

СИНДРОМ АНГИНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПОЧЕК

Борисова О.В., Митрофанов А.В., Овчинникова Т.А.

Самарский государственный медицинский университет, кафедра детских инфекций, (г. Самара, 443099, ул. Чапаевская, 89), somvoz@live.ru

Синдром ангины (СА) широко распространен при инфекционных заболеваниях у детей. Приведены наблюдения 327 детей с инфекционными заболеваниями, протекающими с СА. Определено клиническое течение заболеваний на современном этапе, показан значительный процент осложнений со стороны почек при поражении ротоглотки.

Стрептококковая инфекция достаточно широко распространена среди детей, что можно объяснить отсутствием специфической профилактики. Скарлатина в современных условиях рассматривается как легкое заболевание с благоприятным прогнозом. Преобладают больные со среднетяжелой формой инфекции с выраженным аллергическим компонентом, гладким течением заболевания. Лакунарные ангины также широко распространены среди детского населения. Среди возбудителей лидирует стрептококковая инфекция. На современном этапе заболевание сохраняет характерный симптомокомплекс.

Ключевые слова: синдром ангины, клинические особенности болезней, поражения почек.

THE SYNDROME OF QUINSY OF THE INFECTIONS PROCEEDING AT CHILDREN: CLINICAL FEATURES OF THE ILLNESSES, DEFEATS OF KIDNEYS.

Borisova O.V., Mitrofanov A.V., Ovchinnikova T.A.

The Samara state medical university, chair of childrens infections, Russia, Samara, (443099, Chapayevskya St., 89.) somvoz@live.ru

Quinsy syndrome widespread at the infectious diseases at children is considered. Supervision of 323 children with the infectious diseases proceeding with a syndrome of quinsy are resulted. The clinical current of diseases at the present stage is defined, the considerable percent of nephritic complications at defeat of throats is shown.

Streptococcal infection enough widespread among children that it is possible to explain absence of specific preventive maintenance. The scarlet fever in modern conditions is considered as easy disease with the favorable forecast. Patients with severe form of an infection with the expressed allergic component, a smooth current of disease prevail. lacunar quinsy also widespread among the children's population. Among activators the streptococcal infection is in the lead. At the present stage disease keeps characteristic symptom-complex.

Key words: quinsy syndrome, clinical features of the illnesses, defeats of kidneys.

Введение. В настоящее время сохраняется высокий уровень заболеваемости ангиной как бактериальной, так и вирусной этиологии [1; 2]. Среди бактериальных возбудителей СА лидирует стрептококковая инфекция; среди вирусных – герпесвирусные инфекции. В России ежегодно более 10 млн детей переносят респираторную стрептококковую инфекцию [3]. Заболеваемость инфекционным мононуклеозом (ИМ) неуклонно растет, составляя в 2009 г. 38 случаев на 100 000 населения [4].

Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей болезней, протекающих с СА, выявление осложнений со стороны органов мочевыделительной системы (МВС).

Пациенты и методы. Исследование проведено на базе ММУ «Городская больница № 5» г. Самара за период с 2007 по 2009 г. Выделены следующие группы обследованных

детей: I – 212 детей с СА стрептококковой этиологии (из них 42 ребенка перенесли скарлатину – группа IA, 170 пациентов переболели ангиной – группа IB); II группа включала 115 пациентов с ИМ.

Больным было проведено обследование, принятое в инфекционной клинике – общеклиническое исследование крови и мочи, бактериологические методы, ПЦР-диагностика. Для выявления патологии со стороны МВС использовали следующие методы: биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, функциональные пробы. При выявлении патологии со стороны почек дети были переведены в нефрологический стационар. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office XP и пакетов статистического анализа Statistika 6.0 (StatSoft Inc., USA).

Результаты. Основной возраст госпитализированных IA группы был от 7 до 12 лет (61,9%). Ангинами (IB группа) чаще болели дети до 3 лет (48,2%), 4–7 лет (21,8%). Бактериологическое исследование позволило подтвердить стрептококковый генез СА у детей IB группы: Str. β -haemolyticus – 51%, Str. Viridians – 24%, Str. Pyogenus – 6%, в 19% – ассоциации стрептококков с другими микроорганизмами. Нами выявлено, что в современных условиях ИМ чаще болеют дошкольники (дети в возрасте от 3 до 7 лет), они составили 52%. ПЦР-диагностика была проведена у всех пациентов. У 72% детей обнаружена инфекция Эпштейна–Барр, у 8% – ЦМВ-инфекция, у 11% – сочетание этих двух инфекций, в 9% случаев возбудителя определить не удалось.

