



УДК 616.321/.322-002-036.11-053.2-07-08

ЮЛИШ Е.И.¹, ЧЕРНЫШЕВА О.Е.¹, КРИВУЩЕВ Б.И.¹, ГЛИНСКАЯ Е.В.²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

ОСТРЫЙ СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Резюме. В статье представлены современные взгляды на подходы к диагностике и рациональной терапии острого тонзиллофарингита у детей.

Ключевые слова: тонзиллофарингит, дети, амоксициллин.

Среди микробных возбудителей острых инфекционных заболеваний ротоглоточного лимфоидного кольца β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) занимает одно из ведущих мест [1, 2]. Недостаточность типоспецифического постинфекционного иммунитета и легкость передачи определяют распространенность данного штамма стрептококка в детской популяции, особенно в организованных коллективах. Кроме того, именно β-гемолитический стрептококк является наиболее частым причинным бактериальным фактором развития острого тонзиллофарингита.

Под острым тонзиллофарингитом, ранее в отечественной педиатрии называемым ангиной, понимается острое воспаление одного или нескольких компонентов лимфоидного глоточного кольца. Изменение названия связано с тем, что ангина обычно предполагает изолированное поражение только небных миндалин, что встречается весьма редко. Обычно в патологический процесс вовлекаются и другие элементы лимфоидного аппарата глоточно-го кольца, а также лимфоидные структуры задней стенки органа.

Выделяют первичный острый тонзиллофарингит, связанный с непосредственным поражением лимфоидного аппарата глотки, и вторичный, обусловленный такими инфекционными заболеваниями, как дифтерия, скарлатина, туляремия, инфекционный мононуклеоз, брюшной тиф, ВИЧ-инфекция.

Возбудителями острого тонзиллофарингита, кроме β-гемолитического стрептококка, могут быть вирусы (аденовирус, риновирус, коронавирус, группа герпесвирусов — вирус Эпштейна — Барр, цитомегаловирус, вирус простого герпеса), бактерии, простейшие, микотическая инфекция, коринебактерии

дифтерии, хламидии и др. Как правило, у детей первых трех лет жизни возникновение заболевания связано с вирусной инфекцией, а после 5 лет — чаще с β-гемолитическим стрептококком [3, 4].

При неблагоприятном течении заболевания, а также при его неадекватной терапии достаточно часто развиваются серьезные осложнения, опасные не только для здоровья детей, но и для жизни. Так, в конце 1980-х — начале 1990-х годов из США и ряда стран Западной Европы стали поступать сообщения о чрезвычайно тяжелой инвазивной БГСА-инфекции, протекающей с гипотензией, коагулопатией и полиорганной функциональной недостаточностью. Для обозначения этого состояния был предложен термин «синдром стрептококкового токсического шока» (streptococcal toxic shock-like syndrome), по аналогии со стафилококковым токсическим шоком. И хотя основными входными воротами для этой угрожающей жизни БГСА-инфекции служили кожа и мягкие ткани, в 10–20 % случаев заболевание ассоциировалось с первичным очагом, локализующимся в лимфоидных структурах носоглотки. При анализе инвазивных БГСА-инфекций, проводившемся в США в 1985–1992 годах, было установлено, что кривые заболеваемости острой ревматической лихорадкой и синдромом токсического шока стрептококкового генеза оказались очень схожими как по времени, так и по амплитуде [5].

Осложнения острого тонзиллофарингита подразделяются на регионарные — паратонзиллярные,

© Юлиш Е.И., Чернышева О.Е., Кривушев Б.И., Глинская Е.В., 2013

© «Здоровье ребенка», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

боковоглоточные и заглоточные абсцессы, гнойный лимфаденит, нередко требующие экстренного хирургического вмешательства [6], и системные — острая ревматическая лихорадка, острый гломерулонефрит, бактериальный эндокардит, синдром стрептококкового токсического шока, менингит, некротизирующий фасциит [7].

С учетом многообразия этиологических факторов, определяющих развитие острого тонзиллофарингита (бактерии, вирусы и т.д.), и различий в подходах к их рациональному лечению (антимикробная терапия — при бактериальной этиологии патологического процесса, противовирусные средства — при вирусных инфекциях) важнейшее значение в терапии заболевания имеет установление правильного диагноза и, по возможности, этиологии заболевания.

