

УДК 616.36.22 (075.8)+578.18.21
© Терьошин В.О., 2011

СТРЕПТОКОКОВИЙ НАЗОФАРИНГІТ (лекція) Терьошин В.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб Х перегляду (МКХ-Х) виділяють "Стрептококовий фарингіт" (J02.0). У зарубіжній літературі широко використовуються взаємозамінні терміни "тонзилофарингіт" і "фарингіт". Надалі буде використовуватися термін стрептококовий тонзиліт, під яким розуміється тонзиліт (ангіна) або фарингіт, викликаний бета-гемолітичним стрептококом групи А (*Streptococcus pyogenes*).

Стрептококовий фарингіт найчастіше зустрічається у дітей та підлітків 5-15 років, але він може виникати в будь-якому віці.

1. **Етіологія.** Серед бактеріальних збудників гострого фарингіту та тонзиліту найбільше значення має β-гемолітичний стрептокок групи А (*hemolytic streptococcus*). Гемолітичні стрептококи – будь-які стрептококи, здатні гемолізувати еритроцити крові або утворювати зону гемолізу навколо колонії на кров'яному агарі. Переважна більшість стрептококів, знайдений при патологічних процесах, належать до цього типу. Гемолітичні стрептококи класифікуються як alpha (α-гемолітичні) або viridians type, які утворюють навколо колонії на кров'яному агарі зеленувату зону, значно меншу, ніж прозора зона, утворена бета-типом і beta (β-гемолітичні) type, який утворює прозору зону гемолізу, що одразу оточує колонію на кров'яному агарі. На основі імунологіч-

них даних β-гемолітичні стрептококи можуть бути поділені відповідно до наявності специфічних антигенних вуглеводів у клітинній стінці (С-речовина) на групи Ланцефілда від А до Т. Ті, що спричиняють інфекцію у людей, належать насамперед до групи А – G. Стрептококи групи А мають широкий спектр суперантигенів: еритрогенні токсини А, В, С та D, екзотоксин F, митогенний фактор), стрептококовий суперантиген (SSA), еритрогенні токсини SpeX, SpeG, SpeH, SpeZ, SpeZ-2. Усі ці суперантигени можуть взаємодіяти з антигенами головного комплексу гістосумісності II класу, експресованими на поверхні антиген-презентуючих клітин та варіабельними ділянками β-ланцюга Т-клітин, що викликає їхню проліферацію та тим самим викликаючи значний викид цитокінів, що оказують системну дію на організм.

Набагато рідше гострий фарингіт та тонзиліт викликають стрептококи групи С і G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерія), анаероби і спірохети (ангіна Симановського-Плаута-Венсана), вкрай рідко - мікоплазми і хламідії. Причиною вірусного гострого фарингіту і тонзиліту можуть бути аденовіруси, риновірус, коронавірус, віруси грипу і парагрипу, вірус Епштейн-Барра, вірус Коксаки А і інші. форми (табл. 1).

Таблиця 1. Збудники гострого фарингіта, в % (С.Dagnelie, 1994)

β-Гемолітичний стрептокок групи А	31
Гемолітичні стрептококи інших груп	15
<i>S. aureus</i>	4
Ентеробактерії	6
<i>H. influenzae</i>	2
<i>C. albicans</i>	5
Роста мікрофлори не отримано	40
Інші збудники	3

2. **Епідеміологія.** Найбільш високий рівень захворюваності на цю інфекцію серед дітей у віці 5-15 років, причому хлопчики і дівчатка хворіють однаково часто. У більшості випадків захворювання викликається стрептококами групи А, проте іноді його збудниками можуть бути штами інших серогруп, зокрема групи С або G. Збудник зазвичай передається від людини людині повітряно-крапельним шляхом, причому передачі інфекції сприяє скупченість населення. Цим можна пояснити підвищення рівня захворюваності стрептококовим фарингітом в північних країнах в холодні місяці року точно так само, як і його спалаху у казармах для військових новобранців і в інших установах з великим скупченням людей. Іноді реєструються групові спалахи стрептококового фарингіту з високим рівнем захворюваності при вживанні харчових продуктів, забруднених β-гемолітичними стрептококами.

