

Острый тонзиллит в практике врача-педиатра

С.В. ЗАЙЦЕВА¹, А.К. ЗАСТРОЖИНА², Е.В. КУЛИКОВА¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 127473, Россия, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №42 Департамента здравоохранения города Москвы»: 117463, Россия, г. Москва, Голубинская ул., д. 23, корп. 2

Информация об авторах:

Зайцева Светлана Владимировна – к.м.н., доцент кафедры педиатрии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

тел.: +7 (499) 268-84-46,
e-mail: zcv16@mail.ru

Застрожина Анастасия Константиновна – врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №42 Департамента здравоохранения города Москвы»

Куликова Елена Вильевна – к.м.н., доцент кафедры педиатрии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7 (499) 268-84-46

РЕЗЮМЕ

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) является распространенным инфекционным заболеванием в педиатрической практике. Боль в горле, как главный симптом острого тонзиллофарингита, является самой частой причиной обращения за амбулаторной медицинской помощью. ОТФ является полиэтиологическим заболеванием и требует обязательного уточнения этиологического фактора. Вирусный тонзиллит наиболее распространен в детской практике. Среди бактериальных возбудителей особую важность имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА *Streptococcus pyogenes*). С данным возбудителем связано от 5 до 15% случаев острых тонзиллофарингитов во взрослой популяции и 20–30% – у детей [5]. Подозрение на БГСА при ОТФ требует обязательное назначение системной антибактериальной терапии. В настоящее время отсутствуют достоверные критерии дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных ОТФ. В результате выбор тактики лечения ОТФ представляет собой ответственную задачу. С одной стороны, с данной патологией наиболее часто связано излишнее и необоснованное назначение системной антибактериальной терапии, с другой – отказ от антибиотиков может способствовать развитию серьезных осложнений.

Учитывая высокую частоту вирусного ОТФ, важным направлением в педиатрической практике является использование местных антисептических и противовоспалительных препаратов. Топические препараты могут быть использованы как в качестве монотерапии, так и при необходимости в комбинированной терапии ОТФ.

Своевременная этиологическая диагностика и рациональная терапия ОТФ являются важным звеном эффективности лечения ОТФ у детей и профилактики антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Ключевые слова: острый тонзиллофарингит, диагностика, бета-гемолитический стрептококк группы А, антибактериальная терапия, местная терапия

Для цитирования: Зайцева С.В., Застрожина А.К., Куликова Е.В. Острый тонзиллит в практике врача-педиатра. *Медицинский совет*. 2019; 2: 113-119. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-113-119>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acute tonsillitis in a pediatrician's practice

Svetlana V. ZAITSEVA, Anastasia K. ZASTROZHINA, Elena V. KULIKOVA

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Yevdokimov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation: 127473, Russia, Moscow, 20, Delegateskaya St., Moscow, Russia.

² State Budgetary Institution of Healthcare of the city of Moscow «Children's City Polyclinic No. 42 of the Department of Healthcare of the city of Moscow»: 117463, Russia, Moscow, 23 Golubinskaya str., bldg. 2

Author credentials:

Zaitseva Svetlana Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatrics of the Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Yevdokimov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation;

tel.: +7 (499) 268-84-46,
e-mail: zcv16@mail.ru

Zastrozhina Anastasia Konstantinovna – Doctor of the State Budgetary Institution of Healthcare of Moscow «Children's City Polyclinic No. 42 of the Department of Healthcare of Moscow».

Kulikova Elena Viljevna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of

the Department of Pediatrics of the Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Yevdokimov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; tel.: +7 (499) 268-84-46

Acute tonsillopharyngitis (ATP) is a common infectious disease in paediatric practice. Throat pain, as the main symptom of acute tonsillopharyngitis, is the most common cause of seeking outpatient care. ATP is a polyethiological disease and requires a clarification of the etiological factor. Viral tonsillitis is the most common in children's practice. Among bacterial pathogens, the beta hemolytic streptococcus group A (BHSA *Streptococcus pyogenes*) is of particular importance. This pathogen is associated with 5 to 15% of cases of acute tonsillopharyngitis in adults and 20- 30% in children [5]. Suspicion of BHSA in ATP requires the mandatory prescription of systemic antibiotic therapy. Currently, there are no reliable criteria for differential diagnosis of viral and bacterial ATP. As a result, the choice of ATP treatment tactics is an important task. On the one hand, this pathology is most often associated with unnecessary and unjustified prescription of systemic antibiotic therapy, and on the other hand, the rejection of antibiotics can contribute to the development of serious complications.

Given the high frequency of viral ATP, an important area of pediatric practice is the use of local antiseptic and anti-inflammatory drugs.

