

# ТАКТИКА ПЕДИАТРА

## ПРИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТАХ У ДЕТЕЙ

Боль в горле – одна из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к педиатру. Причиной боли в горле у детей чаще всего являются острые тонзиллофарингиты. Этиология данных заболеваний в большинстве случаев вирусная, реже – бактериальная. Нередко острые тонзиллофарингиты у детей являются причиной необоснованного назначения антибактериальных средств. Последние показаны лишь при тонзиллофарингитах, вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А. Для назначения рациональной терапии при остром тонзиллофарингите у детей педиатр должен провести дифференциальную диагностику, предположив этиологию этих заболеваний с учетом клинической картины, используя шкалу МакАйзека, при возможности – экспресс-тесты по выявлению бета-гемолитического стрептококка группы А. При лечении острого тонзиллофарингита у детей, независимо от этиологии, необходимо помнить о комплексном подходе, в том числе о применении препаратов, обладающих местным антимикробным действием.

**Ключевые слова:** дети, фарингит, острый тонзиллофарингит, шкала МакАйзека, бета-гемолитический стрептококк группы А, Септолете Neo.

I.N. ZAKHAROVA, MD, Prof., E.B. MACHNEVA, PhD in medicine  
Russian Medical Academy of Continuous Professional Education MoH RF  
PEDIATRICIAN'S APPROACHES TO THE TREATMENT OF ACUTE TONSILLOPHARYNGITIS IN CHILDREN

Sore throat is one of the most common complaints with which patients seek the aid of pediatricians. Acute tonsillopharyngitis is a frequent cause of sore throat in children. In a majority of cases, the disease has viral etiology, and less frequently bacterial. Acute tonsillopharyngitis in children is often associated with irrational prescribing of antibacterial agents. Antibiotics are only indicated for tonsillopharyngitis caused by group A beta-hemolytic streptococcal infection. In order to choose rational therapy for acute tonsillopharyngitis, pediatrician should perform differential diagnosis, guess the etiology of the disease based on the clinical pattern using the McIsaac score, and, if possible, quick tests for identification of group A beta-hemolytic streptococcus. In the treatment of acute tonsillopharyngitis in children, regardless of the etiology, the doctor should be guided by a comprehensive approach including the use of drugs with a local antimicrobial effect.

**Keywords:** children, pharyngitis, acute tonsillopharyngitis, McIsaac score, group A beta-hemolytic streptococcus, Septolete Neo.

Одна из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к педиатру, является боль в горле, обусловленная острым тонзиллофарингитом [1]. Чаще всего воспалительные заболевания глотки являются проявлением острых респираторных инфекций (ОРИ) – группы острых инфекционно-воспалительных болезней дыхательных путей [2]. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей представлены в рубрике J 00 – J 06, ОРИ, связанные с болью в горле, представлены следующим образом [3]:

- Острый фарингит (J02):
  - J02.0 Стрептококковый фарингит.
  - J02.8 Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями.
  - J02.9 Острый фарингит неуточненный.
- Острый тонзиллит (J03):
  - J03.0 Стрептококковый тонзиллит.
  - J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями.
  - J03.9 Острый тонзиллит неуточненный.

В последние годы большинство авторов объединяют их в общее понятие *тонзиллофарингит*, поскольку острое воспаление слизистой оболочки глотки практически всегда сопровождается аналогичными изменениями и в мин-

далинах, что связано с их анатомической близостью и общностью гистологической структуры [4, 5].

Все ОРИ сходны по клиническим проявлениям и эпидемиологическим характеристикам, но различаются особенностями патогенеза и морфологии. В основе ОРИ лежит воспаление слизистых оболочек верхних (ринит, назофарингит, фарингит, тонзиллит, эпиглоттит) и/или нижних дыхательных путей (ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, пневмония) с развитием дистрофии и некроза эпителия и нарушением мукоцилиарного клиренса [2].