Патогенез стрептококового назофарингіту: У хворих з гострим стрептококовим фарингітом в

передніх носових ходах і в глотці визначається велика кількість збудників. Якщо не проводиться лікування антибіотиками, стрептококи можуть зберігатися на слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів протягом декількох тижнів і місяців після зникнення симптомів захворювання. Однак у міру подовження термінів носійства кількість стрептококів зменшується, вони зникають із зовнішніх носових ходів і в них не вдається виявити М-протеїн. У зв'язку з цим ймовірність передачі стрептококів групи А до здорових осіб від носіїв-реконвалесцентів значно менше, ніж у гострому періоді хвороби. Носійство стрептококів групи А варіює залежно від регіону, сезонності та віку хворих. Серед школярів було зареєстровано 15-20% випадків носійства, серед дорослих їх було значно менше.

Клінічні прояви стрептококового назофарингіту та фарингіту: Інкубаційний період при стрептококовому фарингіті становить зазвичай 2-4 дні. У дітей старшого віку і у дорослих у класич-

них випадках типово досить гострий початок з болями в горлі, особливо при ковтанні. Поряд з цим з'являються головний біль, відчуття нездужання, підвищується температура тіла на фоні анорексії. Часто хворий скаржиться на пропасницю, проте висока пропасниця та озноб зустрічаються рідко. У дітей часто зустрічаються скарги на нудоту, блювоту і болі в животі.

Загальний стан хворого задовільний або середньої тяжкості, у нього визначається тахікардія, температура тіла часто перевищує $38,0^{\circ}\text{C}$. Задня стінка глотки почервоніла, набрякла з гіперплазією лімфоїдних елементів. Піднебіння мигдалики збільшені, почервонілі, покриті точковим або зливним ексудатом, який може бути жовтого, сірого або білого кольору. На гіпертрофованих лімфоїдних фолікулах задньої стінки глотки можуть бути видні окремі ділянки з ексудатом розміром з шпилькову голівку. Іноді на м'якому небі з'являються дрібні червоні, підняті фолікули з жовтуватим центром (у формі бублика). Регіонарні лімфатичні вузли в кутах нижньої щелепи збільшені і болючі при пальпації. Кашель і охриплість голосу виражені помірно. Залучення, у загальний процес гортані з втратою голосу не типово для стрептококового назофарингіту. Розгорнута клінічна картина гострого ексудативного тонзиліфарингіта часто відзначається під час великих спалахів стрептококової інфекції, особливо в організованих колективах, таких як військові казарми для новобранців. Проте в ендемічних умовах серед цивільного населення захворювання протікає часто значно легше. І дійсно, лише у половині дітей та підлітків з болями в горлі і визначенням стрептококів групи А в посівах з ротоглотки на мигдаликах є нальоти (фолікулярна або лакунарна форми гострого фаринготонзиліту), а в 1/3 випадків температура тіла перевищує $38,3^{\circ}\text{C}$ або має місце виражений лейкоцитоз. У хворих після раніше перенесеної тонзилектомії захворювання перебігає надзвичайно легше. У дітей до 5 років при стрептококовій інфекції верхніх дихальних шляхів відзначається тенденція до менш чіткої локалізації патологічного процесу в лімфоїдній тканині зіву і задньої стінки глотки. Інфекція у них нерідко характеризується ринореєю з ексориацією шкіри в ділянці носових ходів, субфебрильною температурою, анорексією та затяжним клінічним перебігом в той же час стрептококи дуже рідко бувають причиною ексудативного ринофарингіту у дітей у віці до 3 років. Стрептококовий фарингіт зазвичай нетривалий і купірується мимовільно. Температура тіла нормалізується протягом тижня (зазвичай протягом 3-5 днів). Основні об'єктивні симптоми ринофарингіту та болі в горлі зникають при нормалізації температури тіла або незабаром після цього. Однак для того щоб розміри піднебних мигдаликів і лімфатичних вузлів скоротилися до норми, може знадобитися кілька тижнів.

