

УДК 616.91

*З.И. Сулейменова^{1,2}, Г.А. Исмаилова^{1,2}, А.К. Курмангазыева^{1,2},
Р.А. Саламатова^{1,2}*

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования.

²Городская клиническая инфекционная больница
г. Алматы, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ АНГИНОЗНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА И ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ТОНЗИЛЛИТА

АННОТАЦИЯ

В помощь врачам первичной медико-санитарной помощи, для диагностики и терапии тонзиллита иерсиниозной этиологии определены клинические, эпидемиологические критерии и проведен дифференциальный диагноз с острым бактериальным тонзиллитом.

Ключевые слова: бактериальный тонзиллит, иерсиниоз, ангинозная форма.

Диагностика инфекционного заболевания на догоспитальном этапе основывается на клинических симптомах заболевания и эпидемиологических предпосылках. Для постановки предварительного инфекционного диагноза огромное значение имеет дифференциальная диагностика со смежными заболеваниями терапевтического, гематологического, отоларингологического профиля и прочих смежных дисциплин. В свою очередь, результат дифференциации позволяет назначить адекватное лабораторное и инструментальное обследование пациента для верификации инфекционной природы заболевания, а также госпитализировать заболевшего в профильный стационар. Термин "тонзиллит" означает воспаление небных миндалин и других лимфоидных образований ротоносоглотки [1,2]. Необходимо отметить, что тонзиллит является как самостоятельной нозологией, так и симптомом ряда инфекционных заболеваний: скарлатина, иерсиниоз, дифтерия, инфекционный мононуклеоз, аденовирусная инфекция и пр. Помимо пациентов с острым тонзиллитом встречаются и больные с хроническим тонзиллитом в стадии обострения, либо с наслоением острой ангины на хроническое воспаление миндалин. Перед врачом первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в первую очередь стоит вопрос, что у пациента: острый бактериальный тонзиллит или сим-

птом другого инфекционного заболевания, в частности ангинозная форма иерсиниоза, или обострение хронического тонзиллита. По данным городской клинической инфекционной больницы имени И.С. Жекеновой (ГКИБ), заболеваемость иерсиниозом и острым тонзиллитом представлена на рисунке. Несомненно, представленные результаты с учетом численности населения г. Алматы, являются небольшой верхушкой айсберга, подводная часть которого – это амбулаторные пациенты поликлиник и частных медицинских центров. В разные годы лабораторная верификация острых тонзиллитов составляла 58,8-93,2 %, иерсиниоз лабораторно подтверждался в 14-68 % случаях (показатели городской бактериологической лаборатории г. Алматы).

Остается достаточный процент этиологически нерасшифрованных тонзиллитов, а терапия любого тонзиллита на уровне амбулаторной помощи проводится по трафарету, что, в свою очередь, не способствует быстрому и полноценному выздоровлению, особенно при зоонозной этиологии заболевания.

Материалы и методы. Проведен дифференциальный диагноз между острыми тонзиллитами стрептококковой, стафилококковой этиологии и ангинозной формой иерсиниоза на 58 историях болезней (по 29 в каждой группе) с острым бактериальным тонзиллитом и анги-

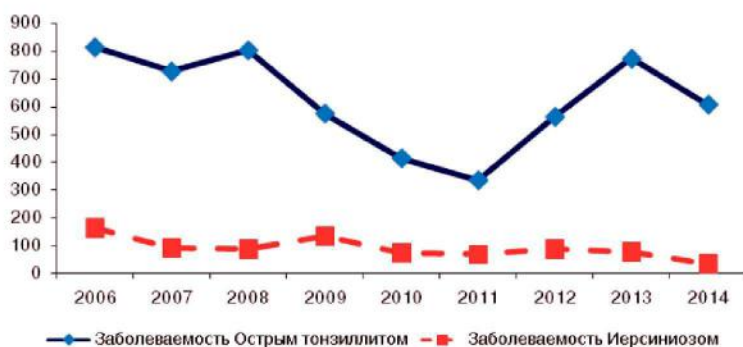


Рис. 1. Заболеваемость острым тонзиллитом, иерсиниозом

нозной формой иерсиниоза. Все случаи острого тонзиллита были лабораторно верифицированы высевом различных серотипов *Streptococcus* группы А (13 культур) и *Staphylococcus* (16 культур). Иерсиниоз был подтвержден высевом 17 культур различных *Yersinia*: *enterocolitica*, *pseudotuberculosis*, *friderixen*, *intermedia*, *cristensenia*. 11 из 17 высевов были со слизистой ротоглотки, 3 – копрокультуры, 2 гемокультуры и 1 уринокультура. В остальных 15 случаях предварительный клинический диагноз был верифицирован серологически, нарастанием титра антииерсиниозных антител от 1:40 до 1:400. Среди разнообразия иерсиний, преобладала *Y. enterocolitica*.