Topical drugs can be used both as monotherapy and, if necessary, in combination therapy of ATP.

Timely etiological diagnostics and rational therapy of ATP are an important part of the effectiveness of ATP treatment in children and prevention of antibiotic resistance of microorganisms.

Keywords: acute tonsillopharyngitis, diagnostics, beta hemolytic streptococcus group A, antibacterial therapy, local therapy

For citing: Zaitseva S.V., Zastrozhina A.K., Kulikova E.V. Acute tonsillitis in a pediatrician's practice. *Meditinsky Sovet*. 2019; 2: 113-119. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-113-119>.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Острые инфекции верхних дыхательных путей занимают первое место в структуре инфекционной заболеваемости в России. Так, по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в Российской Федерации, только с января по октябрь 2018 года зарегистрировано 25 604 558 человек, из них 16 790 516 – дети до 14 лет [1]. В структуре острых респираторных инфекций острый тонзиллофарингит (ОТФ) составляет не менее 15% [2], а боль в горле, как главный симптом ОТФ, является самой частой причиной обращения за амбулаторной медицинской помощью [3]. Заболеваемость ОТФ составляет 82 на 1000 детей и максимально диагностируется в возрасте от 1 до 3 лет (341 на 1000 детей этого возраста – 2/3 всех случаев ОТФ). Заболеваемость ОТФ у детей 7–18 лет составляет всего 32 на 1000 [4].

Принимая во внимание высокую частоту ОТФ в детском возрасте, в последнее десятилетие все большее внимание медицинских сообществ уделяется созданию национальных руководств, определяющих алгоритмы ведения пациентов с ОТФ в практическом здравоохранении. В 2014 г. были созданы и утверждены Министерством здравоохранения РФ клинические рекомендации «Дифференциальная диагностика и лечение острого тонзиллофарингита» [5]. В 2016 году под эгидой Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов пересмотрены и утверждены Федеральные клинические рекомендации «Острый тонзиллофарингит» [3]. В педиатрической практике актуальны клинические рекомендации Союза педиатров России «Острые тонзиллофарингиты у детей» 2016 г. [4].

Согласно рекомендациям, острый тонзиллит (ОТ) (от лат. tonsillae – миндалины, синоним – ангина (от лат.

ango – «сжимаю, сдавливаю, душу»)) представляет собой острое воспаление лимфоидной ткани глоточного кольца. Национальными руководствами по острому тонзиллиту [3] предлагается использовать термин «острый тонзиллофарингит» (ОТФ), так как изолированное воспаление миндалин без воспаления слизистой задней стенки глотки (фарингита) встречается редко. Термин «острый тонзиллофарингит» более правильно отражает патологический процесс органов глотки. Часть экспертов предлагает отказаться от термина «ангина», т. к. ее классификация, основанная на фарингоскопической картине, не коррелирует с этиологией и терапевтической тактикой [5].

В зависимости от выбора критериев существует различная классификация ОТФ. Одни из них выделяют первичные ОТФ и вторичные (при инфекционных (дифтерия, туляремия) заболеваниях и заболеваниях крови) ОТФ (Солдатов И.Б., 1975). Большое распространение в практической деятельности получила классификация Б.С. Преображенского, в основу которой положены фарингоскопические признаки [6]. Согласно данной классификации различают следующие формы ангин: 1 – катаральная, 2 – фолликулярная, 3 – лакунарная, 4 – фибринозная, 5 – герпетическая, 6 – флегмонозная (интратонзиллярный абсцесс), 7 – язвенно-некротическая (гангренозная) ангина Симановского – Плаута – Венсана, 8 – смешанные формы. К этому основному диагнозу после получения соответствующих данных может быть добавлено название микроба, вызвавшего ОТ (стрептококковая, стафилококковая).

Однако в амбулаторной практике педиатру логичнее использовать международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ 10). Согласно МКБ 10 выделяют: J02.0 – Острый стрептококковый фарингит; J02.8 – Острый

фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями; J02.9 – Острый фарингит неуточненный; J03.0 – Острый стрептококковый тонзиллит; J03.8 – Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями; J03.9 – Острый тонзиллит неуточненный; B00.2 – герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит [вызванный вирусом простого герпеса]; B08.5 – энтеровирусный везикулярный фарингит, или «герпангина»; B27 – при инфекционном мононуклеозе.

В представленной классификации МКБ 10 большое значение уделяется уточнению инфекционного фактора ОТФ, что особенно важно при первичном осмотре. Именно этиология ОТФ определяет тактику терапии и целесообразность назначения системных антибактериальных препаратов.

