

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ У ДЕТЕЙ

И.Б. Ершова, А.А. Мочалова, М.Г. Монашова

Резюме. *Исследовалась эффективность применения местной противовоспалительной терапии в комплексном лечении острых тонзиллитов у детей.*

Ключевые слова: *дети, тонзиллит, местная противовоспалительная терапия*

Среди патологии детского возраста ведущее место занимают острые респираторные заболевания и острые тонзиллиты, которые у взрослых отмечаются значительно реже. Это напрямую связано с особенностями детского возраста: лимфоидная ткань носоглотки (прежде всего, аденоиды и небные миндалины) у ребенка достигает максимального развития в возрасте от 2 до 7 лет, а затем с 9 до 10 лет она подвергается постепенной инволюции [4, 5]. Защитная функция миндалин заключается в активном участии в формировании местного и общего иммунитета. Находясь в месте перекреста дыхательного и желудочно-кишечного трактов, небные миндалины непосредственно соприкасаются с поступающими в организм антигенами, а их анатомические особенности (извилистый характер, наличие крипт) обеспечивают длительный контакт экзогенного раздражителя с клетками органа, необходимый для выработки специфических и неспецифических биологически активных веществ, а также клеточных элементов: лизоцима, интерферона, интерлейкина, иммуноглобулинов (Ig M, Ig G, Ig A), лимфоцитов, плазмочитов, макрофагов [8, 9].

Иммунитет у детей отличается от взрослых, что проявляется низким уровнем основных классов иммуноглобулинов, недостаточной способностью к продукции интерферонов, несовершенством фагоцитоза и сниженной фагоцитарной активностью. Процессам гиперпероксидации липидов отводится важная роль в патогенезе воспалительных заболеваний различной локализации. Отмечено, что тяжесть течения воспалительного процесса и его переход в хроническую форму совпадает с нарастанием концентрации в крови продуктов перекисного окисления липидов [9]. Кроме эндогенных факторов, могут способствовать развитию тонзиллитов и экзогенные факторы: неблагоприятные бытовые условия, пребывание в организованных коллективах, эпидемическая вспышка стрептококковой инфекции, переутомление, переохлаждение [6]. Все это объясняет, почему дети чаще болеют простудными заболеваниями.

Под острым тонзиллитом понимается острое воспаление одного или нескольких компонентов лимфоидного глоточного кольца [5].

Возбудителями острого тонзиллофарингита, кроме β -гемолитического стрептококка, могут быть вирусы (аденовирус, риновирус, коронавирус, группа герпесвирусов – вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, вирус простого герпеса), бактерии, простейшие, микотическая инфекция, коринебактерии дифтерии, хламидии и др. Как правило, у детей первых трех лет жизни возникновение заболевания связано с вирусной инфекцией, а после 5 лет – чаще с β -гемолитическим стрептококком [1, 8, 10,]. Причем, на долю бактериальных тонзиллитов приходится 25–30% всех тонзиллитов, остальное – на долю вирусной и другой инфекции [2]. Наибольшую опасность при стрептококковом остром тонзиллите представляют возможные осложнения, которые подразделяются на ранние (отит, синусит, паратонзиллярный абсцесс) и поздние (острый гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка), что, безусловно, требует назначения антибактериальной терапии. Клиническими маркерами бактериальной инфекции являются: передний шейный лимфаденит, лихорадка, гиперемия и экссудат на задней стенке глотки и миндалинах, отсутствие кашля. Показанием для назначения эмпирической антибиотикотерапии служит наличие всех четырех вышеуказанных критериев [3].

Считается, что развитие тонзиллита происходит по типу гиперергической аллергической реакции, причем к сенсибилизации организма приводит разнообразная микрофлора лакун миндалин и продукты белкового распада, а пусковым механизмом развития заболевания могут являться различные факторы экзогенной или эндогенной природы [7].

Поэтому, терапия тонзиллитов должна быть комплексной.