В обеих группах болели преимущественно мужчины молодого возраста 20-29 лет, иерсиниоз чаще встречался среди рабочих (таблица 1). Иерсиниоз в г. Алматы регистрируется во все сезоны года, но ангинозная форма чаще встречается весной (38 %) и летом (41 %). Острый тонзиллит в большинстве случаев (76 %) регистрировался осенью, единич-

ные случаи встречались летом и весной. Пациенты с острым тонзиллитом наиболее часто (70 %) развитие своего заболевания связывали с употреблением холодных напитков и мороженого. Пятая часть (21 %) пациентов не смогли указать фактор, послуживший развитию заболевания. Иерсиниоз (38 %) наиболее часто развивался у лиц, проживающих в частном секторе (с наличием мышей) и употребляли в пищу салаты из сырых овощей (34 %). В 1 случае

был контакт в семье, в 19 % случаев не удалось установить эпидемиологическую причину заболевания.

Пациенты с острым тонзиллитом поступали на стационарное лечение преимущественно (93 %) в первые 2 дня от начала заболевания. Больные с ангинозной формой заболевания также в большинстве случаев (72 %) обращались в стационар в первые 2 дня болезни, но пятая часть (21 %) из них поступила на лечение на 5-6 сутки от начала болезни, 2 пациентов обратились на 7-8 день болезни.

Ведущим клиническим симптомом заболевания в обеих группах была лихорадка. При остром тонзиллите чаще (62 %) регистрировались высокофебрильная (39-39,9 °С) и гиперпиретическая (40° и более) лихорадки (38 и 24 % соответственно). Ангинозная форма иерсиниоза чаще сопровождалась (93 %) умеренно фебрильной (38-38,9 °С) и высоко фебрильной (39-39,9 °С) лихорадкой (52 и 41 % соответственно). Боли в горле, усиливающиеся при глотании (29 и 25 %, соответственно), головная боль и другие симптомы интоксикации (21 и 20, соответственно) центральной нервной системы (ЦНС) в обеих группах встречались в равной степени частоты. При ангинозной форме иерсиниоза наполовину (24 %) реже встречались ознобы, чем при тонзиллитах (45 %). В первые дни болезни у 4 пациентов с иерсиниозом регистрировалась характерная кожная сыпь.

При объективном осмотре пациентов с острым тонзиллитом отмечалась яркая гиперемия слизистых ротоглотки (100 %), гипертрофия миндалин от 1 до 3 степени (100 %) с регионарным лимфаденитом. Диаметр увеличенных, углочелюстных лимфоузлов соответствовал характеру гнойного процесса на миндалинах. Тонзиллит преимущественно (83 %)

Таблица 1

Пол, возраст, социальный состав пациентов

Пол, возраст, соц. состав	Острый тонзиллит (n-29)	Иерсиниоз (n-29)
М	15 (52%)	19 (66%)
Ж	14 (48%)	10 (34%)
15-19	3 (10%)	8 (28%)
20-29	21 (72%)	18 (62%)
30-39	4 (14%)	3 (10%)
40-49	–	1 (3%)
50-59	1(3%)	–
Служащие	10 (35%)	7 (24%)
Учащиеся	7 (24%)	6 (21%)
Рабочие	5 (17%)	10 (35%)
Безработные	7 (24%)	5 (17%)

был лакунарный и фолликулярный, в 1 случае некротический, у остальных 14 % – катаральный. Ангинозная форма иерсиниоза клинически характеризовалась менее выраженными изменениями в ротоглотке: неяркая гиперемия слизистых ротоглотки (62 %), гипертрофия миндалин в 41 % случаев, лакунарный и фолликулярный тонзиллит у 55 % пациентов, регионарный лимфаденит в 50 % случаев. Чаще имел место катаральный тонзиллит (45 %). Поражение ротоглотки более чем в половине случаев (52 %) сопровождалось гепатомегалией, в 2 случаях спленомегалией, у 5 полиаденитом и в разгаре болезни у 9 типичной кожной сыпью.

