брюшном тифе.

4. Инфекционный мононуклеоз (моноцитарная ангина, болезнь Филатова, болезнь студентов, железистая лихорадка и др.)

Это острая инфекционная болезнь, вызываемая вирусом Эпштейна – Барр, с преимущественно воздушно-капельным путём передачи возбудителя инфекции, характеризующаяся поражением системы мононуклеарных фагоцитов и протекающая с лихорадкой, тонзиллитом, полиаденитом, гепатолиенальным синдромом, лейкоцитозом с преобладанием базофильных лейкоцитов (атипичные мононуклеары). Тонзиллит может быть катаральным, фолликулярным, лакунарным и язвенно-некротическим. У некоторых больных наблюдаются полиморфная сыпь или желтуха.

5. Кандидоз полости рта

Общая интоксикация отсутствует, редко наблюдается субфебрильная температура тела. Болевой реакции нет. При осмотре слизистая зева обычной окраски. При дрожжевых грибах налёты белого цвета, помимо миндалин располагаются на слизистых рта, глотки, щёк и языка, разнообразны по величине и форме, рыхлые, легко снимаются. Течение грибковых поражений длительное.

6. Болезни крови (острый лейкоз, агранулоцитоз)

Острый лейкоз и агранулоцитоз отличаются длительным течением и лихорадкой, сопровождающейся большими суточными размахами температуры тела, с ознобами и обильным потоотделением, сравнительно поздним присоединением некротического тонзиллита (на 5–7-е сутки за-

болевания), геморрагической сыпью, гепатолиенальным синдромом, а также характерными изменениями картины периферической крови (при лейкозах – гиперлейкоцитоз или нормоцитоз с преобладанием высокодифференцированных и молодых клеток при отсутствии переходных; при агранулоцитозе – лейкопения с одновременным резким снижением числа нейтрофилов).

7. Сифилис

а) первичный сифилис – формирование твёрдого шанкра в месте первичного внедрения возбудителя. Вначале появляется красноватое пятно, которое принимает вид папулы с последующим возникновением поверхностной эрозии или язвы. Твёрдый шанкр выглядит как округлая или овальная эрозия, поверхностная язва с чёткими ровными границами, блюдцеобразной формы, с гладким блестящим розовым дном. Через несколько дней поверхность шанкра может приобрести сероватый цвет. Островоспалительные явления вокруг шанкра отсутствуют, отмечается скудное серозное отделяемое. В основании первичного аффекта имеется инфильтрат плотноэластической, хрящевидной консистенции, безболезненный при надавливании шпателем и характеризуется отсутствием боли при глотании. При присоединении вторичной инфекции шанкр приобретает отёчность, отделяемое становится гнойным или серозногнойным, появляется болезненность в месте шанкра и регионарных лимфатических узлов.

б) шанкр-амигдалит проявляется односторонним увеличением миндалин, её значительной плотностью без дефекта на поверхности. Увеличенная гиперемированная миндалина заслоняет просвет зева, может вызвать изменение голоса, болезненна при глотании. Типичен специфический подчелюстной и шейный лимфаденит, односторонний, нередко болезненный;

в) папулёзные сифилиды развиваются во вторичном периоде сифилиса, обычно располагаются на миндалинах (как правило, одностороннее поражение), реже – на твёрдом и мягком нёбе, губах, дёснах, языке, достигают 1–1,5 см в диаметре. Центральная часть папул приобретает серовато-беловатый оттенок, по периферии окружена узкой каемкой синюшно-красноватого цвета. Папулёзные сифилиды выступают над уровнем слизистой, плотны, не снимаются шпателем, что придаёт им сходство с дифтерийными налётами. Процесс течёт неделями, без интоксикации, боли при глотании. Регионарные лимфатические узлы увеличены, плотны, безболезненны.

8. Ангинозная форма туляремии

При ней миндалины не отёчны, налёт не возвышается над поверхностью миндалин, отмечается значительное увеличение лимфатических узлов с формированием шейного бубона.

