

И.А. Митюреева-Корнийко

Инга Александровна Митюреева-Корнийко — доктор медицинских наук, доцент кафедры педиатрии № 4 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, Киев

Тонзиллофарингит: современные представления о заболевании, особенности антибиотикотерапии

В настоящее время используемые ранее термины «тонзиллит» (острое воспаление слизистой оболочки глотки) и «фарингит», «ангина» (острое воспаление небных миндалин) принято объединять в один — «острый тонзиллофарингит», поскольку воспаление миндалин редко обходится без воспаления задней стенки глотки и наоборот. С тонзиллофарингитом — острым инфекционным воспалением слизистой оболочки ротоглотки и небных миндалин — врачи чаще сталкиваются в весенне-летний период. Заболевание занимает 3-е место по распространенности в летнее время, уступая первенство кишечным инфекциями и аллергии.

В последние 10 лет диагноз «тонзиллофарингит» распространен как в Украине, так и во всем мире. Невозможность локализовать процесс ни в ротоглотке, ни в небных миндалинах — причина объединения терминов — обусловлена изменениями реактивности слизистой оболочки и снижением местного иммунитета.

Согласно результатам анализа данных статистического центра Министерства здравоохранения Украины по динамике заболеваемости острым тонзиллитом и острым фарингитом у детей в возрасте 0–17 лет в городе Киеве в период 2013–2015 гг., отмечен рост таковой во II–III кварталах, независимо от года наблюдения. Заболеваемость хроническим ринитом, назофарингитом и фарингитом несколько варьирует в зависимости от года, однако также отмечено ее повышение в указанный период (рис. 1, 2). Динамика заболеваемости хроническим тонзиллитом и хроническим аденоидитом детей с рождения и до 17 лет в городе Киеве в период 2013–2015 гг. была сходной.

К факторам, провоцирующим развитие тонзиллофарингита у детей в весенне-летний период, относят:

- частые детские инфекции (скарлатина, корь, краснуха);
- аутоинфекции (инфекции пазух носа, кариес и др.);
- нерациональное питание;
- переохлаждение организма (купание в водоемах);
- перегревание организма и затем резкое переохлаждение (нахождение в помещении с кондиционером);
- употребление охлажденных продуктов (мороженого) и напитков;

- обострение аллергических процессов от употребления красных ягод, фруктов, овощей;
- пребывание в детских коллективах (лагерь, санаторий);
- сезонные изменения иммунитета.

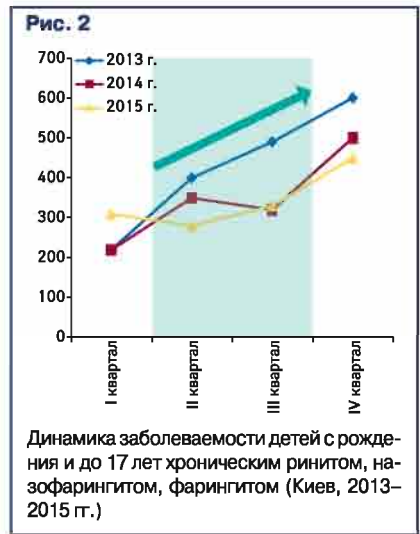
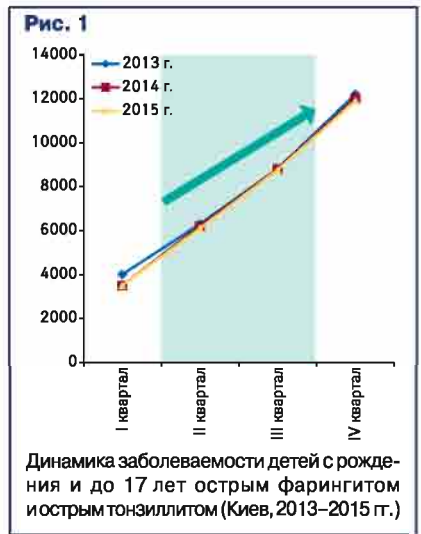
Вопрос о первичности вирусной или бактериальной инфекции в развитии тонзиллофарингита сегодня остается дискуссионным, хотя ученые сходятся на теории смешанной инфекции. Провокаторами развития патологического процесса являются вирусы с дальнейшим присоединением бактериальной флоры. Таким образом, важнейшая задача врача — определение преобладающего инфекционного агента (вирусного или бактериального), от чего зависит этиотропная терапия.