Практически при любой этиологии ОРИ в клинической картине могут присутствовать симптомы тонзиллофарингита, т. е. пациент будет жаловаться на боль в горле. Это связано с тем, что верхние дыхательные пути являются одновременно барьером и входными воротами для патогенных микроорганизмов. В физиологических условиях защитные системы организма ребенка препятствуют распространению микроорганизмов и вирусов в дыхательных путях. При определенных условиях (переохлаждение, загрязнение воздуха, вирусная инфекция) равновесие между системой защиты и патогенными факторами нарушается, следствием чего является воспаление респираторного тракта. Местное воспаление слизистых оболочек респираторного тракта проявляется симптомами

дисфагии, отека и гиперемии глотки, а также заложенностью носа, ринореей [6].

Рациональная терапия воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей в настоящее время представляет собой важную проблему, особенно в свете все возрастающей резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Необоснованное назначение антибиотиков при вирусных инфекциях является одной из причин развития резистентности микроорганизмов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провозгласила Глобальную стратегию по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам 2001 г. В сообщениях ВОЗ указано, что бактерии, вызывающие те или иные заболевания, рано или поздно вырабатывают резистентность (устойчивость) к антибиотикам, применяемым в ходе лечения. Это естественный процесс адаптации, который называется антимикробной резистентностью. Ее развитие означает, что срок эффективности антибиотиков ограничен, а их ненадлежащее и необоснованное применение способствует возникновению и распространению резистентных к антибиотикам бактерий. Основными мерами по предотвращению развития антибиотикорезистентности признаны: строгий надзор за выполнением

существующих приказов, рациональное использование антибиотиков для нужд человека, рациональное использование антимикробных препаратов в ветеринарии, разработка мер профилактики возникновения инфекций [7].

**Практически при любой этиологии ОРВИ в клинической картине могут присутствовать симптомы тонзиллофарингита, т. е. пациент будет жаловаться на боль в горле**

Частота встречаемости ОРВИ в большой степени зависит от сезона, а также возраста. Исследования, проведенные на нашей кафедре, показали, что у детей с ОРВИ дошкольного возраста вирусная этиология заболевания отмечается в 89% случаев. На долю риновирусной инфекции приходится 18% случаев, аденовирусной и респираторно-синцитиальной – по 12,4%, парагриппозной инфекции – 6,7%. Смешанная вирусная инфекция в различных сочетаниях выявляется в 50,6% случаев. У 10% больных ОРВИ доказано участие более 3 видов вирусов [8–10].

Среди зарубежных исследователей интересные данные по этиологии фарингитов у детей представлены Esposito S. et. al. (2004). Авторами было проведено определение возбудителей в глотке у двух групп детей: больных острым фарингитом и у здоровых детей (группа контроля) [11]. Результаты исследования (табл. 1) показали, что у пациентов с фарингитом в 29,1% случаев выявлялся единственный возбудитель вирусной этиологии (аденовирус либо респираторно-синцитиальный вирус и т. д.), причем в сравнении с контрольной группой были получены значимые различия. Единственный возбудитель бактериальной этиологии был выявлен у 22% пациентов с фарингитом и у 20% детей контрольной группы, при этом не было получено значимых различий между группами. Микробные ассоциации (вирусно-вирусные, бактериально-бактериальные и бактериально-вирусные) были выявлены только у пациентов с фарингитом и не были выявлены ни у одного здорового ребенка из группы контроля. В данном исследовании наиболее значимыми возбудителями оказались такие микроорганизмы, как аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа 3-го типа, *M. pneumoniae*, *S. pyogenes* и ассоциации данных возбудителей (табл. 1).

