Министерство образования Российской Федерации

Кафедра Оториноларингологии

ДОКЛАД

на тему:

Фарингит

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

Пенза

2008

# План

1. Фарингит

2. Стрептококковый фарингит

Литература

* 1. Фарингит

Фарингит, инфекционное поражение глотки и миндалин, очень часто наблюдается у детей; на долю этого заболевания в США приходится не менее 5 % обращений к педиатрам. На его диагностику и лечение ежегодно расходуется 300 млн долларов. Несмотря на то, что фарингит давно и хорошо известен врачам, здесь по-прежнему существует широкая вариабельность подхо­дов. Имеющиеся противоречия и новые подходы касаются пре­жде всего следующего: 1) отбора больных для проведения культуральных исследований глоточной флоры и лечения антибио­тиками; 2) использования новых диагностических методов бы­строго выявления бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСГА).

Этиология

Хотя фарингит может вызываться различными микроорганизмами (вирусная, бактериальная, грибковая и даже протозойная инфекция), лишь относительно немногие из них имеют практическую значимость при неотложной оценке заболевания у иммунокомпетентных детей. Обычно вирусологические изоляты включают аденовирусы: вирус Эпштейна—Барр, вирусы гриппа и парагриппа, а также энтеровирусы. В одном из серийных исследований вирусологические изоляты были получены у 37 % детей с нестрептококковым фарингитом. Фарингит у взрослых часто вызывается хламидиями и микоплазмой. В то время как у детей и подростков с фарингитом как основным проявлением заболевания микоплазма пневмонии была выявлена лишь в 3 % случаев, фарингит имел место у 32 % детей с микоплазменной пневмонией. В недавних исследованиях по трахомной хламидии у подростков с фарингитом и без фарингита частота хламидийного фарингита составила лишь 2% у симптоматических больных и 0 % — у бессимптомных. Первое место среди бактериальных патогенов занимает, безус­ловно, БГСГА, ответственный почти за половину случаев гло­точной инфекции у детей от 5 до 15 лет. Фарингит, вызванный БГСГА, редко встречается у детей до 3-летнего возраста; ревматическая лихорадка в этой возрастной группе наблюдается крайне редко.

Дифференциальный диагноз

Среди микроорганизмов, не относящихся к БГСГА, которые иногда требуют специфической диагностики, следует назвать Corynebacterium diphtheriae, Neisseria gonorrhoeae и вирус Эп­штейна—Барр. Несмотря на то, что фарингит у детей школьно­го возраста может иметь различную этиологию, дифференци­альная диагностика часто сводится к различению фарингита, вызванного БГСГА и требующего специфического лечения ан­тибиотиками, и нестрептококкового фарингита.

Дифтерия является редкой, но серьезной причиной фаринги­та в развитых странах. Иммунизация детей с помощью комби­нированной вакцины, содержащей осажденный квасцами диф­терийный анатоксин, коклюшный антиген и столбнячный ан­тиген, привела к практическому исчезновению дифтерии в дет­ском возрасте; однако заболевание продолжает встречаться в регионах с перенаселением, где возникают социально-экономические препятствия для проведения вакцинации. Заболева­ние является следствием реакции организма, как на инфекцию, так и на присутствие токсина. Инвазия и распространение ин­фекции сопровождаются выраженным тканевым некрозом с формированием псевдомембранозного субстрата, нередко достаточного для возникновения обструкции дыхательных путей. Дифтерийная палочка продуцирует также экзотоксины, спо­собные вызвать обширное повреждение органов и тканей, в том числе миокардит и сердечную аритмию, неврит с возник­новением как бульварного, так и периферического паралича, нефрит и гепатит. Диагноз должен быть, прежде всего, клиниче­ский с целью ускорения эффективной терапии, хотя, конечно, можно его подтвердить и ростом дифтерийной палочки на сре­де Леффлера. Лечение дифтерии должно быть направлено как на ликвидацию дифтерийных палочек, так и на нейтрализацию ее экзотоксина. Следовательно, при лечении должны быть ис­пользованы как антибиотики (пенициллин или эритромицин), так и анатоксин лошадиной сыворотки.