Признаки тонзиллофарингита вирусной природы — инициальное (буквально с первого дня болезни) присоединение к основному заболеванию симптомов ринита, кашля, боли в ухе и др. Основным лечением при этом должна быть своевременная специфическая противовирусная терапия. Спецификой тонзиллофарингита бактериальной природы является отсутствие катаральных явлений в первые дни с возможным их присоединением в дальнейшем. Однако во время осмотра ротоглотки видна четкая картина основного заболевания.

Сегодня существуют методики распознавания инфекционной природы возбудителя «у постели больного». Так, веро-

ятность развития тонзиллофарингита стрептококковой этиологии можно рассчитать по шкале МакАйзека, широко применяемой в США и странах Европы, в том числе в Украине (табл. 1). В ней учитывают такие факторы, как: повышение температуры тела >38 °С, отсутствие кашля (характерно для бактериальной стрептококковой инфекции), лимфаденопатия (особенно переднешейных лимфатических узлов), отечность миндалин с наличием экссудата (больше свидетельствует о стрептококковой инфекции), возраст. Каждому симптому в шкале соответствует определенный балл. Обратим внимание: у пациентов младшего возраста (3–14 лет) баллы прибавляют (высока вероятность стрептококковой инфекции), в старшей возрастной группе (<45 лет) — отнимают.

Сумма указанных проявлений (баллов) определяет тактику врача. При сумме баллов 0–1 по шкале МакАйзека дальнейшее лечение проводить не следует (табл. 2). В то же время, отсутствие бактериальной флоры не исключает наличия вирусной инфекции, которую необходимо соответствующим образом лечить. Количество баллов 2–3 дает врачу уверенность в наличии у пациента бактериальной инфекции. В этой ситуации необходимо сделать мазок из ротоглотки и эмпирически назначить антибиотик. При сумме баллов >4 сразу (без взятия маски и ожидания результатов) необходимо назначить эмпирическую антибактериальную терапию,



от которой можно ожидать быстрый и достаточный терапевтический результат.

Существует несколько схем применения антибиотиков при тонзиллофарингите. Наиболее популярные рекомендации в отношении выбора антибиотика приведены в табл. 3.

Поскольку этиологическим фактором острого тонзиллофарингита является либо β -гемолитический стрептококк, либо вирусы (включая вирус Эпштейна — Барр), либо дифтерийная палочка, препаратом выбора является амоксициллин. В качестве альтернативы могут быть рассмотрены макролиды (азитромицин либо другие), в самом крайнем случае — цефалоспорины, хотя в целом целесообразность применения последних в лечении при остром тонзиллофарингите достаточно спорна.

Причиной рецидивирующего тонзиллофарингита у детей в 90% случаев является β -гемолитический стрептококк, следовательно, препаратом выбора, обеспечивающим четкий стабильный терапевтический эффект, является защищенный амоксициллин. Сегодня отоларингологи нередко назначают цефалоспорины именно при рецидивирующем тонзиллофарингите, такое лечение также демонстрирует довольно хороший результат.

Лечение при остром тонзиллофарингите должно быть комплексным и включать: этиотропную, противовоспалительную, антигистаминную, иммуномодулирующую, местную терапию, физиотерапевтические процедуры.

Успех лечения зависит от этиотропной (антибактериальной) терапии; местная терапия оказывает локальный, в том числе анальгезирующий, эффект, однако не является главным подходом в лечении при тонзиллофарингите. К сожалению, многие врачи ошибочно, особенно в весенне-летний период, полагают, что, когда на улице тепло, можно обойтись местными средствами. Необходимо понимать, что если лечение будет ограничено лишь местной терапией, велика вероятность осложнений тонзиллофарингита.

Какие же требования предъявляют к антибиотикам, применяемым при тонзиллофарингите?

Первое, и самое главное: антибиотик должен обладать максимально широким спектром действия, чтобы его можно было назначать эмпирически.

Во-вторых, очень важны фармакокинетические свойства препарата. Минимальная подавляющая концентрация должна сохраняться не менее 50% времени, особенно у β -лактамов антибиотиков, что является залогом достижения эрадикации микроорганизмов.

Такие факторы, как купание в водоеме, употребление холодной воды, при плохо пролеченном тонзиллофарингите чреваты осложнениями — отитом, с возможным развитием мастоидита, энцефалита, менингита. Поэтому третье требование, особенно актуальное в летний период — способность антибиотика к проникновению через гематоэнцефалический барьер.

