

Ангины: диагностика и лечение

👁 Н.Л. Кунельская, А.Б. Туровский, Ю.С. Кудрявцева

Московский научно-практический центр оториноларингологии

В статье описаны ангины различной этиологии, приведены классификации острых тонзиллитов. Основной акцент делается на лечебно-диагностическом алгоритме при вульгарной ангине — остром тонзиллите, вызванном β -гемолитическим стрептококком группы А. Также освещаются вопросы профилактики ангины на фоне хронического тонзиллита.

Ключевые слова: ангина, хронический тонзиллит, небные миндалины, β -гемолитический стрептококк группы А.

Ангина известна с древнейших времен. Это заболевание описывается в трудах Гиппократов (IV–V век до н.э.), Цельса (I век н.э.), а в рукописях Авиценны (XI век) упоминается об интубации и трахеотомии при асфиксии вследствие ангины.

Ангина — общее острое инфекционное заболевание, при котором местное воспаление поражает лимфоидную ткань различных миндалин глотки. В подавляющем большинстве случаев возникает ангина небных миндалин, другие миндалины вовлекаются в процесс значительно реже. Ангина не является однородным заболеванием, различаясь по этиологии, патогенезу и клиническому течению.

Этиология и патогенез

Среди разнообразных возбудителей ангины (бактерий, вирусов, спирохет, грибов и др.) основная этиологическая роль принадлежит **β -гемолитическому стрептококку группы А** (БГСА). Этот возбудитель, по данным разных авторов, обнаруживается при ангине в 50–80% случаев. Гораздо реже острые тонзиллиты вызывают стрептококки групп С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, анаэробы и спирохеты (ангина

Симановского–Венсана), крайне редко — микоплазмы и хламидии. Причиной острого вирусного тонзиллита могут быть аденовирусы, риновирусы, коронавирусы, вирусы гриппа, парагриппа, Эпштейна–Барр, Коксаки и др.

Проникновение экзогенного возбудителя в слизистую оболочку миндалин может происходить воздушно-капельным и алиментарным путем, а также при прямом контакте. В возникновении эндогенной инфекции большое значение придают хроническому тонзиллиту. Высокая частота ангины при хроническом тонзиллите объясняется тем, что при этом заболевании в 75% случаев имеется носительство БГСА, вегетирующего в криптах небных миндалин.

В патогенезе ангины определенную роль могут играть снижение общей реактивности организма к холоду, резкие колебания условий внешней среды (температура, влажность, питание, поступление в организм витаминов и др.), травма миндалин, конституциональная предрасположенность к ангинам (например, у детей с лимфатико-гиперпластической конституцией), состояние центральной и вегетативной нервной системы. Предрасполагающими к ангине факторами являются хронические воспалительные процессы в полости рта, носа и околоносовых пазух.

Контактная информация: Кунельская Наталья Леонидовна, nlkun@mail.ru

Развитие ангины происходит по типу гиперергической реакции, что служит предпосылкой для таких осложнений, как ревматизм, острый гломерулонефрит, и других заболеваний, имеющих инфекционно-аллергический характер и ассоциированных с антигенами БГСА.

Классификация ангин

В практике наибольшее распространение получила **классификация Б.С. Преображенского**, основанная на фарингоскопических признаках. В этой классификации выделяют следующие формы ангин:

- катаральная;
- фолликулярная;
- лакунарная;
- фибринозная;
- герпетическая;
- флегмонозная (интратонзиллярный абсцесс);
- язвенно-некротическая (гангренозная);
- смешанные формы.

К основному диагнозу после получения соответствующих данных могут быть добавлены название возбудителя (стрептококковая, стафилококковая и др.) или особенности патогенеза (травматическая, токсическая, моноцитарная и т.д.).

В клинической практике принято подразделять все ангины на вульгарные (банальные) и атипические. Для **вульгарных ангин** характерно наличие четырех общих признаков:

- выраженная симптоматика общей интоксикации;
- патологические изменения в обеих небных миндалинах;
- длительность заболевания не превышает 7 дней;
- первичным этиологическим фактором служит бактериальная или вирусная инфекция.

Клинические формы вульгарных ангин

Вульгарные ангины встречаются наиболее часто и связаны с внедрением бактериальной или вирусной инфекции. Эти ангины разделяются в основном по фарингоскопическим признакам; наиболее распространены катаральная, фолликулярная и лакунарная ангины.

