

# Zakaj moramo šteti angine med resna obolenja

Dr. Marica Marolt-Gomišček

Če govorimo o angini, mislimo na vnetje nebnic in njihove okolice, na vnetje, ki ga spremljajo bolečine v grlu. Pri pregledu pacienta z angino lahko vidimo vse stopnje tega vnetja: od rahle pordelosti prek gnojnih pik do gnojnih oblog, ki jih včasih le s težavo odstranimo. Seveda se tem krajevnim spremembam pridružijo večkrat še druga znamenja naglo nastajajočega vročinskega obolenja, kot npr. temperatura, glavobol, bolečine v udih in splošno slabo počutje.

Res je, da angino bolnik lahko preboli v nekaj dneh brez posebne terapije in bi jo zato lahko prištevali med lažja obolenja. Vendar pa so posledice, ki jih včasih povzročata angina, pogosto težje narave in moramo že zato resno obravnavati vsak primer angine. Razen tega pa angina včasih niti ni samostojna bolezen, temveč morda le eno izmed prvih znamenj težkih sistemskih obolenj. Angino torej povzročajo bakterije, virusi ali pa so izraz sistemskega obolenja, predvsem prvotvornega.

Izmed bakterij je beta-hemolitični streptokok najpogostnejši povzročitelj angin. V zadnjem času poročajo, da se je povečalo število angin, ki jih povzročajo stafilokoki. Tudi bacil davice moramo omeniti pri bakterijskih povzročiteljih angin, kljub temu da so primeri te bolezni zadnja leta v Sloveniji le zelo redki.

Virus infekcijske mononukleoze sicer še ni natančno identificiran, povzročata pa obolenje, ki ga velikokrat spremlja gnojna angina. Tudi nekatere vrste adenovirusov povzročajo angino.

Pri agranulocitozi, posledici okvare kostnega mozga, je prvo znamenje gnojna angina. Kostni mozeg preneha izdelovati granulocite, obramba organizma se močno zmanjša in namnože se patogene klice, ki jih je sicer v ustni votlini zelo majhno število.

Od drugih sistemskih obolenj moramo omeniti tako levkemično kot limfatično levkemijo, pri obeh je angina lahko eno izmed prvih znamenj obolenja.

Pri tako raznovrstnih povzročiteljih angin je torej nujno, da pri vsaki angini uporabljamo diagnostične pripomočke, ki nam omogočajo ugotoviti, kakšno vrsto angine imamo pred seboj.

Največ nam poleg klinične slike pove bela krvna slika. Lahko trdimo, da skoraj ni ambulate, kjer ne bi mogli prešteti levkocitov in pregledati bele krvne slike. Če ugotovimo pri pacientu z angino normalno število levkocitov, ki so normalni tudi po obliki in razporeditvi, že lahko izključimo agranulocitozo. Zanj je značilno zelo majhno število levkocitov, ki so pretežno limfocitne vrste. Izključimo lahko tudi levkemijo, pri kateri je sicer število levkocitov tudi normalno, vendar so poleg normalnih levkocitov še zelo mlade oblike, ki jih sicer v periferni krvni sliki ne zasledimo. Normalna bela krvna slika skoraj izključuje tudi infekcijsko mononukleozo, za katero je značilna obilica prehodnih celic, podobnih monocitom in plazmatkam. Granulociti pa so zelo zmanjšani. Ostane nam torej še davica, ki ima najpogosteje normalno krvno sliko, in pa streptokokna oz. stafilokokna angina, ki imata navadno zelo zvišano število levkocitov, predvsem granulocitov.