ОТФ является полиэтиологичным заболеванием. Возбудителем ОТФ может быть бактериальная, вирусная, внутриклеточная и грибковая инфекция. Согласно многочисленным исследованиям наиболее частыми возбудителями ОТФ являются респираторные вирусы. Ведущую позицию среди вирусных возбудителей занимают аденовирус, вирус Эпштейна – Барр и энтеровирус, однако к воспалению лимфоидного глоточного кольца могут приводить и другие респираторные вирусы [3–5].

Среди бактериальных возбудителей первостепенное значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА или *Streptococcus pyogenes*). С данным возбудителем связано от 5 до 15% случаев острых тонзиллофарингитов во взрослой популяции и 20–30% – у детей [5]. Патогенность БГСА определяется наличием капсулы для прикрепления к слизистым мембранам (адгезия), его устойчивостью к фагоцитозу, выделением многочисленных экзотоксинов, вызывающих сильный иммунный ответ, а также наличием антигенов (М-белок), перекрестно реагирующих с сердечной мышцей. Выделяют более 80 серотипов БГСА по М-протеину, при этом антибактериальный иммунитет носит узкий типоспецифический характер, что делает возможными реинфекции в результате заражения новыми серотипами.

Не являясь наиболее частым, БГСА-тонзиллит имеет первостепенное социальное и медицинское значение, что обусловлено быстрым распространением гемолитического стрептококка группы А и его высокой контагиозностью, а также способностью вызывать серьезные осложнения. При стрептококковом ОТФ выделяют «ранние» и «поздние» осложнения. Среди ранних осложнений наиболее часто встречаются паратонзиллярные, боково-глоточные и заглоточные абсцессы, гнойный лимфаденит, требующие экстренного хирургического вмешательства. К поздним (2–3-я неделя заболевания) осложнениям относятся системные иммунопатологические заболевания. Среди них наибольшую опасность представляет острая ревматическая лихорадка, гломерулонефрит, бактериальный эндокардит, синдром стрептококкового токсического шока.

Ряд авторов указывает на определенную роль таких бактериальных возбудителей, как стрептококки групп С и G, *Streptococcus pneumoniae*, *Arcanobacterium haemo-*

lyticum, анаэробы, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* в этиологии ОТФ [7, 8]. Еще более редкими бактериальными возбудителями острых тонзиллитов являются спирохеты (ангина Симановского – Плаута – Венсана), анаэробы. Необходимо помнить, что острый тонзиллит до настоящего времени является одним из основных симптомов таких заболеваний, как дифтерия (*Corynebacterium diphtheriae*), гонорея (*Neisseria gonorrhoeae*), что требуется учитывать при диагностике ОТФ, однако в общей статистике они занимают не более 1% [9].

Микотические поражения глотки также не являются частыми. Согласно литературным данным, *Candida albicans* является основным возбудителем у 93% больных с микотическим ОТФ [10]. Необходимо учитывать, что *Candida albicans* является нормальным обитателем рото-глотки и вызывает патологические процессы в основном в условиях системного или местного иммунодефицита [4].

Клиническая картина ОТФ, независимо от этиологического фактора, представлена основными симптомами – повышением температуры, болью в горле, региональным лимфаденитом. Наиболее частым симптомом при ОТФ у детей является симптом интоксикации, который проявляется лихорадкой. Температура при ОТФ не коррелирует с этиологическим фактором и присутствует как при вирусном, так и при бактериальном ОТФ. Так, при аденовирусной инфекции лихорадка может сохраняться в течение 5–10 суток и не реагирует на терапию системными антибиотиками. В то же время для ОТФ, обусловленного БГСА, является значимым падение температуры через 12–24 часа после применения антибиотика.

Сформировавшиеся в России в течение многих десятилетий стереотипы диагностики ангин, основанные на оценке фарингоскопической картины, явились причиной частых диагностических и тактических ошибок. Подразделение ангин на катаральную, лакунарную, фолликулярную и язвенно-пленчатую привело к отождествлению первой формы с вирусной инфекцией, последних 3 – с бактериальной. Тем не менее налеты на небных миндалинах могут быть в равной степени симптомом как стрептококкового ОТФ, так и многих ОРВИ (аденовирусная, риновирусная и др.), инфекционного мононуклеоза, орофарингеального кандидоза. Напротив, картина катаральной ангины не противоречит БГСА-этиологии воспаления [11]. И только петехиальная экзантема на мягком небе и языке может быть единственным значимым симптомом, который в ранние сроки с большой вероятностью может указывать на стрептококковую этиологию ОТФ [5].