По мнению некоторых авторов (А.В. Кагилов, С.Ю. Макаров и др.), применение антибиотикотерапии с одновременным использованием местного лечения антисептическими препаратами нецелесообразно. Вопрос о целесообразности назначения местной терапии при тонзиллитах на современном этапе является дискуссионным, поэтому целью нашего исследования явилось изучение эффективности местной противовоспалительной терапии в комплексном лечении острых тонзиллитов у детей.

Материалы и методы

Работа проводилась на базе Луганской городской многопрофильной больницы №15, инфекционного боксированного отделения, под наблюдением находилось 67 детей (30 девочек и 37 мальчиков) в возрасте от 6 до 17 лет с клиническими проявлениями острого тонзиллита.

Дети были разделены на 2 группы: основная группа ($n = 35$) получала в качестве местной терапии препараты: «Декасан», «Хлорофиллипт», контрольная группа ($n = 32$) не получала препараты местной терапии. Обе группы получали базовую терапию, которая включала жаропонижающие, противовирусные

средства и антибиотики. Средний возраст детей основной группы составил 10,2±2,1 года, в контрольной группе – 10,4±2,4 года. В основной группе было 15 девочек (42,9%) и 20 мальчиков (57,1%), в контрольной – 15 девочек (46,9%) и 17 мальчиков (53,1%). Наблюдение за детьми осуществлялось на протяжении лечения в стационаре. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Microsoft Excel 7.0. Оценка отклонений в исследуемых группах пациентов проводилась на основании параметрических критериев t-Student.

Результаты исследования и их обсуждение

Основными клиническими симптомами у детей с острыми тонзиллитами при поступлении в стационар были: лихорадка, головная боль, боль в горле, увеличение лимфоузлов, снижение аппетита, боль в мышцах, явления фарингита, ринита (табл. 1).

Таблица 1

Частота обнаружения основных клинических признаков у больных острыми тонзиллитами в первые дни заболевания

Клинические признаки	Основная группа (N=35)	Контрольная группа (N=32)
Лихорадка	31 (88,6%)	28 (87,5%)
Боль при глотании	24 (68,6%)	21 (65,6%)
Головная боль	18 (51,4%)	22 (68,7%)
Снижение аппетита	29 (82,8%)	30 (93,7%)
Увеличение лимфоузлов	26 (74,3%)	23 (71,9%)
Мышечные боли	12 (34,3%)	9 (28,1%)
Катаральные явления	5 (14,3%)	3 (9,4%)

Среди обследованных основной группы было 8 (22,9%) детей с острым тонзиллитом фолликулярной формы и 27 (77,1%) детей с тонзиллитом лакунарной формы. В контрольной группе острый тонзиллит фолликулярной формы был у 9 (28,1%) детей, а лакунарной формы – у 23 (71,9%) детей.

Таблица 2

Показатели гемограммы у больных острыми тонзиллитами в острый период

Показатели	Число больных основной группы (N=35)	Число больных контрольной группы (N=32)
Снижение уровня гемоглобина (от 110 до 85 г/л)	3 (8,6%)	4 (12,5%)
Лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$	23 (65,7%)	19 (59,4%)
СОЭ более 12 мм/ч	26 (74,3%)	21 (65,6%)

При первичном осмотре всех детей изучали анамнестические данные (аллергоанамнез, наследственный анамнез, наличие сопутствующей патологии), проводили клиническую оценку состояния больного: симптомов интоксикации, температурной реакции, катаральных явлений, назначалась лабораторная диагностика. Оценка общего состояния и клинической картины осуществлялась ежедневно.

Анализ приведенных данных показал, что лейкоцитоз в первые дни болезни у основной и контрольной группы отмечается больше, чем у половины больных, а повышение СОЭ в основной группе было у 74,3% детей и у 65,6% детей контрольной группы, при выраженных симптомах интоксикации. Ускоренная СОЭ и лейкоцитоз, а также наличие лимфаденита, лихорадки, отсутствие кашля, могут свидетельствовать о преобладании бактериальной флоры у детей и обоснованности назначения антибиотикотерапии.