Большинство авторов указывает на преобладание бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА)

**Таблица 1. Результаты выявления микроорганизмов у 127 детей с признаками и симптомами острого фарингита и 130 здоровых детей (цит. по [11])**

Микроорганизм	Количество (%) среди пациентов с фарингитом	Количество (%) среди здоровых детей из группы контроля	Значения <i>p</i>
<b>Единственный вирусный возбудитель:</b>	<b>37 (29,1)</b>	<b>5 (3,8)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Аденовирус	16 (12,6)	4 (3,1)	0,008
Респираторно-синцитиальный вирус	10 (7,9)	1 (0,8)	0,012
Вирус парагриппа, тип 3	5 (3,9)	0	0,028
Вирус гриппа В	3 (2,4)	0	0,119
Эпштейна – Барр вирус	2 (1,5)	0	0,243
Вирус гриппа А	1 (0,8)	0	0,494
<b>Два вирусных возбудителя:</b>	<b>6 (4,7)</b>	<b>0</b>	<b>0,013</b>
Аденовирус + Респираторно-синцитиальный вирус	6 (4,7)	0	0,013
<b>Единственный бактериальный возбудитель:</b>	<b>28 (22,0)</b>	<b>26 (20,0)</b>	<b>0,802</b>
<i>M. pneumoniae</i>	18 (14,2)	3 (2,3)	0,001
<i>S. pyogenes</i>	6 (4,7)	21 (16,2)	0,005
<i>C. pneumoniae</i>	4 (3,1)	2 (1,5)	0,443
<b>Два бактериальных возбудителя:</b>	<b>6 (4,7)</b>	<b>0</b>	<b>0,013</b>
<i>M. pneumoniae</i> + <i>C. pneumoniae</i>	3 (2,4)	0	0,119
<i>C. pneumoniae</i> + <i>S. pyogenes</i>	2 (1,5)	0	0,243
<i>M. pneumoniae</i> + <i>S. pyogenes</i>	1 (0,8)	0	0,494
<b>Вирусно-бактериальная ассоциация:</b>	<b>26 (20,5)</b>	<b>0</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Аденовирус + <i>S. pyogenes</i>	8 (6,3)	0	0,003
Респираторно-синцитиальный вирус + <i>C. pneumoniae</i>	7 (5,6)	0	0,006
Респираторно-синцитиальный вирус + <i>S. pyogenes</i>	4 (3,1)	0	0,058
Аденовирус + <i>M. pneumoniae</i>	3 (2,4)	0	0,119
Вирус гриппа В + <i>S. pyogenes</i>	2 (1,5)	0	0,243
Аденовирус + <i>C. pneumoniae</i>	1 (0,8)	0	0,494
Вирус парагриппа, тип 1 + <i>S. pyogenes</i>	1 (0,8)	0	0,494
Возбудитель не выявлен	24 (18,9)	99 (76,2)	< 0,0001

**Таблица 2. Шкала МакАйзека (определение общего балла по критериям у пациента с болью в горле) [14]**

Критерий	Балл
Лихорадка > 38 °С	1
Увеличение и болезненность передних шейных лимфатических узлов	1
Отек миндалин или наличие экссудата	1
Возраст 3 года – 14 лет	1
Возраст 15 лет – 44 года	0
Возраст ≥ 45 лет	-1

**Таблица 3. Интерпретация балльной шкалы МакАйзека [14]**

Общий балл	Вероятность стрептококковой инфекции, %	Тактика ведения
0	2–3	Антибиотик не требуется
1	4–6	
2	10–12	Назначение антибиотика только после положительного результата микробиологического исследования
3	27–28	
4	38–63	Эмпирическое назначение антибиотика пенициллинового ряда (если у пациента высокая температура или выраженные клинические симптомы в начале заболевания. Эритромицин назначается, если у пациента аллергия на пенициллин)

среди бактериальных возбудителей тонзиллофарингитов у детей (в среднем 15–30% случаев) [12].

Принципиальное значение имеет своевременная диагностика характера воспалительного заболевания глотки, поскольку стрептококковая этиология острого тонзиллофарингита является основным показанием для назначения антибактериальной терапии при боли в горле у детей. Педиатру первичного звена нередко трудно установить этиологический фактор боли в горле, что часто приводит к необоснованному назначению антибиотиков и последующему увеличению бактериальной резистентности. В настоящее время широко используются клинические диагностические шкалы, самой удобной из которых признана шкала МакАйзека, которая может помочь врачам заподозрить стрептококковую инфекцию (табл. 2, табл. 3) [13].