В свете современных знаний необходимо остановиться на термине «герпетическая ангина». Данный термин отражает фарингоскопическую картину, напоминающую поражения при вирусе простого герпеса 1-го и 2-го типов. В результате часто встречается необоснованное назначение при «герпетической ангине» противовирусных препаратов. Однако данное поражение слизистой полости рта и реже миндалин чаще всего является проявлением энтеровирусной инфекции (наиболее часто Коксаки В). Помогает в диагностике энтеровирусного везикулярного фарингостоматита характерное двукрат-

ное резкое повышение температуры и своеобразная сыпь в области рта, кистей и стоп. В терапии энтеровирусного ОТФ нецелесообразно назначение препаратов группы ацикловира.

Боль в горле с изменениями слизистой глотки, миндалин часто сопровождается явлениями регионарного лимфаденита (увеличение, уплотнение, болезненность подчелюстных, передне- и заднешейных лимфатических узлов). Особенно выражен региональный лимфаденит при инфекционном мононуклеозе. Тропность Эпштейна – Барр-вируса к лимфоцитам крови способствует персистенции вируса в органах лимфатической системы. Так, вместе с поражением миндалин присутствует клиника поражения аденоидных вегетаций (аденоидит), лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Несмотря на то что атипичные лимфоциты в крови при инфекционном мононуклеозе помогают поставить диагноз, но они выявляются только у 6% пациентов [8].

Таким образом, такие клинические признаки, как лихорадка и налеты на небных миндалинах, встречаются одинаково часто как при вирусных, так и при бактериальных формах тонзиллита, что существенно затрудняет этиологическую диагностику. Однако существуют некоторые клинические особенности, позволяющие с большей вероятностью диагностировать вирусный ОТФ. Так, для аденовирусной инфекции характерны гиперемия и рыхлые белые налеты на миндалинах, вирусный конъюнктивит и выраженный ринофарингит с обилием слизи на задней стенке глотки. Последние два признака являются наиболее значимыми отличиями вирусного тонзиллита от бактериального («аденовирусная фаринго-конъюнктивальная лихорадка»). Стрептококковый ОТФ отличается от вирусного отсутствием кашля, выраженных катаральных симптомов, конъюнктивита. Иногда при пальпации определяется болезненность лимфоузлов [12].

В диагностике вирусного ОТФ необходимо учитывать сезонность заболевания и эпидемиологические данные. Для вирусного ОТФ, как для любой острой респираторно-вирусной инфекции, характерна высокая контагиозность и быстрое распространение в коллективе (детское учреждение, семья). Наличие катаральных явлений (гиперемия конъюнктив, затрудненное носовое дыхание, ринорея) также с большой вероятностью свидетельствует в пользу вирусной этиологии заболевания.

Однако необходимо помнить, что большую роль в качестве этиологического фактора играют микст-инфекции (вирусно-вирусные, вирусно-бактериальные). В связи с этим клиническая картина заболевания нередко не отражает значимость возбудителя, а наличие симптомов острой респираторной вирусной инфекции может маскировать бактериальный ОТФ [12].

Отсутствие четких клинических симптомов и необходимость этиологической дифференциации тонзиллитов привела к созданию клинических оценочных шкал. Так, согласно обновленному в январе 2018 г. Национальным институтом здравоохранения Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence-NICE) руководству NICE по ведению пациентов с острой болью в горле, для

решения вопроса о целесообразности назначении антибактериальной терапии рекомендуется использовать критерии FeverPAIN или Centor [13]. Расшифровка показателя критериев FeverPAIN включает оценку следующих симптомов: «Fever» – лихорадка (в течение 24 часов), «P – Purulence» – наличие гноя на миндалинах, «A – Attend rapidly» – быстрое обращение (в течение 3 дней после появления симптомов), «I – Severely Inflamed tonsils» – выраженное воспаление миндалин; «N – No cough or coryza» – отсутствие кашля или насморка (воспаление слизистых оболочек носа). Каждый положительный критерий FeverPAIN составляет 1 балл (максимальный балл 5). Большее количество баллов предполагает более выраженные симптомы и возможную бактериальную (стрептококковую) инфекцию. Считается, что оценка 0 или 1 связана с вероятностью выделения стрептококка от 13 до 18%. Оценка 2 или 3 связана с вероятностью выделения стрептококка от 34 до 40%. Оценка 4 или 5 связана с вероятностью выделения стрептококка от 62 до 65% [13].

Критерии Centor также включают балльную оценку таких симптомов, как наличие тонзиллярного экссудата, шейной лимфаденопатии или лимфаденита, выраженность и длительность лихорадки, отсутствие кашля. Каждый из критериев Centor оценивается в 1 балл (максимальный балл – 4). Считается, что оценка 0, 1 или 2 связана с вероятностью выделения стрептококка от 3 до 17%. Оценка 3 или 4 связана с вероятностью выделения стрептококка от 32 до 56% [13].

