

Инфекции на орофаринкса

Д-р Николай Улевинов, д-р Владислав Улевинов
УМБАЛ „Александровска“, София

Стоматити

Специфичната и неспецифичната мукозна защита на устната кухина допринасят за продължителното състояние на здраве и устойчивост на устната лигавица. Някои системни заболявания, като левкемиите или имунокомпрометиращи болести, увеличават риска от орални инфекции. Токсично въздействие върху оралната лигавица може да окаже радиацията и химиотерапията.

Диференциалната диагноза на лезиите в устната кухина се базира на клиничните прояви. Херпесните лезии се срещат по устната лигавица, предимно по гингивата, небцето и латералните страни на езика. Тези изменения обикновено са везикули и руптурирането им причинява язвички, които се резорбират за 7 до 14 дни. Лезиите при коксаки-инфекции са предимно по мекото небце, увулата и предните тонзиларни дъги. Афтозните изменения са чести при некератинизирана лигавица и са силно болезнени върху червена основа, рецидивират и имат фамилна предразположеност.

Лечение

Добрата устна хигиена помага за намаляване на стоматитите и най-вече при имунокомпрометирани пациенти. Лечението е симптоматично, цели да намали дискомфорта в устата и включва промивки с физиологичен разтвор или бикарбонатен разтвор и смучене на легени парченца. Медикаментите за локално приложение включват лидокаин, бензокаин и дифенхидрамин. Системното лечение включва ацикловир, но се препоръчва при пациенти с имунодефицит, развили херпес симплекс вирусна инфекция. Аналгетиците, като ацетаминофен с кодеин, се използват рядко при смущения в общото състояние. Антибактериалната терапия е неуместна.

Заболявания на фаринкса

Фарингит – това е възпаление на лигавицата и структурите на гърлото и е често срещано заболяване предимно в детската възраст. Около 11% от децата в училищна възраст се нуждаят от медицинска помощ заради фарингити, а това

представлява около 5% от посещенията в педиатричните кабинети. Заболяванията на фаринкса при деца до 2 години се причиняват предимно от вируси – над 90% от случаите с болно гърло и фебрилитет се дължат на вирусни инфекции, като в клиничните прояви винаги има хрема, асоциирана с лека кашлица.

Анатомия и физиология

Пръстенът на Валдайер е съставен предимно от лимфоидна тъкан, която дренира устната и фарингеалната кухина и участва в защитните механизми. Много микроорганизми могат да предизвикат възпаление на този пръстен. Някои от тях са нормална орофарингеална флора с ограничена вирулентност, като други са външни патогени и само малка част от тях имат клинично значение. От бактериалните патогени най-чести са стрептококите, *Neisseria gonorrhoeae* и *Corynebacterium diphtheriae*, докато най-честите вируси, предизвикващи фарингити, са агено-вирусите, EBV и коксаки-вирусите.

Вирусни фарингити

Установено е че вирусите причиняват 37% от нестрептококовите фарингити. Поведението обичайно е симптоматично и се състои в хигратация, намаляване на болката с локални и системни обезболяващи, осигуряване на адекватна хигиена на устата и изследване за евентуални усложнения.

Агено-вирусните са най-честите вирусни етиологични причинители при малките деца. Тези вирусни фаринго-тонзилити клинически трудно се различават от стрептококовите тонзилити.

Ebstein-Bar

EBV-инфекциите много често се свързват с вариации от клинични синдроми, които много често не могат да се разпознаят при малките деца и по-растващите. EBV-инфекциите могат да предизвикат температура без прояви на видима локална инфекция. EBV-фарингити могат да се срещнат като проява на инфекциозна мононуклеоза – синдромокомплекс, включващ продължителен фебрилитет, лимфаденопатия, хепатоспленомегалия и атипични лимфоцити в периферната кръв. Неспе-

цифичните изследвания включват ПКК с диференциално броене, СУЕ и чернодробните функционални тестове. Левкоцитоза се среща в около 70% от случаите, като преобладава лимфоцитозата с относителен лимфоцитен брой над 50% и наличие на атипични лимфоцити поне 20%. Срещат се пациенти с атопични лимфоцити и под 10%. Бързопреходна тромбоцитопения се забелязва при 20-30% от болните. Бързото повишаване на СУЕ разграничава острата мононуклеоза от стрептококовия тонзилит, при който СУЕ не се променя или се увеличава слабо. Диагнозата е зависима от серологичните тестове Paul-Binell или MONOSPOT. Тези тестове са показателни около 90% при по-големите деца, но само при 75% при деца от 2 до 4 години и при по-малко от 30% от деца под 2 години. Мултиплените EBV специфични серологични с антитела тестове са препоръчителни. Най-често практикуваният тест за антитела срещу вирусния капсулиран антиген е VCA.