Катаральная ангина

Заболевание начинается остро: в горле появляется жжение, сухость, першение, а затем небольшая боль при глотании. Беспокоят общее недомогание, разбитость, головная боль. Температура тела обычно субфебрильная, в анализе крови имеются небольшие изменения воспалительного характера. В редких случаях катаральная ангина протекает более тяжело. При фарингоскопии определяется разлитая гиперемия миндалин и краев небных дужек, миндалины несколько отечны. Язык сухой, обложен. Часто имеется небольшое увеличение регионарных лимфатических узлов. У детей клинические симптомы выражены сильнее, чем у взрослых. Обычно болезнь продолжается 3–5 дней.

Фолликулярная ангина

Фолликулярная ангина характеризуется преимущественным поражением паренхимы миндалин – их фолликулярного аппарата. Заболевание начинается с внезапного озноба и повышения температуры тела до 39–40°C, а также сильной боли в горле. Выражены явления интоксикации: резкая слабость, головная боль, боли в области сердца, в мышцах и суставах. Иногда отмечаются диспепсические явления или олигурия. Небные миндалины гиперемированы, резко отечны. Сквозь эпителий просвечивают фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку – поверхность минда-

лины приобретает вид “звездного неба”. Регионарный лимфаденит резко выражен.

Лакунарная ангина

Начало болезни и ее общие симптомы такие же, как при фолликулярной ангине, причем лакунарная ангина обычно протекает более тяжело. Фарингоскопическая картина характеризуется появлением на гиперемированной поверхности увеличенных миндалин островков желтовато-белого налета, которые вначале ограничены устьями лакун, а затем всё более широко покрывают миндалину. Иногда отдельные участки налета сливаются и покрывают большую или меньшую часть миндалины, не выходя за ее пределы. Налет легко снимается без повреждения эпителиального слоя. В период отделения налета (на 2–5-й день) выраженность симптомов чаще всего уменьшается, однако температура тела обычно остается субфебрильной до стихания воспалительной реакции в регионарных лимфатических узлах. Продолжительность заболевания составляет 5–7 дней, но может увеличиваться при развитии осложнений.

Другие формы ангин

Помимо небных миндалин в воспалительный процесс могут вовлекаться и другие скопления лимфатической ткани, расположенные в носоглотке (ретроназальная ангина — аденоидит, тубарная ангина) или на корне языка (язычная ангина). Иногда воспаление бывает разлитым, распространяясь по всему лимфоидному глоточному кольцу.

Для острого воспаления **глоточной миндалины** (аденоидита) характерны боль в горле, иррадиирующая в глубокие отделы носа, затрудненное носовое дыхание. Заболевание встречается в основном у детей.

Поражение **язычной миндалины** сопровождается болью при глотании и при высывании языка. Воспаление, распространяясь на соединительную и межмышечную

ткани, может приводить к интерстициальному гнойному воспалению языка.

Осложнения

У больных ангиной могут наблюдаться **местные осложнения**: перитонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, отит и др. Они, как правило, возникают в случае позднего начала лечения — после 3-го дня с момента заболевания. Перитонзиллит и паратонзиллярный абсцесс имеют сходную симптоматику, которая включает высокую лихорадку, преобладание односторонних болей в ротоглотке, резко усиливающихся при глотании, повышенную саливацию, тризм и болезненность при открывании рта, односторонний отек и гиперемию мягкого неба, отек небной дужки на стороне поражения, смещение к центру пораженной миндалины и асимметрию небного язычка.

Кроме местных осложнений при ангине могут возникать **метатонзиллярные заболевания**: ревматизм, гломерулонефрит, инфекционно-аллергический миокардит и полиартрит, холецистохолангит. При современных подходах к лечению больных ангиной ревматизма и полиартрита обычно удается избежать.

Миокардит развивается при первичной ангине в начале периода реконвалесценции, а при повторной ангине — с первых дней болезни. Он редко проявляется классическими симптомами, а чаще всего единственными признаками миокардита становятся стойкие изменения электрокардиограммы, свидетельствующие об очаговом поражении мышцы сердца, и умеренное повышение концентрации в плазме 1-й и 2-й изоформ лактатдегидрогеназы.

