

Шостакович-Корецька Людмила Романівна¹, Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна¹, Ревенко Георгій Олександрович¹, Булашенко Катерина Олександрівна², Партоєва Олена Григоріївна³, Бойко Світлана Вікторівна³, Бишовець Людмила Василівна³, Яковенко Інга Петрівна³

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ

¹Кафедра інфекційних хвороб,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м. Дніпропетровськ, Україна,

²КЗ „Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21
ім. проф. Є. Г. Попкової, м. Дніпропетровськ, Україна,

³КЗ „Міська інфекційна лікарня №1”, м. Кривий Ріг, Україна

Shostakovych-Koretskaya Liudmyla Romanivna¹, Shevchenko-Makarenko Olha Petrivna¹, Revenko Georgiy Oleksandrovych¹, Bulashenko Kateryna Oleksandrivna², Partoeva Olena Grygoriivna³, Boyko Svitlana Victorivna³, Byshovets Ludmyla Vasylivna³, Yakovenko Inga Petrivna³

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SIGNS OF ACUTE TONSILLITES

¹*Department of Infectious Diseases,
SE “Dnipropetrovsk medical academy of Health ministry of
Ukraine”, Dnipropetrovsk, Ukraine,*

²*Dnipropetrovsk municipal clinical hospital №21 named after prof.
E. G. Popkova, Dnipropetrovsk, Ukraine*

³*Krivy Rіg municipal Infectious Diseases Hospital №1,
Krivy Rіg, Ukraine*

E-mail: dsmainfect@ukr.net; Shostakovych-Koretskaya L. R.

Актуальність. Проблема гострого тонзиліту пов'язана з широким поширенням недуги, особливо серед дітей та осіб молодого віку, розвитком метатонзиллярних захворювань

(міокардити, артрити, гломерулонефрити тощо). Серед стрептококових інфекцій на частку тонзилітів стрептококової етіології припадає більше половини всіх хворих. У літературі широко зустрічаються, як взаємозамінні, терміни «тонзилофарингіт» і «фарингіт», але, згідно з МКХ 10, фарингіт (J 02) і тонзиліт (J 03) є різними захворюваннями.

Мета роботи. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу гострого тонзиліту (J 03) та його структуру серед госпіталізованих хворих на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Нами було проведено ретроспективний аналіз захворюваності на гострі тонзиліти серед хворих, що були госпіталізовані у КЗ «ДМКЛ № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової» ДОР” м. Дніпропетровська у 2015 році. Діагноз встановлювався на підставі сукупності клінічних та епідеміологічних даних, результатів бактеріологічного дослідження. У всіх пацієнтів виключали дифтерію.

Результати дослідження. Всього проаналізовано 523 випадки гострого тонзиліту. Надходження в стаціонар протягом року було відносно рівномірне з незначною перевагою в осінньо-зимовий період, що відповідає загальній тенденції та здебільшого пов'язано з переохолодженням. Серед обстежених пацієнтів переважали особи чоловічої статі – 305 (58,4 %), жіночої – 218 (41,6 %). Віковий аналіз показав перевагу серед хворих дітей - 65 (12,4 %) та осіб молодого віку (до 30 років) - 322 (61,6 %) пацієнти. 259 (80 %) осіб від 18 до 30 років становили студенти, що мешкають у гуртожитках. Вікова медіана у дітей становила 12,2 роки, у дорослих 28,5 років. Практично усі пацієнти, а саме 460 (88 %) осіб були госпіталізовані у початковому періоді захворювання – на 1 - 3 добу. З епідеміологічного анамнезу відомо, що 407 (77,8 %) пацієнтів пов'язували захворювання з переохолодженням, а 116 (22,2 %) відмічали контакт з хворою людиною.

Початок захворювання був зазвичай гострий, супроводжувався підвищенням температури тіла до фебрильних у 309 (59 %), піретичних у 189 (36 %) та гіперпіретичних цифр у 25 (5 %) осіб. У всіх хворих спостерігались: загальна слабкість, головний біль, гіперемія ротоглотки, нальоти на мигдаликах, що легко знімалися шпателем, збільшення підщелепних лімфовузлів. У 28 (5,4 %) пацієнтів тонзиліт мав легкий та у 419 (80,1 %) середньотяжкий перебіг, не супроводжувались ускладненнями. У 76 (14,5 %) хворих мав місце тяжкий перебіг, що мав ускладнення у вигляді паратонзилітів у 50 (65,7 %), паратонзиллярних абсцесів у 17 (22,4%) та гострим гломерулонефритом у 9 (11,9 %) випадках.

При бактеріологічному дослідженні мазків з ротоглотки були виділені чисті культури у 398 (76 %) випадках, чутливі до пеніциліну, цефалоспоринові II та III покоління, макролідів. А саме виділено: *Streptococcus pyogenes* (70,3 %), *Staphylococcus aureus* (19,1 %), *Staphylococcus haemolyticus* (6,3 %), *Streptococcus agalactiae* (4,3 %). У 125 (24 %) випадках росту патогенної флори не було виділено, що пов'язано з початком антибіотикотерапії в домашніх умовах. Тривалість перебування в стаціонарі становила від 7 до 12 діб.

Лікування гострого тонзиліту передбачало призначення етіотропної терапії. Препаратами вибору були амінопеніциліни, захищені пеніциліни, цефалоспоринові II та III покоління, макроліди. Також застосовувались десенсибілізуючі засоби, антипиретики та комбіновані протизапальні місцеві засоби.

Висновки. Таким чином, гострий тонзиліт зберігає свої «класичні» клінічні ознаки. Етіологічним чинником у 70,3 % випадках був *Streptococcus pyogenes*. Серед госпіталізованих переважали діти та особи молодого віку (74 %). Ускладнення, тяжкі форми (14,5 %) зустрічались у хворих, що пізно звертались за медичною допомогою, лікувались самостійно в домашніх умовах (безконтрольно приймали антибактеріальні

препарати до надходження до стаціонару). Виділені збудники мають чутливість до «класичних» антибактеріальних засобів.

Шуль Уляна Андріївна
**НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ У ХВОРИХ НА ГАРЯЧКУ
ЗАХІДНОГО НІЛУ**

Кафедра епідеміології
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н. О. Виноград
Львівський національний медичний університет імені
Д. Галицького, м. Львів, Україна

Shul Uliana Andriyivna
**NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS IN PATIENS WITH
WEST NILE FEVER**

Department of Epidemiology
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. N. O. Vynograd
Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky, Lviv,
Ukraine

E-mail: pylichka83@gmail.com; Shul U. A.

Актуальність. Гарячка Західного Нілу (ГЗН) є найпоширенішим зооантропонозним трансмісивним «комариним» захворюванням у групі природно осередкових інфекцій. Вірус ГЗН належить до роду *Flavivirus* родини *Flaviviridae*, поширений на усіх континентах за винятком Антарктиди. В Європі основним видом комарів, які передають вірус ГЗН людям, є *Culex pipiens*. Інфікування описане також при вертикальній передачі від матері до дитини та парентеральним шляхом. За філогенетичними властивостями вірусу розрізняють кілька генетичних груп – генотипів, деякі з яких містять підгрупи, що обумовлює нерівномірний територіальний розподіл та тяжкість клінічної маніфестації ГЗН.