

Острый тонзиллит: диагностика и рациональная фармакотерапия

Традиционная конференция Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов в этом году состоялась 14-18 мая в Одессе. Мероприятие было посвящено современным технологиям диагностики и лечения ЛОР-заболеваний.



Заведующая кафедрой оториноларингологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Юлия Валерьевна Деева в своем докладе осветила актуальные и наиболее целесообразные подходы к терапии острого тонзиллита.

— В сегодняшних реалиях с инфекционными заболеваниями

ЛОР-органов первично сталкиваются семейные врачи и врачи-инфекционисты. Наиболее распространенной патологией, требующей обязательного терапевтического вмешательства, является острый тонзиллит (ОТ). По данным статистики, распространенность ОТ во взрослой и детской популяции составляет 11,36 и 62,61 случая на 10 тыс. населения соответственно.

ОТ — это острое воспаление лимфоидной ткани глоточного кольца. Однако следует помнить, что миндалины в силу своих физиологических и гистологических особенностей находятся в состоянии постоянного воспалительного процесса, который можно наблюдать даже у здорового человека. Степень выраженности физиологического воспаления сугубо индивидуальна, поэтому очень важно обращать внимание на предварительный анамнез касательно тонзиллита. Следовательно, для установления диагноза ОТ необходимо наблюдать воспаление лимфоидной ткани глоточного кольца сверх физиологической нормы конкретно для данного пациента. Такому диагностическому параметру неизменно сопутствует ярко выраженная клиника в виде повышения температуры тела, боли в горле, сочетающейся с затруднением акта глотания.

Широкой распространенности ОТ соответствует пропорционально высокая частота осложнений данной патологии в виде паратонзиллитов, парафарингитов и флегмон шеи. Курация этих пациентов — прерогатива ЛОР-специалистов. Однако на практике проще и разумнее не допускать развития осложнений. Ввиду этого необходимыми мерами профилактики являются своевременное лечение ОТ, назначение адекватной антибактериальной терапии (АБТ).

Первый и самый важный вопрос для лечащего врача — этиологический фактор, вызвавший ОТ. В современной практике выделяют вирусный и бактериальный ОТ. Модифицированная шкала Centor/McIsaac помогает специалистам провести качественную дифференциальную диагностику вирусного тонзиллита от этиологически обусловленного β-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Шкала применима для детей и для взрослых, разработана по принципу начисления баллов за наличие симптомов (табл.). Условие, необходимое для начала тестирования по данной шкале, — боль в горле без острой одышки.

Интерпретация результатов и выбор тактики лечения проводятся следующим образом:

- 1-3 балла по шкале у ребенка 3-14 лет свидетельствует о высокой вероятности вирусного тонзиллита. Рекомендована симптоматическая терапия. При отсутствии положительной динамики, одностороннем поражении или клинически тяжелом течении необходимо провести дополнительное бактериоскопическое либо бактериологическое обследование, в случае положительных результатов — назначение АБТ;
- 3-5 баллов по шкале у ребенка 3-14 лет говорит о возможном БГСА-обусловленном ОТ. Рекомендованы стрептококковый экспресс-тест, бактериологическое исследование /мазок из зева для бактериоскопической диагностики. В случае положительных результатов показана АБТ;
- 0-2 балла у пациентов старше 15 лет указывает на высокую вероятность вирусной этиологии;
- 3-4 балла у пациентов старше 15 лет дает основания заподозрить бактериальную инфекцию. Целесообразно назначение АБТ.

Известно, что часто вирусное поражение предшествует бактериальной колонизации дыхательных путей. Присоединение микробной инфекции может способствовать нарастанию тяжести заболевания и провоцировать развитие осложнений, обуславливающих неблагоприятный исход. Данное обстоятельство требует особой внимательности со стороны специалистов для того, чтобы вовремя заметить изменение характера процесса и предпринять необходимые терапевтические меры.

