

# Острый тонзиллит: постоянство и переменчивость

Обстоятельства переменчивы, принципы – никогда.  
**Оноре де Бальзак**

**Лечебное искусство – это уникальная наука, полная противоречий. Медикам не привыкать к реформам и переменам: изменяются условия оказания медицинской помощи, модифицируются диагностические подходы, непрерывно обновляются практические руководства и рекомендации. С другой стороны, медицина полна постоянства: каждая встреча с врачом проходит по неизменному сценарию (сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр), продолжением которого, как правило, является назначение рутинных методов исследования и рекомендация принимать необходимые лекарства.**

Подобная стабильность характерна и для пациентов, ведь с началом осенне-зимнего периода многие больные обращаются за медицинской помощью из-за боли в горле, и с достаточно большим постоянством диагностируется острый тонзиллит. Это заболевание тоже не изменило основным принципам дуализма: за последние несколько лет многое изменилось в его понимании, но кое-что осталось практически неизменным. И так...

## Дефиниция

Определение острого тонзиллита подверглось некоторым изменениям. В адаптированном клиническом руководстве «Тонзиллит», подготовленном Украинским научным медицинским обществом врачей-оториноларингологов и Украинской ассоциацией семейной медицины, подчеркивается, что у пациентов с остро возникшей (на фоне полного здоровья) болью в горле с/без затруднения глотания может быть диагностирован острый тонзиллит (острое болезненное воспаление, ограниченное небными миндалинами), острый фарингит (острое болезненное воспаление без вовлечения в патологический процесс небных миндалин) или острый тонзиллофарингит (острое болезненное воспаление слизистой оболочки глотки с вовлечением небных миндалин). Интересно, что понятие «острый тонзиллит» теперь не включает в себя острый тонзиллофарингит, так как последний является типичным проявлением острой респираторной инфекции. Также предлагается отказаться от термина «ангина», поскольку ее классификация, основанная на фарингоскопической картине, не коррелирует ни с этиологическими данными, ни с терапевтической тактикой.

## Эпидемиология

Такой статистический показатель, как заболеваемость острым тонзиллитом, не поддавался соблазну безудержного роста, а проявил истинно нордический характер, оставаясь стабильно высоким на протяжении последних нескольких лет. В нашей стране, по данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины, в 2010 г. острым тонзиллитом заболело 883 422 человека, в 2014 г. – 868 626 пациентов. Распространенность данной патологии в 2010 г. составила 1 929,6 случая на 100 000 населения, а в 2014 г. – 2024,6 случая.

## Этиология

Причины возникновения острого тонзиллита тоже практически не изменились. Заболевание все так же вызывается преимущественно респираторными вирусами (аденовирусом, вирусом парагриппа, респираторно-синцитиальным вирусом, риновирусом, энтеровирусом, вирусом Эпштейна-Барр). Основным бактериальным возбудителем остается хорошо известный β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), изредка в лидеры выбиваются *Streptococcus pneumoniae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, анаэробы, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*. Темными лошадками,

предпочитающими по-прежнему оставаться в тени, но способными преподнести очень неприятный сюрприз, остаются дифтерия, спирохеты, гонококки, ВИЧ, грибы.

## Патофизиология

В отличие от эпидемиологии и этиологии, воззрения на патофизиологию небных миндалин подверглись значительным изменениям. Ныне повсеместное признание получила теория, которую ранее считали бы сомнительной и маловероятной. Согласно современной концепции небные миндалины с момента рождения постоянно попадают под воздействие самых разнообразных антигенов (вирусов, бактерий, компонентов пищи). Непрерывный контакт с антигенами приводит к развитию воспаления, в котором берут участие лимфоциты, макрофаги и гранулоциты. В таких нелегких условиях происходит «дозревание» миндалин, поэтому при гистологическом исследовании ткани небных миндалин обнаруживают признаки длительно протекающего воспалительного процесса. Данное состояние в настоящее время считается физиологической нормой для небных миндалин. Нарушение баланса между активированной микрофлорой с высокой антигенной активностью и защитными способностями организма приводит к прогрессированию т. н. минимального воспалительного процесса и, соответственно, к развитию заболевания. При адекватной иммунологической реактивности, для которой характерен завершённый фагоцитоз, воспаление вновь возвращается в рамки минимального и наступает выздоровление. Однако при неадекватной иммунологической реактивности фагоцитоз остается незавершённым, происходит персистенция возбудителей и формируется персистирующее воспаление, превышающее физиологическое, что клинически выражается развитием рецидивирующего тонзиллита.