Диагноз острого тонзиллофарингита у детей, независимо от этиологии патологического процесса, основывается на следующей симптоматике: острое начало заболевания, сопровождающегося высокой лихорадкой — до 39–40 °С, с ознобом, болями в горле; локальные изменения в горле — гиперемия, отечность миндалин, язычка и глотки, фолликулярный или лакунарный выпот и рыхлые налеты на миндалинах, болезненность и увеличение в размерах более чем на 2 см шейных лимфатических узлов [8–10].

Дифференцировать этиологию — вирусную или бактериальную — острого тонзиллофарингита по клиническим признакам достаточно сложно. Лабораторное микробиологическое обследование из-за дороговизны, особенно в амбулаторных условиях, практически не проводится. В связи с этим из-за опасения развития бактериальных осложнений антибактериальные препараты в нашей стране назначают практически всем больным, обратившимся с жалобами на боли в горле. И как свидетельствуют проведенные исследования, в 71 % случаев выбор

препарата не соответствует современным международным и отечественным протоколам и рекомендациям [11, 12]. Подобная картина наблюдается и за рубежом. Так, в США антибиотики при остром тонзиллофарингите назначают 70 % взрослых и детей, но при этом в большинстве случаев выбор препарата не соответствует действующим протоколам лечения заболевания [13].

Идеальным подтверждением стрептококковой этиологии тонзиллита является положительный результат культурального исследования мазка с поверхности миндалин или со слизистой оболочки задней стенки глотки. Однако проводимые сегодня в странах СНГ многоцентровые фармакоэпидемиологические исследования свидетельствуют, что для диагностики БГСА-инфекции в амбулаторных условиях бактериологическое исследование практически не проводится. За рубежом и в некоторых коммерческих лабораториях Украины получили распространение методы экспресс-диагностики стрептококкового антигена в мазках, позволяющие получить результат в течение 15–20 мин. Однако они имеют более низкую чувствительность (60–95 %), чем культуральное исследование [11].

Для дифференциальной диагностики бактериального или вирусного тонзиллита широкое распространение получила шкала Мак-Айзека [14], позволяющая предположить наличие БГСА-тонзиллита у детей старше 3 лет (табл. 1).

Чем выше сумма баллов, тем вероятнее наличие острого тонзиллофарингита, обусловленного бактериальной стрептококковой инфекцией. Поэтому детям с оценкой более 2–3 баллов из-за достаточно высокого риска развития бактериальных осложнений рекомендовано назначение антибактериальных препаратов. На основании шкалы Мак-Айзека предложен алгоритм диагностики и лечения тонзиллита у детей (рис. 1) [15].

Таблица 1. Шкала Мак-Айзека

| Критерий | | Оценка |
|----------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Температура тела > 38 °С | | 1 |
| Отсутствие кашля | | 1 |
| Увеличение и болезненность лимфоузлов | | 1 |
| Отечность миндалин и наличие экссудата | | 1 |
| <i>Возраст, лет</i> | | |
| 3–14 | | 1 |
| 15–44 | | 0 |
| 45 и более | | -1 |
| Баллы | Риск БГСА-инфекции, % | Тактика |
| 0 | 1–2 | Нет необходимости в дальнейшем обследовании и лечении |
| 1 | 5–10 | |
| 2 | 11–17 | Бактериологическое исследование мазка, антибиотик при положительном результате |
| 3 | 28–35 | |
| ≥ 4 | 51–53 | Эмпирическое лечение (при высокой лихорадке, плохом общем состоянии и недавнем начале) и бактериологическое исследование |

Ведущим направлением в лечении острого тонзиллофарингита, вызванного БГСА, в сочетании с местными антисептическими, противовоспалительными, обезболивающими средствами и организацией режима по уходу за больным ребенком, является адекватная антибактериальная терапия. Именно противомикробная терапия купирует клинические проявления заболевания и способствует элиминации стрептококка. Кроме того, адекватная антибактериальная терапия является важнейшим методом профилактики многих осложнений острого тонзиллофарингита, в частности острой ревматической лихорадки, острого гломерулонефрита и т.д., а также предотвращает распространение стрептококка. Так, паратонзиллярный абсцесс и гнойный шейный лимфаденит в допенициллиновую эру развивались у 13 % госпитализированных больных, а в настоящее время встречаются редко. Вероятность развития ревматизма составляла в 40-х годах 2,1 %, а с появлением антибактериального лечения — 0,3 % [1].

