

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АНГИНАМИ

*Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Кутлугужина Ф.Г.,
Абрашина Н.А., Шарифуллина Л.Д.*

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа, Россия.

Аннотация. В работе представлена подробная характеристика эпидемиологических аспектов, клинических проявлений, структуры и характера специфических осложнений ангин у пролеченных больных. Отражены сезонность, сроки поступления больных в стационар. Представлена подробное описание различных вариантов течения заболевания, его осложнений, дифференциальная диагностика. Приведен микробный пейзаж выделенной из ротоглотки флоры. Анализированы основные компоненты лечения ангин, их осложнений.

Ключевые слова: Ангины, клиника, микробный пейзаж, осложнения, дифференциальная диагностика, терапия.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ANGIN PATIENTS

*Murzabayeva R.T., Valishin D.A., Mamon A.P., Kutluguzhina F.G.,
Abrashina N.A., Sharifullina L.D.*

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Annotation. The paper presents a detailed description of the epidemiological aspects, clinical manifestations, structure and nature of specific complications of angina in treated patients. Reflected seasonality, the timing of admission of patients to the hospital. A detailed description of various variants of the course of the disease, its complications, differential diagnosis is presented. The microbial landscape of the flora isolated from the oropharynx is shown. The main components of the treatment of angina, their complications are analyzed.

Key words: Angina, clinic, microbial landscape, complications, differential diagnosis, therapy.

Введение. Ангина – острое инфекционное заболевание, передающееся преимущественно воздушно-капельным путем, характеризующиеся

лихорадкой, синдромом интоксикации и воспалительными изменениями лимфоаденоидной ткани глотки с регионарным лимфаденитом [4, 8].

Сохраняющаяся высокая частота заболеваемости, быстрое распространение инфекции (особенно в организованных коллективах), преимущественное поражение детей и молодых лиц, трудопотери, возможность серьезных осложнений, экономический ущерб свидетельствуют о большой актуальности проблемы заболеваемости ангинами [3, 4, 6].

Среди бактериальных возбудителей наибольшее значение имеет β -гемолитический стрептококк группы А. Он вызывает до 70-80% случаев всех ангин. В качестве этиологического фактора могут выступать и стрептококки других групп, стафилококки [1, 2, 5].

Пациенты и методы. Нами проведен анализ 689 историй болезни больных ангиной, госпитализированных в диагностические отделения клинической инфекционной больницы №4 г. Уфы за 2015-2017 гг. Пациентам проводилось комплексное обследование: общий анализ крови (ОАК), мочи, анализ мазков из слизистой ротоглотки и носа на токсигенные штаммы коринебактерий дифтерии, на флору, у части больных – серологические маркеры ВЭБ и цитомегаловирусной инфекции, анализ крови на билирубин, аминотрансферазы (АЛТ, АСТ), креатинин, С-реактивный белок (СРБ), электрокардиография (ЭКГ), консультация ЛОР-врача, реже – кардиолога.

Результаты и обсуждение.

В стационар госпитализированы пациенты со среднетяжелой, тяжелой формами заболевания, а также по социальным показаниям (дети из интернатов до 2-х лет, проживающие в общежитии и т.д.) (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по тяжести заболевания

Форма тяжести	Число больных ангинами			ВСЕГО
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
Легкая	38	23	34	95/13,8%
Среднетяжелая	172	171	202	545/79,1%
Тяжелая	26	12	11	49/7,1%
ВСЕГО	236	206	247	689/100%

У госпитализированных больных преобладала среднетяжелая форма ангин (79,1%), у 49 пациентов (7,1%) регистрировалось тяжелое течение болезни.

Рост заболеваемости наблюдался в осеннее и зимнее время. Распространению стрептококковой инфекции среди людей способствуют низкая температура и влажность воздуха, рост заболеваемости ОРВИ (при кашле, чихании значительное количество стрептококков попадает в окружающую среду). Также отмечалось повышение уровня заболеваемости

ангиной в наиболее жаркое время года – в июле, что обуславливалось употреблением холодных напитков, воздействием кондиционеров, вентиляторов, также имело значение увеличение степени общения людей (возвращение в коллективы после отпуска, летних лагерей, летних каникул) [3, 4].