В стационаре большинство пациентов (79 %) с острым тонзиллитом лихорадили в течение 1-2 дней, очень редко 3-4 дня (14 %). Лихорадили чаще в виде умеренного фебрилитета (48 %) и субфебрилитета (22 %). Больные с иерсиниозом продолжали лихорадить в течение 3-4 (31 %) и 5-6 суток (21 %) и более: 7-8 (15 %), 9-10 (15 %). У большинства (52 %) лихорадка была субфебрильная, в трети случаев (31 %) умеренно фебрильная, лишь 2 пациентов наблюдались с высокой температурой. Боли в горле и объективные изменения в ротоглотке на фоне этиотропной и патогенетической терапии в обеих группах исчезали в течение 6-8 суток. Необходимо отметить, что такие типичные симптомы иерсиниоза, как гепатомегалия, кожная сыпь, полиаденит, сохранялись дольше, чем местные изменения в ротоглотке. Симптомы интоксикации ЦНС: головная боль, слабость, ознобы, быстрее регрессировали у пациентов с острым тонзиллитом (4-5 дней), чем в группе с иерсиниозом (6 и более суток). Показатели клинического анализа крови пациентов с острым тонзиллитом характеризовались преимущественно (90 %) лейкоцитозом от 9,2 до 26,7 тыс./мл. Лишь в 3-х случаях имел место нормоцитоз (4,4-5,9 тыс./мл). Нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом формулы влево регистрировался в 52 % случаев, в пределах 77-85 %. Ускоренная СОЭ в пределах 18-40 мм/ч отмечалась в трети (31 %) случаев. В группе пациентов с иерсиниозом лейкоцитоз имел место у 9 пациентов в пределах 9,0-15,1 тыс./мл. В большинстве слу-

чаев (69 %) отмечался нормоцитоз. Менее чем в половине случаев (45 %) встречался нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом формулы влево. Ускоренная СОЭ была у трети (35 %) пациентов в пределах 16-45 мм/ч и преобладали (65 %) больные с нормальным показателем СОЭ. Лейкопения была в 1 случае: 3,5 тыс./мл.

Выводы. Тонзиллит имеет 3 клинических синдрома: боли в горле, увеличение и воспаление небных миндалин, воспалительная реакция регионарных лимфоузлов. Выраженность данных синдромов зависит от тяжести течения болезни [1,2]. Выявлены опорные диагностические различия в клинике, эпидемиологии острого тонзиллита и ангинозной формы иерсиниоза. Так, ангинозная форма иерсиниоза чаще (79 %) встречается весной и летом, острый тонзиллит – осенью (76 %). Иерсиниоз наиболее часто (72 %) встречается у лиц, проживающих в частном секторе с наличием домашних грызунов и употребляющих в пищу салаты из сырых овощей. Острый тонзиллит развивается после употребления в пищу холодных напитков и мороженого (70 %). При остром тонзиллите изначально преобладает (62 %) высокофебрильная и гиперпиретическая лихорадка, при иерсиниозе чаще отмечалась (93 %) умеренно- и высокофебрильная лихорадка. У пациентов с иерсиниозом имелись такие нетипичные клинические симптомы для острого тонзиллита, указывающие на генерализованный процесс, как: кожная сыпь, гепатомегалия, спленомегалия, полиаденит. В ротоглотке при иерсиниозе преобладал катаральный тонзиллит (45 % против 14 % у пациентов с острым тонзиллитом). У пациентов с иерсиниозом на фоне терапии дольше задерживалась лихорадка, от 3-4 до 6-10 и более суток, а изменения в ротоглотке регрессировали быстрее, чем другие органы поражения. Острый тонзиллит в 90 % случаев сопровождался лейкоцитозом, нейтрофилезом с палочкоядерным сдвигом формулы влево. Иерсиниоз протекал у большинства (69 %) с нормоцитозом, реже (45 %) встречался нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом формулы влево.

ЛИТЕРАТУРА

1 Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике. – С-Пб. "Гиппократ", 1993.

2 Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний. – Л.: "Медицина", 1991.

ТҮЙІН

Біріншілік медико-санитарлық көмек атқарушы дәрігерлерге көмек ретінде, иерсиниозды этиологиялы тонзилиттің диагностикасы және терапиясы, сондай-ақ эпидемиологиялық және клиникалық критерилері анықталып, жедел бактериалды тонзиллитпен салыстырмалы диагностика жүргізілді.

Түйінді сөздер: бактериалды тонзиллит, иерсиниоз, ангинозды түрі.

SUMMARY

To help doctors of primary health care for the diagnosis and treatment of tonsillitis Yersinia etiology, clinical, epidemiological criteria and carried out the differential diagnosis with acute bacterial tonsillitis.

Key words: bacterial tonsillitis, yersiniosis, anginal form.