Распространенную дифтерию зева следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Афтозный стоматит

Вызывается вирусом простого герпеса или некоторыми штаммами энтеровирусов (герпангина). Вначале — красные пятна, затем везикулы, эрозии, поверхностные некрозы, пропитанные фибрином. Процесс локализуется на миндалинах и других участках полости рта. Характерна выраженная длительная лихорадка, слюнотечение, болевой синдром с отказом от приёма пищи.

2. Болезнь Бехчета

Встречается у молодых мужчин, характеризуется афтозно-язвенным некрозом слизистой зева, ротовой полости, глотки с одновременным поражением слизистой глаз и гениталий. Хроническая рецидивирующая болезнь вследствие нарушений в иммунной системе. Наблюдается преимущественно на Ближнем Востоке и в Азии.

3. Туберкулёз миндалин

Проявляется казеозными язвами с фибринозно-некротическим налётом на миндалинах. Иногда — бугорки на слизистой зева. Регионарные подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены в виде пакетов, болезненны при пальпации и спаяны между собой. У больных обычно выявляется туберкулёз лёгких или гортани.

4. Токсические или химические ожоги слизистых

Характеризуются тем, что процесс охватывает слизистую губ, щёк, языка, иногда лица. Ожог сопровождается резкими болями. Ожоговая ткань приобретает серовато-белый цвет, она возвышается над здоровой тканью.

Токсическую дифтерию необходимо дифференцировать с такими заболеваниями:

1. Паратонзиллярный абсцесс

Обычно это вторая волна заболевания после ангины. При дифтерии болевой синдром менее выражен, хотя может быть даже тризм, однако эти симптомы постепенно ослабевают, несмотря на прогрессирование отёка и налётов (в результате анальгезирующего действия токсина). При паратонзиллите болевой синдром в динамике нарастает, при пальпации выражен тризм жевательной мускулатуры. Облегчение наступает при вскрытии абсцесса. Характерен односторонний отёк, нет соответствия налета и отёка — увеличение отёка не сопровождается переходом налёта с миндалин на мягкое нёбо; налёт вообще может отсутствовать.

2. Паротит эпидемический (заушница, свинка)

Это острая инфекционная болезнь, вызываемая вирусом паротита, передающаяся воздушно-капельным путём; характеризуется воспалением околоушных желёз, реже яичек и других желёз, нервной системы, поджелудочной железы. При паротите боль при жевании, при дифтерии — при глотании. Боль

резко выражена впереди и позади мочки уха при надавливании (симптом Филатова). При одностороннем поражении слюнных желёз больной наклоняет голову в сторону поражения. Большое диагностическое значение имеет симптом Мурсу — воспалительная реакция слизистой оболочки в области выводного протока поражённой околоушной железы.

3. Ангина Людвига

Это гнилостно-некротическая флегмона поднижнечелюстного пространства, распространяющаяся с вовлечением подъязычного и подбородочного пространства. Проявляется припухлостью в подчелюстной области, которая может спускаться на шею и подниматься на лицо. Имеется инфильтрация и отёк тканей дна полости рта, просвет зева сужен, подъязычное пространство покрыто фибринозным налётом. Глотание невозможно, голос хриплый. В отличие от дифтерии отек мягких тканей имеет деревянистую плотность, кожа над отёком вначале бледная, вскоре покрывается красными и багрово-синюшными пятнами.

Круп — острая обструкция верхних дыхательных путей в области гортани, характеризующаяся лающим кашлем с затруднённым и шумным дыханием, развивается при некоторых инфекционных заболеваниях.

При дифтерии круп истинный, характеризующийся образованием фибринозных плёнок в гортани и нарушением дыхания вплоть до асфиксии [6]. Его следует отличать от следующих заболеваний:

1. Ложный круп (псевдокруп)

Это подсвязочный ларингит при острых респираторных заболеваниях (чаще при парагриппе) у детей первых 5 лет жизни. Возникает на 2–3-й день болезни, внезапно, часто во время сна или при засыпании. Проявляется свистящим шумом во время вдоха.

