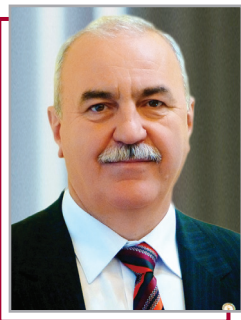


# Тонзилофарингіт: керуй з розумом

**Інфекційні ураження дихальних шляхів, зокрема їх верхніх відділів, залишаються однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. При цьому наявність великої кількості різноманітних антибактеріальних засобів на фармацевтичному ринку нашої країни у багатьох випадках ускладнює вибір оптимального препарату для призначення конкретному хворому. Спробуємо розібратися, які антибіотики можуть допомогти лікарю ефективно та безпечно здолати інфекційно-запальний процес у ЛОР-органах.**



**Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Оториноларингологія», завідувач кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Василь Іванович Попович:**

— У структурі інфекційної патології верхніх дихальних шляхів особливе місце займають гострі запальні захворювання ЛОР-органів — дуже велика група нозологій. За статистикою, в кожній людині в середньому декілька разів у житті мають місце запальні захворювання ЛОР-органів. У цю групу входять і гострі запальні захворювання мигдаликів (гострий тонзиліт, або ангіна). Значення цієї групи патологій зумовлене їх надзвичайною поширеністю, особливо в дитячому віці; хворі даного профілю становлять значну частку амбулаторної практики як ЛОР-лікарів, так і терапевтів. Серед 20 найбільш частих діагнозів, пов'язаних із захворюваннями ЛОР-органів, гострий тонзиліт діагностується в 4,7% випадків. Ще в 4,1% хворих встановлюється діагноз гострого тонзилофарингіту. Таким чином, гострі запальні захворювання лімфоїдного апарату глотки посідають третю за частотою позицію серед гострих запальних захворювань ЛОР-органів. Актуальність проблеми гострих тонзилітів обумовлена ще й тим, що вона виходить далеко за рамки оториноларингології і тісно пов'язана із соматичною патологією і змінами в місцевому і системному імунітеті. Тонзиліт часто стає відправним пунктом у розвитку ревматичної хвороби, колагенозів, васкулітів, уражень нирок, суглобів та інших органів і систем.

Основною причиною гострих запальних захворювань ЛОР-органів є вірусна інфекція (риновіруси, коронавіруси, респіраторно-синцигіальний вірус, аденовіруси). Типова клінічна форма гострого вірусного тонзиліту — гострий катаральний тонзиліт (катаральна ангіна), що не потребує антибактеріальної терапії. Натомість гострий фолікулярний тонзиліт і лакунарний тонзиліт (ангіна) є бактеріальнозалежними паренхіматозними процесами. Типовим бактеріальним збудником гострого тонзиліту (фолікулярного та лакунарного) вважається β-гемолітичний стрептокок групи А (БГСА), наявність якого підтверджується у більшості хворих. Серед інших можливих патогенів — гемолітичні стрептококи інших груп, золотистий стафілокок, ентеробактерії, гемофільна паличка, характерні для хронічного тонзиліту в стадії загострення.

При обґрунтуванні етіотропного лікування принципово важливими є ерадикація основного збудника (БГСА) і профілактика ревматичних чи інших стрептококзалежних ускладнень. Початковий вибір антибіотика зазвичай є емпіричним. З урахуванням типових збудників стандартний протокол для стартової антибактеріальної терапії рекомендує амоксицилін. Препаратом першого вибору може бути Оспамокс. Обґрунтуванням його призначення є висока чутливість стрептококів групи А до пеніцилінів, навіть незахищених, у пацієнтів з епізодичними тонзилітами. Перевагами амоксициліну є вузький і цілеспрямований спектр дії, хороша переносимість, мінімальний вплив на нормальну мікрофлору шлунково-кишкового тракту.

При рецидивуючих ангінах / гострих тонзилітах лікування слід починати з амоксициліну/клавуланату або цефалоспоринів II покоління. Обґрунтуванням до їх призначення є зростання резистентності стрептококів групи А до пеніцилінів, клінічним проявом якого є рецидивування тонзиліту. Захищені β-лактами демонструють кращу ефективність при хронічному носійстві стрептокока й асоційованому з ним хронічному тонзиліті.