## Классификация

Изменение мировоззрения касательно патофизиологии тонзиллита не могло не сказаться на его классификации. Использование термина «хронический тонзиллит» теперь представляется неправомерным в силу физиологического длительно протекающего воспалительного процесса в миндалинах. В настоящее время стараются отказаться от применения этого понятия в клинической практике. А по прогнозам экспертов, в новой редакции Международной классификации болезней XI исчезнет такое заболевание, как «хронический тонзиллит», а также понятие «обострение хронического тонзиллита». Наиболее точно сущности процессов, под которыми раньше понимали хроническое воспаление миндалин, соответствует термин «рекуррентный тонзиллит». Согласно проекту разрабатываемой классификации, тонзиллит будет подразделяться на острый (одиночные или редкие эпизоды появления жалоб), острый рецидивирующий (повторное возникновение заболевания через определенный промежуток времени под воздействием того же возбудителя, который спровоцировал возникновение предшествующего эпизода тонзиллита) и острый рекуррентный (повторный острый

тонзиллит после неэффективного лечения острого рецидивирующего тонзиллита). Несмотря на некоторые недостатки (не оговорены количество повторных эпизодов, время их возникновения, частота повторения), данная классификация активно внедряется в клиническую практику.

## Клиническая картина

Незыблемость клинической картины острого тонзиллита подтверждают диагностические каноны и правила медицины. Как и раньше, диагноз этого заболевания основывается на оценке жалоб больного и результатов объективного осмотра, а центральное место отводится обнаружению внезапно появившихся симптомов. Наиболее специфичным признаком острого тонзиллита считается боль в горле, менее специфичными – слабость, недомогание, боли в пояснице, суставах, головная боль. Объективный осмотр делает «скрытое явным», изобличая гиперемии и отек миндалин, налет и гнойные пробки в лакунах, увеличение и болезненность подчелюстных и шейных лимфатических узлов (регионарный лимфаденит). Повышение температуры тела (умеренное или значительное) также имеет важное диагностическое значение.

Новая трактовка хорошо известных симптомов несколько разбавила консерватизм клинических проявлений острого тонзиллита. Обнаружение симптомов Гизе (гиперемии передних небных дужек), Зака (отека верхнего угла, образованного передней и задними дужками), Преображенского (валикоподобного утолщения краев верхней части передних и задних дужек) убедительно свидетельствует о фиксации миндалин. Однако теперь фиксацию миндалин (потеря способности смещаться) в ее ложе считают основным симптомом острого рекуррентного тонзиллита, а не хронического. Также в настоящее время не придается особого клинического значения размерам (объему) миндалин, за исключением ситуаций, когда увеличенные миндалины мешают дыханию или глотанию.

## Диагностика

Определение групповой принадлежности возбудителя (вирусной/бактериальной), как и прежде, остается основополагающим вопросом, оказывающим влияние на медикаментозную терапию острого тонзиллита. Появление диагностических шкал Centor и McIssac (модификации шкалы Centor) позволило отказаться от установления бактериальной этиологии тонзиллита только на основании ряда клинических признаков (отека мягкого неба и небного язычка, гиперемии и отека миндалин, белесоватого налета на миндалинах и серовато-белого налета на языке).

В настоящее время пользуются преимущественно шкалой McIssac, предполагающей оценку 5 показателей (температура тела >38 °С, отсутствие кашля, увеличение шейных лимфатических узлов, увеличение или налеты на миндалинах, возраст 3-14 лет), каждому из которых присваивается 1 балл. Согласно этой шкале возраст пациента 15-44 лет оценивается в 0 баллов, а ≥45 лет – минус 1 балл. Подсчитав общую сумму баллов, можно

предположительно определить этиологию тонзиллита: 3-5 баллов свидетельствуют о высокой (35-50%) вероятности БГСА-индуцированного тонзиллита, тогда как количество баллов от -1 до 2 указывает на низкий (1-17%) риск инфицирования БГСА.

Новшества коснулись лабораторной диагностики тонзиллита. Различные отечественные и зарубежные специалисты считают определение активности воспалительного процесса (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг влево, СОЭ, С-реактивный белок, прокальцитонин) нецелесообразным в связи с тем, что подобные изменения почти с одинаковой частотой возникают как при вирусном, так и при бактериальном происхождении воспаления. Также не рекомендуется определять уровень антистрептолизина-О в сыворотке крови, поскольку он повышается только на 7-9-й день стрептококковой инфекции, а также может отражать ранее перенесенные заболевания.

