

ПРОБЛЕМА ТОНЗИЛЛИТА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Крючко Т.А., Ткаченко О.Я., Шпехт Т.В.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Что мы знаем о тонзиллите?

В соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра выделяют "Стрептококковый фарингит" (J02.0) и "Стрептококковый тонзиллит" (J03.0). В зарубежной литературе широко используются взаимозаменяемые термины "тонзиллофарингит" и "фарингит". В дальнейшем будет использоваться термин стрептококковый тонзиллит, под которым понимается тонзиллит (ангина) или фарингит, вызванный β -гемолитическим стрептококком группы А (*Streptococcus pyogenes*, БГСА).

Среди бактериальных возбудителей острого тонзиллита и фарингита наибольшее значение имеет БГСА. Гораздо реже острый тонзиллит вызывают стрептококки группы С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского-Плаута-Венсана), крайне редко – микоплазмы и хламидии. Причиной вирусного острого фарингита и тонзиллита могут быть аденовирусы, риновирус, коронавирус, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпштейн-Барра, вирус Коксаки А и другие.

БГСА передается воздушно-капельным путем. Источниками инфекции являются больные и, реже, бессимптомные носители. Вероятность заражения увеличивается при высокой степени обсемененности и тесном контакте. Стрептококковый тонзиллит возникает чаще у детей в возрасте 5-15 лет, после короткого инкубационного периода – от 24 до 72 часов. Наибольшая заболеваемость отмечается в зимне-весенний период. Вирусные фарингиты возникают преимущественно в зимние месяцы.

Несмотря на то, что большая часть фарингитов имеет инфекционную природу, немного более 20% больных имеют показания к назначению антибактериальной терапии.

Оптимальный подход к дифференциации различных причин фарингитов требует детального изучения анамнестических данных, проведения осмотра и лабораторного исследования. Идентификация этиологического фактора при фарингите, особенно стрептококковой этиологии, важна для предупреждения развития серьезных осложнений. Согласно статистических данных¹, среди причин фарингита в детском возрасте БГСА составляет 15-30%, в старшей возрастной группе – 5-15%.

Что такое ко-патогены?

Несмотря на то, что БГСА является причиной большинства бактериальных тонзиллофарингитов, носоглотка ребенка одновременно с БГСА может быть колонизирована и другими микроорганизмами, такими как *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *M. catarrhalis*, *St. aureus*. Эти патогены даже не вызывая заболевание, могут явиться причиной неудачи антибиотикотерапии,

направленной на БГСА. Объясняется это тем, что многие штаммы указанных возбудителей способны продуцировать β -лактамазу, разрушающую β -лактамы антибиотики (пенициллин, амоксициллин, цефалоспорины). Таким образом, ко-патогены защищают основного виновника заболевания - БГСА от воздействия антимикробных препаратов².

Какие клинические особенности фарингитов вирусной и бактериальной этиологии?

Фарингит вирусной этиологии – чаще имеет сезонный характер (с конца осени до начала весны) и сочетается с клиническими проявлениями ринита, конъюнктивита, осиплости голоса на фоне общего недомогания и субфебрильной температуры тела. Среди атипичных симптомов патологии – боль в животе, диарея.

У пациентов с *бактериальным фарингитом* обычно отсутствуют такие симптомы, как ринорея, кашель, конъюнктивит. Температурная реакция у больных обычно 38°C и выше. Местные признаки стрептококкового фарингита характеризуются эритемой, отёчностью ротоглотки, мягкого нёба и нёбных миндалин, наличием воспалительного экссудата на поверхности миндалин, лимфоаденопатией подчелюстных и переднешейных лимфоузлов. У части больных наблюдаются петехии на твёрдом и мягком нёбе.

Для облегчения дифференциальной диагностики стрептококкового фарингита McIsaac WJ с соавторами разработал шкалу, которая проста в использовании практикующими врачами³.

