

Современное решение в лечении острого тонзиллофарингита

Профессор С.А. Карпищенко, к.м.н. О.М. Колесникова

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Клинические рекомендации для врачей по лечению острого тонзиллофарингита (ОТФ) фокусируются на выявлении β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) и ограничении проведения системной антибактериальной терапии без наличия достаточных показаний. В статье приведен ряд клинических наблюдений ОТФ с нетипичной клинической картиной, в которых только проведение дополнительных методов обследования привело к правильной диагностике, выбору тактики лечения и быстрому выздоровлению пациентов с предотвращением развития осложнений. В первом клиническом наблюдении, несмотря на отрицательный экспресс-тест на БГСА и соответствие клинической картины всего трем баллам по шкале МакАйзека, только системная антибактериальная терапия привела к быстрому выздоровлению пациентки. Во втором наблюдении отмечалась стертая клиническая картина стрептококкового ОТФ. Отсутствие верификации возбудителя привело к развитию поздних постстрептококковых осложнений. Также представлено клиническое наблюдение вирусного ОТФ с яркой клинической симптоматикой, при которой, согласно клиническим рекомендациям, требовалось назначение системной антибактериальной терапии. Таким образом, стандартизировать подходы к лечению ОТФ очень сложно. Необходимы новые разработки мультипатогенных экспресс-тестов, которые смогут обеспечить улучшенную диагностику и пользу от антибактериальной терапии. Необходимо также уточнение существующих рекомендаций в отношении лечения ОТФ различной этиологии.

Ключевые слова: острый тонзиллофарингит, местная терапия, клинические рекомендации, β-гемолитический стрептококк группы А, бензилдиметил-миристоламино-пропиламмоний, аэрозоль.

Для цитирования: Карпищенко С.А., Колесникова О.М. Современное решение в лечении острого тонзиллофарингита. РМЖ. 2023;1:46–50.

ABSTRACT

Modern solution in the treatment of acute tonsillopharyngitis
S.A. Karpischenko, O.M. Kolesnikova

Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, St. Petersburg

Clinical recommendations for doctors concerning the treatment of acute tonsillopharyngitis (ATP) are focused on the detection of group A β-hemolytic streptococcus (GABHS) and the restriction of systemic antibacterial therapy without indications. The article presents a number of clinical cases of ATP with an atypical clinical picture, in which only the implementation of extra examination methods led to the correct diagnosis, treatment tactics and rapid recovery of patients with the prevention of complications. In the first clinical case, despite the negative rapid test for GABHS and the compliance of the clinical picture with only 3 points according to the McIsaac score, only systemic antibacterial therapy led to a rapid recovery of the patient. In the second case, there was a subclinical picture of streptococcal ATP. The lack of pathogen verification led to the development of late post-streptococcal complications. A clinical case of viral ATP with vivid clinical symptoms was also presented, in which systemic antibacterial therapy was required according to clinical recommendations. Thus, it is very difficult to standardize treatment methods of ATP. Future developments of multi-pathogen rapid tests are needed, which can provide improved diagnostics and benefit from antibacterial therapy. Moreover, there is a need in further research and clarification elaboration of existing recommendations regarding antimicrobial therapy of ATP of various etiologies.

Keywords: acute tonsillopharyngitis, topical therapy, clinical recommendations, group A beta-hemolytic streptococcus, benzyldimethyl-mristoylamino-propylammonium, aerosol.

For citation: Karpischenko S.A., Kolesnikova O.M. Modern solution in the treatment of acute tonsillopharyngitis. RMJ. 2023;1:46–50.

ВВЕДЕНИЕ

Острая боль в горле является частой причиной обращения к врачам различных специальностей: терапевтам, педиатрам и оториноларингологам. Как правило, острая боль в горле является проявлением острого тонзиллофарингита (ОТФ) и может пройти самостоятельно через несколько дней. Вирусная этиология превалирует среди причин ОТФ: по данным литературы, до 70% случаев ОТФ имеют вирусную этиологию [1, 2].