Гонококковый фарингит нередко имеет место у сексуально ак­тивных подростков. Его наличие у детей свидетельствует о сек­суальных злоупотреблениях со стороны взрослых. Гонококко­вый фарингит протекает бессимптомно или проявляется в очень стертой форме, в отдельных случаях с экссудативным тонзиллитом и(или) шейной лимфаденопатией. Для выявления патогенных микроорганизмов производится посев глоточного материала на среду Thayer- Martin. При подозреваемой или под­твержденной гонорее проводятся культуральные исследования материала, полученного из прямой кишки, влагалища или уретры, а также серологические тесты на сифилис. Наиболее эффективным лечением гонококкового фарингита являются внутримышечные инъекции водного раствора пенициллина (прокаин-пенициллин, 100 000 ЕД/кг, максимально 4,8 млн ЕД) и пероральное введение пробенецида (25 мг/кг, макси­мальная доза 1 г). При гонококковом фарингите у детей реко­мендуется также цефтриаксон (125 мг в/м). У детей с аллергией к пенициллину может быть применен стрептомицин (40 мг/кг в/м, максимальная доза 2 г) или (у детей старше 8 лет) тетра­циклин (40 мг/кг в день в течение 5 дней). Однако там, где подозревается сексуальное злоупотребление, предпочтение часто отдается пероральной схеме лечения. Могут использоваться амоксициллин (50 мг/кг) и пробенецид, но при этом необходим культуральный контроль (посевы) эффективности лечения. Вирус Эпштейна—Барр (ВЭБ) — это герпетический вирус, ко­торый часто является причиной инфекции в детском и подростковом возрасте. Хотя инфицирование ВЭБ может проявляться различными клиническими синдромами, у большинства детей симптомы заболевания отсутствуют или выражены очень слабо и неспецифично. ВЭБ может вызвать изолированный тонзиллофарингит, а также фарингит как проявление инфекционного мононуклеоза (ИМ). Клинические проявления классического синдрома ИМ начинаются с общего недомогания, повышенной утомляемости и першения в горле. Повышение температуры тела и лимфаденопатия — наиболее частые признаки заболевания. У большинства инфицированных детей наблюдаются также спленомегалия и гепатомегалия; гораздо реже встречаются кожная сыпь, энантема, отечность век и желтуха. Практически у всех детей с ИМ имеет место фарингит. Внешний вид глотки может быть таким же, как при БГСГА-инфекции. Описаны также случаи одновременного присутствия двух инфекций: БГСГА и ВЭБ. Классический ИМ редко наблюдается у детей до 2-летнего возраста, у которых ВЭБ обычно вызывает неспецифическое заболевание с лихорадкой. Однако недавно имело место сообщение о более частом возникновении ИМ у грудных детей, чем это считалось раньше. У этих детей чаще всего наблюдался синдром, характеризующийся лихорадкой, тонзиллитом, лимфаденопатией и гепатоспленомегалией.

При диагностике ИМ целесообразно проведение лабораторных исследований. Так, в мазках периферической крови отмечается увеличение как абсолютного, так и относительного числа атипичных лимфоцитов (обычно более 50 % лимфоцитов и более 10 % атипичных лимфоцитов). Наблюдается умеренное повышение уровня печеночных трансаминаз (глютамилщавелевоуксусная трансаминаза в сыворотке крови, как правило, <600 ЕД/дл). Гетерофильные антитела присутствуют (и могут определяться тест-методами быстрого мазка) более чем у 90 % детей с ИМ старше 5 лет; однако в возрастной группе от 2 до 4 лет они обнаруживаются только у 75 % детей, а в группе до 2 лет — менее чем у 30 %. ВЭБ-специфическое серологическое тестирование (хотя в большинстве специализированных центров оно пока проводится рутинно) обеспечивает получе­ние информации относительно вероятности наличия инфек­ции на разных стадиях ее развития — острой, после окончания острого периода, в стадии ее длительного затишья и в период реактивации. Эти определения основываются на присутствии специфических IgM- и IgG-антител к вирусным антигенам белковой оболочки вириона, а также на наличие характерной IgG-реакции на ранние антигены и на ядерные антигены ВЭБ.