Активно поддерживается проведение экспресс-диагностики у постели больного с использованием специальных экспресс-тестов II поколения, обладающих высокой специфичностью (94%) и чувствительностью (97%) по отношению к БГСА. Именно указанные тесты позволяют получить результат максимально быстро – в течение 15 мин. Проведение бактериологического исследования (золотого стандарта диагностики) рекомендовано в случае отсутствия спонтанного выздоровления на протяжении 5-7 дней, тяжелого течения заболевания, одностороннего поражения небной миндалины. Применение инструментальной диагностики при остром неосложненном течении тонзиллита считается необязательным.

## Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика тонзиллита не изменилась: перечень заболеваний, течение которых может сопровождаться поражением небных миндалин, как и прежде, достаточно объемно. Дифтерия и эпиглоттит, перитонзиллярный абсцесс и гонококковый тонзиллит, ВИЧ и инфекционный мононуклеоз, лейкопения и новообразования шеи, травмы и острый тиреоидит, агранулоцитоз и кандидоз – далеко не полный перечень такой патологии.

## Осложнения

Как при вирусном, так и при бактериальном тонзиллите можно ожидать развития осложнений. Ранние (гнойные) осложнения, как правило, локализируются недалеко от первоначального очага инфекции – это перитонзиллярный, пара- и ретрофарингеальный абсцессы, гнойный лимфаденит. Поздние (негнойные, аутоиммунные) осложнения подрывают состояние сердца (острая ревматическая лихорадка), почек (постстрептококковый гломерулонефрит), суставов (постстрептококковый реактивный артрит), головного мозга (PANDAS – педиатрический аутоиммунный психоневрологический синдром, ассоциированный со стрептококком).

## Лечение

Принципы этиологического лечения острого тонзиллита не изменились: при бактериальном генезе воспалительного процесса обязательной является системная антибиотикотерапия, при вирусной этиологии тонзиллита – назначение симптоматической терапии, поскольку эффективность противовирусных препаратов в лечении данной патологии считается сомнительной. Цели

Продолжение на стр. 18.

# Острый тонзиллит: постоянство и переменчивость

Продолжение. Начало на стр. 17.

системной антибиотикотерапии при остром стрептококковом тонзиллите – эрадикация возбудителя (БГСА), профилактика осложнений (ранних и поздних), ограничение очага инфекции (снижение контагиозности) и достижение клинического выздоровления.

Самой приятной новостью в отношении БГСА-тонзиллита можно считать сохранение чувствительности БГСА к природному пенициллину и, соответственно, ко всем β-лактамам антибиотикам последующих поколений. Поэтому стартовым препаратом для лечения стрептококкового тонзиллита является амоксициллин, который, по сравнению с феноксиметилпенициллином, обладает большим периодом действия и требует меньшей кратности приема. Именно амоксициллин назван препаратом выбора для проведения стартовой терапии БГСА-тонзиллита как в отечественном клиническом руководстве «Тонзиллит» (2016), так и в российских рекомендациях «Острый тонзиллофарингит» (2016).

Неизменной осталась рекомендация по замене стартового антибиотика из группы пенициллинов на пероральные цефалоспорины III поколения при наличии у больного доказанной аллергии на пенициллины (табл.).

Не претерпело изменений положение о необходимости контроля состояния больного через 48-72 ч от момента начала антибактериальной терапии и, при отсутствии положительной динамики (купирование лихорадки,

уменьшение болевого синдрома), пересмотра диагноза (например, в пользу острой респираторной вирусной инфекции или инфекционного мононуклеоза) или смены антибиотика в случае уверенности в стрептококковом генезе заболевания (табл.).

Особенностью системной пероральной антибактериальной терапии острого тонзиллита является ее длительность: оптимальным по-прежнему считается 10-дневный курс приема

антибактериального препарата. Сокращение кратности применения антибиотика до 5 дней предусмотрено только для азитромицина [2].

Местная терапия, как и прежде (полоскания, инфуляции, ингаляции, таблетки и пастилки для рассасывания), не может заменить системное антибактериальное лечение при остром БГСА-тонзиллите, так как не влияет на вероятность развития поздних аутоиммунных осложнений.

Положения о необходимости назначения противовоспалительных препаратов и проведении пероральной дезинтоксикационной терапии тоже не коснулись изменения. По-прежнему вызывает сомнения целесообразность включения в схему терапии острого тонзиллита противовирусных препаратов,

иммунокорректоров, топических и системных бактериальных лизатов, гомеопатических средств. Продолжаются активные прения и дискуссии между учеными, но ни один из перечисленных препаратов еще не смог предоставить убедительную доказательную базу своей эффективности и безопасности.

