

Е.П. Карпова, д-р мед. наук, профессор, Д.А. Тулупов, канд. мед. наук
Кафедра детской оториноларингологии имени профессора Б.В. Шеврыгина
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ. ВСЕ ЛИ РЕШАЮТ АНТИБИОТИКИ?

Для цитирования: Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Терапия острого тонзиллофарингита у детей. Все ли решают антибиотики? // Практика педиатра. 2022. № 4. С. 68–71.

For citation: Karpova E.P., Tulupov D.A. Therapy of acute tonsillopharyngitis in children. Do antibiotics solve everything? // Pediatrician's Practice. 2022;(4):68–71. (In Russ.)

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). Сам термин ОТФ является объединяющим для острого воспаления небных миндалин (острый тонзиллит) и острого воспаления задней и боковой стенок глотки (острый фарингит), однако в подавляющем большинстве случаев, особенно при вирусной этиологии процесса, имеет место воспаление обеих локализаций (за исключением фарингита у пациента, перенесшего тонзиллэктомию) [1]. Острый тонзиллофарингит относится к числу наиболее распространенных внебольничных инфекций в мире [2, 3]. Данная патология также является одной из основных причин назначения системной антибактериальной терапии в амбулаторной практике [4]. При этом наиболее частыми возбудителями ОТФ являются респираторные вирусы (аденовирус, вирус Эпштейна-Барр, вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, бокавирус, метапневмовирус). Возможна роль энтеровирусов (Коксаки В). Среди бактериальных возбудителей первостепенное значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА, или *Streptococcus pyogenes*). С этим возбудителем связано от 15 до 30% случаев ОТФ в педиатрической практике [1–5]. Значительно реже причиной острой патологии ротоглотки являются другие группы β-гемолитических стрептококков, в основном групп С и G. Доля остальных бактериальных патогенов, в том числе атипичных, в этиологической структуре не превышает 1% и не учитывается при эмпирическом выборе антибактериального препарата [1–5].

Основными жалобами при ОТФ являются боль в горле, усиливающаяся при глотании, и лихорадка. При неосложненном течении, как правило, боль имеет симметричный характер. В раннем детском возрасте следует обращать внимание на такие эквиваленты боли, как отказ ребенка от еды или от проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи. По сравнению с вирусными ОТФ, для ОТФ, вызванного *Streptococcus pyogenes*, характерно увеличение подчелюстных и/или переднешейных лимфатических узлов, фебрильная лихорадка (редко БГСА-тонзиллофарингит протекает с субфебрильной или нормальной температурой тела), острая боль в горле, изменения при фарингоскопии (яркая гиперемия, «пылающий зев», наличие (в большинстве случаев) экссудата на миндалинах, отсутствие катаральных явлений) [1]. Однако только по клинической картине точно провести дифференциальную диагностику между вирусным и бактериальным ОТФ не представляется возможным [1]. Ни общая клиническая симптоматика, ни фарингоскопическая картина, ни лабораторная оценка маркеров воспаления (лейкоцитоз и лейкоцитарная формула, концентрация С-реактивного белка и прокальцитонина) не могут служить дифференциально-диагностическими критериями при данной патологии [1, 3]. В связи с этим подтверждение БГСА-этиологии заболевания с помощью бактериологического исследования и/или экспресс-тестирования материала с небных миндалин и задней стенки глотки в настоящее время считается «золотым стандартом» диагностики острого бактериального тонзиллофарингита [1–5].

Одним из основных симптомов, который беспокоит пациентов как с вирусным, так и со стрептококковым ОТФ, является боль в горле. Несмотря на то что чаще всего болевые ощущения в горле являются проявлением острого инфекционного процесса в глотке, существует множество других причин, обуславливающих жалобу пациентов на боль или дискомфорт в горле [6, 7].

Купирование боли в горле осуществляется путем устранения фактора, вызывающего проблему (если это возможно) и проведением симптоматической терапии. Высокая частота встречаемости пациентов с жалобами на боль в горле обусловила возникновение большого количества медикаментозных средств для симптоматической терапии. Однако с позиции доказательной медицины лишь небольшое количество лекарственных препаратов имеет убедительные доказательства своей эффективности в симптоматической терапии боли в горле [7].

