

# Сучасні принципи лікування гострого тонзиліту: у фокусі найкращий світовий досвід

**Проблема менеджменту пацієнтів з гострим тонзилітом (ГТ) сьогодні є топовою темою для українських лікарів загального, педіатричного та оториноларингологічного профілю. Причина такої ситуації досить проста й зрозуміла. У квітні минулого року була вперше презентована, а в листопаді 2017 року рекомендована для впровадження в Україні розширеною нарадою державних експертів вітчизняна клінічна настанова «Гострий тонзиліт».**

Оприлюднення нового документа стало по-справжньому важливою подією для медичної спільноти, адже в ньому задекларовані сучасні підходи не тільки до діагностики й лікування ГТ, але й до термінології та класифікації захворювання. Також документ надає останні дані про етіологію, патогенез та епідеміологію ГТ. Фундаментом для нової настанови послугував найкращий світовий досвід, адже всі рекомендації, надані в документі, базуються виключно на принципах доказової медицини. Треба зазначити, що нові підходи до менеджменту ГТ суттєво відрізняються від тих, що використовувалися в Україні останні 10 чи 20 років. Саме ці відмінності стали причиною для широкого обговорення проблеми ГТ медичним товариством. Дуже значним кроком для внесення узгоджень стали заходи проекту «Школа доказової медицини», ключовою темою яких з квітня 2017 року регулярно стає саме менеджмент ГТ. Організатори та спікери «Школи» приділяють особливу увагу не тільки констатації факту змін у діагностиці та лікуванні захворювання, а й надають вичерпні відповіді на питання їх доцільності та своєчасності. Перехід української системи охорони здоров'я на принципи доказової медицини унеможлиблює сьогодні використання старих, нічим не підкріплених, окрім емпіричного досвіду окремих

науковців та лікарів, принципів ведення розповсюджених захворювань, серед яких ГТ посідає важливе місце у зв'язку з великим медико-соціальним значенням. Яких же принципових змін сьогодні зазнали лікувально-діагностичні підходи до ГТ?

## Етіо-, пато- та імуногенез ГТ

Гострий тонзиліт у 70-95% випадків обумовлений вірусними, а не бактеріальними інфекціями. Бактеріальна інфекція призводить до захворювання у 15-30% випадків у дитячому віці і 5-10% — у дорослому. Як основні збудники бактеріального тонзиліту потрібно розглядати  $\beta$ -гемолітичний стрептокок груп А (*Streptococcus pyogenes* — БГСА), С та G, *Haemophilus influenzae*, рідше — *Corynebacterium*, *Neisseria gonorrhoeae*. Ця інформація є принципово важливою для вибору тактики лікування ГТ. Згідно зі статистичними даними, у 2017 році пацієнтам з діагнозом ГТ лікарями отоларингологами антибіотики призначалися у 64% випадків, педіатрами — у 53%, спеціалістами загальної практики — сімейної медицини — у 72%, що є етіопатогенетично невиправданим. Раніше майже кожному пацієнту з діагнозом ГТ призначалися антибіотики, що є етіопатогенетично невиправданим. **Сьогодні лікарям пропонується використовувати**

**диференційний підхід, тобто призначати антибіотики тільки тоді, коли є обґрунтовані підозри вважати тонзиліт бактеріальним.** Призначення антибактеріальної терапії потрібно проводити відповідно до інформації, що найбільш частим та водночас небезпечним (перш за все через розвиток великої кількості системних ускладнень) бактеріальним збудником ГТ є БГСА, тобто антибіотик має володіти високою активністю саме проти цього патогену.

Сучасні погляди на патологію піднебінних мигдаликів ґрунтуються на таких положеннях: а) мигдалики постійно перебувають у стані запалення, що є їхнім фізіологічним станом, тому мигдалики не можна визначати як хворі в результаті тільки одного огляду; б) патологію мигдаликів слід розглядати, коли у пацієнта виникає поєднання ознак запалення із симптоматикою (біль у горлі та/або порушення ковтання і гарячка); в) не можна розцінювати мигдалики як хворі або інфіковані лише на підставі даних клінічного огляду; г) розмір мигдаликів не має клінічного значення, окрім ситуації, коли це перешкоджає диханню або ковтанню.