Очевидно, что при оценке клинических симптомов у пациента с болью в горле необходимо учитывать как общие симптомы (лихорадка, интоксикация), так и местные проявления в зеве, наличие и характер экссудата.

Для острых тонзиллофарингитов, вызванных БГСА, характерна различная выраженность общих симптомов.

Заболевание начинается остро и проявляется болью в горле, недомоганием, лихорадкой, головной болью. Зев воспален, миндалины отечные, более чем в половине случаев покрыты белым или желтоватым налетом. Шейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны (рис. 1) [15]. Помимо клинической диагностики с использованием шкалы МакАйзека, в настоящее время для быстрой диагностики тонзиллофарингитов, вызванных БГСА, используют экспресс-метод Стрептатест, который позволяет получить результат через 15–20 мин [16, 17].

Тонзиллофарингит при инфекционном мононуклеозе характеризуется налетами в зеве, лимфаденопатией, выраженными общими симптомами интоксикации, а также и увеличением печени и селезенки [2]. Характер экссудата в зеве отличается от такового при остром стрептококковом тонзиллофарингите. Вначале зев воспален, налеты на миндалинах отсутствуют. На этой стадии определить этиологию заболевания визуально невозможно. Через некоторое время на миндалинах появляется белый налет. Миндалины и язычок гиперемированы и отечны. Позже островки сливаются, образуя толстые белые бляшки (рис. 2) [15].

Острый тонзиллофарингит может быть одним из проявлений энтеровирусной инфекции (рис. 3). Заболевание начинается остро: появляется лихорадка, боль в горле, усиливающаяся при глотании, головная боль и миалгия, иногда – боли в животе. Слизистая неба, зева и глотки воспаляется, на ней образуются мелкие везикулы с красным ободком. Везикулы вскрываются и превращаются в поверхностные язвы, которые заживают в течение недели. Диаметр везикул не превышает 2 мм, язвы гораздо крупнее – до 5 мм [15].

Аденовирусная инфекция начинается остро. Первыми признаками чаще становятся повышение температуры тела и катаральные явления в верхних дыхательных путях. Температура тела повышается постепенно, достигая максимума (38–39 °С, реже 40 °С) ко 2–3-му дню. У некоторых больных отмечаются тошнота, рвота, боли в животе. С первого дня болезни появляются обильные серозные выделения из носа, которые вскоре становятся слизисто-гнойными. Конъюнктивит – «визитная карточка» аденовирусной инфекции. Появление пленчатого конъюнктивита позволяет клинически диагностировать аденовирусную инфекцию. Изменения в ротоглотке включают умеренную гиперемию и отечность передних дужек и небных миндалин, на слизистой оболочке задней стенки

**Рисунок 1. Стрептококковая ангина [15]**

**Рисунок 2.** Ангина при инфекционном мононуклеозе [15]**Рисунок 3.** Острый тонзиллофарингит при энтеровирусной инфекции [15]**Рисунок 4.** Острый тонзиллофарингит вирусной этиологии [15]

глотки отмечается гранулезный фарингит, при котором задняя стенка выглядит отечной и гиперемированной с гиперплазированными яркими фолликулами, боковые валики глотки увеличены (рис. 4). При выраженном экссудативном компоненте воспаления на гиперплазированных фолликулах видны нежные белесоватые налеты и густая слизь [2].

Как уже упоминалось выше, антибактериальная терапия показана лишь в случае подтверждения БГСА-этиологии заболевания у пациента с болью в горле. В таких случаях назначается антибактериальный препарат пенициллинового ряда, а в случае наличия у пациента аллергии к пенициллинам возможно назначение препарата из группы макролидов [15].