Системная антибактериальная терапия в первую очередь расценивается как этиотропная терапия ОТФ стрептококковой этиологии, необходимая для минимизации рисков развития острой ревматической лихорадки и других осложнений (постстрептококковый гломерулонефрит, постстрептококковый артрит, синдром стрептококкового токсического шока, синдром PANDAS) [1–5]. Проведение правильной системной антибиотикотерапии при стрептококковом ОТФ приводит к купированию боли и остальных симптомов заболевания в течение первых двух суток от начала терапии [4, 5, 7]. Необходимость системной антибактериальной терапии при иной бактериальной этиологии ОТФ определяется индивидуально в каждом конкретном случае, исходя из особенности клинического течения заболевания [5]. При ОТФ вирусной этиологии антибактериальные препараты системного действия не рекомендованы. Системная антибактериальная терапия не эффективна в отношении вирусных тонзиллофарингитов и не предотвращает бактериальную суперинфекцию [1]. В лечении стрептококкового ОТФ у детей препаратом выбора является амоксициллин в расчетной дозе 45–60 мг/кг/сут., разделенной на три приема курсом 10 дней. При наличии в анамнезе у ребенка данных о легких формах непереносимости аминопенициллинов, препаратами второй линии в терапии являются цефалоспорины II и III поколения в формах для приема внутрь. Согласно опубликованным и утвержденным на начало 2021 года российским согласительным документам, в терапии острого тонзиллита цефалоспорины II и III поколения в формах для приема внутрь целесообразно использовать,

если есть сложности дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом [1–5].

Растворы антисептиков традиционно в России являются одними из самых часто назначаемых препаратов в лечении ОТФ. По данным отечественной литературы, орошение глотки раствором антисептиков у пациентов с ОРВИ сокращает продолжительность заболевания, уменьшает выраженность и ускоряет разрешение болевого синдрома в горле. Национальными клиническими рекомендациями по лечению ОТФ рекомендовано применение местных антисептиков: цетилпиридиния хлорид, гексэтидин, амилметакрезол+дихлорбензиловый спирт, хлоргексидин, препараты йода, бензилдиметил [3-(миристоиламино)-пропил] аммоний хлорид моногидрат, биклотимол, сульфаниламиды и другие [1]. Однако в зарубежных практических рекомендациях по ведению пациентов с болью в горле применение антисептических растворов не значителен ни в качестве терапии первой линии выбора, ни как резервные препараты [2]. Есть лишь единичные данные экспериментальных исследований о анальгетическом эффекте гексилрезорцинола и комбинированных препаратов антисептиков (амилметакрезол / спиртового раствора 2,4-дихлорбензоила) и лидокаина [7]. Следует помнить, что местные антимикробные препараты не могут заменить назначения антибактериальных препаратов системного действия при ОТФ стрептококковой этиологии [1].

Последние годы в терапии воспалительной патологии глотки активно применяют препараты рекомбинантного лизоцима. Помимо обволакивающего и легкого обезболивающего эффекта, доказан иммуномодулирующий механизм действия лизоцима, заключающийся в нормализации функций нейтрофилов и макрофагов, клеточных и ряда гуморальных факторов иммунитета. Особый интерес представляют данные о его регулирующем эффекте в отношении микрофлоры различных биотопов. Чаще всего данные препараты идут в комбинации с пиридоксином, который является коэнзимом и не изменяет фармакологические свойства лизоцима. Пиридоксин оказывает защитное действие на слизистую оболочку рта и ротоглотки, а также поддерживает целостность эндотелия, положительно влияет на иммунитет [7, 8].

Из препаратов местных анестетиков для купирования болевого симптома в глотке наибольшее распространение получили препараты на основе лидокаина или бензокаина в комбинациях с различными антисептиками в формах таблеток для рассасывания и спреев для горла. К минусам применения местных анестетиков можно отнести не-

большую продолжительность действия (обычно не более 2 часов), раздражающий эффект у концентрированных растворов и вероятные аллергические реакции [7].