Коли за клінічними показаннями / протипоказаннями (алергія на β-лактамі антибіотики, високий ризик розвитку антибіотикасоційованої діареї) використання пеніцилінів неможливе, застосовують макроліди. Однак необхідно пам'ятати, що ранні макроліди (еритроміцин), сульфаниламиди, тетрацикліни не забезпечують ерадикації БГСА, тому їх не варто використовувати для лікування навіть тих гострих тонзилітів, які зумовлені штамми, чутливими до цих препаратів *in vitro*. При використанні макролідів треба проводити ретельний клінічний моніторинг пацієнтів, оскільки ці антибіотики не забезпечують такої ефективною профілактики ревматичних ускладнень, як пеніциліни.

У зв'язку з високою чутливістю стрептококів групи А і біодоступністю таблетованого амоксициліну, що відповідає такій парентеральних форм, гострий тонзиліт може ефективно лікуватися з використанням пероральних засобів, зокрема Оспамоксу. Однак у цих пацієнтів основними скаргами є біль при ковтанні та відчуття стороннього тіла в горлі, що значно утруднює прийом ліків. Традиційне вирішення проблеми — дроблення таблеток — погіршує біодоступність, а перехід на ін'єкційні форми — безпеку і комфорт лікування. У таких випадках рекомендується Оспамокс ДТ — диспергована форма амоксициліну. Абсолютно еквівалентна оригінальному амоксициліну, розчинна форма значно підвищує комплаєнс. Як звичайна, так і диспергована форма Оспамоксу має гарний профіль безпеки, тому вони без обмежень можуть призначатися вагітним і дітям з народження.



**Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Юрій Михайлович Мостовой:**

— Стикаючись з випадком гострого тонзиліту, лікар загальної практики в першу чергу має вирішити питання доцільності використання антибіотика. Антибактеріальний засіб слід призначити за наявності таких клінічних ознак, як:

- наліт на мигдаликах;
- підвищення температури тіла;
- болючість та збільшення шийних лімфовузлів;
- відсутність кашлю.

Слід керуватися державним погоджувальним документом, а саме наказом МОЗ України від 24.03.2009 р. № 181, яким, зокрема, передбачено, що в подібній клінічній ситуації можна призначити пеніциліни, пеніциліни, захищені клавулановою кислотою, цефалоспорино I і III поколінь, макроліди.

Усі препарати зазначених груп активні проти найвірогідніших бактеріальних патогенів, що викликають гострий тонзиліт, а саме БГСА, гемолітичного стрептокока, золотистого стафілокока, гемофільної палички. При цьому слід керуватися даними антибіотичного анамнезу. Якщо він не обтяжений, лікування слід починати з амоксициліну. Якщо в пацієнта має місце алергія на препарати пеніцилінового ряду або впродовж попередніх 3 міс він приймав β-лактамі антибіотики, у стартовому лікуванні використовують макроліди.

З амоксицилінів можна рекомендувати Оспамокс — препарат компанії «Сандоз». Цей лікарський засіб виробляється в Австрії, його біоеквівалентність оригінальній молекулі амоксициліну є доведеною. Оспамокс належить до так званих фокусних препаратів. Сучасна диспергована форма — Оспамокс ДТ — набагато краще, ніж інші антибактеріальні препарати, всмоктується з кишечника і дуже зручна в застосуванні, особливо в пацієнта з болем у горлі.

Хочу зупинитися на активності різних груп антибактеріальних препаратів і формах їх введення. На жаль, при гострому тонзиліті дуже поширене застосування ін'єкційних цефалоспоринов III покоління. Цей підхід є невинуватим. По-перше, за активністю стосовно етіологічних агентів гострого тонзиліту цефалоспорино III покоління поступаються амоксициліну. По-друге, не варто травмувати пацієнта внутрішньом'язовим введенням антибіотика, якщо пероральна форма не менш ефективна (а в деяких випадках і більш дієва), ніж ін'єкційна.

Серед макролідів перевагу необхідно надавати так званим новим макролідам, а саме азитроміцину, кларитроміцину.

Слід зауважити, що під час призначення пацієнту антибактеріального засобу лікарі досить часто припускаються помилок. За власними спостереженнями, найпоширенішими при призначенні антибіотиків є такі 7 помилок: застосування антибіотиків при інфекційних процесах небактеріального генезу; порушення основних принципів емпіричної антибактеріальної терапії (тобто в ситуаціях, коли найімовірнішим збудником є грампозитивна флора, використовують препарати, що діють на грамотрикативні патогени); призначення неадекватних доз, порушення режиму та термінів введення препаратів; внутрішньовенне і внутрішньом'язове

введення в ситуаціях, коли ефективність перорального прийому є зівставною; комбіноване лікування у випадках, коли можлива монотерапія; відсутність корекції антибіотикотерапії після отримання результатів антибіотикограми; відсутність корекції дози антибіотика за наявності ознак печінкової та/або ниркової недостатності.