IgG и IgM анти-VCA-антитела са особено полезни за идентификация на прекарано заболяване, както и антителата срещу ранни антигени. Антителата срещу EBV-ядрения антиген се срещат няколко седмици до месеци след началото на инфекцията.

Лечение

Лечението на EBV-инфекцията е симптоматично. Инфекциозно-мононуклеарният синдром е самоограничаващ се възпалителен процес, изискващ антипиретици, обезболяващи, течности и оставане на легло. Антибиотици се назначават на пациенти с доказана активност на вторична инфекция. Най-срещаното усложнение е вторичната обструкция на дихателните пътища вследствие тонзиларната и лимфоидна хиперплазия, която се повлиява ефективно от стероиди. Prednisol 2.5 mg/kg дневно над 5 дни или Dexamethason 1 mg/kg (максимум до 10 mg/kg) и след това по 0.5 mg/kg на 6 часа. Други усложнения, които са много по-редки, са: руптура на слезката, енцефалит, синдром на Guillain-Barre, миокардит, хемолитична анемия и тромбоцитопения; те изискват ранно разпознаване с цел предотвратяване на фатален изход.

Coxsackie virus

Клиничните представи за херпес вирусна инфекция най-често се покриват с херпангина. Тази ангина се характеризира с малки везикули и язвички по предните небни дъги и небцето. При малките деца тази ангина протича с висок фебрилитет, неспокойствие и обезводняване поради отказ от храна и течности, дължащи се на болките в гърлото. Лечението се състои в рехидратация, антипиретици и болкоуспокояващи. Антибиотици не се препоръчват. Други клинични прояви, проду-

цирани от коксакивирусите, са заболяванията от „замърсени ръце, храна и уста“ и лимфонодуларен фарингит, при които язвичките по устната кухина са множествени и лимфните възли са уголемени и многобройни. Тези вирусни инфекции са известни като настинки или болно гърло с втрисане и при по-големите деца се проявяват с екзугативен тонзилит, а при по-малките с гингивостоматит. Лечението е симптоматично.

Chlamydia trachomatis

Тази инфекция е характерна при възрастни хора и се проявява с фарингит, а при малките деца се проявява като назофарингеална инфекция и пневмония, като ролята на причинителя за появата на фарингита остава малко неясна.

Стрептокови тонзилофарингити

Стрептококови тонзилити, причинени от β -хемолитичен стрептокок извън група А

Патогенезата на тези бактерии при респираторните инфекции е добре установена, но при тонзилитите е неясна. Стрептококите от група В се откриват предимно при погростащи и младежи, боледуващи от фарингити, докато стрептококите от група С се намират само при 2% от преболедувалите. Микробиологичните изследвания напоследък показват, че голяма част от тонзилофарингитите се причиняват от стрептококи от групите В и С и според някои автори тези групи са по-значими при епидемичните фарингити, отколкото при спорадичните в детската възраст.

■ **Streptococcus pneumoniae.** Този патоген е най-честият причинител на пневмония, инфекции на фаринкса, околоносните кухини и средното ухо, бактеримия и менингити при децата. Антигенната структура на *Streptococcus pneumoniae* се различава от гноеродния стрептокок и затова усложненията след прекаран тонзилит не са толкова фатални.

■ **Mycoplasma pneumoniae.** Микоплазмата може да причини фарингит, но като локализация на генерализирана инфекция. Този причинител се среща само при 3% от децата и погростащите, но той може да бъде изолиран при 32% от децата с микоплазмена инфекция на долните дихателни пътища и клинични прояви на тонзилит. Микоплазмените фарингити обикновено са преходни заболявания, които не изискват специфична антибактериална терапия. При наличие на персистираща симптоматика се препоръчва 10-дневно лечение с макролиди, а при деца над 8-годишна възраст може да се използва тетрациклин 40 mg/kg дневно.

■ **Corynebacterium diphtheriae.** Тази инфекция на фаринкса се среща изключително рядко – предимно при деца, пропуснали ДТК-имунизация или живеещи при много тежки социално-битови условия.

Corynebacterium diphtheriae, причинява ексугативен фаринго-тонзилит с плътни псевдомембрани, обхващащи тонзилите, мекото небце и ларинкса, които причиняват обструкция. Този бактерий продуцира смъртоносен екзотоксин, който причинява дистантни органи поражения, като миокардит, сърдечни аритмии, булбарни парализи, периферни неврити, хепатити, нефрити и хеморагии.