В российских клинических рекомендациях наибольшее распространение получила шкала McIsaac. Однако использование данных шкал в педиатрии имеет свои ограничения. Так, шкалы не учитывают случаи тонзиллитов у детей младше 3 лет. Кроме того, при наличии максимального количества баллов, согласно шкалам, БГСА-инфекцию можно подозревать лишь с вероятностью не более 53–65%. Американское ретроспективное исследование, охватившее 3-летний период, в которое вошло более 200 тыс. детей в возрасте от 3 лет с ОТ, показало, что среди детей с уже доказанным стрептококковым тонзиллитом у половины клинические признаки укладывались в 0–3 балла по шкалам Centor и McIsaac [14].

Дополнительным дифференциально-диагностическим критерием вирусного и бактериального ОТФ может служить возраст ребенка. Установлено, что дети первого года жизни обладают приобретенным от матери антитоксическим и антимикробным стрептококковым иммунитетом, и поэтому БГСА редко является этиологическим фактором ОТФ у данной группы пациентов [15]. Также в ходе исследований показано, что у детей до 3 лет в 70–90% случаев ОТФ является проявлением вирусной респираторной инфекции, при этом вероятность БГСА-тонзиллита в возрасте до 2 лет минимальная (3%). А вот у детей после 5 лет роль бактериального фактора возрастает до 30–50% [5, 12]. Наибольшая распространенность острого стрептококкового тонзиллофарингита имеет место в детском (>3 лет) и подростковом возрасте [5]. У людей старше 45 лет вероятность стрептококковой этиологии опять же становится минимальной [15].

Сложность дифференциальной диагностики вирусного и бактериального ОТОФ заключается и в неоднозначности лабораторных маркеров инфекционного процесса у детей. Установлено, что многие вирусные инфекции, особенно ассоциированные с ДНК-вирусами (аденовирусами, герпесвирусами), вызывают изменения в лабораторных показателях клинического анализа крови, более характерные для бактериальной инфекции. Так, в клиническом анализе крови повышение числа лейкоцитов нередко превышает $10 \times 10^9/\text{л}$ и даже $15 \times 10^9/\text{л}$, что существенно затрудняет этиологическую диагностику. Именно поэтому в настоящее время характерным признаком бактериальной инфекции принято считать цифры лейкоцитов выше $15 \times 10^9/\text{л}$, а также абсолютное (а не относительное) число нейтрофилов выше $10 \times 10^9/\text{л}$ и палочкоядерных нейтрофилов выше $1,5 \times 10^9/\text{л}$ [12, 16]. Такие маркеры, как С-реактивный белок (СРБ) и прокальцитонин (ПКТ), также не являются окончательными в диагностике бактериального ОТОФ. Нередко уровень СРБ у больных с вирусной инфекцией находится в пределах 15–30 мг/л. Поэтому значимым для диагноза бактериальной инфекции следует считать повышение СРБ выше 30 мг/л. Другой маркер бактериальной инфекции – ПКТ является предиктором бактериальной инфекции при повышении его уровня выше 0,5 нг/мл. Однако в настоящее время эту границу следует повысить до 2 нг/мл, поскольку значения 0,5–2 нг/мл встречаются у 20% детей с острыми вирусными инфекциями. Указанные уровни нельзя считать абсолютным критерием вирусной или бактериальной инфекции. Они нередко повышаются при вирусной инфекции и не достигаются при бактериальной [16].

Принимая во внимание отсутствие значимых клинических и лабораторных критериев этиологической диагностики ОТОФ, «золотым стандартом» диагностики БГСА-тонзиллита являются методы идентификации инфекционного агента. Особенно оправданно применение экспресс-методов. Так, использование тест-систем для выявления антигенов стрептококков группы А позволяет за 15–20 минут с высокой специфичностью (порядка 90%) и чувствительностью (до 95%) получить положительный результат. Ограничивают применение этих методик их малая доступность в практическом здравоохранении. С другой стороны, в идеале во всех случаях ОТОФ должен проводиться посев мазка из зева на гемолитический стрептококк, чувствительность данного метода достигает 90% [12]. Однако сложности забора и сохранности материала, а также раннее применение антибиотиков при ОТОФ резко снижают вероятность посева стрептококка и ограничивают применение данного метода в медицине.