2. Скарлатинозный круп

Это круп, развивающийся как осложнение тяжёлой септической скарлатины при распространении воспалительно-некротического процесса из зева на слизистую оболочку гортани.

3. Заглочный абсцесс

Возникает в результате острого воспаления и нагноения лимфатических узлов, расположенных в заглочном пространстве, наблюдается у детей раннего возраста (5–6 лет), так как в этом возрасте предпозвоночные лимфатические узлы исчезают. У взрослых встречаются «холодные» заглочные абсцессы натёчного характера при туберкулёзном или сифилитическом спондилите верхних шейных позвонков.

Выводы

1. Кардинальным признаком типичной дифтерии является плёнчатый фибринозного характера налёт на поражённых тканях.

2. При позднем поступлении в инфекционный стационар больных дифтерией (на 3–7-е сутки от начала болезни) значительно возрастает вероятность осложнений и летальных исходов этого заболевания.

3. Надгоспитальном этапе особое значение приобретает клиническая дифференциальная диагностика. От результатов этой диагностики во времени зависят сроки госпитализации больного дифтерией в инфекционную больницу.

4. Случаи локализованной дифтерии (катаральная форма), при которой происходит самоизлечение, проходят под другими диагнозами (катаральная ангина) и не регистрируются вообще.

5. В процессе дифференциальной диагностики следует учитывать не только клинически сходные инфекционные болезни, но и неинфекционные (терапевтические, ЛОР-болезни и т.д.) маски дифтерии.

6. Обязательно необходимо раннее определение степени тяжести больного дифтерией. От степени тяжести дифтерии зависит интенсивность специфической и патогенетической терапии.

Литература

1. Корженкова, М.П. Диагностика и лечение токсической дифтерии / М.П. Корженкова, А.И. Берко, Н.А. Малышев // Лечащий врач. — 2009. — № 10. — С. 26–30.
2. Щербук, Ю.А. Анализ инфекционной заболеваемости в Санкт-Петербурге в 2004 году / Ю.А. Щербук [и др.] // Альманах «Инфекционные болезни». — СПб.: НИИХ СПбГУ, 2005. — С. 7–22.
3. Ляшенко, Ю.И. Дифтерия / Ю.И. Ляшенко // Руководство по инфекционным болезням. — СПб.: Фолиант, 2003. — Ч. 1. — С. 197–207.
4. Маски инфекционных болезней / Ю.В. Лобзин [и др.]. — СПб.: Фолиант, 2002. — 200 с.
5. Павлович, Д.А. Клинические формы, осложнения и исходы дифтерии у взрослых: автореф. дис. канд. мед. наук / Д.А. Павлович. — СПб., 1996. — 16 с.
6. Покровский, В.И. Дифтерия у взрослых / В.И. Покровский [и др.] // Сов. медицина. — 1984. — № 11. — С. 89–93.
7. Ляшенко, Ю.И. Некоторые особенности клиники и эпидемиологии дифтерии в ограниченных коллективах взрослых / Ю.И. Ляшенко, В.П. Жданов, А.С. Мясников // Воен.-мед. журн. — 1987. — № 9. — С. 38–42.
8. Павлович, Д.А. Летальные исходы дифтерии с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы у взрослых / Д.А. Павлович, Ю.П. Финогеев // Материалы IX республиканского съезда эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана. — Ташкент, 2010. — С. 116–117.

Авторский коллектив:

Ляшенко Юрий Иванович — д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; тел: 8(812)292-34-33;

Павлович Дмитрий Алексеевич — начальник отдела здравоохранения администрации Пушкинского района Санкт-Петербурга; тел. 8(921)598-77-37, e-mail: pda@tupush.gov.spb.ru;

Финогеев Юрий Петрович — к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; тел.: 8(812)292-34-33;

Винакмен Юрий Арнольдович — ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел.: 8(812)292-34-33;

Крумгольц Вячеслав Францискович — к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; тел.: 8(812)292-33-57.