Статистические данные показывают, что самыми распространенными бактериальными возбудителями инфекций верхних дыхательных путей являются *Streptococcus pneumoniae* (42%), *Haemophilus influenzae* (29-38%), *Moraxella catarrhalis* (17-20%), *S. pyogenes* (15-23%). Такая информация позволяет лечащим врачам с максимальной точностью предположить вид возбудителя, спровоцировавшего патологический процесс, и назначить этиотропную терапию, что поможет предотвратить большинство возможных осложнений.

В последние годы в том, что касается борьбы с бактериальными инфекциями, уже нельзя однозначно определить, на чьей стороне выступает человек. В Украине свободный доступ к антибиотикам имеется практически у каждого пациента. Это обстоятельство обуславливает нерациональное использование антимикробных средств, что, в свою очередь, приводит к повышению резистентности бактериальной флоры и неэффективности лечения. Австралийский микробиолог К. Hargue справедливо отметил: «Мы можем оглянуться на эру антибиотиков просто как на проходящий этап в истории медицины, как на эру, когда растрчивались огромные природные ресурсы, а микробы оказались умнее людей». Важное преимущество, которое помогает бактериям приобретать большую устойчивость к факторам иммунной системы и антибиотикам, — способность формировать биопленки. Автохтонная микрофлора в ротоглотке человека способна образовывать таковые. Целостность биопленки может нарушаться во время хирургического вмешательства или лекарственного воздействия. Впоследствии происходит замещение первично сформированной биопленки на другую, с иным набором микроорганизмов, включая представителей условно-патогенной и патогенной микрофлоры. Биопленка находится в полимерном матриксе, благодаря чему значительно уменьшается площадь доступной для повреждающих факторов микробной поверхности. В результате этого процесса в ротоглотке формируется активный и резистентный к большинству антибактериальных препаратов инфекционный очаг, имеющий место при развитии тонзиллита. Данные факты должны в очередной раз напомнить специалистам о том, что каждое назначение антибиотиков должно быть обосновано этиопатогенетически, ведь лишь в этом случае терапия будет не только эффективной, но и безопасной для пациента.

К счастью, сегодня существует группа антибактериальных препаратов, доказавших свою эффективность как в лечении инфекций верхних дыхательных путей, так и в борьбе с образованием патогенных биопленок, — макролиды. Спектр их антимикробной активности достаточно широк. Представители этой группы антимикробных средств высокоактивны в борьбе с внутриклеточными возбудителями, эффективно

воздействуют на грамположительные кокки, а также на некоторых представителей анаэробной микрофлоры. Макролиды оказывают бактериостатическое влияние, подавляя белковый синтез в рибосомах микроорганизмов. Эффект достигается за счет блокировки транспептидазной и транслокационной реакций в процессе обратимого связывания с 50S субъединицей рибосом. Макролиды являются препаратами выбора у пациентов с аллергическими реакциями на пенициллины и цефалоспорины.

Результаты российского исследования антимикробной резистентности ПеГАС-III (2006-2009) показали, что среди широкого спектра антибиотиков наиболее низкая резистентность грамположительных кокков, которые на сегодняшний день занимают лидирующие позиции в формировании заболеваний глотки, наблюдается в отношении макролидов. Следует отметить, что клиническая эффективность в наибольшей мере замечена у 2 представителей этой группы, а именно у азитромицина и кларитромицина. В наши дни мы нередко можем наблюдать случаи, когда терапию ОТ начинают с пенициллинов. Положительный результат при выбранной тактике лечения может отсутствовать в связи со способностью *S. pyogenes* персистировать в эпителиальных клетках человека, вследствие чего значительно снижается эффективность β-лактамов антибиотиков. Как уже отмечалось выше, макролиды, в частности кларитромицин, способны проникать внутрь клеток, не теряя при этом своей активности в различных внутриклеточных структурах. Данное свойство препарата позволяет обеспечивать эрадикацию БГСА и значительно улучшать динамику течения заболевания.