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ОТФ

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ (2021) по лечению ОТФ фокусируются на выявлении β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) и ограничении проведения системной антибактериальной терапии без показаний. Рекомендации основаны на оценке клинической картины заболевания по критериям Центора (в баллах) (табл. 1) и выборе тактики ведения пациента по шкале МакАйзека (табл. 2) в зависимости

Таблица 1. Балльная оценка симптомов пациента с болью в горле

Симптомы ОТФ		Оценка, баллы
Температура тела >38 °С		1
Отечность и гиперемия миндалин, налеты на задней стенке глотки и миндалинах		1
Отсутствие катаральных явлений и кашля		1
Переднешейный и/или подчелюстной лимфаденит (увеличенные и болезненные лимфатические узлы)		1
Возраст	5-14 лет	1
	15-44 года	0
	≥45 лет	-1

Таблица 2. Шкала МакАйзека [3]

Оценка, баллы	Вероятность наличия стрептококковой инфекции, %		Предлагаемая тактика ведения пациента
	Пациенты ≥15 лет	Пациенты 3-14 лет	
0	7	8	Отсутствие показаний к бактериологическому исследованию и/или назначению антибиотиков
1	12	14	
2	21	23	Назначение антибиотиков по результатам экспресс-теста и/или бактериологического исследования
3	38	37	
≥4	57	55	Назначение антибиотиков на основании клинической картины

от этой оценки, а также на результатах экспресс-тестов на БГСА у пациентов с ОТФ и обоснованного назначения антибиотика¹.

Таким образом, если у пациента с острой болью в горле по клинической шкале симптомов набирается 1 балл, то пациент не нуждается в проведении бактериологического исследования, так как риск развития стрептококкового ОТФ составляет 12%. Казалось бы, всего 12%, но это целых 12% риска осложнений после перенесенного невыявленного стрептококкового ОТФ. Если у пациента с ОТФ по шкале МакАйзека набирается ≥3 баллов (температура тела >38 °С, реакция лимфатических узлов шеи и другие симптомы), но у него в посевах из глотки не высевается БГСА, можно сделать вывод, что он не нуждается в системной антибактериальной терапии. Конечно, стандартизировать подходы к лечению различных нозологий необходимо, но обязательно должны быть возможности для маневров в рамках клинического мышления врача, так как невозможно описать и учесть в клинических рекомендациях все



Рис. 1. Фарингоскопическая картина у пациентки В. до лечения

соматические отклонения, особенности течения заболевания и быта пациента. Особенно учитывая, что в 2022 г. вступили в силу юридические нормы об оказании медпомощи на основе клинических рекомендаций. Переход будет поэтапным, до 1 января 2024 г.² Сроки введения клинических рекомендаций в практику зависят от срока их размещения на официальном сайте Минздрава.

Несколько приведенных нами клинических наблюдений показывают нетипичное течение ОТФ. Своевременно назначенное обследование и лечение привели к выздоровлению пациентов.

СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Клиническое наблюдение 1

Пациентка В., 35 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль в горле, повышение температуры до 37,8 °С на второй день от начала заболевания. Кашель и явления назофарингита отсутствовали. Отмечались увеличенные подчелюстные лимфатические узлы, при фарингоскопии определялись признаки воспаления, налеты на небных миндалинах, не выходящие за пределы небных дужек (рис. 1). Сопутствующая патология у пациентки отсутствовала. Согласно критериям Центора и шкале МакАйзека симптоматическая картина соответствовала трем баллам, что требовало выполнения экспресс-теста на наличие БГСА. Результат теста отрицательный. Был поставлен диагноз ОТФ, назначен клинический анализ крови и симптоматическая терапия в виде применения аэрозоля МИТРАСЕПТИН®-ПРО (международное непатентованное наименование: бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний) по 4 орошения задней стенки глотки 4 р/сут.

Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний (БМП) — это антисептическое средство, которое оказывает выраженное бактерицидное (гидрофобное взаимодействие с мембранами микроорганизмов приводит к их разрушению), противогрибковое и противовирусное действие. Активен в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных, спорообразующих и аспорогенных бактерий в виде монокультуры

¹ Клинические рекомендации. Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит). 2021. [Clinical guidelines. Acute tonsillitis and pharyngitis (Acute tonsillopharyngitis). 2021 (in Russ.)].

² Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (Электронный ресурс.) URL: <https://base.garant.ru/403084864/> (дата обращения: 17.01.2023).

и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам, активизирует регенерацию тканей³. Поэтому данное средство целесообразно назначать при ОТФ с первого дня заболевания, так как в большинстве случаев верификация возбудителя при первичном обращении к врачу не проводится. При этом местное лечение глотки приведет к эрадикации большинства известных возбудителей ОТФ уже в первые дни лечения, что может предотвратить развитие осложнений и ускорить выздоровление.

Согласно клиническим рекомендациям пациентка В. на момент осмотра не нуждалась в немедленной системной антибактериальной терапии. На следующий день пациентка отметила значимое ослабление болей в горле на фоне проводимой симптоматической терапии, однако сохранялись подъем температуры тела до 37,9 °С, слабость, появилась боль в суставах.

В клиническом анализе крови уровень лейкоцитов не превышал референсных значений, лейкоцитарная формула без отклонений. С учетом сохраняющейся слабости, температуры тела до 37,9 °С, появления болей в суставах у пациентки был взят бактериологический посев с поверхности небных миндалин и назначен антибактериальный препарат из группы цефалоспоринов на 7 дней. Пациентка отметила значимое улучшение самочувствия уже через 12 ч от начала приема антибиотика, что косвенно указывает на бактериальную этиологию ОТФ. Уже на 3-и сутки приема антибиотика чувствовала себя здоровой. В посевах был обнаружен *Streptococcus viridans*, единичный рост, который обычно не требует системной антибактериальной терапии, но при интерпретации анализа важно понимать, что исследование проводилось после применения эффективного антисептического средства МИТРАСЕПТИН®-ПРО.

Данное клиническое наблюдение показывает, что, несмотря на отрицательный экспресс-тест на БГСА и соответствие клинической картины всего трем баллам по критериям Центора, системная антибактериальная терапия привела к быстрому выздоровлению пациентки и предотвращению осложнений.

Клиническое наблюдение 2

Пациентка Т., 29 лет, обратилась с жалобами на подъем температуры тела до 38 °С и боль в горле. На момент осмотра беспокоили только сильная боль в горле и слабость. Температура тела была нормальной, шейные лимфатические узлы без особенностей, отмечались явления острого назофарингита (рис. 2). По критериям Центора клиническая симптоматика ОТФ соответствовала одному баллу, соответственно, согласно клиническим рекомендациям и шкале МакАйзека пациентка не нуждалась в проведении бактериологического посева из глотки, однако, учитывая нетипичные для возраста пациентки жалобы на слабость и боль в горле, были взяты мазки и назначен клинический анализ крови, рекомендована симптоматическая терапия аэрозолем МИТРАСЕПТИН®-ПРО по 4 орошения задней стенки глотки 4 р/сут. В клиническом анализе крови лейкоциты $7,5 \times 10^9$ /л, лимфоциты 44,5% (норма до 40%), СОЭ 2 мм/ч, С-реактивный белок (СРБ) 0,74 г/л (норма до 5 г/л). В мазках из зева, которые были взяты до начала лечения, высеялся БГСА с обиль-



Рис. 2. Фарингоскопическая картина у пациентки Т. до лечения

ным ростом. К моменту получения результатов мазков пациентка на фоне только местной терапии отмечала значимое улучшение, боли в горле отсутствовали. Учитывая, что у пациентки был выявлен обильный рост БГСА в глотке на фоне острого воспаления, хотя к моменту получения результатов мазков пациентка отмечала тенденцию к выздоровлению, был назначен системный курс антибактериальной терапии для элиминации возбудителя и предотвращения постстрептококковых осложнений.