Шкала определения возможной этиологии тонзиллофарингита и назначения антибиотика¹	
Температура тела выше 38°C	1 балл
Отсутствие кашля	1 балл
Переднешейный лимфаденит	1 балл
Отек миндалин и налеты на них	1 балл
Возраст: моложе 15 лет 15-45 лет старше 45 лет	+ 1 балл 0 баллов - 1 балл
<p><u>Оценка:</u> 0-1 балл – культуральное исследование и антибиотикотерапия не нужны (риск стрептококковой инфекции группы А – 2-6%); 2-3 балла – необходимо культуральное или экспресс-исследование. Если оно позитивно, назначают антибиотик (риск стрептококковой инфекции группы А – 10-28 %); 4-5 баллов – необходимо культуральное исследование и назначение антибиотика (риск стрептококковой инфекции группы А – 38-63 %).</p>	

Как правило, больные со стрептококковым фарингитом контагиозны для окружающих в течение всего острого периода и ещё 1 неделю спустя. Эффективная антибиотикотерапия сокращает инфекционный период до 24 часов, редуцирует симптомы и предотвращает развитие тяжелых осложнений.

Чем опасен бактериальный фарингит?

К типичным осложнениям острого тонзиллофарингита стрептококковой этиологии относят паратонзиллярный абсцесс, шейный лимфаденит, мастоидит, острую ревматическую лихорадку, постстрептококковый гломерулонефрит.

Паратонзиллярный абсцесс формируется приблизительно у 1% больных на фоне антибактериальной терапии и намного чаще – без этиотропного лечения. У пациентов наблюдается выраженная интоксикация, лихорадка, может иметь место типичный симптом “hot potato voice,” (изменение голоса, как будто во рту находится горячий картофель). Местными характерными признаками зачастую бывают паратонзиллярная флюктуация, асимметрия и девиация мягкого нёба. Дополнительный метод диагностики – интраоральная ультрасонография.

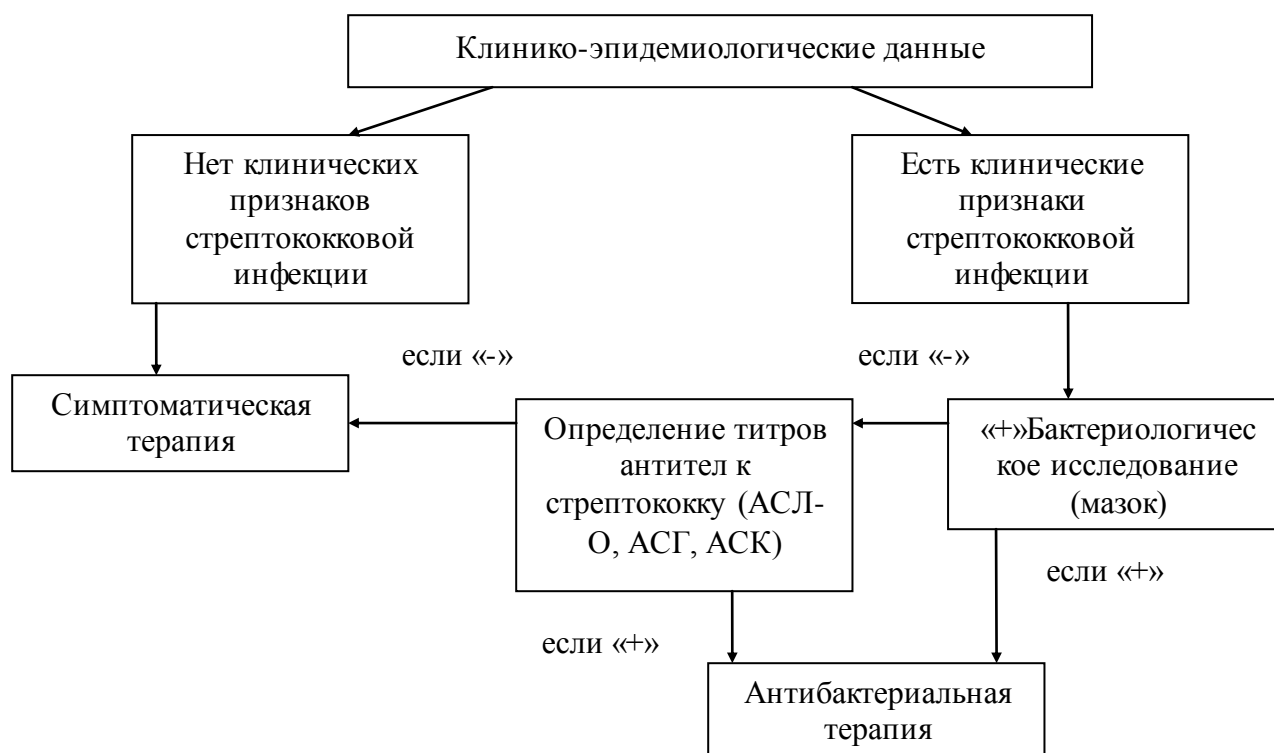
Каковы критерии для определения необходимости проведения антибактериальной терапии?