**Стрептококови тонзилити,
причинени от β -хемолитичен
стрептокок от група А**

Тези бактерии са G⁺, предизвикващи много заболявания: остри тонзилити, импетиго, целулити и скарлатина, както и генерализирани заболявания, дължащи се на еритрогенния токсин. Тази група причинява пневмония, септичен артрит, остеомиелит, менингити и негноини усложнения – ревматична атака и остър гломерулонефрит. Клетъчната стена на стрептококите съдържа въглехидратни и белтъчни антигени, като С-антигена, определя групата, а М- и Т-протеинът определят специфичността. М-протеинът е свързан с вирулентността. Стрептококите от група А са предимно β -хемолитични. Тези бактерии могат да съществуват асимптоматично върху кожата, ректума и вагината. 10–15% от учениците имат асимптомно носителство стрептококи от група А. Всички стрептококи от група А стрептококи са чувствителни към пеницилин и често са резистентни на еритромицин.

Приблизително 10% от децата с болно гърло и фебрилитет имат стрептококова инфекция. Нелекуваната стрептококова инфекция на лимфогенния гърлен пръстен (стрептококови тозилити) могат да причинят следните негноини усложнения: ревматична атака, гломерулонефрит, а също така и гноини усложнения: шийни аденити, перитонзиларен абсцес, среден отит, целулит и септицемия. Клиничните белези, като везикули и язвички, подсказват за вирусна инфекция, докато кръваво-червената увула, тонзиларният ексугат (налеп) говорят за стрептококова инфекция. Не се оспорва значението на изследване на гърлен секрет за дефинитивна диагноза, като пробата се постави рано в инкубатор (след 18 часа изследването е безполезно). Лабораторните изследвания на гърлен култури и бързите идентификационни тестове спомагат за своевременно започване на лечението на острите стрептококови тонзилити.

Традиционното лечение се състои в 10-дневно лечение с орален пеницилин V или интрамускулно бензатин-пеницилин G. Макролиди се прилагат при пациенти с пеницилинова алергия. Неуспешното лечение с пеницилин след 10-дневно приложение се среща при 6 до 23% от пациентите, а 5% от инфекциите на орофаринкса със *S. pyogenes* са резистентни на макролиди, като trimetoprim-sulfamethoxazol не е ефективен срещу *S. pyogenes*.

При рецидивиращи стрептококови инфекции, дължащи се на документирано присъствие на *S. pyogenes* или асимптоматичен пациент, също се налага антибиотичен курс на лечение и, ако носимостта или дозировката са дискутабилни, уместно е лечението с пеницилин интрамускулно. Напоследък се прилагат антибиотици, ефективни срещу бета-лактамаза-продуциращи организми, напр. амоксицилин + клавуланова киселина, цефалоспорици или макролиди. В случаите, когато не може да се постигне ерадикация на причинителя, се обмисля антибактериален курс с клиндамицин за 10 дни. Опитите да се изкорени стрептококовата инфекция чрез адекватна антибактериална терапия са гарантирани при пациенти с рецидивиращи тонзилити или при документиран ревматична атака и остър гломерулонефрит на други членове от фамилията. Ако пациентът е имал 3 и повече стрептококови ангини през последните 6 месеца, се обсъжда профилактичното приложение на пеницилин през зимните месеци. Решението на пациента да се насочи към тозилектомия засяга случаите с чести епизоди на стрептококови тозилити (въпреки антибиотичната профилактика), преболегувалите от перитонзиларен целулит или абсцес и при деца с уголемени тонзили, причиняващи горна дихателна обструкция.

Рецидивиращи тонзилофарингити

Засягат се деца в училищната възраст, които се оплакват от повтарящи се или постоянни болки в гърлото, като обикновено липсват други манифестни прояви, като фебрилитет, отпадналост, лимфаденит и отклонения в лабораторните изследвания. Причините са ГЕРБ, дишане през устата, постназално стичане на секрети и нежелание да посещават училище. При изследването на тези деца се установява нормален орофаринкс и тонзиларна област. Лечението е симптоматично.

Cellulitis peritonsilaris (abscessus)

Тонзиларната инфекция обикновено прониква през тонзиларната капсула, инфилтрира подлежащата тъкан и причинява перитонзиларен целулит. В случаите, когато не се прилага лечение, често се стига до некроза и се оформя тозиларен абсцес. Най-честият причинител е гноерогният стрептокок, стрептококите от групата D, алфа-хемолитичните стрептококи, *S. pneumoniae* и анаероби.

Литература

1. Denny FW: Tonsillopharyngitis 1994. *Pediatr. Rev.* 1994; 15:185.
2. Deutsch ES, Isaacson GC: Tonsillitis & Adenoiditis: An update. *Pediatr Rev* 1995; 16:17.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.