Чаще всего, больные госпитализировались по направлениям участковой службы – 46% случаев, скорой медицинской помощи – 39% и самостоятельно обращались в приемное отделение – 14% пациентов (таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных ангиной по возрасту и срокам поступления в стационар

	Всего	Участ. служба	ССМП	Без направления	В 1-3 день болезни	В 4-7 дни болезни	Позже 4-го дня болезни
Дети до 1 года	41	21	15	5	29	12	-
1 – 3 лет	198	89	88	21	153	39	6
4 – 7 лет	102	43	40	19	80	21	2
8 – 17 лет	188	108	57	23	124	55	9
18 – 29 лет	119	47	54	18	73	41	5
30 – 39 лет	23	9	7	7	13	8	2
40 – 49 лет	8	1	4	3	6	1	1
50 – 59 лет	7	2	3	2	6	1	-
Старше 60 лет	3	2	1	-	2	-	1
Всего	689	322/46%	269/39%	98/14%	486/70%	178/26%	26/4%

Более половины больных в стационар направлялись врачами поликлиник, что объясняется настороженностью врачей в отношении дифтерии.

Врачами «Скорой помощи» госпитализированы в среднем 39% больных ангиной, что свидетельствует об остром начале болезни, о выражен-

ности интоксикации у данного контингента пациентов. Большинство пациентов поступали в стационар в первые 3 дня болезни (70%), почти ¼ больных позднее - на 4-7 дни болезни и позже 7 дня болезни – 26 человек (4%).

При анализе возрастной структуры больных следует отметить, что с наибольшей частотой заболевание развивалось у детей в возрасте от 1 года до 3-х лет – 198 случаев (28,7%), а также у детей дошкольного (14,8%) и школьного возраста (27,3%). По мнению ряда исследователей, данное явление обусловлено высокой чувствительностью указанной возрастной группы больных к бета-гемолитическому стрептококку и частым пребыванием их в организованных коллективах, где имеет место тесное и продолжительное общение людей, а распространение ангины осуществляется в основном воздушно-капельным путем [3, 4, 6].

Рассматривая клиническую картину ангин у больных, выделили 3 формы болезни: лакунарная (в 64,4%), язвенно-некротическая ангины (5,6%) и фолликулярная (29,8%), особенно при раннем поступлении пациентов в стационар (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных по клиническим формам ангин

Форма ангины	2015 г.	2016 г.	2017 г.	ВСЕГО
Язвенно-некротическая	14	11	14	39/5,6%
Фолликулярная	68	49	89	206/29,8%
Лакунарная	153	146	144	444/64,4%

Как следует из таблицы 3, у преобладающего большинства больных регистрировалась лакунарная ангина (64,4%), что согласуется с данными литературы [4, 8].

Лакунарная ангина начиналась остро, с быстрого подъема температуры до 39-40 С с ознобом, выраженной слабости, боли в горле, в области сердца, в суставах, головной боли. Иногда, особенно у подростков, наблюдалась рвота, при осмотре - лицо гиперемировано с несколько бледным носогубным треугольником. Нередки были герпетические высыпания на губах.

В зеве – резкая гиперемия миндалин, их отек, инфильтрация. Лакуны расширены, в них – желтовато-белое фибринозно-гнойное содержимое, образующее на поверхности миндалин рыхлый налет в виде мелких очагов или пленки, не выходит за пределы миндалин. Он пористый, рыхлый и легко удаляется из лакун миндалин, не оставляя кровотокащего дефекта. Регионарные лимфоузлы (углочелюстные) увеличены, резко болезненны.

Со стороны ОАК часто выявлялись лейкоцитоз от 9 тыс до 18 тыс в 1 мл, нейтрофильный сдвиг влево до 85-95%, ускорение СОЭ до 30-40 мм/ч. В моче определялись следы белка, эритроциты («токсико-инфекционная почка») у 75% больных.