Ускладнення стрептококового назофарингіту: Виділяють гнійні і негнійні ускладнення стрептококового назофарингіту. Гнійні ускладнення зазвичай виникають в суміжних анатомічних зонах. Це отити, синусити, паратонзиллярні абсцеси і гнійні шийні лімфаденіти. У деяких випадках, викликаних найбільш вірулентними штамами β -

гемолітичний стрептокок, розвивається бактеріємія з утворенням віддалених гнійних вогнищ (артрит і остеомиєліт). У доантибіотичну еру ці ускладнення спостерігалися у 13% госпіталізованих хворих. В останні роки вони вже практично не зустрічаються, що, мабуть, пов'язано з застосуванням в лікуванні хворих антибактеріальних препаратів. Через необхідність хірургічного втручання особливе значення має діагностика такого досить частого ускладнення, як паратонзиллярний абсцес. Це ускладнення зазвичай викликається не стрептококами групи А, а мікробними асоціаціями з участю присутньої в глотці (резидентною) змішаною анаеробною мікрофлорою. Для паратонзиллярного абсцесу характерно різке наростання болю в горлі, що посилюються при ковтанні високо, лихоманка і набряклість однобічне у ділянці ший біля кута нижньої щелепи. При огляді спостерігається паратонзиллярне об'ємне утворення з флуктуацією. Лікування полягає в хірургічному розтинанні та дренованні абсцесу і призначенні адекватної симптоматичної терапії кліндаміцину.

Лабораторна діагностика стрептококового назофарингіту: Здійснюють мікробіологічне дослідження мазка з поверхні мигдалині і (або) задньої стінки глотки (чутливість - 90%, специфічність - 96-99%); можлива експрес-діагностика стрептококового антигену в мазках з поверхні мигдалині і (або) задньої стінки глотки (чутливість - 30-95 %, специфічність - 95-100%); відома також імуносерологічна діагностика шляхом вивчення рівня [антистрептолізину-О (АСЛО)] у сироватці - у 80% випадків спостерігається чотириразове зростання титру протистрептококових антитіл у динаміці хвороби.

Лікування. Препаратом вибору при лікуванні стрептококового фарингіту є препарати пеніциліну в тому числі полусинтетичні (10-денний курс). Альтернативні препарати - цефалоспорини, макроліди (азітроміцин), кліндаміцин.

Показання для призначення антибактеріальної терапії: Антибактеріальна терапія виправдана лише при відомій чи передбачуваній бактеріальній (стрептококової) етіології гострого назофарингіту. Необґрунтована антибактеріальна терапія (при вірусній інфекції) сприяє розвитку резистентності до антибіотиків, а також може ускладнюватися небажаними алергічними реакціями.

Антибактеріальна терапія може бути розпочата ще до отримання результатів бактеріологічного дослідження при наявності епідеміологічних і клінічних даних, що вказують на стрептококову етіологію гострого назофарингіту.

Вибір антибіотиків. Враховуючи високу чутливість β -гемолітичного стрептокока групи А до β -лактамів, препаратом І ряду (вибору) для лікування гострого стрептококового назофарингіту є пеніцилін (феноксиметілпеніцилін, оксацилін, ампіцилін). Рідше застосовують оральні цефалоспорини. У пацієнтів з алергією на β -лактами слід застосовувати макроліди (азітроміцин). При проведенні антибактеріальної терапії гострого стрептококового назофарингіту необхідно мати на увазі наступні подолання:

- для ерадикації β -гемолітичного стрептокока групи А необхідний 10-денний курс антибак-

теріальної терапії (виняток становить азитроміцин, який застосовується протягом 5 днів);

- раннє призначення антибіотиків значно зменшує тривалість збереження і тяжкість симптомів захворювання;

- повторне мікробіологічне дослідження після закінчення антибактеріальної терапії показано дітям з ревматичної лихоманкою в анамнезі, за наявності стрептококового фарингіту та тонзиліту в організованих колективах, а також при високій захворюваності ревматичною лихоманкою в даному регіоні.

Неефективність терапії гострого стрептококового тонзиліту:

під неефективністю розуміють:

- збереження клінічної симптоматики захворювання більше 72 годин після початку адекватної антибактеріальної терапії,

- виділення β -гемолітичного стрептокока групи А після закінчення курсу лікування антибіотиками.

