

K. Stelter, отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи,
Медицинский центр Гроссхадерн, г. Мюнхен (Германия)

Тонзиллит и тонзиллофарингит у детей

Диагностика

Диагноз острого тонзиллита ставится, как правило, на основании клинической картины, однако иногда бывает трудно различить вирусную и бактериальную инфекцию. При вирусном тонзиллофарингите в дополнение к боли в горле и лихорадке отмечаются обычно кашель, охриплость и ринорея, а при бактериальном тонзиллите — увеличение лимфатических узлов и налет на миндалинах.

Подтвердить диагноз бактериального тонзиллита можно с помощью теста на стрептококковый антиген. Его специфичность в отношении стрептококков достигает 98%, однако он не очень чувствителен. Поэтому производители рекомендуют в случае отрицательного результата выполнить тест повторно. Эти тесты просты в использовании, быстры (10 мин) и относительно недороги. Но важно помнить, что экспресс-тесты целесообразны только у детей с симптомами тонзиллита, определение этиологии которого только по клинической картине затруднено. Без наличия симптомов тест проводить не следует, так как около 10% здоровых детей являются бессимптомными хроническими носителями стафилококков и стрептококков, которые определенно не нуждаются в лечении.

Консервативное лечение

Основными компонентами схемы лечения острого тонзиллита являются кортикостероиды (например, дексаметазон), нестероидные противовоспалительные препараты (например, ибупрофен) и бета-лактамы антибиотиков (например, пенициллин или цефуроксим).

Антибактериальная терапия

Согласно результатам систематического обзора Кокрановского сотрудничества, посвященного антибактериальной терапии острого тонзиллита и включившего 7 соответствующих исследований (С.В. Del Mar et al., 2006), антибиотикотерапия с использованием бета-лактамы антибиотиков является обоснованной при клинически явном или лабораторно подтвержденном бактериальном тонзиллите. Она сокращает длительность заболевания в среднем на один день, а также уменьшает выраженность лихорадки и боли в горле по сравнению с плацебо, наиболее очевидно на третий день после начала лечения. Кроме того, лечение бета-лактамами антибиотиками обеспечивает достаточно надежную защиту от отдаленных осложнений острого стрептококкового тонзиллита — ревматизма и гломерулонефрита, которые часто приводят, особенно в странах третьего мира, к развитию артрита, миокардита и даже смерти. Кроме того, некоторые исследования показали, что антибиотикотерапия может предотвратить развитие таких осложнений, как перитонзиллярный абсцесс, отит и острый синусит.

Еще один обзор Кокрановского сотрудничества был посвящен оценке эффективности различных антибиотиков при остром стрептококковом тонзиллофарингите у взрослых и детей (M.L. van Driel et al., 2013). Авторы не отметили существенной разницы между пенициллином и цефалоспорином в отношении скорости разрешения симптомов. В то же время другой метаанализ показал, что у детей в возрасте до 12 лет и при рецидивирующем хроническом тонзиллите цефалоспорины более эффективны, чем пенициллин, так как обеспечивают более высокую частоту эрадикации стрептококков (J.R. Casey, M.E. Pichichero, 2004). Макролиды и клиндамицин у детей вызывают больше побочных эффектов при сопоставимой эффективности и, следовательно, должны быть резервированы только для пациентов с аллергией на пенициллины.

Не отмечено разницы по частоте излечения, рецидивов или развития устойчивости между краткосрочным и стандартным 10-дневным курсом противомикробной терапии. С другой стороны, только 10-дневный курс антибиотикотерапии доказал свою эффективность в предотвращении ревматизма и гломерулонефрита.

Вспомогательная терапия

Пероральное или внутримышечное применение кортикостероидов у детей и подростков показало значительное уменьшение выраженности симптомов при минимальной частоте побочных эффектов и отсутствии

негативного влияния на течение заболевания (G. Hayward et al., 2009, 2012). Наилучшие результаты были получены у пациентов с подтвержденным стрептококковым фарингитом при применении дексаметазона 10 мг, бетаметазона 8 мг или преднизолона 60 мг, что проявлялось в существенном уменьшении выраженности боли и недомогания как при остром тонзиллите, так и при фарингите.

Нестероидные противовоспалительные препараты успешно используются для облегчения боли у детей на протяжении более 40 лет. При остром тонзиллите ибупрофен показал наиболее высокую эффективность с минимальной частотой побочных эффектов по сравнению с парацетамолом и ацетилсалициловой кислотой (J.N. van den Anker et al., 2013). Еще одним преимуществом ибупрофена является большая продолжительность действия (6–8 ч) по сравнению с парацетамолом. Терапевтический диапазон обоих препаратов является широким, и при правильной дозировке их профили безопасности сравнимы. В то же время в случае передозировки парацетамола возможно повреждение печени, трудно поддающееся лечению.