Таким образом, в настоящее время, несмотря на достижения современной медицины, сохраняются значительные трудности в определении этиологии ОТОФ в практическом здравоохранении. Отсутствуют достоверные клинические и лабораторные критерии, позволяющие с высокой достоверностью проводить дифференциальный диагноз вирусного и бактериального ОТОФ. В результате

выбор этиотропной терапии ОТОФ представляет собой ответственную задачу для врачей амбулаторного звена. С одной стороны, с данной патологией наиболее часто связано излишнее и необоснованное назначение системной антибактериальной терапии, с другой – отказ от антибиотиков может способствовать развитию серьезных осложнений.

В практическом здравоохранении этиотропная терапия при ОТОФ чаще всего ограничивается вопросом назначения системных антибактериальных препаратов. Как показало проведенное в 2014 г. исследование Little P. с соавт., только у 3% больных ОТОФ из 12 677 амбулаторных пациентов с острой болью в горле назначение системных антибактериальных препаратов было целесообразно. Было установлено, что при проведении только симптоматической терапии 4805 больным с ОТОФ без антибактериальных препаратов лишь у 1,4% пациентов возникли гнойные осложнения. В 62% случаев они были представлены острым средним отитом и острым риносинуситом [17], что, вероятно, не являлось следствием течения ОТОФ. Данное исследование показало, что назначение системной антибактериальной терапии при ОТОФ должно быть ограничено строгими показаниями. В ситуациях, при которых врач рекомендует пациенту системный антибактериальный препарат, обязательно необходимо учитывать, что большинство больных с ОТОФ чувствуют себя лучше через неделю от начала заболевания вне зависимости от использования антибиотика. В большинстве случаев вероятность осложнений не зависит от назначения антибиотика. Как показали исследования, антибиотика при ОТОФ не имеют большого влияния на продолжительность симптомов и в среднем сокращают их длительность примерно на 16 часов [13]. В то же время нерациональное использование антибактериальных препаратов способствует не только развитию побочных эффектов у пациента (аллергия, дисбиоз), но и, что более значимо, формированию вторичной антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Согласно рекомендациям отоларингологов, педиатров, показанием к системной противомикробной терапии ОТОФ является стрептококковый генез воспаления, а также редкие случаи дифтерии, гонококкового тонзиллита, язвенно-некротической ангины Симановского – Плаута – Венсана. Целями системной антибактериальной терапии при остром стрептококковом тонзиллофарингите являются иррадиация возбудителя *Streptococcus pyogenes* и профилактика осложнений как «ранних» гнойных, так и «поздних» аутоиммунных [3–5].

Выбор антибактериального препарата в терапии ОТОФ должен учитывать как эффективность, так и безопасность препарата с учетом региональной антибиотикорезистентности БГСА. В связи с тем что 100% штаммов бета-гемолитического стрептококка группы А *in vitro* чувствительны к природному пенициллину, рекомендуется использовать в качестве стартового препарата для лечения острого стрептококкового тонзиллофарингита пенициллин (феноксиметилпенициллин внутрь в дозе 50–100 тыс. ед/кг/сут) [4]. Альтернативным пре-

паратом с меньшей кратностью приема является амоксициллин 45–50 мг/кг/сут в 2 приема. Курс лечения данными препаратами составляет 10 суток. Однако необходимо помнить, что аминопенициллины (в т.ч. амоксициллин) противопоказаны при инфекционном мононуклеозе в связи с высокой вероятностью развития токсико-аллергических реакций (т.н. «ампициллиновой» или «амоксициллиновой» сыпи). Поэтому в случаях ОТФ, подозрительных на инфекционный мононуклеоз и требующих при этом назначения системной антибактериальной терапии (выделение БГСА), рационально использование феноксиметилпенициллина или цефалоспоринов [3, 4].

Эффективность антибактериальной терапии (купирование лихорадки, уменьшение болей в горле) и правильность определения возбудителя оценивается в течение 48–72 часов от момента начала антибактериальной терапии.

При рецидивирующем течении острых стрептококковых тонзиллофарингитов с целью преодоления механизмов, обуславливающих микробиологическую неэффективность предшествующего лечения, рекомендуется назначить ингибитор-защищенные аминопенициллины (амоксициллин + клавулановая кислота). Препарат назначается для детей в дозе 40–50 мг/кг/сут через рот. Курс лечения при подозрении на БГСА составляет 10 дней.

У пациентов с доказанной аллергией на β-лактамы антибиотики рекомендуется использовать пероральные цефалоспорины II–III поколения. Это обусловлено вероятностью перекрестных аллергических реакций с пенициллинами, которая составляет 1,9 и 0,6% для II и III поколений соответственно [3, 4].

При орофарингеальном кандидозе, сопровождающемся субъективными клиническими жалобами и общей симптоматикой, большой площадью поражения и неэффективностью местной терапии, возможно назначение флуконазола внутрь в дозе для детей 3–6 мг/кг/сут в 1 прием на срок 7–14 дней [3].

