КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.

Вовк Т.Г., Кузнецов С. В., Татаркина А.Н., Кипаренко А.Ю. Баталичева И. И., Букий С.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра детских инфекционных болезней  
Областная детская клиническая инфекционная больница, г.Харьков.

Острый тонзиллит (ОТ; ангина) является одним из наиболее распространенных заболеваний детского возраста. Вирусная этиология ОТ регистрируется чаще у детей в возрасте до 3 лет. У детей старшего возраста в возникновении заболевания доминирующее значение имеют бактерии. В 90-95% случаев причиной бактериальных ОТ является бета–гемолитический стрептококк группы А, в меньшей степени – стафилококки, пневмококки, грибковая флора и др. Способствуют развитию ОТ и ряд негативных факторов – плохая экология, нерациональное питание, переутомление, стрессовые ситуации, переохлаждение. Все эти факторы наносят серьезный стресс иммунной системе и как следствие - провоцируют размножение патогенных микроорганизмов в ткани миндалин. Высокий уровень заболеваемости ОТ, поздняя диагностика, запоздалое или неадекватное лечение, при слабом иммунитете, могут стать пусковым механизмом развития системных заболеваний. Все выше изложенное подчеркивает актуальность и необходимость дальнейшего изучения ОТ у детей.

Цель работы: изучить клинические проявления ОТ бактериальной этиологии у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 147 историй болезни детей в возрасте одного года - 16 лет, больных ОТ. Диагноз устанавливался на основании клинико-анамнестических, эпидемиологических данных, результатов современных лабораторных и инструментальных методов исследований.

Наиболее частым этиологическим возбудителем ОТ был Str. Pyogenes– 86% случаев, S. aureus - 7% , ассоциация Str. Pyogenes + S. aureus - 4%, грибы рода Candida - 2% и 1% - sp. Vensenti b S. Viridans.

Результаты и обсуждение. Значительную часть больных-103(70%) составили дети дошкольного и раннего школьного возраста. У 39,1% детей ОТ развился в возрасте 1–4 лет. Жители города Харькова составили – 117(79,6%), сельские – 30( 20,4%). 75(51,0%) больных поступили в стационар на 1–2 сутки заболевания, 70(47,6%) - на 3-4 сутки, остальные – на 5 - 6 сутки.

У всех детей заболевание начиналось остро с повышения температуры тела до 38 - 40▫С, озноба, головной боли и болей в горле. Температура тела у 66(44,9%) пациентов была субфебрильной, у 47(32,0%) – фебрильной и у 34(23,1%) – высокой. Увеличение, болезненность и плотность регионарных лимфоузлов регистрировалось у 86%(58,5%) детей. У всех больных отмечалась яркая, разлитая гиперемия слизистой оболочки зева, увеличение и гипертрофия миндалин. У 111(75,5%) пациентов ОТ проявился в форме лакунарной ангины. Налеты были расположены в лакунах, бело-желтого цвета, легко снимались шпателем и растирались между предметными стеклами. Отека мягких тканей зева не отмечалось. ОТ в форме фолликулярной ангины отмечался у 30(20,4%) детей. Изменения ткани миндалин представляли собой белесовато- желтого цвета фолликулы, размером 2-3 мм в диаметре, несколько возвышающиеся над поверхностью ткани миндалины, но четко просвечивающиеся под слизистой миндалины, 6(4,1%) детей перенесли гнойно-некротическую ангину.

Больные поступали в стационар, преимущественно, в состоянии средней тяжести. У 19(12,9%) детей, старше 14 лет, диагностирована тяжелая форма заболевания, что, возможно, было связано с этиологическим фактором (ассоциация стрептококка и стафилококка), поздним поступлением больных в стационар, неадекватностью антибактериальной терапии, проводимой амбулаторно, а также с особенностями иммунной реактивности в подростковом возрасте. При этом в клиническом анализе крови отсутствовало адекватное повышение количества нейтрофильных гранулоцитов. У остальных больных отмечался выраженный лейкоцитоз до15×10 9/л с нейтрофильным сдвигом формулы влево, СОЭ -20-25 мм/час. У 11,2% пациентов дошкольного возраста ОТ сочетался с поражением дыхательных путей в виде ларинготрахеита, бронхита или пневмонии, что, по-видимому, связано с нарушением барьерной функции эпителия дыхательных путей, недостаточной выработкой секреторного иммуноглобулина А, увеличением прослойки детей со сниженным иммунным ответом в силу воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов.

Лечение больных проводилось с учетом тяжести заболевания. Соблюдались режим и диета. Антибиотики назначалась согласно утвержденных протоколов лечения, результатов чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, а также с учетом проводимой накануне терапии амбулаторно. При стрептококковой этиологии ОТ применяли пенициллины, цефалоспорины 2 и 3 поколения, при стафилококковой и микробной ассоциации – макролиды, при ассоциации бактерий с грибами рода Candida в комплексную терапию включали флуконазол. Кроме того, применяли местные антисептики для орошения зева, нестероидные противовоспалительные средства, а также антигистаминные препараты, пробиотики. Почти у всех больных заболевание заканчивалось благоприятно – полным клиническим выздоровлением, среднее пребывание на койке – 8,9 дней, лишь у двух больных впоследствии диагностирован острый пиелонефрит. После купирования симптомов ОТ последние были переведены в профильное отделение.

Таким образом, клинические проявления ОТ на современном этапе характеризуются симптомами интоксикации, температурной реакцией организма больного, изменениями ткани миндалин, чаще в виде лакунарной ангины. Согласно наших наблюдений, в большем проценте случаев ОТ обусловлены стрептококком или его ассоциацией со стафилококком.

Лечение ОТ не требует введения новых лекарственных средств и должно проводиться согласно известным протоколам.