Невдачі найбільш часто трапляються в осіб, які отримували феноксиметілпеніцилін, що може бути обумовлено:

- недостатньою комплаєнтністю пацієнта у дотриманні призначеної схеми терапії (передчасне припинення прийому препарату, зменшення добової дози і т.п.);

- наявністю в ротоглотці ко-патогенів, що виробляють β -лактамази, наприклад при загостренні хронічного тонзиліту; в таких випадках рекомендується курс лікування амоксициліном/клавуланатом або іншими препаратами.

Якщо після ліквідації клінічної симптоматики гострого ринофарингіту або тонзиліту зберігається виділення β -гемолітичного стрептокока групи А, повторні курси антибіотикотерапії доцільні тільки при наявності ревматичної лихоманки в анамнезі у пацієнта або членів його сім'ї.

Профілактика: - крім загальноозміцнюючої терапії і заходів, спрямованих на попередження зараження, ефективним засобом профілактики загострень при різних формах ринофарингіту і рецидивуючого тонзиліту виявилися препарати бактеріального походження, зокрема, комплекси антигенів-лізатів, найбільш частих збудників запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, порожнини рота і глотки (імудон, ІРС-19 та ін.). Лікувальна дія препаратів обумовлено підвищенням активності факторів мукозального імунітету зони слизової оболонки глотки. Можливе використання подібних же препаратів системної дії (рибомуніл), проте дана група засобів має більшу кількість протипоказань.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Антонова Л.Ф. Из опыта работы специализированного инфекционного стационара для госпитализации больных респираторными вирусными инфекциями и ангинами / Л.Ф.Антонова // Пробл. екологич. та медич. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. праць, присвячений пам'яті академіка В.Г. Бочоришвілі. - Київ; Луганськ; Харків, 2003. - Вип. 2 (48). - С. 489-494.
 2. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 398-404.
 3. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни / Ж.И. Возианова. - Київ: Здоров'я, 2002. - Т 1. - С. 381-408.
 4. Инфекционные болезни / Под ред. Ю.В. Лобзина. - СПб.: СпецЛит, 2001. - 544 с.
 5. Медицинская микробиология / Покровский В.И., Поздеев О.К. [и др.] - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 1200 с.
 6. Пименов Е.В. Современные представления о патогенезе инфекционных заболеваний / Е.В.Пименов, А.А.Тоголян, А.А.Бывалов // Вестник РАМН. - 2003. - №6. - С. 3-9.
 7. Покровский В.И. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней / В.И. Покровский, Б.Л. Черкасский. - М.: Медицина. - 1993. - С. 51-56.
 8. Посібник з діагностики, терапії та профілактики інфекційних хвороб в умовах поліклініки / Под ред. М.А. Адрейчина. - К.: Здоров'я, 1992. - 256с.
 9. Проблемы инфектологии / Под ред. С.В. Преображенского. - М.: Медицина, 1991. - 400 с.
 10. Principles and practice of infectious diseases / Third edition / G. Mandell, R. Douglas, J. Bennet. - New York; Edinburg; London; Melbourn; Tokyo: Churchill Livingstone, 1998. - P. 1521-1525
- Терьшин В.О.** Стрептококовий назофарингіт (лекція) // Український медичний альманах. - 2011. - Т. 14, № 2. - С. 192-194.
Лекція присвячена питанням етіології, епідеміології, патогенезу, характеристиці клінічних проявів, ускладнень, діагностиці, лікуванню та профілактиці стрептококового назофарингіту.
Ключові слова: інфекційні хвороби, стрептококовий назофарингіт, лекція.
- Терешин В.А.** Стрептококковий назофарингіт (лекція) // Український медичний альманах. - 2011. - Т. 14, № 2. - С.192-194.
Лекція посвячена вопросам этиологии, эпидемиологии, патогенеза, характеристике клинических проявлений, осложнений, диагностике, лечени. и профилактике стрептококкового назофарингита.
Ключевые слова: инфекционные болезни, стрептококковий назофарингіт, лекція.
- Tereshin V.O.** The streptococcal nazopharyngitis (lecture) // Український медичний альманах. - 2011. - Т. 14, № 2. - С. 192-194.
The lecture describe of etiology, epidemiology, pathogenesis, clinical picture, complications, treatment and prophylaxis of streptococcal nazopharyngitis.
Key words: inflectional diseases, streptococcal nazopharyngitis, lecture.

Надійшла 13.01.2011 р.
Рецензент: проф. В.М.Фролов