По данным клинического исследования, проведенного в Канаде (Торонто) на протяжении 3 лет¹, свидетельствуют о том, что у 63% обследованных детей (3-14 лет) с фарингитом при бактериологическом исследовании ротоглотки БГСА не выявляется, а необходимость в назначении антибактериальных средств возникла только у 32,1% детей (Alan L. Bisno, Michael A. Gerber, Jack M. Gwaltney).

Клинический протокол диагностики и лечения фарингита, вызванного БГСА (США) определяет четкие критерии назначения антибиотикотерапии: наличие клинических симптомов, характерных для стрептококкового тонзиллофарингита в сочетании с эпидемиологическими данными и позитивными результатами бактериологического исследования ротоглотки.

Диагностическим маркером, подтверждающим необходимость назначения антибиотикотерапии у детей с тонзиллофарингитом, наряду с вышеперечисленными, являются повышение титров антител к стрептококку (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антистрептогиалуронидаза).

Алгоритм диагностики острого фарингита¹



Чем лечить тонзиллит сегодня?

В настоящее время для лечения тонзиллитов используются различные методики местной терапии, имеющие свои преимущества и недостатки. Местное применение только антисептических растворов или физических факторов не решает проблему комплексного подхода в консервативном лечении.

БГСА отличается высокой чувствительностью к пенициллинам и цефалоспорином. β -лактамы остаются единственным классом антибактериальных препаратов, к которым у БГСА не развилась резистентность. Учитывая феномен ко-патогенов, который может обусловить неэффективность терапии незащищенными пенициллинами до 30% случаев, преимущество имеют защищенные представители пенициллинов (амоксциллин/клавуланат).

Растущей проблемой является резистентность к макролидам, которая составляет 13-17%, при этом распространение получил М-фенотип резистентности, характеризующийся устойчивостью к макролидам и чувствительностью к линкосамидам (линкомицину и клиндамицину)⁸.

Резистентность к тетрациклинам и сульфаниламидам составляет 60%. Кроме того, тетрациклины, сульфаниламиды, ко-тримоксазол не обеспечивают эрадикации БГСА и, поэтому, их не следует применять для лечения острых стрептококковых тонзиллитов, вызванных даже чувствительными к ним *in vitro* штаммами.

Целью антибактериальной терапии острого стрептококкового тонзиллита является эрадикация БГСА в ротоглотке, что ведет не только к ликвидации симптомов инфекции, но и предупреждает развитие ранних и поздних осложнений.

Каковы показания для назначения антибактериальной терапии?

Антибактериальная терапия оправдана только при известной или предполагаемой стрептококковой этиологии острого тонзиллита. Необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию резистентности к антибиотикам, а также может осложняться нежелательными лекарственными реакциями. Антибактериальная терапия может быть начата до получения результатов бактериологического исследования при наличии эпидемиологических и клинических данных, указывающих на стрептококковую этиологию острого тонзиллита.

Как выбрать антибиотик?

Учитывая высокую чувствительность БГСА к β -лактамам, препаратом I ряда (выбора) для лечения острого стрептококкового тонзиллита являются амоксициллин и амоксициллин/клавуланат. Реже применяют оральные цефалоспорины. И только у пациентов с аллергией на β -лактамы следует применять макролиды или линкосамиды.