Хочу прокоментувати деякі з викладених положень. Наголосую на тому, що біль у горлі та підвищена температура тіла не завжди є показаннями для призначення антибіотиків, оскільки ці прояви можуть бути викликані вірусами.

Звертайте увагу пацієнтів на те, що вони мають суворо дотримуватися рекомендацій, тобто приймати призначену дозу, не зменшуючи і не збільшуючи її на власний розсуд, протягом не менш ніж 7 днів, оскільки передчасна самостійна відміна препарату в подальшому може призвести до розвитку резистентності. Відсутність ефекту від антибактеріальної терапії впродовж 3-5 днів вимагає повторного обстеження пацієнта, проведення рентгенографії органів грудної клітки, аналізу крові на активність запального процесу, низки інших досліджень. Відомо, що за наявності гострого тонзиліту слід також виключити інфекційний мононуклеоз, лейкоз, дифтерію.

Також треба вказати на те, що через 3 тиж після перенесеного гострого тонзиліту слід обов'язково виконати ревмопроби, визначити титр антистрептолізину О для виключення ревматичної лихоманки та провести загальний аналіз сечі для виключення гострого гломерулонефриту.



**Завідувач кафедри фармакології і клінічної фармакології ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор Віталій Йосипович Мамчур:**

— На сьогоднішній день згідно з національними та міжнародними рекомендаціями препаратом вибору для стартової терапії гострого тонзиліту є амоксицилін. Його бактерицидна дія реалізується шляхом впливу на пеніцилінзв'язуючі білки бактерій, які виконують роль ферментів на завершальному етапі синтезу пептидоглікана — найважливішого компонента бактеріальної клітинної стінки. Порушення процесу синтезу клітинної стінки супроводжується загибеллю патогенних мікроорганізмів.

Амоксицилін виявляє протимікробну активність щодо широкого спектра грампозитивних і грамотрикативних аеробних, а також деяких грампозитивних анаеробних бактерій (*Peptostreptococcus* spp., *Peptococcus* spp., *Clostridium* spp.). Зокрема, амоксицилін має виражений бактерицидний вплив на *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Helicobacter pylori*. Низька токсичність, висока ефективність стосовно основних респіраторних патогенів і сприятливий профіль безпеки дозволяють з успіхом використовувати амоксицилін у лікуванні інфекцій різних відділів дихальної системи та ЛОР-органів (зокрема, гострого тонзиліту), а також інших інфекційно-запальних захворювань, спричинених чутливими до амоксициліну мікроорганізмами.

Сьогодні на фармацевтичному ринку України представлено безліч амоксицилінів різних виробників, але, на мою думку, лікар, призначаючи терапію, не повинен обирати щось одне — якість або ціну. Хочу виокремити з-поміж інших препаратів Оспамокс (амоксицилін), який виготовляється з високоякісної сировини на розташованих в Австрії виробничих потужностях і за біоеквівалентністю зівставний з оригінальним амоксициліном. Безумовною перевагою Оспамоксу є широкий вибір форм випуску (суспензія для дітей, таблетки в оболонці та дисперговані таблетки).

Оспамокс ДТ — дисперговані таблетки, що відрізняються високою швидкістю всмоктування при мінімальному часі перебування в кишечнику. Завдяки цьому зберігається висока протимікробна активність амоксициліну і знижується ризик розвитку антибіотикасоційованої діареї. Можливість розчинення таблеток Оспамокс ДТ у воді з утворенням суспензії для прийому всередину особливо актуальна в лікуванні пацієнтів з гострим тонзилітом, оскільки в осіб з болем у горлі такий підхід дозволяє мінімізувати відчуття дискомфорту, пов'язане з необхідністю проковтування твердої таблетки.

Крім того, важливою перевагою препарату Оспамокс є доступна вартість, що дозволяє українським пацієнтам отримати якісну терапію, а лікарю — бути впевненим в ефективності призначеного лікування.

Підготував **Антон Пройдак**

4-07-ОСП-РЕЦ-0215

3