Лакунарная ангина в 93% случаев длилась 6-8 дней. Симптомы болезни нарастали быстро в течение 1-2 дней и также быстро стихали. В периоде снижения температуры начиналось очищение миндалин от налетов. Температура тела чаще снижалась литически. Увеличение подчелюстных лимфоузлов держалось 8-10-12 дней.

Фолликулярная ангина регистрировалась в 29,8% случаев. Характеризовалась преимущественным поражением паренхимы миндалин, их фолликулярной ткани. Так же, как при лакунарной ангине, начинается остро, с выраженной интоксикации. Небные миндалины гиперемированы, отечны. Сквозь эпителиальный покров просвечивают нагноившиеся фолликулы с величиной с булавочную головку. Резко выражен регионарный лимфаденит. Изменения в крови и моче аналогичны таковым при лакунарной ангине. Эти формы ангин по сути своей представляют разные стадии одного процесса.

Регистрировались единичные случаи носоглоточной ангины, для нее характерны боль в горле с иррадиацией в глубокие отделы носа, затрудненное носовое дыхание, увеличение заднешейных лимфоузлов.

В ряде случаев (6-7-4% по годам) наблюдали ангины боковых валиков глотки, при которой отмечались боли в горле при глотании, умеренное повышение температуры тела, гиперемия и припухлость в области боковых валиков, нагноившиеся фолликулы.

Совместно с ЛОР-врачом диагностировали несколько случаев гортанной ангины. Она характеризовалась резкой болью при глотании, изменением тембра голоса, отечностью надгортанника, области черпаловидных хрящей, отечностью складок преддверия и голосовых складок, сужением голосовой щели. При пальпации гортани (передняя и боковые поверхности среднего отдела шеи) отмечалась болезненность. Заболевание может сопровождаться явлениями удушья (механическая асфиксия), и в некоторых случаях требуется трахеостомия.

Третьей клинической формой первичной ангины являлась язвенно-некротическая ангина, наблюдалась в 5,6% случаев у взрослых. Болезнь регистрировалась у людей с резким иммунодефицитом, у злостных курильщиков, характеризовалась преобладанием в воспалительном процессе явлений некроза. Поражение миндалин было односторонним. На миндалине появляются легко снимаемые серовато-желтоватые налеты, после отторжения которых, образуются поверхностные малоблезненные язвы с дном серого цвета. Изъязвления могут выходить за миндалины на мягкое небо, десны, заднюю стенку глотки. Интоксикация умеренная, температура субфебрильная, определялись боли при жевании, глотании, слюнотечение, нередко гнилостный запах изо рта. На стороне поражения развивается регионарный лимфаденит. В ОАК умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Заболевание вызывается симбиозом веретенообразной бактерии

и спирохеты полости рта. Лабораторного подтверждения данной формы ангины не было, забор материала для анализа следует производить лабораторной петлей на предметное стекло, а не ватным тампоном [1, 2, 4, 5].

Как следует из таблицы 4, у исследуемых больных преобладали местные осложнения со стороны ротоглотки гнойно-воспалительного характера.

Таблица 4

Осложнения ангин у исследуемых больных

Частота и характер осложнений	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Паратонзиллиты	20	26	15
Паратонзиллярный абсцесс	54	31	20
Подчелюстной лимфаденит	10-	5	3
Миокардиты	6	3	2
Тонзилло-кардиальный синдром	4	4	2
Гломерулонефрит	3	4	2

При выявлении паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса, развивающихся в результате проникновения возбудителей ангины в околоминдаликовую клетчатку, большую информативность имели такие клинические признаки, как повторное повышение температуры тела до 39-40 С, появление симптомов интоксикации, односторонней сильной боли в горле при глотании с иррадиацией в ухо, зубы, усиливающейся при повороте головы в сторону. Наблюдалась повышенная саливация, гнусавость голоса, тризм жевательных мышц, гнилостный запах изо рта. Часто развивался передневерхний, редко – задний паратонзиллиты. Эти осложнения возникали при позднем поступлении больных, злоупотреблении тепловыми процедурами без применения антибактериальных препаратов в домашних условиях.