Инфекционный мононуклеоз — это обычно доброкачественное и самолимитирующееся (хотя иногда довольно продолжи­тельное) заболевание. Лечение, как правило, включает неспе­цифические поддерживающие мероприятия (назначение жидкостей, ацетаминофена и режим покоя). Фатальные осложнения редки. Причиной смерти могут быть неврологические осложнения (менингоэнцефалит, синдром Гийена— Барре), разрыв селезенки и кровотечение, а также бактериальный и грибковый сепсис. Дети с лимфопролиферативным синдромом, сцепленным с Х-хромосомой, необычно восприимчивы к ВЭБ-инфекции с фульминантным течением. Возможно также воз­никновение обструкции дыхательных путей вследствие гипер­трофии миндалин. Это осложнение быстро купируется назначением кортикостероидов (дексаметазон — 1 мг/кг, максимум до 10 мг; затем 0,5 мг/кг каждые 6 часов) и редко требует интубации. Обструкция дыхательных путей — это единственное осложнние, при котором применение кортикостероидов является общепризнанным.

* 1. Стрептококковый фарингит

БГСГА является наиболее частой причиной курабельного фарингита у детей. Пик заболеваемости приходится на период с января по май; кроме того, ввиду высокой частоты возникно­вения БГСГА-фарингита у детей школьного возраста во многих регионах рост заболеваемости отмечается в начале учебного го­да. Чаще всего заболевают дети от 4 до 11 лет; данная инфек­ция редко встречается у детей до 3-летнего возраста.

Диагностика

Не существует абсолютно специфичных для данного фарингита симптомов или признаков. Тем не менее, имеются определенные признаки, которые типично (но не исключительно) связывают с БГСГА-инфекцией. У инфицированного ребенка отмечаются внезапное возникновение першения в горле и лихорад­ка. Миндалины и глотка при осмотре четко гиперемированы, при повышенной воспалительной эксудации. Наблюдается так­же покраснение мягкого неба и язычка, могут обнаруживаться петехии. Передние шейные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации. Сочетание скарлатиноподобной сыпи и фарингита практически имеют диагностическое значение в случае БГСГА-инфекции. Кроме того, могут иметь место головная боль, рвота, боль в животе, кривошея, явления менингизма. Диагностическая значимость этих признаков не слишком велика, но их присутствие говорит в пользу БГСГА-инфекции. Наличие значительного кашля и (или) насморка предполагает альтернативный диагноз. Точность диагностики, основанной только на клинических данных, составляет 50—75 % детей с подоз­реваемым наличием БГСГА-инфекции и 75—85 % — у детей, предположительно не имеющих этой инфекции. По общему мнению, диагностика на основе только клинических признаков обусловит неприемлемо высокую частоту ошибочных диагнозов.

Основой лабораторной диагностики данного заболевания остается выделение соответствующей культуры, хотя во многих педиатрических учреждениях и отделениях неотложной помо­щи все большую популярность завоевывают методы быстрого определения антигенов. Взятие материала с поверхности мин­далин или с задней стенки глотки должно производиться с осо­бой тщательностью. Во многих центрах полученный материал помещают в соответствующую культуральную среду и направляют в лабораторию для дальнейшей обработки. Там образцы помещаются на кровяной агар с добавлением неомицина и налидиксовой кислоты. Колонии, обнаруживающие бета-гемолиз, идентифицируются на принадлежность к группе А с помощью бацитрациновых дисков, флюоресцентного окрашивания анти­тел или методом агглютинации с латексом. Частота ложно-отрицательных результатов при однократном посеве составляет примерно 10 %. Максимальной результативности исследования способствуют применение достаточно эффективного метода за­бора материала из глотки, многократность посевов (что редко осуществляется на практике) и инкубация культур в среде, обогащенной углекислым газом. Получение положительных результатов посева может свидетельствовать об острой БГСГА-ин­фекции или о носительстве соответствующего микробного агента. Частота БГСГА-носительства имеет сезонные колеба­ния, но, по опубликованным данным, достигает 15 %. Отмеча­ется определенная корреляция между интенсивностью роста в культуре (обычно оцениваемой по условной шкале от 1+ до 4+) и вероятностью истинного инфицирования. Хронические носители БГСГА не имеют повышенного риска в отношении развития истинного БГСГА-фарингита или возникновения гнойных и негнойных осложнений (ревматическая лихорадка и нефрит); они также не представляют риска в отношении пере­дачи заболевания.