Основная группа детей использовала для полоскания горла «Декасан», «Хлорофиллипт» 4–5 раз в день, контрольная группа не получала местной терапии, обе группы получали комплексную терапию.

Сравнительная эффективность комплексной терапии оценивалась по объективному состоянию больных (уменьшение налетов на миндалинах, нормализации температуры тела, изменение двигательной активности, аппетита, катаральных явлений), так и по субъективной оценке родителей и самих пациентов.

У больных, не получавших местную противовоспалительную терапию, в отличие от пациентов, получавших «Декасан», «Хлорофиллипт» в качестве местной терапии достоверно продолжительнее сохранялись симптомы интоксикации, в том числе лихорадка ($2,93 \pm 0,21$ и $2,25 \pm 0,17$ дня, $p < 0,05$), местный воспалительный процесс: гиперемия слизистой оболочки ($7,63 \pm 0,28$ и $6,5 \pm 0,17$ дней, $p < 0,01$), гипертрофия миндалин ($8,13 \pm 0,3$ и $6,52 \pm 0,22$ дней, $p < 0,01$), налеты на миндалинах ($4,5 \pm 0,31$ и $3,58 \pm 0,2$ дня, $p < 0,05$). Что показано на рисунке 1.

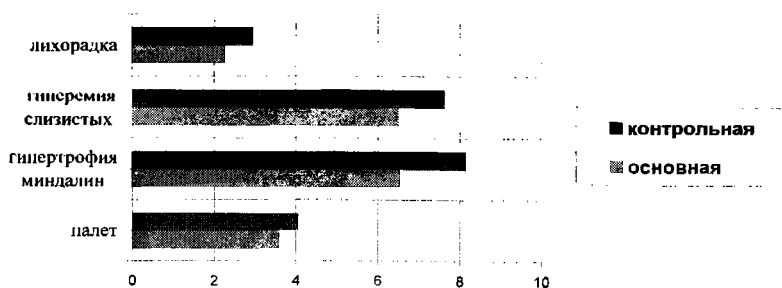


Рис. 1. Продолжительность клинических симптомов у больных основной и контрольной группы

Улучшение общего самочувствия у больных основной группы отмечалось уже на вторые сутки у 26 (74,3%) детей, в контрольной группе улучшение самочувствия наблюдалось на третьи сутки у 23 (71,9%) больных.

Аллергических реакций за время использования основной группой «Декасана», «Хлорофиллипта», нежелательных побочных явлений не наблюдалось.

Выводы

1. Результаты исследования продемонстрировали высокую клиническую эффективность применения местной противовоспалительной терапии в комплексном лечении острых тонзиллитов у детей. По сравнению с детьми контрольной группы, которые не получали терапии для местного лечения, в основной группе наблюдалось уменьшение налетов на миндалинах и выздоровление раньше, чем в контрольной группе.

2. Применение местных антисептических средств позволяет сократить сроки заболевания в лечении острых тонзиллитов у детей.

Литература

1. Байкова В.Н. Особенности системы антиоксидантной защиты и ее коррекция у детей с хроническим тонзиллитом / В.Н. Байкова, Е.П. Карпова, Э.Ф. Фейзуллаев // *Русский медицинский журнал*. – 2009. – № 4. – С. 303–307.

2. Белов В.А. Применение местных антисептических препаратов при обострении хронического тонзиллита у детей / В.А. Белов // *Практика педиатра*. – 2012. – № 3. – С. 31–33.

3. Зайцев А.А. Защищенные аминопенициллины: эпоха ренессанса b-лактамов / А.А. Зайцев, А.И. Синопальников // *Русский медицинский журнал*. – 2007. – Т. 15. – № 7. – С. 572–575.