Другим направлением терапии ОТФ является симптоматическая терапия. Она проводится для купирования лихорадки и болевого синдрома. Для этой цели используют нестероидные противовоспалительные препараты. В детском возрасте предпочтение необходимо отдавать препаратам парацетамола в дозе 10–15 мг/кг или ибупрофена в дозе 8–10 мг/кг на прием. Следует предостеречь от нерационального приема жаропонижающих средств, так как необоснованное медикаментозное купирование лихорадки может затруднить объективную оценку эффективности начатой антибактериальной терапии при стрептококковом ОТФ [3, 16].

В качестве местной терапии рекомендуется использование топических препаратов для лечения ОТФ в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания. Целью местной терапии является быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома и других воспалительных явлений, а также профилактика вторичного инфицирования поврежденной слизистой оболочки [3].

Местные противовоспалительные препараты для лечения тонзиллофарингита должны соответствовать ряду требований: быстро купировать боль, иметь низкую скорость абсорбции со слизистых оболочек, не оказывать аллергического и раздражающего действия на слизистую оболочку. Среди местных антисептиков и антибиотиков можно назвать цетилпиридиния хлорид, гексэтидин, лизоцим + пиридоксин, дихлорбензил, амилметакрезол, хлоргексидин, препараты йода, октенидин, мирамистин, биклотимол. При назначении местных антисептиков следует придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений [3].

Одной из целей местной терапии является подавление воспалительной реакции в ротоглотке. Именно поэтому в терапии ОТФ могут быть эффективны нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Альтернативой системным НПВП считаются местные лекарственные формы в виде спреев или растворов для полоскания ротовой полости и горла. Топические НПВП могут входить в состав комплексных средств или применяться в виде монопрепаратов. Наиболее часто используют препараты группы индазолов, например бензидамин, благодаря его широкому противовоспалительному, местному обезболивающему и антисептическому действию.

Таким образом, острый тонзиллофарингит является распространенным инфекционным заболеванием в педиатрической практике. Существуют многочисленные клинические рекомендации, определяющие тактику его диагностики и лечения. Полиэтиологичность ОТФ определяет сложности дифференциальной диагностики и выбора лечения вирусных и бактериальных тонзиллитов. Вирусный ОТФ является распространенным среди детской популяции, однако плохо диагностируемым. Среди бактериальных возбудителей особую важность имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА *Streptococcus pyogenes*). С данным возбудителем связано 20–30% случаев острых тонзиллофарингитов у детей [5]. При подозрении на БГСА при ОТФ требуется обязательное назначение системной антибактериальной терапии. В настоящее время отсутствуют достоверные критерии дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных ОТФ. В результате выбор тактики лечения ОТФ представляет собой ответственную задачу. С одной стороны, с данной патологией наиболее часто связано излишнее и необоснованное назначение системной антибактериальной терапии, с другой – отказ от антибиотиков может способствовать развитию серьезных осложнений.

Учитывая высокую частоту вирусного ОТФ, важным направлением в педиатрической практике является использование местных антисептических и противовоспалительных препаратов. Топические препараты могут быть использованы как в качестве монотерапии, так и при необходимости и в комбинированной терапии ОТФ.

Своевременная этиологическая диагностика и рациональная терапия ОТФ с использованием комбинированных препаратов является важным звеном эффективности лечения ОТФ у детей и профилактики вторичной антибиотикорезистентности микроорганизмов.