Pacient, pri katerem je bela krvna slika sumljiva za agranulocitozo in levkemijo, sodi takoj v zavod, drugim pacientom z angino pa zdravnik običajno predpiše penicilin ali kak antibiotik širokega spektra. Pacienta z angino in že predpisano terapijo pa moramo opazovati še naslednje dni. Če opazimo, da se pri

bolniku z bulbarno krvno sliko širijo gnojne membrane iz nebnic na okolico, da se močno povečajo vratne bezgavke ob robu spodnje čeljustnice, da je pacient bled in močno prizadet, kljub temu da morda nima zvišane temperature, moramo pomisliti na davico in bolnika čimprej poslati v zavod. Takojšnja terapija z anti-difterijskim serumom je nujna, kajti po četrtem dnevu bolnika s toksično davico ne moremo več rešiti. Pri pacientu z angino lahko opazimo naslednji dan droben rdeč izpuščaj po trupu, predvsem v pazdušnih kotanjah in v dimljah — pacient ima škrlatiniko! Potreben mu bo strožji režim in daljša kontrola zaradi morebitnih komplikacij.

Opazovali pa bomo tudi bolnike z normalno krvno sliko, če jim kljub terapiji s penicilinom ali drugimi antibiotiki ne poneha temperatura in ne izginejo obloge. Če so pacienti še nadalje prizadeti, na vratu in drugje na periferiji pa se pojavijo bezgavke, tedaj ima pacient po vsej verjetnosti infekcijsko mononukleozo. Takega bolnika bomo ponovno predstavili zdravniku in kontrolirali belo krvno sliko, ki včasih šele po nekaj dneh ali tednih postane tipična za infekcijsko mononukleozo. V teh primerih bo pronizon občutno zmanjšal težave.

Če pri bolniku z angino po terapiji obloge z nebnic zginejo in se temperatura normalizira, splošno počutje pa znatno izboljša, lahko sklepamo, da je bil povzročitelj te angine zelo verjetno streptokok, ki je tudi najpogostnejši povzročitelj angin, kot smo že omenili. Hemolitični streptokok, ki izloča eritrogeni toksin, je tudi povzročitelj škrlatinke. Ravno beta—hemolitični streptokok pa je tisti bacil, ki ga imamo tudi za posrednega povzročitelja akutnega sklepnega obolenja, revmatičnega vnetja srčnih zaklopk in akutnega vnetja ledvic. Te komplikacije se pojavijo v enem do treh tednih po preboleni streptokokni angini. Patogeneza tega dogajanja še ni do kraja znana, verjetno ga povzročajo alergični mehanizmi. Skoraj vsi tipi alfa-hemolitičnih streptokokov povzročajo revmatizem. Nekateri izmed njih pa so znani kot povzročitelji akutnega vnetja ledvic. V ZDA so opazovali, da se je pojavil sklepni revmatizem pri kakih 3% vseh pacientov z angino v starosti 5—15 let, ko je streptokokni infekt najpogostnejši. Če je bil pa anginam vzrok tip hemolitičnega streptokoka, ki povzroča akutno vnetje ledvic, je bil odstotek bolnikov z vnetjem ledvic še večji. Kako hude posledice za zdravje in delovno storilnost lahko povzročata ti dve komplikaciji streptokokne angine, nam je pa dobro znano.

Pri nezdravljenih anginah so možne tudi gnojne komplikacije, vnetje srednjega ušesa, vnetje vratnih bezgavk, vnetje obnosnih votlin in gnojni zasevki v drugih organih.

Zato bi bilo menda odveč še posebej poudarjati, da dobimo zgoraj naštetih gnojnih in negojnih komplikacij tudi pri škrlatiniki, ki je prav tako posledica infekcije s hemolitičnim streptokokom. Pacient s škrlatiniko je šest tednov po obolenju še posebno občutljiv za ponovno infekcijo s hemolitičnim streptokokom, zato ga moramo v tem času izolirati, mu kontrolirati srce (EKG) in ledvice (urin).

Z ustrezno penicilinsko terapijo, ki naj traja deset dni, se število gojnih in negojnih komplikacij pri streptokoknih anginah občutno zmanjša. S to terapijo pa zmanjšamo tudi število bacilonoscev in hemolitični streptokok izgine iz grla že nekaj ur po aplikaciji penicilina. Za penicilin so namreč vsi hemolitični streptokoki močno občutljivi.