Клінічна картина типового ГТ формується в результаті виходу фізіологічного запалення піднебінних мигдалин з-під контролю імунної системи та приєднання патогенної флори. Під ГТ слід

розуміти запалення мигдалин понад їх фізіологічної норми, що викликає клінічну симптоматику.

Патогенетично ГТ перебігає в 3 стадії: 1) альтерація епітелію тканини мигдаликів; 2) адекватна імунологічна реактивність, завершений фагоцитоз патогенів, відновлення імунною системою контролю над фізіологічним запаленням; 3) одужання.

У деяких ситуаціях імунітет не може повною мірою впоратися з патогенами, за таких обставин виникає неповний фагоцитоз, що в кінцевому підсумку призводить до неможливості повернення піднебінних мигдалин до вихідного стану та формування персистуючого запалення. Клінічно така ситуація проявляється рецидивуючим тонзилітом (РТ).

## Сучасна класифікація ГТ

ГТ — епізод гострої появи відповідних клінічних симптомів і відноситься до вірусних або бактеріальних тонзилітів.

Гострий рекурентний тонзиліт (ГРТ) відноситься до повторних ГТ, при цьому викликається тим же збудником, що і попереднє захворювання. Сучасна настанова відкидає діагноз хронічного тонзиліту (ХТ) у зв'язку з тим, що діагноз ХТ формує хибне уявлення про відсутність запалення мигдалин у клінічно здорових пацієнтів. Найбільш точному визначенню, що вкладалося раніше в термін ХТ, сьогодні відповідає діагноз «рекурентний тонзиліт» (РекТ). РекТ виникає у тих пацієнтів, у яких після перенесеного тонзиліту зберігається не тільки персистуюче запалення, а й відбувається поширення запалення

## КОМЕНТАР ЕКСПЕРТА



**Голова експертної групи МОЗ України за напрямками «Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія», завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови і ший Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Василь Іванович Попович:**

— ГТ є одним з ключових діагнозів як для оториноларингологічної, так і для педіатричної та загальнотерапевтичної практики. Нова вітчизняна клінічна настанова спирається на кращий світовий досвід та рекомендує тільки ті лікувально-діагностичні заходи, що довели свою ефективність в ході численних клінічних досліджень. В практичному плані це суттєво скоротило перелік необхідних діагностичних досліджень та перелік лікарських засобів, що мають використовуватися сьогодні в менеджменті ГТ. Лікування ГТ за принципами доказової медицини наразі передбачає використання протизапальних засобів (системно та місцево), антибіотиків (тільки у випадку бактеріальної етіології захворювання). Стосовно призначення препаратів, для яких наразі відсутні докази високої якості, у рекомендаціях, заснованих на доказах, говориться про наступне: у таких випадках на медичних працівників покладається зобов'язання довести до пацієнта інформацію щодо клінічної ситуації і обговорити доступні на сьогоднішній день варіанти лікування. Оскільки остаточне рішення приймає пацієнт, то він має бути проінформований щодо ефективності (доведено / не доведено) методу лікування для його випадку.

Імупрет® є добре знайомим для більшості лікарів препаратом. Багато спеціалістів його використовують як при ГТ (з лікувальною метою), так і при РТ чи РекТ (з лікувальною та профілактичною метою). Варто зазначити, що на сьогодні відсутні доказові клінічні дослідження щодо ефективності застосування Імупрету при ГТ, натомість ефективність цього засобу доведена в багатьох експериментальних та обмежених за кількістю учасників клінічних дослідженнях. При цьому доведеною

є безпека використання Імупрету в дорослій та дитячій практиці. Виходячи з цього, можна порадити лікарям під час призначення терапії ГТ обговорити з хворим можливі варіанти лікування захворювання, розказати про переваги застосування Імупрету та ефекти, на які можна очікувати.