Почему Аугментин™?

Несмотря на то, что на фармацевтическом рынке этот признанный во всем мире препарат находится почти 30 лет, он до сих пор сохраняет высокую активность против основных респираторных патогенов, что подтверждается доказательной базой (Ю.М. Мостовой, Ю.И. Фещенко, Т.А. Перцева, 2007). Все это позволяет экспертам рекомендовать оригинальный амоксициллин/клавуланат (Аугментин™) в качестве препарата первого ряда при стрептококковых тонзиллитах у детей. Важно отметить, что в антибиотикотерапии одинаково опасно использовать как неэффективные препараты, так и чрезмерно «мощные»⁷.

В последнее время все больше растет увлечение некоторых украинских врачей такими препаратами, как цефалоспорины III-IV поколений в качестве препаратов первого ряда для лечения инфекций дыхательных путей. А ведь не стоит забывать, что в настоящее время в Украине сложилась относительно благоприятная ситуация: наряду с прогрессивным возрастанием пенициллиноустойчивости ко многим возбудителям в разных странах мира, в нашем регионе пневмококк остается чувствительным к препаратам пенициллинового ряда, и этот шанс необходимо использовать, назначая современные защищенные пенициллины в качестве средств первой линии. Широкое (рутинное) применение препаратов резерва в этих условиях не только не оправдано, но и приводит к угрозе преждевременного роста резистентности патогенов к ним.

При проведении антибактериальной терапии острого стрептококкового тонзиллита необходимо иметь в виду следующие факторы:

- для эрадикации БГСА необходим 10-дневный курс антибактериальной терапии (исключение составляет азитромицин, который применяется в течение 5 дней)¹;

- раннее назначение антибиотиков значительно уменьшает длительность и тяжесть симптомов заболевания;
- повторное микробиологическое исследование по окончании антибактериальной терапии показано детям с ревматической лихорадкой в анамнезе, при наличии стрептококкового тонзиллита в организованных коллективах, а также при высокой заболеваемости ревматической лихорадкой в данном регионе.

Что следует понимать под неэффективностью терапии острого стрептококкового тонзиллита?

- сохранение клинической симптоматики заболевания более 72 часов после начала антибактериальной терапии;
- выделение БГСА по окончании курса лечения антибиотиками, которая может быть вызвана недостаточной комплаентностью пациента в соблюдении предписанной схемы терапии (преждевременное прекращение приема препарата, уменьшение суточной дозы и т.п.).

При ликвидации клинической симптоматики острого тонзиллита и сохраняющемся выделении БГСА повторные курсы антибиотикотерапии целесообразны только при наличии ревматической лихорадки в анамнезе у пациента или членов его семьи⁸.

Что может обусловить неэффективность пенициллина (амоксициллина) при стрептококковом тонзиллофарингите?

Присутствующие в ротоглотке ко-патогены могут защищать БГСА от воздействия антибиотиков, вырабатывая β -лактамазы. Т.е. антибактериальный препарат будет разрушен раньше, чем сможет оказать свой лечебный эффект². Выходом из ситуации является использование защищенных аминопенициллинов.

Какие ошибки при терапии острого стрептококкового тонзиллита чаще всего допускает врач?

- пренебрежение микробиологическим исследованием;
- необоснованное предпочтение местного лечения (полоскание и др.) в ущерб системной антибиотикотерапии;
- недооценка клинической и микробиологической эффективности и безопасности препаратов первого ряда;
- назначение сульфаниламидов, ко-тримоксазола, тетрациклинов, фузидина, аминогликозидов;
- сокращение курса антибиотикотерапии при клиническом улучшении.

Когда является правомочным диагноз рецидивирующий стрептококковый тонзиллит и носительство БГСА?