Все пациенты с паратонзиллитами были консультированы ЛОР-врачом, им производилась пункция и вскрытие абсцесса. Случаев парафаренгеального абсцесса и гнойного медиастинита не регистрировалось.

Миокардиты возникали при повторных ангинах [4, 5]. В половине случаев миокардит протекал в манифестной форме – слабость, утомляемость, боли в области сердца, непостоянный субфебрилитет, лабильность пульса, склонность к тахикардии. У оставшейся половины больных миокардит протекал субклинически, характеризовался изменениями на ЭКГ – удлинение PQ-интервала, смещение отрезка QT. В ОАК – умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Поэтому при повторных ангинах всем больным необходимо производить ЭКГ, определение СРБ, АСТ, лактатдегидрогеназы (ЛДГ).

Тонзилло-кардиальный синдром регистрировался у больных с повторными ангинами и хроническим тонзиллитом. Проявлялся в основном субъективными симптомами – боли в области сердца, сердцебиение,

бледность или гиперемия кожи, повышенная потливость. Показатели острофазовых реакций (СРБ, АСТ) были нормальными [4, 6].

Гломерулонефрит – возникает после ангины, вызванной нефритогенными штаммами бета-гемолитического стрептококка группы А, протекает, как правило, в латентной форме. Выявляется на 8-10 день заболевания по наличию в моче белка, эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров. Изменения в моче носили стойкий характер. Пробы по Зимницкому, по Нечипоренко, радиоизотопная ренография подтверждают диагноз. У 1/3 больных была умеренная болезненность при поколачивании по поясничной области. В ОАК отмечается лейкоцитоз до 8 тыс в 1 мл, СОЭ до 20-30 мм/ч, сохраняются нормальные показатели мочевины, креатинина в крови и аминотрансфераз.

Диагностика ангины в целом основана на клинико-эпидемиологических данных. Определенное значение имеют результаты ОАК, ОАМ. Все больные, поступившие с диагнозом: ангина, 3 раза обследовались на дифтерию. Специфические методы диагностики (микробиологические и иммунологические) недостаточно совершенны. Выделение от больных ангиной с поверхности миндалин и слизистых оболочек глотки микроорганизмов имеет сравнительно небольшое диагностическое значение, так как у здоровых людей часто обнаруживаются самые разнообразные представители как условнопатогенной, так и патогенной микрофлоры. Здоровое носительство бета-гемолитических стрептококков среди взрослых достигает 10% и больше, а стафилококков до 40% [1, 2, 4]. Большее диагностическое значение имеет определение количества патогенных микробов в месте локализации патологического очага.

Нами представлен микробный пейзаж, выявленный при обследовании госпитализированных в стационар больных с ангинами (таблица 5).

Таблица 5

Микробный пейзаж у больных с ангинами

Микробный пейзаж	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Нетоксигенные штаммы коринебактерий дифтерии	33	29	22
Стафилококки	14	12	10
Стрептококки	12	11	10
Нетоксигенные коринебактерии	5	4	4
Синегнойная палочка	4	3	3
Грибы рода <i>Candida</i>	17	15	14

Как правило, острая ангина вызывалась микст-инфекцией, чаще сочетанием стрептококков и стафилококков, с такой же частотой их сочетание с пневмококком, несколько реже грибы рода *Candida* в симбиозе

с патогенными кокками, редко анаэробы рода клостридий. В патогенезе ангины играют роль как экзогенные (инфекционный агент, запыленность, перепады температуры воздуха), так и эндогенные (иммунодефицит, нарушение носового дыхания) факторы [3, 4, 8].

Синдром ангины может развиваться и при других заболеваниях [6, 7]. Среди исследуемых больных в 16 случаях (2,3%) выявлено расхождение диагноза. При этом в 3 случаях была диагностирована скарлатина, в 2-х – инфекционный мононуклеоз, в 5-ти – острая респираторная инфекция, в 2-х – герпетическая инфекция и в 2-х случаях – кандидозный стоматит. Кроме того, у 14 пациентов, доставленных врачами скорой медицинской помощи с диагнозом «ОРИ», в стационаре была диагностирована ангина.