Ацетилсалициловая кислота вызывает значительно больше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и к тому же не должна использоваться при остром тонзиллите с вероятностью последующей тонзиллэктомии из-за выраженного ингибирования агрегации тромбоцитов.

Диклофенак и кеторолак у детей метаболизируются быстрее, поэтому их доза должна быть скорректирована (более высокие дозы, чем у взрослых). В послеоперационном периоде эти препараты играют определенную роль в сокращении потребности в опиоидных анальгетиках, но в качестве первой линии терапии тонзиллита в педиатрической практике они не подходят.

Метамизол не рекомендуется в качестве обезболивающего средства первого или второго выбора у детей из-за небольшого, но все же существующего риска агранулоцитоза.

Антисептики на основе хлоргексидина или бензидамина для полоскания рта были изучены в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании и показали уменьшение выраженности симптомов у детей и взрослых (С. Cingi et al., 2010, 2011).

Средства для полоскания рта на растительной основе увлажняют и защищают слизистые оболочки. Однако многие из них содержат этанол в качестве растворителя для экстракции и не одобрены для детей младше 12 лет.

В своей книге «Естественное лечение тонзиллита», изданной в 1918 году, Roeder описал метод, который и сегодня часто используется в ЛОР-практике, — вакуумное промывание миндалин. Оно обеспечивает удаление детрита, массаж и улучшение лимфодренажа. После этой процедуры миндалины обрабатывают антисептиком. К сожалению, у детей не всегда возможно применить данный метод из-за его болезненности.

Хирургическое лечение

Тонзиллэктомия (рис. 1) детям до шести лет показана только в тех случаях, когда ребенок страдает рецидивирующим острым бактериальным тонзиллитом. Согласно современным рекомендациям тонзиллэктомия у детей оправдана при 7 или более хорошо документированных эпизодах за прошедший год, или 5 и более таких эпизодах в каждом из двух предшествующих лет, или 3 и более эпизодах в год в течение трех лет подряд (критерии Paradise).



Рис. 1. Внешний вид зева после тотальной тонзиллэктомии

Тотальная экстракапсулярная тонзиллэктомия показана детям с рецидивирующим тонзиллитом при наличии аллергии к антибиотикам, иммуносупрессии, синдрома PFAPA (периодическая лихорадка, афтозный стоматит, фарингит и шейный лимфаденит) и перитонзиллярного абсцесса.

При перитонзиллярном абсцессе или одностороннем тонзиллите следует тщательно взвесить «за» и «против» удаления миндалины на здоровой стороне, поскольку при этом повышается риск геморрагических осложнений.

Во всех остальных случаях (то есть при гиперплазии миндалин) первой линией терапии должна быть частичная тонзиллэктомия (тонзиллотомия). Выявленность послеоперационной боли и риск кровотечений значительно ниже при тонзиллотомии, чем при тотальной тонзиллэктомии. Эта операция может выполняться с помощью лазера, радиочастотной абляции, коблации, шейвера и др. и подразумевает сохранение части миндалин (рис. 2). Примерно в 15% случаев после тонзиллотомии возможен повторный рост миндалин, но это редко вызывает клинически значимые проблемы. Опасения относительно риска рецидивов или развития перитонзиллярного абсцесса после тонзиллотомии необоснованны, поскольку все крипты после этой операции остаются открытыми.



Рис. 2. Внешний вид зева после частичной тонзиллэктомии (тонзиллотомии)

Мононуклеоз не является показанием к экстракапсулярной тонзиллэктомии (табл.).

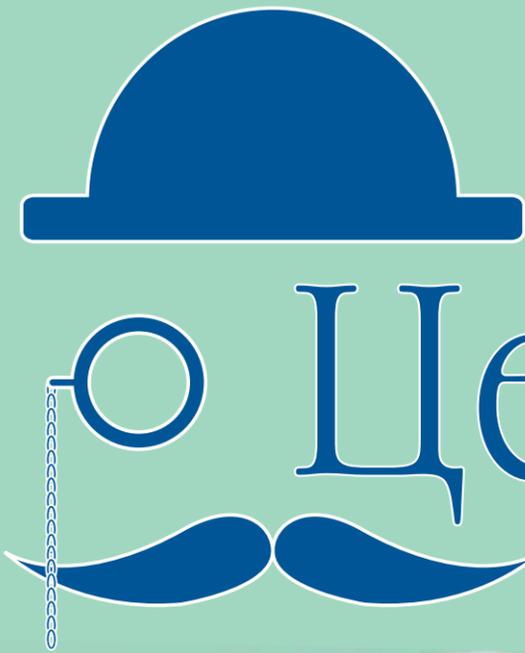
Таблица. Рекомендации по лечению различной патологии небных миндалин