Нами определены клинические особенности СА при скарлатине. Выявлено, что в современных условиях преобладают больные со среднетяжелой формой инфекции (95,2%) с выраженным аллергическим компонентом (23,8%), 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 $37,9 \pm 0,07$ °C. Средняя продолжительность лихорадки – $2,3 \pm 0,4$ дня. Жалобы на боль в горле предъявляли 54,7% больных, недомогание, вялость, снижение аппетита – 14,3%. СА выявлен у 100% детей в виде гипертрофии небных миндалин, гиперемии ротоглотки и реакции регионарных лимфатических узлов. Ангина в 64,3% случаев носила катаральный характер, в 35,7% – лакунарный.

Клинические особенности СА у детей IB группы были следующими: на современном этапе развития ангина сохраняла характерный симптомокомплекс: лихорадку (100%), изменения в ротоглотке (100%), боль в горле (95,9%), лимфаденопатию (64,1%), затруднение носового дыхания (64,7%). Клинические проявления сопровождалась

характерными изменениями в периферической крови и симптомами интоксикации, выраженность которых свидетельствовала о тяжести течения инфекционного процесса.

Клинические особенности СА при ИМ. У пациентов II группы преобладали среднетяжелые формы (80,0%). В большинстве случаев заболевание начиналось остро с повышения температуры тела до фебрильных цифр ($38,8 \pm 0,08$ °C), проявлений интоксикационного синдрома. Длительность лихорадки составила $4,3 \pm 0,4$ дня. Налеты на миндалинах отмечены у 87% детей (бело-желтые, рыхлые, бугристые), располагались в виде островков и полосок вдоль лакун. Однако в 14,0% случаев они сплошь покрывали миндалины, у трети пациентов плохо снимались.

Осложнения со стороны органов МВС возникли у 11,6% пациентов. При этом преобладали поражения тубулоинтерстициального отдела нефрона (инфекционно-токсическая почка, острый тубулоинтерстициальный нефрит, инфекция МВС). Острый гломерулонефрит встречался достоверно реже ($\chi^2 = 23,19$, $p < 0,01$).

Осложнения со стороны почек при СА представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Осложнения со стороны почек у детей с СА

| Нозологические формы заболеваний почек | Группы обследованных | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | IA n=42 | IB n=170 | II n=115 |
| Инфекционно-токсическая почка | 3 | 9 | 2 |
| Острый гломерулонефрит | 1 | 2 | - |
| Тубулоинтерстициальный нефрит | - | 3 | 2 |
| Инфекция МВС | 2 | 7 | 4 |
| Острая почечная недостаточность | 1 | - | 1 |
| Итого | 7 (16,7%) | 21 (12,3%) | 9 (7,8%) |

Согласно нашим данным, у большинства пациентов диагноз почечного заболевания был выставлен в отдаленном периоде инфекции после выписки из инфекционного стационара.

Основной путь инфицирования мочевых путей и почек в ходе системных инфекционных процессов, протекающих с бактериемией, вирусемией – гематогенный. Инфекции снижают резистентность детского организма и этим затрудняют освобождение от проникшей инфекции мочевых путей и структур почек.

Осложнения со стороны почек у пациентов IA и IB групп отмечены при негладком течении заболевания, при поздней и неадекватной антибактериальной терапии, несвоевременной госпитализации. Осложнения со стороны МВС у больных II группы возникали независимо от сроков госпитализации и начала лечения.

Поскольку у детей всех обследованных групп основным синдромом явился синдром тубулоинтерстициальных изменений, мы сравнили основные его проявления по лабораторным и функциональным показателям, представленным в таблице 2.

Таблица 2 – Основные лабораторные и функциональные показатели при синдроме тубулоинтерстициальных изменений

| Показатели | IA n=6 | IB n=19 | II n=9 | Н р |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------|
| Лабораторные признаки | | | | |
| ОАК: | | | | |
| Эр $\times 10^{12}/л$ | 3,9 | 3,8 | 4,2 | H=8,3 |
| Нв | (3,3÷4,7) | (3,2÷4,4) | (3,5÷4,5) | p=0,00* |
| г/л | 115,0 | 116,0 | 120,0 | H=30,7 |
| | (92,0÷129,0) | (106,0÷128,0) | (115,0÷124,0) | p=0,00* |
| ОАМ: | | | | |
| Белок | 0,25 | 0,12 | 0,10 | H=1,8 |
| г/л | (0,09÷0,33) | (0,07÷0,19) | (0,06÷0,16) | p=0,41 |
| Эр | 18,1 | 12,4 | 6,5 | H=8,3 |
| в п/зр | (6,0÷32,0) | (4,0÷19,0) | (2,0÷12,0) | p=0,01* |
| Функциональные признаки | | | | |
| р мочи | 1014,5 | 1013,3 | 1017,5 | H=12,6 |
| уд. ед | (1010,0÷1018,0) | (1009,0÷1017,0) | (1013,0÷1022,0) | p=0,00* |
| Титруемые кислоты, мг/сут | 29,2 | 26,8 | 34,8 | H=18,2 |
| | (24,5÷34,5) | (22,3÷31,5) | (29,5÷40,5) | p=0,00* |
| Аммиак, мг/сут | 30,3 | 31,4 | 42,0 | H=11,5 |
| | (27,5÷33,5) | (28,2÷35,3) | (32,5÷52,5) | p=0,00* |

| | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| СКФ, мл/мин /1,73 м ² | 76,5 (50,0÷102,0) | 78,8 (52,0÷105,0) | 83,5 (58,0÷110,0) | H=34,5 p=0,00* |
| КР, % | 98,2 (98,0÷99,0) | 98,3 (98,0÷99,0) | 98,8 (98,5÷99,5) | H=7,14 p=0,07 |

ANOVA Kruskal-Wallis, df 2, * достоверность при p<0,05.

У больных при бактериальных поражениях выявлена анемия легкой степени, среди изменений в биохимическом анализе крови определено статистически не значимое умеренное повышенное содержание α_2 - и β -глобулинов.

Мочевой синдром у изученных пациентов проявлялся микрогематурией и протеинурией. В ОАМ у большинства детей выявлено снижение относительной плотности мочи. У пациентов I группы мы выявили достоверное нарушение функционального состояния дистальных канальцев (нарушение функции ацидо- и аммиогенеза). Показатели СКФ и КР были в пределах референтных значений, у части детей умеренно снижались в остром периоде, быстро восстанавливаясь в периоде реконвалесценции.

Проанализировав клиничко-anamнестические и лабораторно-функциональные особенности поражения почек в остром периоде инфекционного заболевания у детей с возникновением осложнений со стороны нефрона и их отсутствием, мы определили информативность показателей с 95% доверительным интервалом и рассчитали прогностические коэффициенты. При этом выделили ведущие факторы для формирования групп высокого риска по развитию осложнений со стороны почек:

1. Хроническая гипоксия плода ($\chi^2 = 15,82$, p<0,01).
2. Наличие заболевания почек и/или нефропатии беременных у матери ($\chi^2 = 5,18$, p<0,05).
3. Снижение диуреза в дебюте заболевания ($\chi^2 = 9,29$, p<0,05).
4. Повышение АД в дебюте заболевания выше 130 мм рт. ст. ($\chi^2 = 6,55$, p<0,05).
5. Суточная протеинурия более 0,5 г/л ($\chi^2 = 24,23$, p<0,01).
6. Снижение относительной плотности мочи в ОАМ ниже 1016 ($\chi^2 = 22,45$, p<0,01).
7. Наличие гипостенурии и изогипостенурии (проба Зимницкого) – ($\chi^2 = 24,48$ p<0,05).

Заключение. Стрептококковая инфекция достаточно широко распространена среди детей, что можно объяснить отсутствием специфической профилактики. Скарлатина в современных условиях рассматривается как легкое заболевание с благоприятным прогнозом. Преобладают больные со среднетяжелой формой инфекции с выраженным аллергическим компонентом, гладким течением заболевания. Лакунарные ангины также широко распространены среди детского населения. Среди возбудителей лидирует стрептококковая

инфекция. На современном этапе заболевание сохраняет характерный симптомокомплекс. Полученные нами данные свидетельствуют о широкой распространенности ИМ среди детского населения. При этом ИМ у большинства пациентов сохраняет свою типичную картину.

У обследованных пациентов при поражении ротоглотки выявлен значительный процент осложнений со стороны почек (7,8–16,7%). При поражении почек в остром периоде инфекционного заболевания достоверно чаще преобладали тубулоинтерстициальные поражения ткани нефрона ($\chi^2 = 23,19$, $p < 0,01$), сопровождающиеся умеренным мочевым синдромом, выраженными нарушениями функции дистальных канальцев.

Список литературы

1. Вейн А.М., Данилов А.Б. Диагностическое значение вызванных кожных симпатических потенциалов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1992. – № 92 (5). – С. 3–7.
2. Бойцов И.В. Динамическая сегментарная диагностика нейрофункционального статуса систем организма // Рефлексология. – 2005. – № 4 (8). – С. 15–18.
3. Зиновьева Л.И., Оберт А.С., Иванов И.В. Клиническая характеристика инфекционного мононуклеоза // Журнал инфектологии. – 2010. – Т. 2. – № 3. – С. 86.
4. Михайлова Т.А. Совершенствование дифференциальной диагностики инфекционного мононуклеоза герпесвирусной этиологии у детей : автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Тюмень, 2008. – 23 с.
5. Щербакова М.Ю., Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты // Педиатрия. – 2009. – Т. 88. – № 5. – С. 127–135.

Рецензенты:

Захарова Л.И., д.м.н., профессор кафедры детских болезней ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара.

Каткова Л.И., д.м.н., доцент, главный консультант Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, г. Самара.