

БОРИСОВА О.В., МИТРОФАНОВ А.В., ГАСИЛИНА Е.С., КИТАЙЧИК С.М.,
БОГОЯВЛЕНСКАЯ И.Ю., ШЕРЕМЕТЬЕВ Е.С.

УДК 616.322-002:616.9-053.2

Самарский государственный медицинский университет
ММБУ «ГБ № 5», г. Самара

Особенности клиники заболеваний бактериальной и вирусной этиологии у детей, протекающих с синдромом ангины

Цель работы: Изучение клинических особенностей болезней, протекающих с синдромом ангины бактериальной и вирусной этиологии при двух наиболее распространенных нозологиях в детском возрасте: при стрептококковой и герпетической инфекции.

Под нашим наблюдением находились 210 больных детей: I группа включала 143 детей с синдромом ангины стрептококковой этиологии (из них 36 пациентов перенесли скарлатину — группа IA, 107 детей переболели ангиной — группа IB); II группа состояла из 67 пациентов с инфекционным мононуклеозом (ИМ).

Бактериологическое исследование позволило подтвердить стрептококковый генез ангины в 100,0% случаев у детей I A и I B группы. У 73,1% детей II группы обнаружена Эпштейна — Барр-вирусная инфекция, у 9,0% — ЦМВИ, у 6,7% — сочетание этих двух инфекций, в 11,2% случаев возбудителя определить не удалось.

При обследовании детей I A группы выявлено, что в современных условиях преобладают больные со среднетяжелой формой скарлатины (94,4%), с выраженным аллергическим компонентом (25,0%), гладким течением заболевания.

Скарлатина сохранила типичные клинические проявления. Инфекция у большинства пациентов началась остро с лихорадки, синдрома интоксикации и острого тонзиллита. Температура тела составила в среднем $37,9 \pm 0,07^\circ\text{C}$. Средняя продолжительность лихорадки — $2,3 \pm 0,4$ дня. Жалобы на боль в горле предъявляли 63,9% больных, недомогание, вялость, снижение аппетита — 16,7%. Типичная мелкоточечная сыпь появилась в 1–2-й день болезни у 75,0% больных, на 3-й день — у 25,0%.

Синдром ангины выявлен у 100% детей в виде гипертрофии небных миндалин, гиперемии ротоглотки и реакции ре-

гионарных лимфатических узлов. Ангина в 58,3% случаев носила катаральный характер, в 41,7% — лакунарный.

В острый период заболевания в ОАК выявлены лейкоцитоз (38,9%), относительный нейтрофиллез (63,9%), эозинофилия — 16,7%, ускорение СОЭ (72,2%).

На современном этапе развития ангина стрептококковой этиологии у детей I B группы сохраняла характерный симптомокомплекс: лихорадку (100,0%), изменения в ротоглотке (100,0%), боль в горле (96,3%), лимфаденопатию (65,4%), затруднение носового дыхания (63,6%). Клинические проявления сопровождались симптомами интоксикации и характерными изменениями в периферической крови, выраженность которых свидетельствовала о тяжести течения инфекционного процесса.

У пациентов II группы преобладали среднетяжелые формы (79,1%). В большинстве случаев заболевание началось остро с повышения температуры тела до фебрильных цифр ($38,8 \pm 0,08^\circ\text{C}$), проявлений интоксикационного синдрома. Длительность лихорадки составила $4,3 \pm 0,4$ дня. Наиболее значимо у пациентов были увеличены шейные лимфатические узлы (до 1-3 см — 58,2%). Налеты на миндалинах отмечены у 88,0% детей (бело-желтые, рыхлые, бугристые), располагались они в виде островков и полосок вдоль лакун, в 12,0% определена катаральная ангина. В 14,9% случаев налеты сплошь покрывали миндалины, у трети пациентов плохо снимались. Гепатомегалия отмечена в 95,5%, спленомегалия — в 77,6%. У 19,4% пациентов отмечена экзантема, при этом преобладала пятнисто-папулезная сыпь.

В периферической крови выявлены следующие изменения: лейкоцитоз — 40,3%, лимфоцитоз 73,1%, моноцитоз — 47,8%, атипичные мононуклеары — 95,5%, увеличение СОЭ — 83,6%. У 23 детей (34,3%) отмечено повышение уровня трансаминаз более чем в 4 раза.