Для лечения стрептококкового тонзиллофарингита используются пенициллины, цефалоспорины, макролиды и линкозамиды. Согласно международным и отечественным исследованиям, БГСА и сегодня сохраняет полную чувствительность к β -лактамам антибактериальным препаратам, не выделено ни одного его штамма, резистентного к данной группе антибиотиков. Поэтому именно β -лактамы — пенициллины и це-

фалоспорины — остаются единственным классом антибиотиков, к которым у БГСА не развилась устойчивость [16–18].

С учетом высокой чувствительности БГСА к β -лактамам препаратами первого ряда для лечения острого стрептококкового тонзиллофарингита, согласно как международным, так и отечественным протоколам, является группа амоксициллина, который по противострептококковой активности аналогичен ампициллину и феноксиметилпенициллину, но существенно превосходит их по своим фармакокинетическим характеристикам, отличаясь большей биодоступностью (95, 40 и 50 % соответственно) и меньшей степенью связывания с сывороточными белками (17, 22 и 80 %) [3, 19, 20].

Среди различных форм амоксициллина широкое распространение в педиатрии получил препарат, выпускаемый по оригинальной технологии в форме диспергируемых таблеток Солютаб (Флемоксин Солютаб), обладающий наиболее высокой биодоступностью (93 %) среди твердых лекарственных форм амоксициллина для приема внутрь (для сравнения: биодоступность амоксициллина в капсулах составляет 70 %). Благодаря хорошей всасываемости Флемоксина Солютаб создаются более высокие и стабильные концентрации препарата в крови, а также сокращается время нахождения препарата в кишечнике, что снижает риск развития нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного

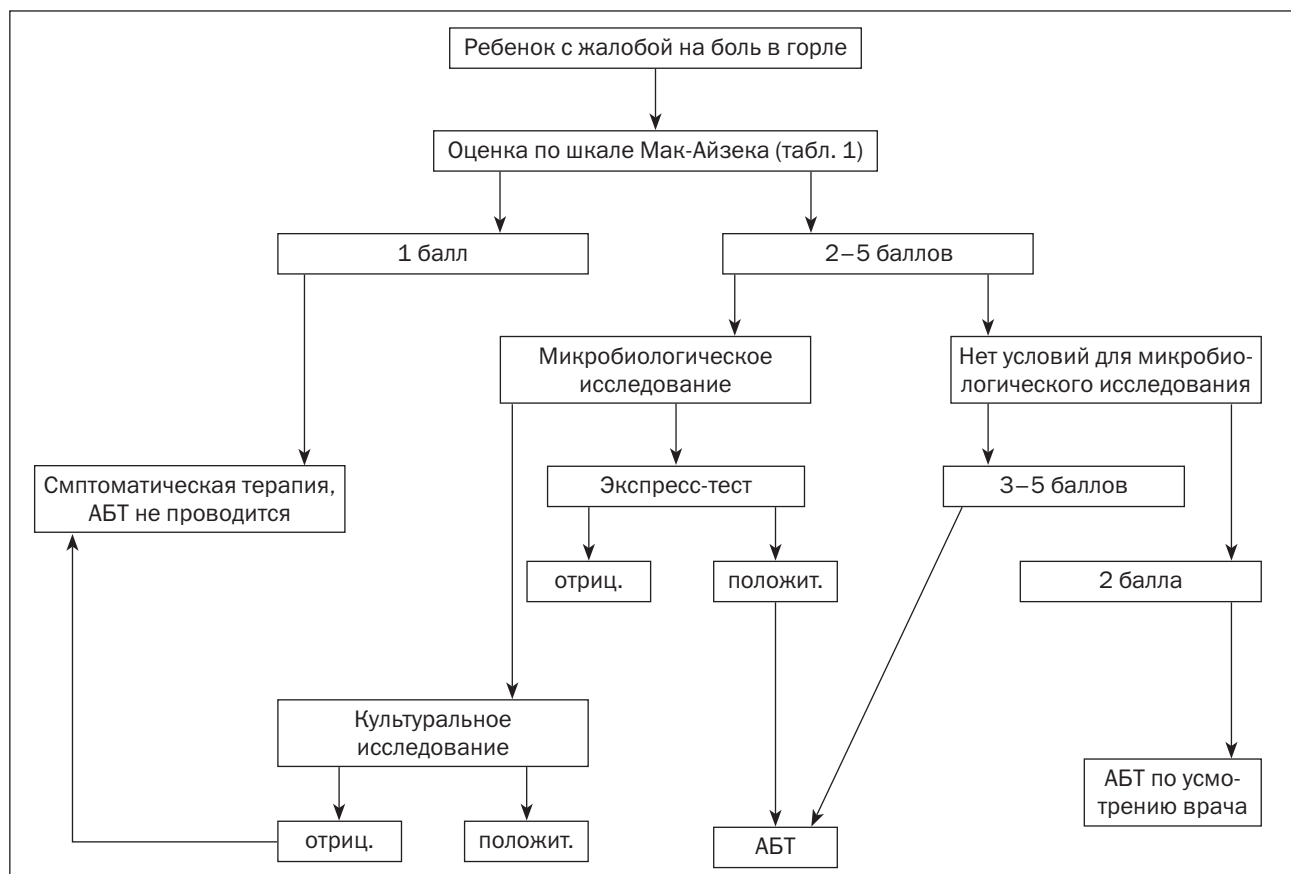


Рисунок 1. Алгоритм диагностики и лечения тонзиллита

тракта (ЖКТ). Форма Солютаб забезпечує максимальну ефективність препарату, при цьому за рахунок мінімальної залишкової концентрації амоксициліну в кишечнику (всього 7 % від прийнятої дози) значно зменшується ризик небажаних лікарських реакцій з боку ЖКТ, включаючи дисбіоз. Лікарська форма амоксициліну Флемоксин Солютаб добре проникає в тканину мигдалика.

Флемоксин Солютаб призначається в формі розчинних таблеток, переважно в середній віковій дозі — 40 мг/кг/сут в 2 прийоми. Дітям до року — 250 мг/сут (по 1 таблетці 125 мг 2 рази); до 1 року до 4 років — 375 мг/сут в 3 прийоми (по 1 таблетці 125 мг 3 рази); з 4 до 7 років — 500 мг/сут в 2 прийоми (1 таблетка 250 мг 2 рази); з 7 до 12 років — 750 мг/сут в 3 прийоми (1 таблетка 250 мг 3 рази); старші 12 років — 1000 мг/сут в 2 прийоми (по 500 мг 2 рази).

Для ерадикації БГСА необхідний десятиденний курс антибактеріальної терапії, хоча дотримуватися цієї рекомендації виявляється достатньо складно через порівняно швидке настання клінічного покращення.

Висновок необхідно зробити, що β-гемолітичний стрептокок зберігає своє значення в захворюваності дітей, зокрема, гострим тонзиллофарингітом, що вимагає від педіатра і лікаря загальної практики обережності при діагностиці патологічних процесів в глотці і виборі адекватного лікування захворювання.

Список літератури

1. Покровський В.И., Бриво Н.И., Рясніс Л.А. Стрептококки і стрептококкози. — М.: Гэотар-медіа, 2008. — 540 с.
2. Васюнін А.В., Краснова Е.И., Кретьєн С.О. Остра стрептококкова інфекція ротоглотки в педіатричній практиці — проблема і шляхи рішення // Лікувальний лікар. — 2011. — № 8.
3. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С. Острие тонзиліти в дитячому віці: діагностика і лікування // Фармація. — 2009. — № 14.
4. Кривоустов С.П. Острый тонзиллофарингіт у дітей: питання диференціальної діагностики і лікування // Здоров'я дитини. — 2010. — № 1.
5. Белов Б.С. А-стрептококковий тонзиліт: клінічне значення, питання антибактеріальної терапії // Лікувальний лікар. — 2002. — № 1–2.
6. Гаращенко Т.И. Макроліди в терапії гострого тонзиліту і його ускладнень у дітей // РМЖ. — 2001. — Т. 9, № 19. — С. 812–6.

7. Белов Б.С. Остра ревматическа лихорадка і хроніческа ревматическа хвороба серця: діагностика, лікування, профілактика // Consilium Medicum. — 2006. — Т. 1, № 4. — С. 614–8.

8. Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. et al. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: a practical guideline // Clin. Infect. Dis. 1997. — 25. — 574–83.

9. Насонова В.А., Белов Б.С., Страчунський Л.С. і др. Антибактеріальна терапія стрептококкового тонзиліту і фарингіту // Клініч. мікробіол. антимікроб. хіміотер. — 1999. — № 1. — С. 78–82.

10. Пискунов Г.З., Ангомова І.Б. Острый тонзиллофарингіт // Лікув. лікар. — 2007. — № 2. — С. 70–5.

11. Спичак Т.В. Діагностика і лікування тонзилітів у дітей з позицій доказальної медицини // Проблеми сучасної педіатрії. — 2010. — Т. 9, № 2. — С. 20–25.

12. Козлов С.Н., Страчунський Л.С., Рачина С.А. і др. Фармакотерапія гострого тонзиллофарингіту в амбулаторній практиці: результати багатоцентрового фармакоепідеміологічного дослідження // Терапевтический архів. — 2004. — № 5. — С. 45–51.

13. McIsaac W.J. et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults // JAMA. — 2004. — Vol. 291. — P. 1587–95.

14. McIsaac W.J., Goel V., To T. et al. The validity of sore throat score in family practice // CMAJ. — 2000. — 163(7). — 811–5.

15. Баранов А.А., Богомільський М.Р., Волков І.К., Генне Н.А., Козлов П.С., Козлова Л.В., Коровина Н.А., Манєров Ф.К., Мизєрницький Ю.Л., Намазова Л.С., Насонова В.А., Самсыгіна Г.А., Сергеева Т.В., Спичак Т.В., Страчунський Л.С., Таточенко В.К., Якушин С.Б. Сучасні клініческі рекомендації по антимікробній терапії. Вып. 2. Практическі рекомендації по використанню антибіотиків у дітей в амбулаторній практиці, Російська Федерація. — Смоленск: МАКМАХ, 2007.

16. Практическое руководство по антиінфекційній хіміотерапії / Под ред. Л.С. Страчунського, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — Смоленск: МАКМАХ, 2007. — 464 с.

17. Cohen R., Reinert P., De La Rocque F. et al. Comparison of two dosages of azithromycin for three days versus penicillin V for ten days in acute group A streptococcal tonsillopharyngitis // Pediatr. Infect. Dis. J. — 2002. — 21(4). — 297–303.

18. Altamimi S., Khalil A., Khalaiwi K.A. et al. Short versus standard duration antibiotic therapy for acute streptococcal pharyngitis in children // Cochrane Database Syst. Rev. — 2009. — 21(1). — CD004872.

19. Sharland M., Ken-dall H., Yeates D. et al. Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis and rheumatic fever in children: time trend analysis // BMJ. — 2006. — 331–28.

20. Schaad U.B., Kellerhals P., Altwegg M. The swiss pharyngitis study group. Azithromycin versus penicillin V for treatment of acute group A streptococcal pharyngitis // Pediatr. Infect. Dis. J. — 2002. — 21(4). — 304–8.

Получено 10.06.13 □

Юліш Є.І.¹, Чернишева О.Е.¹, Кривоустов Б.І.¹, Глинська Е.В.²

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²Інститут невідкладної та відновлювальної хірургії ім. В.К. Гусака, м. Донецьк

ГОСТРИЙ СТРЕПТОКОКОВИЙ ТОНЗИЛОФАРИНГІТ У ДІТЕЙ: ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ

Резюме. У статті наведено сучасні погляди на підходи до діагностики та раціональної терапії гострого тонзиллофарингіту в дітей.

Ключові слова: тонзиллофарингіт, діти, амоксицилін.

Yulish Ye.I.¹, Chernysheva O.Ye.¹, Krivushev B.I.¹, Glinskaya Ye.V.²

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky

²Institute of Urgent and Reconstructive Surgery named after V.K. Gusak, Donetsk, Ukraine

ACUTE STREPTOCOCCAL TONSILLOPHARYNGITIS IN CHILDREN: QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND THERAPY

Summary. The article presents the current views on approaches to diagnosis and rational therapy of acute tonsillopharyngitis in children.

Key words: tonsillopharyngitis, children, amoxicillin.