Несмотря на появление новых обстоятельств (углубление и совершенствование знаний о патофизиологии миндалин, патогенезе развития заболевания, изменения определений и классификаций), принципы лечения острого тонзиллита не меняются: назначение системной антибиотикотерапии при стрептококковом генезе воспаления является обязательным. «Для великих дел необходимо неутомимое постоянство», – утверждал Вольтер, знаменитый французский философ-просветитель. Именно благодаря сохранению 100% чувствительности in vitro всех известных штаммов БГСА к пенициллину с самого начала применения этого антибиотика препарат выбора для лечения острого БГСА-тонзиллита также остается неизменным – с завидным постоянством уже на протяжении нескольких лет пальму первенства удерживает амоксициллин.

## Література

1. Тонзиліт. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Школа доказової медицини. 2016 [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://orl.ifnmu.edu.ua/protocols/tonsillitis/1953/1956>.
2. Острый тонзиллофарингит. Клинические рекомендации Российской национальной медицинской ассоциации отоларингологов. 2016 [Електронний документ]. Режим доступа: [https://www.google.com/url?sa=t&rci=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiY\\_pSMnoLdAhWC1AKHTEVAagQFjAAegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.nmaoru.org%2Ffiles%2FKR306%2520Tonzillofaringit.pdf&usg=AOvVaw2e9I4OPHWDVQSp9xiUrxX9](https://www.google.com/url?sa=t&rci=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiY_pSMnoLdAhWC1AKHTEVAagQFjAAegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.nmaoru.org%2Ffiles%2FKR306%2520Tonzillofaringit.pdf&usg=AOvVaw2e9I4OPHWDVQSp9xiUrxX9).

Підготувала **Татьяна Можина**



Группа	Название	Схема приема		Особенности
		Взрослые	Дети	
β-Лактамы	Амоксициллин	1,5 г/сут в 3 приема или 2,0 г/сут в 2 приема	50 мг/кг/сут в 2-3 приема	Препарат выбора при остром БГСА-тонзиллите
	Амоксициллин/клавуланат	875/125 мг 2 р/сут	40-50 мг/кг/сут в 2-3 приема	Препарат выбора при остром рекуррентном или рецидивирующем бактериальном тонзиллите
Цефалоспорины	Цефалексин	1,0 г в 2 приема	40 мг/кг/сут в 2 приема	Препараты выбора при аллергии на β-лактамы
	Цефуросим	1,0 г в 2 приема	20 мг/кг/сут в 2 приема	
	Цефтибутен	400 мг/сут в 1 прием	9 мг/кг/сут в 1 прием	
	Цефподоксим	200 мг/сут в 2 приема	10 мг/кг/сут в 2 приема	
Макролиды	Азитромицин	500 мг/сут в 1 прием	10 мг/кг/сут в 1 прием	Препараты выбора при аллергии на β-лактамы и цефалоспорины
	Кларитромицин	500 мг/сут в 2 приема	15 мг/кг/сут в 2 приема	
	Спирамицин	6 млн МЕ/сут в 2 приема	300 тыс. МЕ/кг/сут в 2 приема	

## АНОНС

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України

Українська гастроентерологічна асоціація

До 75-річчя з дня народження професора І.І. Дегтярьової

Науково-практична конференція

**Від нових наукових концепцій в гастроентерології до конкретного пацієнта**

**7-8 листопада, м. Полтава**

Місце проведення: Полтавський академічний обласний український музично-драматичний театр ім. Миколи Гоголя (вул. Соборності, 23).

### Програмні питання

- Хвороби органів травлення:
  - ✓ епідеміологічні та популяційні аспекти
  - ✓ новітні дослідження в галузі патогенезу
  - ✓ вікові аспекти
  - ✓ первинна та вторинна профілактика
  - ✓ сучасні методи діагностики
  - ✓ сучасні методи медикаментозного та немедикаментозного лікування

- Особливості ведення пацієнтів із захворюваннями органів травлення на тлі коморбідної патології
- Медикаментозно індуковані ураження органів травлення

### Оргкомітет

Гопко Олександр Феліксович  
e-mail: [olgopko@gmail.com](mailto:olgopko@gmail.com)  
тел.: +380 (97) 512-26-76  
[www.ukrgastro.com.ua](http://www.ukrgastro.com.ua)