**Завідувач кафедри терапії факультету післядипломної освіти ДЗ «Луганський державний медичний університет», доктор медичних наук, професор Ірина Володимирівна Лоскутова:**

— Мигдалини являють собою периферичний орган імунної системи, саме тому розглядати ГТ треба з оглядом на імунологічні аспекти. Дуже важливо, щоб лікування ГТ не обмежувалося протипатогенним лікуванням, адже в основі захворювання, окрім впливу вірусів та/чи бактерій, лежать і запальний синдром, і порушення імунологічної реактивності. Особливо важливо враховувати ці аспекти в випадках РТ та РекТ. В якості препарату для лікування ГТ інтерес багатьох клініцистів сьогодні привертає препарат Імупрет®. Доведеною є не тільки протизапальна дія засобу (Смірнова Г.І. (2001), Кондратьєва Е. (2010), Митин Ю.В. (2004), Марушко Ю.В. (2015) та ін.), але й його імуномодуючі властивості (Zabolotny D.I. (2007), Мельников О.Ф. і співавт. (2009-2014), Дринов Г.І. (2013) та ін.). Зокрема, Імупрет® стимулює антитілоутворення та імунні реакції клітинного типу, збільшує експресію поверхневого антигена CD4 і модулює імунну відповідь клітинних культур мигдалин, підвищує активність природних кілерів, а також ефективність фагоцитозу. Тобто препарат чинить комплексну дію. Варто зазначити, що ця дія є м'якою, прогнозованою та поступовою. Отже, широке використання Імупрету при гострих запальних захворюваннях ротоглотки є не тільки ефективним, але й безпечним для пацієнтів будь-якої вікової категорії, зокрема для дітей віком до 1 року.



на перитонзиллярну тканину, що часто викликає зміни вже на рівні організму.

**Отже, нова клінічна настанова передбачає 3 діагнози, що описують запалення мигдалини понад їх фізіологічну норму: гострий тонзиліт, РТ, РекТ. Використання терміну ХТ сьогодні слід вважати помилковим.** Стадії компенсації ХТ, прийняті раніше, рекомендується замінити на більш відповідні патогенетичним процесам терміни. Так, субкомпенсований ХТ є синдромом PFAPA (сукупність лихоманки, афтозного стоматиту, фарингіту і шийного лімфаденіту); декомпенсований ХТ — РекТ і/або постстрептококовим синдромом.

#### Принципи лікування ГТ

Антибактеріальна терапія призначається лише для пацієнтів з ГТ із верифікованим бактеріальним збудником, зокрема БГСА. При відсутності даних бактеріоскопічного обстеження (або швидких антигенних тестів) лікар не може як підтвердити бактеріальну етіологію, так і виключити її. При виявленні БГСА або клінічній підозрі на стрептококовий тонзиліт має призначатись антибіотикотерапія. Клінічна підозра на стрептококовий тонзиліт практично виглядає як 3-5 балів за стандартною шкалою Centor/McIsaac. У такому випадку обирається тактика відкладеного призначення антибіотиків. Перевага такого методу у порівнянні зі стратегією відмови від призначення антибіотиків полягає у тому, що передбачається застосування антибактеріальних лікарських засобів (виписаний рецепт, розрахована доза та кратність прийому) для незначної кількості пацієнтів, у яких можуть розвинути ускладнення, і тому що пацієнти, які очікують призначення антибактеріальних лікарських засобів, можуть бути більш схильними погодитися з таким курсом лікування, ніж з повною відмовою від застосування антибактеріальних лікарських засобів. Саме тому відкладене призначення є важливою стратегією лікування з метою скорочення кількості призначення недоречних антибактеріальних лікарських засобів. Препаратами високого рівня доказовості в лікуванні гострого тонзиліту сьогодні визнані нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) (як системного, так і місцевого застосування), а також антибіотики (в разі доведеної або підозрюваної з високою часткою ймовірності бактеріальної (зокрема БГСА) природи захворювання (термін лікування — не менше 10 днів).

Важливо зазначити, що безрецептурні спреї, полоскання та пастилки для горла не довели своєї ефективності. У цю ж групу препаратів з недоведеною ефективністю при гострому тонзиліті потрапили гомеопатичні та антигістамінні препарати, засоби на основі ехінацеї, вітаміни. Фітонірингові препарати хоча й не надали доказів гарантованої вигоди в лікуванні захворювання, проте мають великий емпіричний досвід використання у хворих із ГТ. Так, препарат Імупрет® (Біонорика СЕ, Німеччина) має солідне наукове досвід, що дозволяє рекомендувати його в якості додаткової терапії ГТ.