Инкубация культур клеточных мазков требует 24—48 часов, и проведение целенаправленного лечения в этот период остается весьма проблематичным ввиду отсутствия точного диагноза. Методика быстрого определения антигенной специфичности в последнее время стала вполне доступной для широкого исполь­зования. Эти тесты включают извлечение из полученного в глотке материала углеводных антигенов группы А с последующим их связыванием с помощью латексной агглютинации, коагглютинации или путем ферментсвязываюшей иммуносорбции. Такое тестирование занимает 10—30 мин и, как правило, является более дорогостоящим, чем обычные культуральные исследования. Чувствительность тестов, проводимых в услови­ях лабораторного контроля с использованием культуральньм исследований в качестве "золотого стандарта", составляет 85— 90 %, а специфичность — 98—100 %. К сожалению, чувстви­тельность метода, применяемого в условиях менее строгого контроля, снижается до 50 %. Другими словами, частота ложноположительных ответов низкая, а частота ложноотрицательных ответов может быть неприемлемо высокой. Каждое отделе­ние неотложной помощи или иное медицинское учреждение, планирующее использование этого метода быстрой диагностики, должно самостоятельно определить его рентабельность и целесообразность в конкретных условиях. Безопасным и часто используемым подходом является одновременное получение образцов материала, как для культуральных исследований, так и для быстрого тестирования. У детей с положительными резуль­татами быстрого теста, проводится специфическое лечение, направленное на БГСГА. В случае отрицательного теста мазки из зева посылаются для посева; до получения результатов этого исследования дети лечатся по общепринятой методике.

Лечение

В пользу лечения БГСГА-фарингита приводятся следующие соображения:

1) предупреждение ревматизма;

2) предотвращение гнойных осложнений (перитонзиллярный абсцесс и целлюлит, гнойный шейный лимфаденит и заглоточный абсцесс);

3) уско­рение клинического выздоровления. БГСГА весьма чувствите­лен к пенициллину: признаков развития резистентное к пре­парату не было отмечено на протяжении десятилетий его при­менения. Однократная доза внутримышечного пенициллинa-G-бензатина, которая составляет 600 000 ЕД для больного с массой тела до 27 кг и 1,2 млн ЕД при массе тела более 27 кг, достаточно эффективна, однако она вызывает местное раздра­жение более чем у 50 % детей.

Комбинированный препарат, содержащий 900 000 ЕД пенициллина-О-бензатина и 300 000 ЕД пенициллина-О-прокаина (CR-бициллин 900/300, введен­ный в практику в 1976 г.), весьма эффективен у детей любого возраста; его применение значительно снижает выраженность и частоту нежелательных местных реакций Популярным аль­тернативным методом лечения является пероральное применение пенициллина V. Введение 250 мг препарата 3 раза в день в течение 10 дней излечивает от инфекции и предупреждает раз­витие ревматической лихорадки. Поскольку эффективность ле­чения во многом зависит от точного выполнения предписаний врача при выписке ребенка из отделения, необходимо дать родителям соответствующие инструкции. Если тщательное вы­полнение указаний или активное наблюдение проблематично, используется внутримышечный путь введения пенициллина. Альтернативным препаратом у детей с аллергией к пеницилли­ну может быть эритромицин, а также цефалоспорины первого поколения и клиндамицин.

Средняя частота ревматической лихорадки в развитых стра­нах снижается; в настоящее время в континентальных регионах США она составляет приблизительно 0,6 на 100 000 населения; согласно последним сообщениям, на Гавайях она значительно выше. Кроме того, вспышка ревматической лихорадки наблю­далась в 1986 г. в районе Salt Lake City. Имеется масса доказа­тельств целесообразности выполнения рекомендаций Амери­канской ассоциации по заболеваниям сердца в отношении обеспечения антибиотикотерапии по одной из вышеприведен­ных схем при подтвержденном БГСГА-фарингите. Антибиоти-кртерапия, начатая не позднее 9-го дня после инфицирования, вполне эффективна в предупреждении ревматизма.

