



В.І. Попович

д. мед. н., професор, голова експертної групи МОЗ України за напрямом «Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія», завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського національного медичного університету

Гострий тонзиліт: стратегія раціональної антибіотикотерапії з тактикою відкладеного призначення



В.І. Попович

Преамбула

Відомо, що ГТ може розвинути в будь-якому віці, проте пік виникнення цього захворювання припадає на шкільний період.

Постійне, так зване фізіологічне, запалення є нормою для мигдаликів, які таким чином здійснюють свою основну функцію — формування місцевої та системної імунної відповіді організму. Розмір (об'єм) мигдалика не має значення; ця ознака важлива для пацієнта в разі утрудненні дихання (СОСА) і/або ковтання.

Поняття «тонзиліт» (у сенсі діагнозу) потрібно розуміти як запалення мигдаликів понад їхньої фізіологічної норми, тобто з додатково виникаючою клінічною симптоматикою.

Згідно з визначенням клінічної настанови «Тонзиліт» (J03.0–J03.9) у більшості випадків (70-85%) ГТ викликаний респіраторними вірусами. Щодо розвитку бактеріального ГТ (15-30% випадків), ключову роль у цьому процесі відіграє β-гемолітичний стрептокок групи А (БГСА), або *Streptococcus pyogenes*, який спричиняє 15-30% випадків цього захворювання в дитячому і 5-10% — у дорослому віці.

У процесі прийняття клінічних рішень щодо тактики АБТ доцільно вважати за концептуальну основу формування запальних процесів лімфоїдного глоткового кільця такі положення:

- ГТ — це запалення одного з основних органів периферичної імунної системи;
- запалення і бактеріальна інфекція не є тотожними поняттями.

ГТ — це запалення одного з основних органів периферичної імунної системи; запалення і бактеріальна інфекція не є тотожними поняттями.

Діагностичні критерії бактеріального ГТ із позицій доказової медицини

Згідно з чинною клінічною настановою «Тонзиліт», затвердженою наказом МОЗ України № 1422

від 29.12.2016 (у редакції наказу МОЗ України № 302 від 21.03.2017) для встановлення діагнозу ГТ основне значення має наявність відповідних симптомів. При цьому специфічними для тонзиліту ознаками є відчуття болю в «горлі», гіперемія, набряк мигдаликів, можлива наявність на них нашарувань (ексудату). Щодо проявів реактивного лімфаденіту, потрібно пам'ятати, що для піднебінних мигдаликів регіонарними є защелепні лімфовузли.

Необхідно зауважити, що нашарування не є патогномонічним симптомом ГТ, тим більше бактеріального. Такі ознаки, як гарячка, слабкість, нездужання, біль у суглобах та в попереку, теж мають менше діагностичне значення, хоча й супроводжують тонзиліт (табл. 1).

Нозологічна одиниця	Визначення	Симптоми/Ознаки	
		Специфічні	Неспецифічні
ГТ	Раптова поява типових симптомів	<ul style="list-style-type: none"> • Біль у «горлі». • Гіперемія, набряк мигдаликів (можливо, із нашаруваннями). • Регіонарний лімфаденіт 	<ul style="list-style-type: none"> • Гарячка. • Слабкість, нездужання. • Біль у суглобах та в попереку

Щодо етіологічної верифікації ГТ, точне визначення діагнозу можливе лише з урахуванням даних анамнезу, клінічних симптомів і результатів лабораторних обстежень. У таких випадках для диференціації бактеріального ГТ потрібно провести оцінювання за діагностичною шкалою Centor/McIsaac (табл. 2).

Стратифікація осіб із «болем у горлі без гострої задишки» за діагностичною шкалою Centor/McIsaac

проводиться з метою визначення пацієнтів, яким АБТ не показана. Алгоритм обстеження хворих на ГТ представлений на рисунку 1.

Симптом	Бали
Температура тіла (в анамнезі) >38 °С	1
Відсутність кашлю	1
Набряк регіонарних лімфовузлів (защелепних!)	1
Набряк або наліт на мигдаликах	1
Вік: 3-14 років	1
15-44 роки	0
>45 років	-1



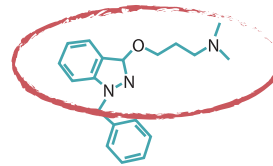
Рис. 1. Алгоритм обстеження хворих на ГТ

Основні принципи терапії ГТ

Симптоматичне лікування ГТ проводиться відповідно до чинних клінічних рекомендацій;

основний акцент скеровано на знеболення (місцеве та системне). Недооцінка раннього знеболення веде до стійкості больової реакції та тривалого дискомфорту для пацієнта.

Виражену протибольову дію має бензидаміну гідрохлорид (Simard-Savoie S et al, 1978).