Так, дослідження Ю.В. Марушка та співавт. (2015) показало, що використання даного препарату сприяє стійкій санації БГСА при ГТ у дітей, сприяє швидкому зникненню клінічних проявів захворювання. Автори дослідження зробили висновок, що використання комплексної терапії, яка включає антибіотик та Імупрет®, у дітей, хворих на бактеріальний тонзиліт, дозволяє досягти більш ефективної елімінації збудника та прискорити одужання. Декілька послідовних досліджень Г.І. Дринова (2010-2014) продемонстрували ефективність прийому Імупрету як в лікуванні ГТ та інших гострих захворювань глотки, так і з профілактичною метою. Декілька

досліджень О.Ф. Мельникова та співавт. (2009-2016) засвідчують вплив Імупрету на різні ланки місцевого імунітету в лікуванні захворювань ротоглотки. Дослідження В.І. Поповича та співавт. (2016) продемонструвало можливості протівірусної дії Імупрету в лікуванні гострих назофарингітів у дітей. Наукові дослідження Н. Wagner (1983) показали, що Імупрет® підвищує ефективність фагоцитозу, підсилює хемотаксис фагоцитів, прискорює поглинання ними патогенів. До складу препарату входять стандартизовані екстракти кореня алтея (*Althaea officinalis*), квіток ромашки (*Chamomilla*), трави деревію (*Achillea millefolium*), кори дуба (*Quercus robur*), листя волоського

горіха (*Juglans regia*), трави хвоща польового (*Equisetum arvense*) і трави кульбаби (*Taraxacum officinale*). Препарат володіє протизапальною, протівірусною, імуномодуючою, знеболюючою дією. Препарат дозволений до використання дітям з 1 року, випускається в зручних формах оральних крапель та таблеток.

Зважаючи на те, що Імупрет® має великий та успішний емпіричний досвід використання в лікуванні ГТ, а також досить солідне наукове досвід, ми вирішили розпитати провідних спеціалістів про доцільність включення цього засобу в схему лікування ГТ.

Підготувала **Олександра Меркулова**



## Захворювання органів дихання?

# Імупрет®

7 рослинних компонентів

Рослинний лікарський засіб  
При захворюваннях дихальних шляхів  
50 таблеток, вкритих оболонкою

- перешкоджає поширенню інфекції<sup>1</sup>
- зміцнює імунітет<sup>2</sup>
- захищає від рецидивів та ускладнень<sup>3</sup>

### Розкриваючи силу рослин

**Імупрет®. Показання до застосування:** Захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт). Профілактика ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму. **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання, препарат застосовують в таких дозах: гострі прояви: Дорослі та діти від 12 років по 25 крапель або по 2 табл. 5-6 разів на день, діти 6-11 років по 15 крапель або по 1 табл. 5-6 разів на день, діти с 2 до 5 років по 10 крапель 5-6 разів на день, діти з 1 до 2 років по 5 крапель 5-6 разів на день. Після зникнення гострих проявів доцільно приймати ще протягом тижня. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Не рекомендується застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** рідко можуть виникати шлунково-кишкові розлади, алергічні реакції.

1. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) лютий 2004.

2. Імуномодуючі властивості препарату Тонзилгон Н (О. Мельников) «Здоров'я України» № 5 (136) Лютий 2006; Експериментальне дослідження імуномодуючих властивостей Тонзилгону Н in vitro (О. Мельников, О.Рильская), ЖУНГБ № 3/2005, (стр 74-76).

3. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) Лютий 2004; саногенетична корекція стану мукозального імунітету у дітей з використанням сучасних рослинних імуномодуляторів (О. Цодікова, К. Гарбар) «Сучасна педіатрія» № 3 (43) / 2012; Здоров'я у сезон застуд завдяки комбінованому рослинному препарату (M. Rimmele) Naturamed 5/2010, Medical Nature № 5/2011.

**Імупрет® краплі:** Р.П. №UA/6909/01/01 від 28.08.17. **Імупрет® таблетки:** Р.П. №UA/6909/02/01 від 28.08.17.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

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 у галузі охорони здоров'я.

корінь алтея    квітки ромашки    трава хвоща    листя грецького горіха    трава тисячолітника    кора дуба    трава кульбаби