Всем госпитализированным больным с ангинами проводилась комплексная терапия с включением этиотропного, патогенетического и симптоматического компонентов с учетом степени тяжести болезни, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. При поступлении больных в стационар палаты заполнялись в течение 1-2 суток, учитывая их большую контагиозность в эти сроки болезни. Постельный режим устанавливался на весь лихорадочный период.

Всем больным ангиной назначалась этиотропная терапия. Из антибиотиков часто применялись амоксициллин, цефалоспорины II-III поколения. Реже, с учетом чувствительности флоры, назначались противогрибковые средства и аминогликозиды. При непереносимости β -лактамовых антибиотиков использовались макролиды: эритромицин, макропен, сумамед. Антибиотикотерапия проводилась в течение 7-10 дней.

При длительном сохранении общих и местных проявлений болезни добавляли метрагил внутривенно капельно в течение 2-3 дней, затем трихопол в течение 5-7 суток с хорошим эффектом.

В комплексной терапии использовали дезинтоксикационные средства в виде инфузий и питья, гипосенсибилизирующие (супрастин, диазолин, тавегил), жаропонижающие и обезболивающие препараты (анальгин, ибупрофен, супрастин). Местное лечение включало в себя полоскания ротовой полости теплым отваром шалфея, ромашки, растворами перманганата калия, бикарбоната натрия, фурациллина, хлоргексидина. При выраженном шейном лимфадените использовали согревающую повязку на шею, УВЧ на область лимфоузлов. Лечение больных проводилось под контролем картины крови, мочи, температурной реакции, ЭКГ. При благоприятном течении ангины трудоспособность обычно восстанавливается через 10-12 дней.

Выписку реконвалесцентов на работу осуществляли не ранее 7-го дня нормальной температуры тела, при нормализации ОАК, ОАМ и ЭКГ.

Контрольное обследование рекомендуется у участкового врача через 10 дней: ОАК, ОАМ, санация очагов хронических инфекций. Больным, у

которых ангина повторялась более 2 раз в год, назначается консультация иммунолога, врача-отоларинголога.

Выводы

1. Заболеваемость ангиной за отчетный период оставалась стабильной.
2. Преобладали больные молодого возраста, выявлена определенная сезонность ангин.
3. Специфические методы диагностики ангин малоинформативны, несовершенны.
4. Среди клинических форм болезни значительно преобладала лакунарная ангина, протекающая основном в среднетяжелой, реже в тяжелой форме.
5. Своевременная антибактериальная терапия ангин предупреждает развитие осложнений.

Список литературы

1. Кренделев М.С. К вопросу об этиологии тонзиллита // Современные проблемы науки и образования – 2015. №4.
2. Маянский А.Н. Стрептококки: микробиология и патология // Вопросы диагностики в педиатрии - 2010. – Т.2. - №1. - С. 9-19.
3. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология - М. Гэотар-Медиа, - 2003. – 811 с.
4. Солдатов И.Б. Лекции по отоларингологии – М., - 1994. – 286 с.
5. Фаворова Л.А., Астафьева Н.В., Корженкова М.П. и др. Дифтерия – М. - 1988. – 208 с.
6. Хасанова Г.М., Чапаева Р.Р., Хасанова А.Н., Галимов Р.Р., Борискова К.И., Муминова Н.Д., Зиязетдинова А.Р. Анализ клинических случаев инфекционного мононуклеоза у госпитализированных детей / Диагностика и лечение глазных проявлений инфекционных и системных заболеваний: сборник научных статей участников Международной научно-практической конференции (г. Уфа, 6 апреля 2018) – Уфа: РИО ИЦИПТ, - 2018. – С. 132-137.
7. Хасанова Г.М., Камаева З.Р., Валишин Д.А., Бурганова А.Н., Кучимова Н.А., Рожкова Е.В., Тутельян А.В. Эпидемиологическая ситуация по энтеровирусной инфекции в республике Башкортостан // Инфекционные болезни - 2014. - Т.12. №S1. - С. 329-330.
8. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Т.1. - С.408-424.

© Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Кутлугужина Ф.Г., Абрашина Н.А., Шарифуллина Л.Д., 2018.