В России зарегистрировано несколько торговых наименований слабогипертонических растворов стерильной морской воды в форме спрея для горла. Данные препараты за счет содержания микроэлементов морской воды обладают слабым противовоспалительным и местным обезболивающим эффектом. Это было подтверждено рядом отечественных клинических исследований [7].

Современные стандартизированные комплексные фитопрепараты давно являются очень популярными средствами лечения воспалительной патологии глотки как среди пациентов при самолечении, так и среди врачей амбулаторной практики. Наиболее изучено действие стандартизированного фитопрепарата, известного под шифром BNO1030. Фармакологические эффекты BNO1030 определяются входящими в его состав компонентами: алтея корни, ромашки цветки, хвоща трава, грецкого ореха листья, тысячелистника трава, дуба кора, одуванчика лекарственного трава. Установлено, что активные вещества указанных лекарственных растений повышают активность неспецифических факторов иммунной системы (ромашка, алтей и хвощ), оказывают противовоспалительное действие (ромашка, алтей, тысячелистник, кора дуба). В экспериментальных исследованиях было показано, что компоненты BNO1030 увеличивают долю активных фагоцитарных клеток, количество лимфоцитов CD56 (натуральных киллеров), индуцируют антителозависимую клеточную цитотоксичность, усиливают высвобождение интерферонов- α и - γ . Была подтверждена цитолитическая активность BNO1030, установлено, что прием препарата значительно увеличивает количество клеток, продуцирующих антигенспецифические антитела, оказывает стимулирующее влияние на гуморальное и клеточное звенья иммунитета, противовоспалительное действие, которое обусловлено подавлением выработки интерлейкина-8 и β -дефензина-2 в эпителиальных клетках дыхательной системы. Кроме того, установлено, что препарат обладает прямой противовирусной активностью [7, 9]. В нескольких крупных рандомизированных клинических исследованиях было установлено, что применение стандартизированного фитопрепарата BNO1030 в качестве монотерапии в лечении вирусного ОТФ или в комбинации с системными антибиотиками при ОТФ, вызванном *Streptococcus pyogenes*, достоверно ускоряет разрешение заболевания и имеет профилактиче-


ский эффект в отношении потенциальных эпизодов ОРВИ на период реконвалесценции [9].

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются одним из главных способов симптоматического лечения боли. К сожалению, все препараты группы НПВС при приеме внутрь или парентеральном введении обладают широким спектром побочных эффектов, из которых в педиатрической практике чаще всего встречаются аллергические реакции, различные расстройства со стороны ЖКТ (диспептические расстройства, эрозии и язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке), гематотоксичность (апластическая анемия и агранулоцитоз), гепатотоксичность (изменения активности трансаминаз и других ферментов, в тяжелых случаях – желтуха и токсический гепатит). Известно, что существует зависимость характера побочных эффектов от селективности НПВС. Вероятность развития побочных эффектов со стороны ЖКТ увеличивается при использовании ингибиторов ЦОГ1. С другой стороны, увеличение селективности препарата к ЦОГ2 характеризуется увеличением риска осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Применение неселективных ингибиторов ЦОГ1 и ЦОГ2 позволяет «сбалансировать» риски и снизить вероятность развития нежелательных явлений. Учитывая широкий спектр побочных эффектов у системных форм НПВС, в педиатрической практике разрешено к широкому применению лишь небольшое количество препаратов. Однако даже НПВС, разрешенные к применению у детей, не лишены риска развития вышеперечисленных побочных эффектов. Поэтому использование системных форм НПВС актуально лишь при очень сильном болевом синдроме, предпочтительнее разовый прием препарата. При умеренно выраженной боли в горле целесообразно выбирать топические препараты, содержащие НПВС, которые хоть и уступают по силе обезболивающего эффекта системным формам НПВС, но значительно их превосходят по профилю безопасности. На сегодняшний день в России представлено лишь небольшое число лекарственных форм топических НПВС для лечения патологии глотки. Большой проблемой для педиатрической практики являются существующие возрастные ограничения у данной группы препаратов. Так, только препарат бензидамина гидрохлорида в виде спрея и таблеток для рассасывания разрешен к применению у детей с 3 лет. С 12 лет разрешен к применению раствор для полоскания кетопрофена лизиновой соли, таблетки для рассасывания флурбипрофена и раствор для полоскания бензидамина гидрохлорида. Данные сравнительных исследований растворов

для полоскания бензидамина гидрохлорида и кетопрофена лизиновой соли по выраженности и продолжительности анальгетического эффекта отдают определенное преимущество препарату кетопрофена. На сегодняшний день в центральной печати не опубликовано данных сравнительных исследований о каких-либо преимуществах топических форм флурбипрофена над препаратами бензидамина гидрохлорида и кетопрофена лизиновой соли [7].