Представленное клиническое наблюдение указывает на возможность легкого, скрытого, без яркой клинической картины течения ОТФ стрептококковой этиологии. На практике у пациентов с легким течением ОТФ не берут мазки из зева на флору. К сожалению, в настоящий момент врачи первичного звена не оснащены в полном объеме экспресс-тестами на БГСА, чтобы рутинно всем пациентам с ОТФ проводить исследование. Данная ситуация чревата возникновением поздних нераспознанных осложнений постстрептококкового ОТФ с поражением почек, суставов и сердца.

Клиническое наблюдение 3

Пациент К., 14 лет, обратился к врачу на второй день болезни с жалобами на сильную боль в горле, затрудняющую прием пищи, температуру тела до 39,5 °С, болезненные и увеличенные шейные лимфатические узлы. Кашель и явления острого назофарингита отсутствовали. При фарингоскопии определялись признаки острого воспаления: гиперемия, отек и инфильтрация небных дужек, ткани небных миндалин. На небных миндалинах определялся налет, не выходящий за пределы небных дужек (рис. 3). Поставлен диагноз ОТФ.

По критериям Центора и шкале МакАйзека клиническая картина у пациента К. оценена в 5 баллов, что соответствует высокому риску инфицирования БГСА. Пациенту была назначена системная антибактериальная терапия широкого спектра действия, взяты мазки на флору и ее чувствительность к антибиотикам. На фоне системной антибактериальной терапии улучшения не наблюдалось, сохранялась выраженная боль в горле, при этом пациент не относился к группе риска по носительству возможной резистентной флоры. По результатам мазков из зева на флору, взятых до начала системной антибактериальной терапии, обнаружена нормальная микрофлора: *Neisseria subflava*, уме-

³ МИТРАСЕПТИН®-ПРО, аэрозоль для местного и наружного применения 0,01%. (Электронный ресурс.) URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=4f9be650-939b-4905-8c74-7367486589a1 (дата обращения: 17.01.2023).

МИТРАСЕПТИН-ПРО[®]

phs Фармстандарт

**ПРОДВИНУТОЕ РЕШЕНИЕ
ПРОТИВ ВИРУСОВ И БАКТЕРИЙ**

АНТИСЕПТИК
ШИРОКОГО
СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ



Широкий угол распыления



Герметичная упаковка



Без вкуса и запаха



Более мелкодисперсное
распыление¹



**ПОКАЗАН ДЕТЯМ С 3-Х ЛЕТ*
И ВЗРОСЛЫМ ПРИ ТОНЗИЛЛИТАХ,
ФАРИНГИТАХ, ЛАРИНГИТАХ**

На правах рекламы

* Не рекомендуется применение для орошения горла детям до 3 лет ввиду риска развития реактивного ларингоспазма
1. Государственная Фармакопея Российской Федерации XIV изд. ОФС.1.4.1.0002.15 Аэрозоли и спреи

Информация предназначена для специалистов здравоохранения



Рис. 3. Фарингоскопическая картина у пациента К. до лечения

ренный рост, *S. viridans*, умеренный рост, а также *Candida albicans*, единичные колонии. По представленным результатам лабораторных исследований пациент не нуждался в назначении системной антибактериальной терапии. В анализах крови лейкоциты $6,5 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо с превышением процентного соотношения моноцитов — 14,9% (норма до 12%) и уменьшением количества нейтрофилов — 33,3% (норма от 45%), СОЭ 26 мм/ч, СРБ 91,8 мг/л. Пациент был проконсультирован инфекционистом, поставлен диагноз «острый энтеровирусный тонзиллофарингит». Была отменена системная антибактериальная терапия, назначена местная антисептическая терапия в виде аэрозоля МИТРАСЕПТИН®-ПРО по 4 орошения задней стенки глотки 4 р/сут. На фоне местной антисептической терапии пациент отметил значимое уменьшение болей в горле, стал полноценно питаться без болевых ощущений.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует развитие выраженной клинической симптоматики на фоне вирусного тонзиллофарингита, тогда как по шкале МакАйзека такие пациенты нуждаются (в нашем случае необоснованно) в проведении системной антибактериальной терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ

При обращении к врачу пациент хочет понять причину острой боли в горле, получить облегчение симптомов и узнать предположительную длительность заболевания. На начальных этапах болезни практически невозможно дифференцировать — вирусное или бактериальное — поражение глотки из-за схожести клинических проявлений. Уточнение причины неинфекционного характера боли в горле может потребовать дообследования, тщательного сбора анамнеза о профессиональных вредностях, о принимаемых лекарственных препаратах и т. д. В ожидании получения лабораторных данных и уточнения причины заболевания больные должны получать симптоматическое лечение. Если больному рекомендована антибактериальная терапия, то он все равно нуждается в проведении местной терапии, так как клинический эффект от антибактериальной терапии может наступать только через сутки, в то время как больному необходимо как можно быстрее облегчить боль в горле. Согласно приведенным клиническим наблюдениям у пациентов с тонзиллофа-

рингитом, как стрептококковым, так и иной, в том числе вирусной, этиологии, хороший клинический эффект показал МИТРАСЕПТИН®-ПРО — первый и единственный (на 17.01.2023) препарат БМП в лекарственной форме аэрозоль.

Применение лекарственного средства в лекарственной форме аэрозоль обеспечивает более широкий угол распыления и более мелкодисперсное распыление, за счет чего капли препарата более мягко покрывают слизистую оболочку. Кроме того, за счет мелкодисперсности препарат экономно расходуется. Флакон герметичен. Все это отличает аэрозоль от спрея. Благодаря тому, что БМП активен в отношении бактерий, грибов и вирусов, препарат является оптимальным решением при выборе местной терапии ОТФ, в том числе неуточненной этиологии. При использовании препарата в лекарственной форме аэрозоль достигается более глубокое орошение миндалин по сравнению с использованием спрея.

Согласно анализу литературы антибиотики при ОТФ назначаются больше чем в половине случаев: в Дании — в 45–70% [3], в США — в 47% [4], в Испании — в 74% [5], в Бельгии — в 76–84% [6], хотя доказано, что в большинстве случаев ОТФ имеет вирусную этиологию [1, 2, 7–9]. По данным L. Ivaska et al. [8], вирусная инфекция была обнаружена в 63% случаев ОТФ, при этом чаще возбудителем являлся энтеровирус (37% случаев), в 30% случаев — аденовирус и в 30% — риновирус. В исследовании A. Muthanna et al. [9] при ОТФ вирус идентифицировали в 95,1% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с ОТФ нуждаются в динамическом наблюдении, поскольку, несмотря на вирусную этиологию, в большинстве случаев со временем может развиваться бактериальное воспаление, так как небные миндалины являются резервуаром условно-патогенной микрофлоры. Некоторые клиницисты при острой боли в горле рекомендуют назначать симптоматическую терапию в течение 3–5 дней, но если на фоне лечения состояние больного ухудшается или остается без динамики, то следует рассмотреть терапевтический подход и, возможно, назначить антибактериальную терапию. Будущие разработки мультипатогенных экспресс-тестов могут обеспечить улучшенное выявление пациентов, которым на пользу пойдет лечение антибиотиками. Необходимо проводить исследования и вносить уточнения в клинические рекомендации в отношении антимикробной терапии не только при ОТФ, вызванном БГСА, но и при наличии других возбудителей. Применение БМП в лекарственной форме аэрозоль позволит сократить частоту необоснованного назначения системных антибиотиков при ОТФ. ▲

Литература

- Spinks A., Glasziou P.P., Del Mar C.B. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(11):CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub4.
- Колесникова О.М., Карпищенко С.А., Легкова Ю.В. Противовоспалительная терапия заболеваний глотки. Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. 2019;25(3):53–59. [Kolesnikova O.M., Karpishchenko S.A., Legkova Yu.V. Anti-inflammatory therapy of throat diseases. Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. 2019;25(3):53–59 (in Russ.)]. DOI: 10.33848/fofior123103825-2019-25-3-53-59.
- Rún Sigurðardóttir N., Nielsen A.B., Munck A., Bjerrum L. Appropriateness of antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in general practice: Comparison between Denmark and Iceland. Scand J Prim Health Care. 2015;33(4):269–274. DOI: 10.3109/02813432.2015.1114349.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>