Отдельного внимания заслуживают иммуномодулирующие и противовоспалительные свойства кларитромицина, проявляющиеся уже на начальных этапах терапии. Препарат стимулирует дегрануляцию нейтрофилов и оксидативный взрыв, тем самым повышая активность защитных систем организма и способствуя более результативному лечению.

В 2001 г. было проведено исследование, в ходе которого пациенты с острым тонзиллофарингитом, обусловленным *S. pyogenes*, наличие которого было подтверждено культуральным исследованием, проходили курс АБТ. Результаты показали, что применение кларитромицина в дозировке 250 мг 2 р/день в течение 10 дней оказалось во много раз эффективнее 5-дневного курса лечения азитромицином по 500 мг в 1-й день и по 250 мг/сут в последующие дни (Karlan E.L. et al.).

Кларитромицин хорошо переносится пациентами и имеет благоприятный профиль безопасности. Исследование, проведенное в Греции в 2007 г., показало, что 75% детей, получающих препарат в завышенной дозе, отлично перенесли терапию без каких-либо побочных реакций. Негативные эффекты были отмечены лишь в 4% случаев (Kafetzis et al.).

Среди всех препаратов кларитромицина, доступных в Украине, особого внимания заслуживает Фромилид Уно (компания KRKA). Благодаря защитной кислотоустойчивой оболочке таблеток Фромилид Уно процесс высвобождения вещества в тонком кишечнике происходит более замедленно. Фромилид Уно имеет в своем составе альгинат кальция, способный набухать при добавлении воды и вытеснять молекулы действующего вещества постепенно. Это способствует пролонгации действия препарата и поддержанию постоянной его концентрации в организме. Подобные возможности позволяют сократить количество приемов лекарства в сутки до одного, благодаря чему повышается приверженность пациентов к терапии.

Таким образом, успешный исход терапии ОТ зависит в первую очередь от качественной идентификации возбудителя и подбора соответствующей тактики лечения. На сегодня для помощи практикующим специалистам разработано достаточное количество различных лечебных и диагностических методик. Благодаря наличию на отечественном рынке препарата Фромилид Уно компании KRKA пациенты с ОТ бактериальной этиологии могут получить максимально эффективное лечение с минимальной затратой времени на терапию.

Подготовила Полина Кузьмина

Таблица. Модифицированная шкала Centor/McIsaac для дифференциальной диагностики вирусного тонзиллита от этиологически обусловленного БГСА

Симптом	Количество баллов
Температура тела >38 °C	
Кашель отсутствует	1
Болезненность/увеличение передних шейных лимфатических узлов	1
Отечность миндалин и наличие на них экссудата	1
Возраст 3-14 лет	1
Возраст 15-44 года	0
Возраст >45 лет	-1



Препарати компанії КРКА користуються довірою лікарів у понад 70-ти країнах світу¹

Фромілід[®] уно

кларитроміцин

Таблетки з пролонгованим вивільненням по 500 мг



Фромілід[®]

кларитроміцин

Таблетки 250 мг, 500 мг



Гранули для приготування суспензії
125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл



Склад. Діюча речовина: кларитроміцин. Фромілід уно: 1 таблетка містить 500 мг кларитроміцину. Фромілід: 1 таблетка містить 250 мг або 500 мг кларитроміцину. **Лікарська форма.** Фромілід уно: таблетки з модифікованим вивільненням. Фромілід: таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні засоби для системного застосування. Макроліди, лінкозаміди та стрептограміни. **Показання.** Інфекції нижніх дихальних шляхів (bronхіт, пневмонія тощо), інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий синусит, тонзилофарингіт), інфекції шкіри і м'яких тканин. **Спосіб застосування та дози.** Фромілід уно. Приймають внутрішньо під час їди, не розжовуючи, запиваючи водою; рекомендована доза кларитроміцину для дорослих і дітей старше 12 років становить 500 мг (1 таблетка) кожні 24 години, при тяжких інфекціях дозу можна збільшити до 1000 мг (2 таблетки) через кожні 24 год. Фромілід. Приймають внутрішньо, не розжовуючи, запиваючи невеликою кількістю води. Рекомендована доза кларитроміцину для дорослих та дітей старше 12 років становить 250 мг двічі на добу, при більш тяжких інфекціях дозу можна збільшити до 500 мг два рази на добу. Звичайна тривалість лікування становить від 5 до 14 днів, за винятком лікування негоспітальної пневмонії та синуситів, які потребують 6–14 днів терапії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до кларитроміцину або інших макролідних антибіотиків або до будь-яких компонентів препарату, тяжка печінкова або ниркова недостатність; одночасне застосування з терфенадином, цизапридом, пімозидом, астемізолом або алкалоїдами ріжків; порфірія; період годування груддю, вік до 12 років. **Побічні реакції.** Побічні ефекти, що можуть виникнути при терапії кларитроміцином, класифіковано за такою частотою: • дуже часто ($\geq 1/10$); часто ($\geq 1/100$ до $< 1/10$); нечасто ($\geq 1/1000$ до $< 1/100$); рідко ($\geq 1/10,000$ до $< 1/1000$); дуже рідко ($< 1/10,000$); включаючи окремі випадки (не можна підраховувати з наявних даних). **Порушення з боку шлунково-кишкового тракту:** часто: нудота, знижений апетит, абдомінальний біль; блювання, діарея, тимчасові зміни смаку; нечасто: стоматит, глосит, тимчасові зміни запаху; рідко: тимчасове забарвлення зубів та язика; дуже рідко: панкреатит, псевдомембранозний коліт. **Порушення з боку шкіри та підшкірних тканин:** нечасто: кропив'янка; дуже рідко: синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз (синдром Лайєлла), ангіоневротичний набряк. **Порушення з боку імунної системи:** дуже рідко: анафілаксія. **Порушення з боку нервової системи:** часто: головний біль; дуже рідко: вертиго, запаморочення, парестезія, порушення сну, нічні марення, сплутаність свідомості, відчуття страху, галюцинації, психотичні реакції та судоми. **Порушення з боку слухового апарату:** дуже рідко: дзвін у вухах, тимчасові розлади слуху. **Порушення з боку гепатобілярної системи:** дуже рідко: підвищення рівня ферментів печінки, холестатична жовтуха, гепатит (про печінкову недостатність з летальним результатом повідомили у пацієнтів з тяжкою формою вказаної хвороби, які супутньо приймали інші препарати). **Порушення з боку нирок та сечовивідних шляхів:** дуже рідко: підвищення рівнів креатиніну, інтерстиціальний нефрит, ниркова недостатність. **Порушення з боку скелетно-м'язової системи та сполучної тканини:** дуже рідко: артралгія та міалгія. **Порушення з боку системи крові та лімфатичної систем:** рідко: тромбоцитопенія. **Порушення з боку серцево-судинної системи:** дуже рідко: подовження QT інтервалу, шлуночкова тахікардія, «піруетна» шлуночкова тахікардія. **Порушення з боку метаболізму та травлення:** рідко: гіпоглікемія, часто у пацієнтів, які приймають препарати для зниження рівня цукру в крові. **Фармакологічні властивості.** Кларитроміцин — напівсинтетичний антибіотик групи макролідів, взаємодіє з 50S рибосомальною субодиницею бактерій, таким чином пригнічуючи синтез білка. Переважно виявляє бактеріостатичну, а в деяких випадках — також бактерицидну дію. **Упаковка.** 5 таблеток з модифікованим вивільненням у блистері, 1 блистер у картонній коробці. 7 таблеток з модифікованим вивільненням у блистері; 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блистері, 2 блистери в картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