Таким образом, к ключевым тезисам по проблеме ОТФ у детей можно отнести:

- ОТФ у детей – это частое проявление респираторной патологии преимущественно вирусной этиологии, однако на долю бактериальных тонзиллитов приходится не менее 15–20% случаев.
- Стрептококковая природа заболевания не может быть установлена только на основе анализа симптомов заболевания, при подозрении на стрептококковый ОТФ обязательным компонентом диагностики является культуральное микробиологическое исследование или методы экспресс-диагностики на основе иммунохроматографии.
- Системная антибактериальная терапия является обязательным компонентом лечения только ОТФ, вызванного *Streptococcus pyogenes*, и она не должна проводиться при вирусной этиологии заболевания.
- Препаратом первого выбора в лечении стрептококкового ОТФ является амоксициллин, второго выбора – пероральные формы цефалоспоринов II и III поколения, макролиды должны использоваться только у пациентов при наличии непереносимости всей группы бета-лактамовых антибиотиков.
- Продолжительность антибактериальной терапии амоксициллином должна составлять 10 дней для минимизации рисков системных осложнений.
- Топические антибактериальные препараты не являются полноценной заменой системной антибактериальной терапии стрептококкового ОТФ, так как не снижают риска развития осложнений.
- В качестве средств симптоматического лечения для купирования сильной боли в горле и фебрильной лихорадки пациентам с ОТФ любой этиологии показано разовое использование НПВС в формах и дозах, разрешенных в педиатрической практике.

- При умеренной выраженности боли в горле в качестве симптоматического лечения целесообразно использовать топические препараты на основе НПВС, лизоцима или комбинированные препараты анестетиков с антисептиками.
- С целью ускорения разрешения эпизода ОТФ целесообразно рассмотреть вопрос о назначении современных комплексных стандартизированных фитопрепаратов (при лечении стрептококкового ОТФ обязательно в комбинации с системным антибактериальным препаратом). 

Литература

1. Карнеева О.В., Гуров А.В., Поляков Д.П., Тулупов Д.А. и соавт. Острый средний отит. Клинические рекомендации. 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/314_2
2. Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W., Gerber M.A. et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012. Vol. 55, № 10. P. 1279–1282.
3. Поляков Д.П. Принципы антибактериальной терапии стрептококкового тонзиллофарингита // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 13 (2). С. 83–88.
4. Козлов С.Н., Страчунский Л.С., Рачина С.А. Фармакотерапия острого тонзиллита в амбулаторной практике: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования // Терапевтический архив. 2004. № 76 (5). С. 45–51.
5. Яковлев С.В., Рафальский В.В., Сидоренко С.В., Спичак Т.В. и соавт. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике Евразийские клинические рекомендации. 2016 год // Справочник поликлинического врача. 2017. № 01. С. 6–53.
6. Никифорова Г.Н., Свиштушкин В.М. Боль в горле: Особенности проявлений, диагностики и лечения // Медицинский совет. 2013. № 3 (1). С. 29–33.
7. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Оборкин В.Ю. Симптом боли в горле в педиатрической практике: учебное пособие. М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2019. 50 с.
8. Карпова Е.П., Ардатская М.Д., Оборкин В.Ю. и соавт. Биоценозосберегающая терапия острых воспалительных заболеваний ротоглотки у детей // Медицинский совет. 2017. № 19. С. 168–173.
9. Дронов И.А., Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Великоречкая М.Д. Применение растительного лекарственного препарата комплексного действия в лечении рецидивирующего тонзиллофарингита у детей // Вопросы практической педиатрии. 2020. № 15 (4). С. 16–24.