И последний, очень важный, момент — чувствительность к определенным микроорганизмам. Основным ориентир в выборе антибиотиков при тонзиллофарингите направлен, прежде всего, на *Streptococcus pyogenes* (поскольку в 80–98% случаев именно он является причиной инфекции), а также *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

Важные данные получены в апреле 2016 г. касательно чувствительности основных патогенов к амоксициллину. Так, установлено, что *Streptococcus pyogenes* имеет максимальную чувствительность — 94,1% (табл. 4) (Большот Ю.К., 2016). Причем независимо от того, является ли бактериальное осложнение редким или частым, — чувствительность колеблется в пределах 90%. Чувствительность же к *Haemophilus influenzae* еще выше — почти 100%.

Важно также ориентироваться на данные о резистентности возбудителей к антибиотикам в конкретном регионе. Отчеты ведущих отечественных инфекционистов за период 2014–2015 гг. свидетельствуют,

что в Украине доля резистентных штаммов *Streptococcus pyogenes* (как к амоксициллину, так и к амоксициллину/клавулановой кислоте) не превышает 10% — это минимальная резистентность (Фещенко Ю.І. та співавт., 2014; Чернишова Л.І. та співавт., 2015). Отметим, что в мире немного стран с таким показателем резистентности. Учитывая такую низкую резистентность бактерий и такую высокую чувствительность к ним антибиотиков, нет оснований для широкого применения при тонзиллофарингите амоксициллина (обычного или защищенного) в высоких дозах. Вполне обосновано назначение препарата в среднетерапевтических дозах из расчета 40–45 мг/кг массы тела в сутки.

В амбулаторной практике лечение осуществляется при легкой и среднетяжелой степени тяжести заболевания, при которых отсутствует необходимость в парентеральном введении антибиотика, поэтому предпочтителен пероральный путь.

Минимальный курс лечения должен составлять (в том числе в летний период!) 7 дней. В последние годы принято полагать,

Таблица 1 Шкала МакАйзека (McIsaac W.J. et al., 1998)

Критерий	Оценка
Температура тела >38 °C	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность шейных лимфоузлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст, лет	
3–14	1
15–44	0
≥45	-1

Таблица 2 Тактика врача в зависимости от суммы баллов по Шкале МакАйзека

Количество баллов	Риск инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком группы А, %	Тактика
1	5–10	
2	11–17	Бактериологическое исследование мазка, антимикробная терапия при положительном результате
3	28–35	
>4	51–53	Эмпирическое лечение (при высокой лихорадке, плохом общем состоянии и недавнем начале) или микробиологическая диагностика

Таблица 3 Антибиотик выбора у пациентов с рецидивирующим тонзиллофарингитом

Клиническая ситуация	Этиология	Препарат	
		выбора	альтернативные
Острый экссудативный тонзиллофарингит	<i>Streptococcus pyogenes</i> (β -гемолитический стрептококк группы А), <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , вирусы (в том числе вирус Эпштейна — Барр) Для эрадикации β -гемолитического стрептококка группы А необходим 10-дневный курс антибактериальной терапии (азитромицин применяют в течение 5 дней)	Оспамокс (амоксициллин)	Азитро Сандоз® (азитромицин), линкозамиды, бензатина бензилпенициллин, цефалексин, цефадроксил
Рецидивирующий тонзиллофарингит	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Амоксиклав® (амоксициллин/клавулановая кислота)	Цефуроксим Сандоз® (цефуроксим), линкозамиды

Таблица 4 Чувствительность патогенов к амоксициллину

Возбудитель	Доля, %
<i>Streptococcus pyogenes</i>	94,1
- у детей с редкими бактериальными осложнениями	97,1
- у детей с частыми бактериальными осложнениями	88,2
<i>Haemophilus influenzae</i>	99,1
<i>Haemophilus parainfluenzae</i>	100,0
<i>Staphylococcus aureus</i>	88,8
- у детей с редкими бактериальными осложнениями	91,7
- у детей с частыми бактериальными осложнениями	86,7

что длительность лечения при тонзиллофарингите во избежание всех возможных осложнений должна составлять до 14 дней.

В отношении форм выпуска антибиотика: для детей в возрасте <5 лет удобны в применении и демонстрируют наилучший результат препараты в форме сиропа, суспензии, в отдельных случаях — диспергируемых таблеток.