Молекула бензидаміну гідрохлориду (за структурою подібна до молекул місцевих анестетиків, зокрема тетракаїну)

У клінічній практиці використовується оригінальний препарат бензидаміну гідрохлориду — Тантум Верде.

Препарат забезпечує комплексну протизапальну і протибольову дію, а показаннями до застосування є симптоматичне лікування запальних захворювань ротоглотки і порожнини рота (Porovich V. et al, 2018).

Противірусні препарати в лікуванні ГТ не застосовують, за винятком випадків тяжкого перебігу грипу.

Умови призначення АБ при бактеріальному тонзиліті

Загалом стратегію АБТ при запальних захворюваннях верхніх дихальних шляхів та ЛОР-органів визначено уніфікованим клінічним протоколом «Гострі респіраторні інфекції», затвердженим наказом МОЗ України № 499 від 16.07.2014 (у редакції наказу МОЗ України № 85 від 11.02.2016). У рутинній практиці важливо пам'ятати, що актуальність клінічних проявів ГТ зумовлена насамперед наявністю болю в горлі, який значуще знижує якість життя пацієнтів. Цей біль і є найчастішою причиною необґрунтованого призначення АБ. Разом із тим встановлено, що АБ на біль не впливають; навіть після 3-7 днів АБТ постійний біль спостерігається у 30% пацієнтів.

Рекомендація щодо місцевого призначення АБ також є сумнівною через те, що вони не потрапляють із порожнини рота чи глотки в лакуни мигдаликів. Не застосовують АБ і для запобігання бактеріальним інфекціям.

Стратегія АБТ при бактеріальному тонзиліті базується на сумарній оцінці балів за шкалою Centor/McIsaac (табл. 3).

Навіть при оцінці згідно зі шкалою Mclsaac від 4 до 5 балів вірогідність БГСГА етіології тонзиліту

не перевищує 50%, тому сучасні настанови рекомендують його верифікацію за допомогою бактеріоскопічного дослідження або експрес-тесту. Тільки наявність верифікації стрептокока потребує негайного призначення АБТ. У разі відсутності верифікованого БГСГА-тонзиліту рекомендована відкладена АБТ.

Шкала McIsaac (модифікована шкала Centor), сума балів	Ймовірність виявлення БГСГА в мазку із зіву, %
-1 або 0	1
1	10
2	17
3	35
4-5	50

Натомість нераціональне призначення АБТ запускає цілу низку несприятливих процесів, які в підсумку призводять до селекції антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів.

Покази для невідкладного призначення АБ

Підставою для невідкладного її призначення є адекватний клінічний діагноз гострого стрептокового тонзиліту (J03.0), який включає комплексну оцінку стану пацієнта згідно зі шкалою McIsaac від 3 до 5 балів і верифікацію БГСГА як етіологічного чинника тонзиліту. Отже, показом для невідкладного призначення АБ є адекватний клінічний діагноз, верифікований згідно з принципами ДМ і відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ 10).

Перевага відкладеного призначення АБ

Функціональний (фізіологічний) підхід вважається найсучаснішою технологією лікування ГТ. У парадигмі цього підходу перевага відкладеного призначення АБ у порівнянні зі стратегією відмови від їх застосування полягає в наступному:

- призначення АБП передбачено в основному для пацієнтів групи ризику, в яких можуть розвинутися ускладнення;
- пацієнти, які очікують можливого призначення АБП, можуть виявитися більш схильними погодитися з таким курсом лікування, аніж з повною відмовою від їх застосування.

Такий підхід робить відкладену АБТ важливою

стратегією лікування тонзиліту і дає змогу скоротити кількість недоречних призначень антибактеріальних лікарських засобів та селекцію резистентних штамів мікроорганізмів.

Основні принципи вибору антибактеріальних засобів та оцінка ефективності АБТ

Згідно з клінічною настановою «Тонзиліт» вибір АБ залежить від клінічної ситуації та епідеміологічних даних. Препаратами першої лінії АБТ при тонзилітах залишаються амінопеніциліни (амоксцилін) та інгібітор-захищені амінопеніциліни (амоксцилін/клавуланат). За неможливості призначення препаратів цих груп як альтернативу призначають АБ цефалоспоринового ряду 3-го покоління. Щодо макролідів, їх застосування при ГТ та загалом в амбулаторній практиці останніми роками зазнає обмежень через значний ріст мікробної резистентності до цієї групи АБП унаслідок нераціонального їх використання в більшості країн світу, у тому числі в Україні. Але головним запереченням використання макролідів є той факт, що вони не забезпечують ерадикації БГСГА і не запобігають гострій ревматичній лихоманці, тому їх не варто використовувати для терапії навіть тих ГТ, які зумовлені *in vitro*-чутливими до цієї групи АБ штамми бактерій.

Оцінка ефективності АБТ і необхідність корекції лікування здійснюються за певним алгоритмом (рис. 2).