Гломерулонефрит наблюдается у 0,8% пациентов с первичной ангиной и у 3% — при повторном заболевании. Его развитие соответствует времени формирования аутоантител к тканям почек — это 5–6-е сутки нормальной температуры тела (или 8–10-е сутки заболевания). Гломерулонефрит проте-

Антибактериальная терапия при остром стрептококковом тонзиллите

Антибиотики	Суточная доза	Длительность лечения, сут
Пенициллины		
амоксциллин	750 мг в 3 приема	10
амоксциллин/клавуланат	625 мг в 3 приема	10
амоксциллин/сульбактам		
Цефалоспорины		
цефадроксил	30 мг/кг в 1 прием	10
Макролиды (назначаются при непереносимости β-лактамов)		
азитромицин	12 мг/кг в 1 прием	5
klarитромицин	15 мг/кг в 2 приема	10
мидекамицин	50 мг/кг в 2 приема	10
рокситромицин	5 мг/кг в 2 приема	10
спирамицин	3 млн. ЕД в 2 приема	10
Линкозамиды (назначаются при непереносимости β-лактамов и макролидов)		
линкомицин	30 мг/кг в 3 приема	10
клиндамицин	20 мг/кг в 3 приема	10

кает без экстраренальных симптомов. Единственным его проявлением служит стойкий мочево- вой синдром: умеренная протеинурия (содержание белка 0,033–0,099 г/л), лейко- цитурия (10–50 клеток в поле зрения), эри- троцитурия (3–20 клеток в поле зрения) и цилиндурия.

Лечение вульгарной ангины

Рациональное лечение ангин включает соблюдение щадящего режима, местную и общую терапию. В остром периоде болезни и в первые дни нормальной температуры тела необходим постельный режим, затем полупостельный и домашний (до 7-го дня нормальной температуры тела). Пища должна быть нераздражающей, мягкой, преимущественно растительно-молочной. В лихорадочный период рекомендуется обильное питье.

Больные ангиной независимо от тяжести состояния и периода болезни (даже после уменьшения лихорадки) нуждаются в антибактериальном лечении для предупреждения развития метатонзиллярных заболеваний. БГСА отличается высокой чув-

ствительностью к пенициллинам и цефа- лоспорином — к этим антибиотикам у БГСА не развилась резистентность. Основ- ной проблемой является резистентность БГСА к макролидам, частота которой в России составляет 13–17%. При этом рас- пространение получил М-фенотип резис- тентности, характеризующийся устойчиво- стью БГСА к макролидам и чувстви- тельностью к линкозамидам (линкомицину и клиндамицину).

Частота резистентности БГСА к тетра- циклинам и сульфаниламидам в России превышает 60%. Кроме того, тетрацикли- ны, сульфаниламиды и ко-тримоксазол не обеспечивают эрадикации возбудителя, поэтому их не следует применять для лече- ния острых стрептококковых тонзиллитов, даже вызванных чувствительными к ним *in vitro* штаммами.

Учитывая высокую чувствительность БГСА к β-лактамам, препаратом первого ряда для лечения острого стрептококково- го тонзиллита служит пенициллин (фен- оксиметилпенициллин). Более надежным (ввиду возможной резистентности возбу-

дителя) представляется применение амоксицилина/клавуланата или амоксицилина/сульбактама. Реже используют пероральные цефалоспорины. У пациентов с аллергией к β -лактамам следует применять макролиды или линкозамиды. Рекомендуемые препараты, дозы и схемы их приема представлены в таблице.

При тяжелом течении ангины лечение проводится в условиях инфекционного стационара, используется парентеральное введение антибиотиков. Для предупреждения кандидоза в индивидуальном порядке назначают противогрибковые препараты. Целесообразно также применение гипосенсибилизирующих средств. Жаропонижающие препараты показаны при температуре тела $>38^{\circ}\text{C}$.

Местно назначают слегка теплые полоскания раствором фурацилина, мирамистина, настойки календулы, отваром ромашки, накладывают согревающий компресс на подчелюстную область.

Показателями выздоровления служат нормальная температура тела в течение 5 дней, отсутствие болей в горле и болезненности при пальпации углочелюстных лимфатических узлов, нормальные анализы крови, мочи и электрокардиограмма.

Лечение атипических ангин

К атипическим ангинам прежде всего относятся ангина Симановского–Венсана (язвенно-некротическая), а также ангины, возникающие при системных заболеваниях крови и лейкозе, герпетическая и грибковая ангины.