Постстрептококковый гломерулонефрит является негнойным осложнением БГСГА-инфекиии, которое не предупреждается антибиотикотерапией. Его возникновение связано с инфици­рованием нефритогенными штаммами стрептококка.

В последних исследованиях четко показан и положительный эффект ранней антибиотикотерапии в отношении уменьшения симптомов и признаков БГСГА-фарингита. Кроме того, со­гласно существующим рекомендациям, дети с БГСГА-инфекцией получают антибиотики за сутки до их возвращения в школу или детский сад; раннее лечение благоприятно не толь­ко для детей, но и для родителей, особенно если они работают вне дома. На основании изложенных соображений был предло­жен целый ряд схем определения и лечения данной инфекции, причем в некоторых из них рекомендуется лечить антибиоти­ками всех детей с фарингитом, в других же — предлагается воз­держиваться от применения антибиотиков при неопределенных или сомнительных результатах посевов. Были проведены срав­нительные исследования эффективности и стоимости некото­рых из предложенных схем диагностики и лечения. Выбор стратегии, оптимальной для данного учреждения, зависит от частоты БГСГА-инфекции в том или ином регионе, доступно­сти и точности быстрого антигенного тестирования и от воз­можности обеспечить надлежащее наблюдение за нелечеными детьми с положительными результатами посева. Широкое одобрение получила стратегия, использующая последние тех­нические достижения, по которой у всех детей с фарингитом осуществляется быстрое тестирование антигена, а лечение про­водится только в случае получения положительного результата этого исследования. Дети с классическими проявлениями фа­рингита или скарлатиноподобным кожным высыпанием под­вергаются лечению независимо от результатов быстрого анти­генного тестирования. У детей с отрицательным результатом антигенного теста и сомнительными или атипичными проявлениями БГСГА-фарингита осуществляются культуральные исследования глоточного мазка, а лечение антибиотиками может не проводиться до получения результатов посева. Положитель­ные результаты последнего указывают на необходимость лече­ния. У асимптоматичных детей нет необходимости в повторном посеве глоточного материала для доказательства ликвидации БГСГА. Дети с возобновившимися или сохраняющимися сим­птомами, а также дети с ранее подтвержденным ревматизмом требуют повторных культуральных исследований. Дети с упорно положительными посевами могут лечиться различными антибиотиками. Хотя бессимптомные носители не нуждаются в лечении, комбинация пенициллина и рифампицина, доказала свою эффективность в ликвидации у них БГСГА-инфекции.

Показания к тонзиллэктомии остаются неопределенными и противоречивыми. Paradise с сотрудниками показал, что у де­тей с частыми рецидивами фарингита (7 или более эпизодов за 1 год; 5 или более ежегодно в течение 2 лет; 3 или более еже­годно в течение 3 лет) тонзиллэктомия приводит к уменьше­нию числа рецидивов в последующие 2 года (в сравнении с группой, леченной нехирургическими методами). Однако и в этой последней группе (без тонзиллэктомии) значительное улучшение наблюдалось у 5 из 6 детей. Решение о проведении тонзиллэктомии у таких детей должно быть индивидуализиро­ванным; при этом следует учитывать самые различные сообра­жения, в том числе риск и пользу вмешательства, качество жизни, наличие адекватной анестезиологической и хирургической помощи, опасность рецидивирования заболевания и ущерб, приносимый операцией, как ребенку, так и родителям, непрерывность школьного обучения, доходы семьи и др.

Симптоматическое лечение как БГСГА-фарингита, так и нестрептококкового фарингита включает применение ацетаминофена для аналгезии. Может использоваться и орошение глотки (например, хлорасептик) перед едой и перед сном, опять-таки с целью обезболивания. Ввиду риска аспирации следует избе­гать назначения таблетированных лекарственных средств детям до 5-летнего возраста.

Литература

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год