Получили/Received 10.01.2019

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-октябрь 2018. 22.11.2018. Доступно по ссылке <http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic> дата обращения 07.12.2018. [Information on infectious and parasitic diseases for January-October 2018. 22.11.2018. Available at <http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic> date of request 07.12.2018]. (In Russ).
2. Промыслова Е.А., Селимзянова Л.Р., Вишнёва Е.А. Диагностика и терапия острого стрептококкового тонзиллофарингита: современные рекомендации. *Педиатрическая фармакология*. 2013;10(6):10-14. [Promyslova E.A., Selimzyanova L.R., Vishneva E.A. Diagnostics and therapy of acute streptococcal tonsillopharyngitis: modern recommendations. *Pediatric pharmacology [Pediatricheskaja farmakologiya]*. 2013;10(6):10-14]. (In Russ).
3. Федеральные клинические рекомендации. Острый тонзиллофарингит. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. 2016. Доступно по ссылке <http://cr.rosminzdrav.ru/#/schema/17> дата обращения 08.12.2018. [Federal clinical guidelines. Acute tonsillopharyngitis. National Medical Association of Otorhinolaryngologists. 2016. Available at <http://cr.rosminzdrav.ru/#/schema/17> date of request 08.12.2018]. (In Russ).
4. Клинические рекомендации «Острый тонзиллит у детей», 2016 г. Союз педиатров России. доступно по ссылке https://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_oton.pdf дата обращения 07.12.2018. [Clinical recommendations for acute tonsillitis in children in 2016 Union of Pediatricians of Russia. available at https://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_oton.pdf date of request 07.12.2018]. (In Russ).
5. Рязанцев С.В., Гаращенко Т.И., Карнеева О.В. Дифференциальная диагностика и лечение острого тонзиллофарингита. Клинические рекомендации. 2014. Доступно по ссылке: <http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/science/default/download/43.html>. дата обращения 07.12.2018. [Ryzantsev S.V., Garashchenko T.I., Karneeva O.V. Differential diagnostics and treatment of acute tonsillopharyngitis. Clinical recommendations. 2014. Available at: <http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/science/default/download/43.html>. date of request 07.12.2018]. (In Russ).
6. Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними заболевания. М., 1970:5-31. [Preobrazhensky B.S., Popova G.N. Angina, chronic tonsillitis and related diseases. М., 1970:5-31]. (In Russ).
7. Поляков Д.П. Современные аспекты диагностики острого стрептококкового тонзиллофарингита у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2013;12(3):46-51. [Polyakov D.P. Modern aspects of diagnostics of acute streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Issues of modern pediatrics [Voprosy sovremennoj pediatrii]*. 2013;12(3):46-51]. (In Russ).
8. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С. Острые тонзиллиты в детском возрасте: диагностика и лечение. *Фарматека*. 2009;14. [Tatochenko V.K., Bakradze M.D., Darmanyan A.S. Acute tonsillitis in childhood: diagnostics and treatment. *Pharmacy [Farmateka]*. 2009;14]. (In Russ).
9. Дарманян А.С. Совершенствование методов диагностики и лечения острых тонзиллитов у детей: дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. [Darmanyan A.S. Improvement of methods of diagnostics and treatment of acute tonsillitis in children. Candidate of Medical Sciences thesis. М., 2010]. (In Russ).
10. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Красникова Д.И., Андреевкова О.А. Рациональные методы лечения кандидоза ВДП. *Успехи медицинской микологии*. 2013;1:99-102. [Kunelskaya V.Ya., Shadrin G.B., Krasnikova D.I., Andreenkova O.A. Rational methods of treatment of URT candidiasis. *Medical mycology successes [Uspehi medicinskoj mikologii]*. 2013;1:99-102.]. (In Russ).
11. Карнеева О.В., Дайхес Н.А., Поляков Д.П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов. *РМЖ*. 2015;6:307. [Karneeva O.V., Daikhes N.A., Polyakov D.P. Protocols of diagnostics and treatment of acute tonsillopharyngitis. *RMJ*. 2015;6:307]. (In Russ).
12. Полякова А.С., Таточенко В.К. Новое в лечении острых тонзиллитов у детей. *РМЖ «Медицинское обозрение»*. 2014;18:1339-1345. [Polyakova A.S., Tatochenko V.K. New in the treatment of acute tonsillitis in children. *RMJ «Medical Review» [RMJ «Medicinskoe obozrenie»]*. 2014;18:1339-1345.]. (In Russ).
13. NICE guideline: Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. Published date: January 2018. Доступно по ссылке: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/chapter/terms-used-in-the-guideline#feverpain-criteria>.
14. Fine A.M., Nizet V., Mandl K.D. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med*. 2012;172(11):847-52.
15. Крюков А.И., Ивойлов А.И., Кулагина М.И., Кравчук А.П. Острый тонзиллит у детей: диагностика, прогностическое значение, современное лечение. *Медицинский совет*. 2015;3:56-59. [Kriukov A.I., Ivoilov A.I., Kulagina M.I., Kravchuk A.P. Acute tonsillitis in children: diagnostics, prognostic value, modern treatment. *Medical advice [Medicinskij sovet]*. 2015;3:56-59]. (In Russ).
16. Клинические рекомендации «Острая респираторная вирусная инфекция у детей». 2016 г. доступно по ссылке 10.01.2019 <http://cr.rosminzdrav.ru/#/recomend/9>. [Clinical recommendations Acute respiratory viral infection in children. 2016 available at 10.01.2019 <http://cr.rosminzdrav.ru/#/recomend/9>]. (In Russ).
17. Little P, Stuart B., Hobbs F.D., Butler C.C., et al. Antibiotic prescription strategies for acute sore throat: a prospective observational cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2014 Jan 16.