Не следует забывать и о местном лечении острого тонзиллофарингита, сопровождающегося болью в горле, что особенно актуально в педиатрической практике, так как дети более чувствительны к болевому синдрому, обусловленному воспалительным процессом. У детей, страдающих острым тонзиллофарингитом, часто нарушается аппетит, сон, они становятся беспокойными, раздражительными, отмечаются зачастую затруднения при глотании. Дети старшего возраста жалуются на першение, сухость, ощущение комка в горле [18].

Эффективность местных препаратов с антимикробной активностью зависит от многих факторов: предполагаемого характера микробной флоры респираторного тракта, тяжести состояния больного, фармакокинетики и фар-



Септолете Нео: Рег.уд. № ЛСР-000075 от 25.05.2007

- ✓ **Тройное действие: противовирусное, антибактериальное, противогрибковое**
- ✓ **При фарингите, ларингите, начальной стадии ангины**
- ✓ **Разрешен с 4-х лет**

[www.septolete.ru](http://www.septolete.ru)

**Септолете® Нео**

**Тройной эффект при боли в горле!**

**KRKA**

Наши инновации и опыт – залог эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

Имеются противопоказания. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

макодинамики препарата, устойчивости его к инактивирующим ферментам, возможности резорбции препарата и его системного действия, наличия противовоспалительного действия, возможности развития аллергических реакций. Выбор местного препарата с антимикробной активностью при лечении инфекций верхних дыхательных путей у детей должен также основываться на специфике клинического течения острых тонзиллофарингитов в детском возрасте. Многие местные противомикробные препараты обладают анестезирующим действием, однако при назначении их детям следует, помимо вышеназванных требований к препарату, учитывать также его лекарственную форму. Предпочтение в данном случае следует отдавать тем формам, эффект которых наступает быстро, которые наиболее удобны в применении и лишены неприятных вкусовых качеств [6].

Как показали научные исследования, а также опыт практикующих педиатров, оптимальной лекарственной формой местного противомикробного препарата для детей является таблетка для рассасывания [19]. Из-за низкого всасывания препарата отсутствует системный эффект, а за счет доставки активного компонента непосредственно в очаг воспаления действие таблеток наступает быстро. Наличие приятного вкуса особенно актуально в педиатрической практике, так как повышается комплаентность между врачом и пациентом [19].

Одним из средств для местного лечения воспалительных заболеваний глотки у детей является препарат на основе цетилпиридиния хлорида Септолете Нео. Механизм противомикробного действия цетилпиридиния хлорида связан с его эмульгационными свойствами, благодаря которым он деполаризует мембрану микроорганизмов, резко увеличивая ее проницаемость, приводя к гибели микроорганизма и обуславливая бактерицидный, фунгицидный и противовирусный эффекты [20].

рида связан с его эмульгационными свойствами, благодаря которым он деполаризует мембрану микроорганизмов, резко увеличивая ее проницаемость, приводя к гибели микроорганизма и обуславливая бактерицидный, фунгицидный и противовирусный эффекты [20].

**Механизм противомикробного действия цетилпиридиния хлорида связан с его эмульгационными свойствами, благодаря которым он деполаризует мембрану микроорганизмов, резко увеличивая ее проницаемость, приводя к гибели микроорганизма и обуславливая бактерицидный, фунгицидный и противовирусный эффекты**

В проведенных клинических исследованиях были оценены эффективность и безопасность пластинок для рассасывания, содержащих цетилпиридиния хлорид, в лечении детей 4–17 лет с острым фарингитом и острым тонзиллитом – клиническая эффективность препарата отмечена у 93,3% пациентов, применение цетилпиридиния хлорида не сопровождалось развитием нежелательных явлений [4, 21]. Препарат выпускается в форме пастилок для рассасывания с яблочным, лимонным или черешневым вкусом, рекомендуется при различных инфекционно-воспалительных заболеваниях полости рта, глотки и гортани для детей старше 4 лет и взрослых. Рекомендованная доза для детей в возрасте старше 4 лет – до 4 пастилок в день, от 10 до 12 лет – до 6 пастилок в день, принимают каждые 3–4 ч [22].



## ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 432 с.
2. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 688 с.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Десятый пересмотр. Женева: ВОЗ, 1995.
4. Геппе Н.А., Дронов И.А. Применение местных антисептических средств при остром и хроническом тонзиллофарингите у детей. *ДОКТОРРУ*, 2014, 10(98): 71-75.
5. Никифорова Г.Н., Свиштушкин В.М. Боль в горле: особенности проявлений, диагностики и лечения. *Медицинский совет*, 2013, 3: 29-33.
6. Захарова И.Н., Мачнева Е.Б. Дифференцированный подход к лечению инфекций верхних дыхательных путей. *Вопросы практической педиатрии*, 2013, 2(8): 70-72.
7. Возрастающая угроза развития антимикробной резистентности: возможные меры. Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. 130 с. <http://www.who.int/patientsafety/implementation/amr/publication/ru/>.
8. Курбанова Х.И. Клинико-иммунологическое обоснование местной интерферонотерапии при респираторных вирусных инфекциях у детей. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2012.
9. Малиновская В.В., Захарова И.Н., Исаева Е.И., Торшхоева Л.Б., Курбанова Х.И., Короид Н.В., Глухарева Н.С. Этиологическая структура острых респираторных инфекций у детей раннего возраста. *Вопросы практической педиатрии*, 2010, 5(5): 99-104.
10. Захарова И.Н., Горяйнова А.Н., Короид Н.В., Торшхоева Л.Б., Лагадзе И.Б. Терапия острых респираторных инфекций у детей: что нового? *Практическая фармакология*, 2014, 1(11): 31-36.
11. Esposito S, Blasi F, Bosis S, Droghetti R, Faelli N, Lastrico A, et al. Aetiology of acute pharyngitis: the role of atypical bacteria. *J Med Microbiol*, 2004, 53: 645-51.
12. DeMuri GP, Sterkel AK, Kubica PA, Duster MN, Reed KD, Wald ER. Macrolide and Clindamycin Resistance in Group A Streptococci Isolated from Children With Pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J*, 2016 Nov 28. [Epub ahead of print].
13. Thillaivanam S, Amin AM, Gopalakrishnan S, Ibrahim B. The effectiveness of the McIsaac clinical decision rule in the management of sore throat: an evaluation from a pediatrics ward. *Pediatr Res*, 2016 Oct, 80(4): 516-20.
14. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patient with sore throat. *Can Med Assoc J*, 1998, 158: 75-83.
15. Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. Инфекционные болезни. Пер. с англ. М., Mosby-Wolfe. Практика (совместное издание), 1998. 439 с.
16. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016 Jul 4, 7: CD010502.
17. Гарщенко Т.И., Бойкова Н.Э. Проблемы выбора стартовой этиотропной терапии при острых тонзиллофарингитах у детей. *Вопр. практической педиатрии*, 2013, 8(5): 79-84.
18. Полупнина Т.А. Лечение боли в горле у детей. *Практика педиатра*, 2011, Октябрь: 59-61.
19. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Гаспарян С.Ф., Щепин Н.В., Стеклов А.М. Выбор оптимального средства для местного лечения фарингита у детей. *Вопросы современной педиатрии*, 2012, 11(2): 84-87.
20. Славский А.Н., Мейтель И.Ю. Боль в горле: обоснование оптимального выбора препарата. *Медицинский Совет*, 2016, (18): 128-132.
21. Косаковский А.Л., Панченко О.А., Косаковская И.А., Горшко О.И. и др. О применении препарата «Септолете» со вкусом лимона, яблока, дикой черешни у пациентов с болью в горле. *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*, 2008, 5: 9-53.
22. Регистр лекарственных средств России. РЛС – 2000–2016. Режим доступа: [http://www.rlsnet.ru/tn\\_index\\_id\\_36940.htm](http://www.rlsnet.ru/tn_index_id_36940.htm).