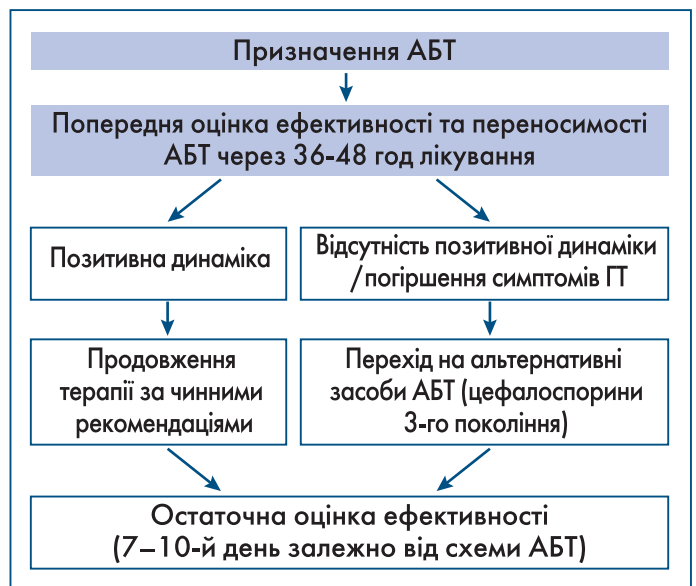


Рис. 2. Клінічна оцінка ефективності АБТ при бактеріальному тонзиліті

За відсутності в пацієнта ефекту на тлі адекватної АБТ та/або погіршення стану хворого треба госпіталізувати або переглянути діагноз щодо ймовірності вторинного характеру бактеріального тонзиліту.

Друкується в скороченому вигляді.

ТАНТУМ ВЕРДЕ®

ШВИДКЕ ПОЗБАВЛЕННЯ
ВІД БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ
В ПОРОЖНИНІ РОТА
ТА ГОРЛА¹



2

НЕВІД'ЄМНИЙ КОМПОНЕНТ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ В ГОРЛІ У 60-ТИ КРАЇНАХ СВІТУ!³

Грудень 2019



РП UA/3920/02/01



РП UA/3920/03/01



РП UA/3920/01/01

МІСЦЕВОАНЕСТЕЗУЮЧИЙ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ЕФЕКТ¹

- Якнайшвидше усунення болю та запалення⁴
- Запобігання розповсюдженню запалення⁵
- Попередження розвитку ускладнень⁶

Скорочена характеристика лікарського засобу Тантум Верде®.

Склад: 100 мл розчину для ротової порожнини містить 0,15 г бензидаміну гідрохлориду; 100 мл спрею для ротової порожнини містить 0,15 г бензидаміну гідрохлориду; 1 льодяник містить 3 мг бензидаміну гідрохлориду.

Бензидамін є нестероїдним протизапальним препаратом (НПЗП) зі знеболювальними та протиекзудативними властивостями. При місцевому застосуванні досягається накопичення ефективної концентрації бензидаміну в запалених тканинах завдяки його здатності проникати крізь слизову оболонку. Застосовується для симптоматичного лікування подразнень та запалень ротоглотки; болю, зумовленого гінгівітом, стоматитом, фарингітом; у стоматології після екстракції зуба або з профілактичною метою. Протипоказання: підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату. Не було повідомлень щодо передозування бензидаміном при місцевому застосуванні. Повний перелік можливих побічних ефектів та дози вказані в інструкції для медичного застосування препарату.

Інформація про лікарський засіб. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я для застосування в професійній діяльності.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Тантум Верде®, розчин для ротової порожнини, РП № UA/3920/01/01, затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 636 від 01.10.2015.

2. <https://www.favor.com.ua/vote/products/throat-diseases/?results=2018A>

3. <http://www.angelinipharma.com/wps/wcm/connect/com/home/Angelini+Pharma+in+the+world/>

4. Gananca M. et al. Comparative study between benzydamine hydrochloride and hexamidine together with tetracaine hydrochloride in the topical treatment of tonsillitis. Rev. Bras. Med. 1988; 45: 66-8

5. Griswold DE, et al. "Differentiation in vivo of classical non-steroidal anti-inflammatory drugs from cytokine suppressive anti-inflammatory drugs and other pharmacological classes using mouse tumour necrosis factor alpha production". Drugs Exp Clin Res. 1993; 19(6): 243-8.

6. Kazdan N. "Benzzydamine HCL oral rinse and gargle in the treatment of acute pharyngitis". Inter Canada Pharmaceuticals, Ltd., Montreal, Canada, 1977.

Diledo
F A R M A

04119, м. Київ, вул. Ю. Ілленка, 83-Д, оф. 404.
тел.: (044) 538-0126, факс: (044) 538-0127

ANGELINI