Лечение **язвенно-некротической ангины Симановского–Венсана**, вызванной симбиозом веретенообразной палочки (*Fusobacterium fusiformis*) и спирохеты (*Spirochaeta buccalis*), проводится оториноларингологом. Оно заключается в смазывании изъязвленной слизистой оболочки глотки 10% раствором новарсенола в глицерине, 2% раствором метиленового синего, 1% рас-

твором борной кислоты, 10% раствором сульфата меди. Назначают полоскание горла 0,1% раствором этакридина лактата или 0,1% раствором калия перманганата. При тяжелом течении заболевания рекомендуется амоксициллин/клавуланат (по 625 мг 3 раза в сутки), внутривенные вливания новарсенола (по 0,3–0,4 г с интервалом 1–2 сут).

Грибковая ангина (фарингомикоз) встречается в основном у детей раннего возраста и вызывается дрожжеподобными грибами *Candida albicans* (в 95% случаев) или *Leptotrix buccalis*. Лечение такой ангины должно быть комплексным. Оно включает пероральное применение противогрибковых антибиотиков в течение 10–14 дней (леворин, нистатин, декамин, микогептин, амфоглюкамин, кетоконазол, флуконазол), аскорбиновой кислоты, антигистаминных препаратов и витаминов группы В. Местно назначаются полоскания (растворы борной кислоты, грамицидина, калия перманганата, хинозола) и ингаляции (амфотерицин В, леворин, флуконазол).

Лечение больных, страдающих вторичным острым тонзиллитом при инфекционных заболеваниях, проводится в инфекционном стационаре. Используется этиотропная и патогенетическая терапия, местно применяют дезинфицирующие полоскания. Терапия вторичного острого тонзиллита, связанного с заболеваниями крови, осуществляется в терапевтическом или гематологическом отделении.

Профилактика

Помимо общеукрепляющей терапии эффективным средством профилактики обострений при различных формах фарингита и рецидивирующего тонзиллита оказались иммуномодуляторы бактериального происхождения – комплексы лизатов наиболее частых возбудителей, вызывающих заболевания верхних дыхательных путей, полости рта и глотки.

Все пациенты, страдающие хроническим тонзиллитом или перенесшие более двух ангин за последние три года, подлежат диспансерному наблюдению 2 раза в год.

Рекомендуемая литература

- Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология : руководство для врачей. М.: Медицина, 2001. С. 264–311.
- Плужников М.С., Лавренова Г.В., Левин М.Я. и др. Хронический тонзиллит. Клиника и иммунологические аспекты. СПб.: Диалог, 2005. 222 с.
- Плужников М.С., Лавренова Г.В., Никитин К.А. Ангина и хронический тонзиллит. СПб.: Диалог, 2002. С. 15–22.

- Плужников М.С., Панова Н.В., Левин М.Я. и др. Фарингит (клинико-морфологические аспекты и криохирургия) / Под ред. М.С. Плужникова. СПб.: Диалог, 2006. 120 с.
- Товмасын А.С. Значение симбиотических взаимодействий пиогенного стрептококка при хроническом тонзиллите : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 24 с.
- Medzhitov R., Janeway C.A. Decoding the pattern of self and nonself by the innate immune system // Science. 2002. V. 296. P. 298–300.
- Orrling A., Karlsson E., Melhus A. et al. Penicillin treatment failure in group A streptococcal tonsillopharyngitis: no genetic difference found between strains isolated from failures and non-failures // Ann. Otol. Rind. Laryngol. 2001. V. 110. № 7. P. 690–695.

Tonsillitis: Diagnosis and Treatment

N.L. Kunelskaya, A.B. Turovsky, and Yu.S. Kudryavtseva

Article contains descriptions of tonsillitis of various etiologies and classifications of acute tonsillitis. Main attention is dedicated to diagnostic and treatment algorithm in vulgar tonsillitis caused by group A β -haemolytic Streptococcus. Prevention of acute tonsillitis in chronic patients is discussed.

Key words: acute tonsillitis, chronic tonsillitis, tonsils, group A β -haemolytic Streptococcus.



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 100 руб., на один номер – 50 руб.

Подписной индекс 81166.

Журнал “АСТМА и АЛЛЕРГИЯ” – это журнал для тех, кто болеет, и не только для них.

Всё о дыхании и аллергии

В журнале в популярной форме для больных, их родственников и близких рассказывается об особенностях течения бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний, современных методах лечения и лекарствах.

Журнал выходит 4 раза в год.

Стоимость подписки на полгода – 50 руб., на один номер – 25 руб.

Подписной индекс 45967 в каталоге “Роспечати”
в разделе “Журналы России”.