Pri infekciji z bacilom davice lahko poleg toksičnih pojavov na srcu, krvnem obtoku in ledvicah dobimo tudi pozne komplikacije, ki se kažejo kot motorične pareze in paralize. Te si sledijo v časovnem zaporedju približno dveh tednov po natanko določenem vrstnem redu: pareza mehkega neba, očesnih mišic, mišic prs-

nega koša, požiralnika in sapnika. Najpogosteje, lahko šele v desetem tednu, pa ugotovimo paralizo okončin.

Tudi infekcijska mononukleoza povzroča poleg angine in povečanih bezgavk skoraj vedno še okvare drugih organov. Zelo pogosto dobimo vnetje jeter, ki se včasih razvije v zlatenico, včasih pa se konča brez nje. Zato moramo pri infekcijski mononukleozii redno napraviti jetrne preiskave. Če so te patološke, je bolnikom potreben prav takšen rekonvalescentni postopek kot pri pacientih z nalezljivo zlatenico, to je daljši počitek in šestmesečna dieta. Virus infekcije mononukleoze lahko povzroči serozno vnetje možganskih oken ter motorično in senzorično paralizo vseh štirih ekstremitet, dihalne miškulature, sapnika in požiralnika. Pacient ne more niti kašljati niti požirati, klinična slika je podobna poliomielitisu. Kako težko obolenje je agranulocitoza, naj pove dejstvo, da kljub ustrezni terapiji lahko poteka smrtno.

Prikazali smo nekaj najpogostnejših vrst angin ter njihovih komplikacij. Videli smo, da je vsaka od teh angin lahko težko obolenje in da so tudi posledice, ki jih povzročajo, lahko usodne. Zato naj še enkrat poudarimo: vsako grojno angino mora videti zdravnik in potrebne so osnovne laboratorijske preiskave.

Bolnika z angino moramo opazovati tudi še potem, ko ima terapijo že predpisano.

---

## Naši otroci postajajo večji

Gotovo ste že kaj slišali o akcelaraciji. To je poseben pojav, ki ga že nekaj desetletij opažamo pri vseh civiliziranih narodih. Kljub razlikam v načinu življenja in prehrane postajajo namreč otroci večji in se pri njih prej pojavljajo življenjske funkcije.

Pred kratkim je pri nekem merjenju v Berlinu ugotovil prof. Schröder, da so 12-letni dečki leta 1923 merili povprečno 138,2 cm, leta 1957 pa 150 cm. Pri prej zrelih, enako starih deklicah pa je bila povprečna višina leta 1923 — 139,6 cm v primeri s 151,6 cm v letu 1957. Rast v višino je bila pospešena tudi še pri štiri-najstletnih. Vzrok temu je iskati v »preplavljenju z dražljaji«, v večjem kopičenju senzoričnih in fizičnih dražljajev vnanjega okolja. Bolj malo znano je, da vedno bolj zgodaj izraščajo tudi zobje. Pri nemškem odboru za zobno nego mladine v mestu Offenbach že od leta 1930 dalje pri 1000 otrocih iste socialne skupine vsakih deset let ugotavljajo dobo, v kateri jim izrastejo posamezne vrste zobje.

Najvažnejši zob v človeških ustih, prvi stalni kočnik, se je pri letniku 1927 pojavil v zgornji čeljusti povprečno v starosti 6 let in 10 mesecev, v spodnji čeljusti pa v starosti 6 let in 8 mesecev. Pri letniku 1951 pa se je stalni kočnik pojavil že pri 5 letih in 9 mesecih. Prvi srednji sekalec se je pojavil pri dečkih natanko eno leto prej, namreč pri 6 letih in 4 mesecih. Pri deklicah, ki jim je ta zob v obdobju pred 24 leti izrastle že nekoliko prej, namreč pri 7 letih, rast ni bila tako pospešena in jim je ta zob zrastle povprečno pri 6 letih in 2 mesecih.

Zato naj bi starši peljali otroke po možnosti čimprej na predhodni pregled k zobozdravniku. Kajti bolni zob, ki so ga zmotno imeli za mlečnega, bi bil lahko že stalni zob, ki ga otroku po morebitni izgubi ni mogoče več nadomestiti.