## АНОНС

Національна академія наук України

Національна академія медичних наук України

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології

ім. Р.Є. Кавецького

Національний науковий центр радіаційної медицини

Науково-практична конференція

**Сучасна діагностика та лікування мієлодиспластичних синдромів і гострої мієлоїдної лейкемії**

**4-5 жовтня, м. Київ**

Місце проведення: Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України (вул. Васильківська, 45; станція метро «Васильківська»)

### Програма

- Лекції провідних експертів галузі:
  - ◆ Сучасна класифікація мієлодиспластичних синдромів (МДС)
  - ◆ Цитогенетична та молекулярна діагностика МДС
  - ◆ Стратифікація лікувальної тактики МДС
  - ◆ Цитогенетична та молекулярна діагностика МДС
  - ◆ Гострі мієлоїдні лейкози (ГМЛ). Класифікація ВООЗ (2016) та МКХ-11 (2018)
    - ◆ Сучасні погляди на лікування ГМЛ
- Презентація нового науково-практичного посібника «Современная классификация и диагностика миелодиспластических синдромов»
- Ознайомлення з методами цитохімічних та імуноцитохімічних досліджень у відділі онкогематології
- Практичні заняття з лабораторної діагностики онкогематологічних захворювань

Спонсор заходу – ТОВ «Др. Редді'с Лабораторіс Лімітед» в Україні

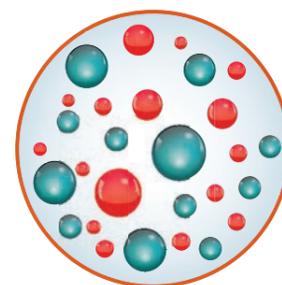
Інформаційні спонсори – науково-практичний журнал «Онкологія», «Медична газета «Здоров'я України»

# ОСПАМОКС ДТ

ПРЕПАРАТ ПЕРШОГО ВИБОРУ\* ПРИ ГОСТРИХ  
ТОНЗИЛІТАХ ТА БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ<sup>2,3</sup>



**ЕФЕКТИВНІСТЬ<sup>1</sup>**  
Висока біодоступність



**БЕЗПЕКА**  
Низький ризик  
виникнення діареї<sup>5,6</sup>



**ЗРУЧНІСТЬ ПРИЙОМУ**  
Можливість розчинити  
таблетку та вжити  
у вигляді розчину<sup>2</sup>



**НОВА УПАКОВКА №20!!!**

#### КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ОСПАМОКС (OSPAMOX® DT)

Діюча речовина: амоксицилін, 1 таблетка містить амоксициліну 500 мг або 1000 мг у формі амоксициліну тригідрату; Лікарська форма. Таблетки, що диспергуються. Фармакотерапевтична група. Протимікробні засоби для системного застосування. Бета-лактаміні антибіотики. Пеніциліни широкого спектра дії. Амоксицилін. Код АТХ J01C A04. Показання. Амоксицилін призначений для лікування таких інфекцій: гострий бактеріальний синусит; гострий отит середнього вуха; гострий стрептококовий тонзиліт і фарингіт; загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія; гострий цистит; безсимптомна бактеріурія у період вагітності; гострий пієлонефрит; тифоїдна і паратифоїдна лихоманка; дентальні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції протезованих суглобів; ерадикація *Helicobacter pylori* (у складі комбінованої терапії); хвороба Лайма. Препарат застосовують для лікування та профілактики ендокардитів. Діти. Препарат у вигляді порошку для оральної суспензії призначають дітям від народження. Дітям від 12 років можна застосовувати інші лікарські форми препарату – таблетки; таблетки, що диспергуються. Категорія відпуску. За рецептом. РП UA/3975/04/01; UA/3975/04/03.

\*Під "препарат першого вибору" мається на увазі молекула амоксициліна

1. HU Guoxin, Journal of Huazhong University of Science and Technolog, 22 (3): 224-227, 2002. 2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу. 3. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р.№128 «Прозатвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». 4. Л.В. Богун. Оспамокс: Новые подходы к дозированию Амоксициллина // Новости медицины и фармации.- 2008. - №5 (237). 5. Gillies M et al. Common harms for amoxicillin: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials for any indication. CMA J. 2015; 187(1): E21-3. 6. Kaur S.P. et al. Amoxicillin^ a broad spectrum antibiotic. Int. J of Pharm Pharm Sci. 2011; 3(3): 30-37.

Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватись з лікарем та обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, drugs\_safety.ukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. ТОВ «Сандоз Україна» м. Київ, пр. С. Бандери, 28-А (літ. Г). Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. 4-07-ОСП-АИГ-0818