Патология миндалин	Лечение
Острый бактериальный тонзиллит	Аналгезия (ибупрофен, местный анестетик), кортикостероиды, бета-лактамы антибиотиков, например пенициллин или цефуроксим
Острая респираторная вирусная инфекция с тонзиллофарингитом	Аналгезия и кортикостероиды
Рецидивирующий острый тонзиллит с частыми эпизодами (5–7 в год)	Тотальная экстракапсулярная тонзиллэктомия
Гиперплазия небных миндалин с ронхопатией	Частичная тонзиллэктомия (тонзиллотомия)
Перитонзиллярный абсцесс	Дренаживание абсцесса, тонзиллэктомия, бета-лактамы антибиотиков, метронидазол, кортикостероиды и аналгезия
Мононуклеоз	Аналгезия, кортикостероиды, постельный режим, УЗИ селезенки и печени, возможно парентеральное питание

Список литературы находится в редакции

GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2014 Dec 1; 13: Doc07.

Сокращенный перевод с англ. Натальи Мищенко



О Цефугтил



Чемний *антибіотик*

бездоганні манери в кишечнику
чітко за протоколом

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФУТИЛ®

Склад: 1 таблетка містить цефуроксиму аксетилу еквівалентно 125, 250 або 500 мг цефуроксиму. Лікарська форма: таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакотерапевтична група: антибактеріальні засоби для системного застосування, цефалоспорины другого покоління. Код АТС J01D C02. Показання: інфекції, спричинені чутливими до цефуроксиму мікроорганізмами: інфекції ЛОР-органів: середній отит, синусит, тонзиліт і фарингіт; інфекції дихальних шляхів: пневмонія, гострий бронхіт та загострення хронічного бронхіту; інфекції нирок і сечовивідних шляхів: пієлонефрит, цистит та уретрит; інфекції шкіри та м'яких тканин: фурункульоз, піодермія та імпетиго, рання стадія хвороби Лайма та наступне попередження пізніх проявів хвороби у дорослих та дітей старше 12 років; гострий неускладнений гонококовий уретрит та цеврицит, гонорея. Цефугтил® ефективний у послідовному лікуванні пневмонії та загострень хронічного бронхіту після попереднього парентерального застосування цефуроксиму натрію. Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, до антибіотиків цефалоспоринового або пеніцилінового ряду. Спосіб застосування та дози: застосовують внутрішньо дорослим і дітям старше 3 років. Препарат приймають після їди. Звичайно дорослим призначають по 250 мг 2 рази на добу. При інфекції сечовивідних шляхів – по 125 мг 2 рази на добу. При інфекції дихальних шляхів середнього ступеня тяжкості (бронхіти) – по 250 мг 2 рази на добу; при більш тяжких інфекціях дихальних шляхів або підозрі на пневмонію – по 500 мг 2 рази на добу. При пієлонефриті – по 250 мг 2 рази на добу. При неускладненій гонорей – одноразово 1 г препарату. При хворобі Лайма у дорослих та дітей віком від 12 років – по 500 мг 2 рази на добу протягом 20 днів. При більшості інфекцій дітям призначають по 125 мг 2 рази на добу (максимальна добова доза становить 250 мг). При середньому отиті або більш тяжких інфекціях дітям віком від 3 років – по 250 мг 2 рази на добу (максимальна добова доза становить 500 мг). Середня тривалість лікування визначається тяжкістю інфекції та станом хворого. Максимальна добова доза Цефугтил® для пацієнтів літнього віку та хворих з порушенням функції нирок, у тому числі хворих, які знаходяться на гемодіалізі, становить 1 г. Побічні реакції: зрідка – пропасниця; були зареєстровані випадки мультиформної еритеми, синдрому Стівенса-Джонсона, токсичного епідермального некролізу та реакції гіперчутливості, що включають в себе шкірний висип, кропив'янку, свербіж, медикаментозну гарячку, поодинокі випадки анафілаксії; сироваткова хвороба; у невеликій кількості пацієнтів виникають гастроентерологічні розлади, такі як діарея, нудота та блювання; при тяжкій діарейі слід брати до уваги, що це може бути спричинений антибіотиками псевдомембранозний коліт; головний біль, запаморочення; у пацієнтів із захворюваннями печінки може спостерігатись тимчасове зростання рівня печінкових трансаміназ у сироватці та сироваткового білірубіну, жовтяниця, гепатит; еозинофілія, лейкопенія, нейтропенія, зниження гемоглобіну, тромбоцитопенія позитивний тест Кумбса, гемолітична анемія; кандидоз.

Р.п.: №UA/8893/01/01, №UA/8893/01/02, №UA/8893/01/03.

**МЕГАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.