Под *рецидивирующим* стрептококковым тонзиллитом следует понимать множественные эпизоды острого тонзиллита в течение нескольких месяцев с положительными результатами микробиологических исследований и/или

экспресс-методов диагностики антигенов БГСА. Критерии рецидивирующего стрептококкового тонзиллита:

- наличие клинических и эпидемиологических данных, указывающих на стрептококковую этиологию;
- отрицательные результаты микробиологических исследований между эпизодами заболевания;
- повышение титров противострептококковых антител после каждого случая тонзиллита.

В периоды обострений назначается антимикробная терапия. Препаратом первого выбора в данной ситуации является амоксициллин/клавуланат¹.

Носителями БГСА являются в среднем около 20% детей школьного возраста в весенне-зимний период. Для носителей характерно отсутствие иммунологических реакций на микроорганизм.

Таким образом, учитывая низкий риск развития гнойных и негнойных осложнений, а также незначительную роль в распространении БГСА, хронические носители, как правило, не нуждаются в проведении антибактериальной терапии.

В настоящее время в Украине зарегистрировано 826 антибактериальных препаратов и 41 действующее вещество. Практическому врачу самостоятельно сориентироваться во всем многообразии существующих антибактериальных препаратов и подходов к их применению в конкретных клинических ситуациях очень сложно. В связи с этим одной из наиболее важных проблем в антибиотикотерапии является выбор схемы лечения и оптимального препарата. Причем важно подчеркнуть, что наличие стандартов терапии не исключает персональной ответственности врача за выбор наиболее рациональных подходов к антибиотикотерапии, а лишь делает этот выбор более обоснованным.

Рациональная антибиотикотерапия подразумевает несколько принципиальных аспектов. В первую очередь, врач должен установить этиологию инфекционного заболевания, а применение антибактериальных препаратов оправдано только в случае бактериальной инфекции. Поэтому в основе рациональной антибиотикотерапии прежде всего лежит правильный и своевременный диагноз. Подходы к лечению тонзиллита должны опираться на доказательно обоснованные рекомендации и стандарты, которые суммировали наиболее эффективные, безопасные и экономически оправданные схемы терапии в тех или иных клинических ситуациях. К сожалению, это требование далеко не всегда и не в полной мере выполняется нашими врачами. Следует помнить, что именно доказательные данные в наилучшей степени проводят взаимосвязи между этиологией, клиникой и оптимальной лечебной тактикой. Тот факт, что сегодня защищенные аминопенициллины рассматриваются нами как препараты первого выбора для лечения тонзиллитов у детей – результат научно обоснованного вывода, базирующегося на высокой чувствительности и низкой антибиотикорезистентности актуальных возбудителей в нашем регионе. Так, амоксициллин/клавуланат (Аугментин™) обладает наиболее оптимальным спектром активности против грамположительных и грамотрицательных бактерий (в том числе БГСА и его ко-патогенов)⁹.

Литература:

1. Bisno A.L. et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. Clin Infect Dis 2002;35:113-25.
2. Brook I, Dohar JI. Management of Group A Streptococcal Pharyngotonsillitis in Children. J Fam Pract 2006;55:S1-11.
3. Адаптировано из McIsaac WJ et al. The validity of a sore throat score in family practice. CMAJ 2000;163:811-5.
4. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей / Зубков М.Н. // Российский медицинский журнал.- 2009.-№2, том 17.
5. Антипенко В.В. Консервативное и хирургическое лечение хронического неспецифического тонзиллита: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.00.04 / Амурская государственная медицинская академия.- Санкт-Петербург, 2009.- 20с.
6. White A.R. et al. Augmentin in the treatment of community-acquired respiratory tract infection // JAC. - 2004. - 53. - i3-i20.
7. Национальный конгресс по антибиотикотерапии: в центре внимания – защищенные аминопенициллины // Фещенко Ю.И., Перцева Т.А., Мостовой Ю.М. / Здоров'я України, 2007.-№22.-С.41-45.
8. Антибактериальная терапия стрептококкового тонзилита и фарингита / Страчунский Л.С., Богомильский А.Н. // Детский доктор, 2000.-№3.-С.32-33.
9. Справочник по антимикробной терапии // Справочник врача-К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2009.