4. Кириченко И.М. Обзор эффективности острого фарингита / И.М. Кириченко // *Поликлиника*. – 2013. – № 3. – С. 76–77.

5. Пискунов Г.З. Острый тонзиллофарингит / Г.З. Пискунов, И.Б. Анготоева // *Лечащий врач*. – 2007. – № 2. – С. 23–25.

6. Полякова Т.С. Современный взгляд на проблему терапии тонзиллофарингитов / Т.С. Полякова, А.В. Гуров, А.М. Поливов // *Русский медицинский журнал*. – 2007. – № 2. – С. 146–150.

7. Солдатский Ю.Л. Возможности современных макролидов в лечении тонзиллита в детском возрасте / Ю. Л. Солдатский // *Лечащий врач*. – 2012. – № 8. – С. 32–36.

8. Таточенко В.К. Острые тонзиллиты в детском возрасте: диагностика и лечение / В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, А.С. Дармалян // *Фарматека*. – 2009. – № 14. – С. 65–69.

9. Юлиш Е.И. Острый стрептококковый тонзиллофарингит у детей: вопросы диагностики и терапии / Е.И. Юлиш, О.Е. Чернышева, Б.И. Кривущев, Е.В. Глинская // *Здоровье ребенка*. – 2013. – № 4(47). – С. 79–82.

10. Юлиш Е.И. Патогенетическая терапия при воспалительных заболеваниях глотки у детей / Е.И. Юлиш, О.Е. Чернышева, Б.И. Кривущев [и др.] // *Здоровье ребенка*. – 2013. – № 1(44). – С. 153–157.

І. Б. Ершова, Г.О Мочалова, М. Г. Монашова

Резюме. Досліджувалася ефективність застосування місцевої протизапальної терапії в комплексній терапії гострих тонзилітів у дітей.

Ключові слова: діти, тонзиліти, місцева протизапальна терапія

**MODERN FEATURES OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF ACUTE TONSILLITIS IN CHILDREN**

I. B. Yershova, A. A. Mochalova, M. G. Monashova

Summary. The investigation of efficiency of the local anti-inflammatory therapy in treatment of acute tonsillitis in children.

Key words: children, tonsillitis, a local anti-inflammatory therapy

УДК 616.36-002-022.7:578.891]-036.22

**ПРОЯВИ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГЕПАТИТУ А
В БАГАТОРІЧНІЙ ТА РІЧНІЙ ДИНАМІЦІ**

О.В. Зубленко, Т.В. Петрусевич, О.С. Ігнатенков

Резюме. Проведено аналіз багаторічної динаміки ГА в Україні зі складанням прогнозу захворюваності на наступний рік, річної динаміки зі встановленням довірчих меж («контрольних» рівнів) та підтвердження сезонності.

Ключові слова: гепатит А, багаторічна динаміка, річна динаміка

Гепатит А (ГА) – одне з найпоширеніших інфекційних захворювань групи кишкових інфекцій, зустрічається повсюдно. Щорічно в світі реєструють близько 1,4 млн випадків ГА. Для різних країн показник захворюваності має суттєві відмінності в залежності, насамперед, від санітарно – гігієнічних умов життя населення. Так, в країнах Африки, Південно-Східної Азії та Латинської Америки він становить 500–1000 на 100 тис. населення, а у високорозвинених країнах Західної Європи, США – менше 10 на 100 тис. населення. Щорічно в Україні реєструється близько 20 тисяч випадків ГА [1] Україна посідає одне з провідних місць за рівнем захворюваності на ГА в Європейському регіоні. Питома вага захворілих на ГА становить 20–30% всієї інфекційної захворюваності в Європі та в 40–60 разів вища, ніж в розвинутих країнах Європи та Північної Америки [2].

За літературними даними, для ГА характерною є осінньо-зимова сезонність, з максимальним підвищенням у жовтні-грудні. Така сезонність