Согласно последним рекомендациям, традиционная средняя суточная доза анти-

биотика составляет 30 мг/кг, возможно применение в дозе 60 мг/кг в 3 приема. Средний курс лечения — 10 дней.

Для препарата Амоксиклав®, назначение которого целесообразно при рецидивирующем процессе или недавнем применении обычного амоксициллина, средняя суточная доза составляет 45 мг/кг в 3 приема, курс лечения — 10 дней (табл. 5). В Великобритании, Канаде при тонзиллофарингите назначают, прежде всего, обычный амоксициллин, суточная доза которого не превышает 40 мг/кг в 3 приема, курс лечения — 7–10 дней (Jadavji T. et al., 1997; Ostapchuk M. et al., 2004) (рис. 3).

Акцентируя внимание на конкретных представителях класса антибиотиков, отметим, что одним из лучших препаратов амоксициллина является Оспамокс, главное преимущество которого — высокое австрийское качество. Так, Оспамокс (амоксициллин) в форме диспергируемых таблеток — наиболее современная и перспективная форма введения антибиотика у пациентов в возрасте ≥12 лет, обладающая широчайшими терапевтическими возможностями за счет очень высокой биодоступности и быстрого всасывания.

Суспензия (в форме порошка для приготовления суспензии) — форма введения препаратов, исключительно удобная для

применения в педиатрической практике. Отметим, что в Украине единственный препарат амоксициллина (к тому же европейского качества) в форме суспензии, который можно назначать даже детям с рождения — только Оспамокс.

Результаты клинических исследований с высоким уровнем доказательности (А, В) подтверждают эффективность применения амоксициллина (табл. 6).

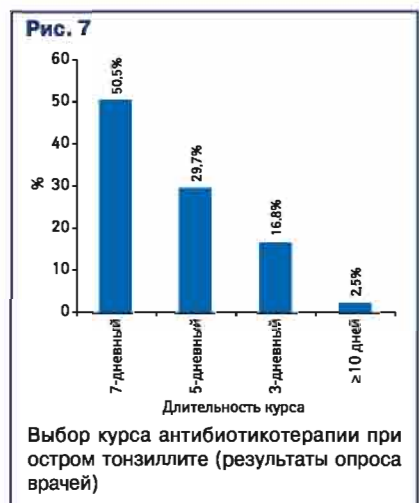
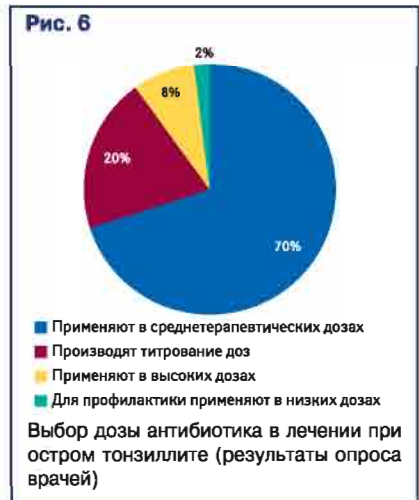
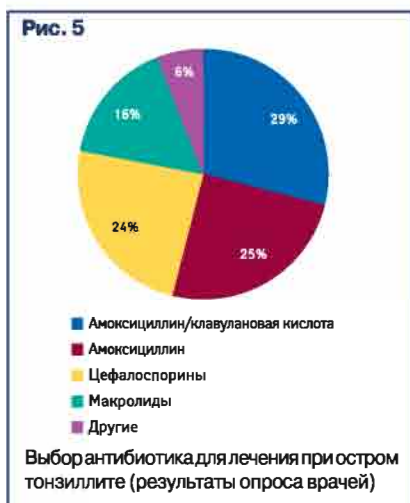
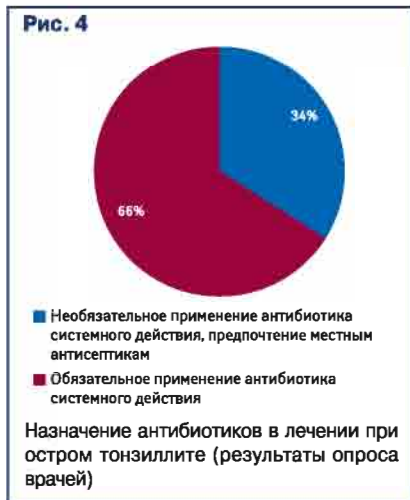
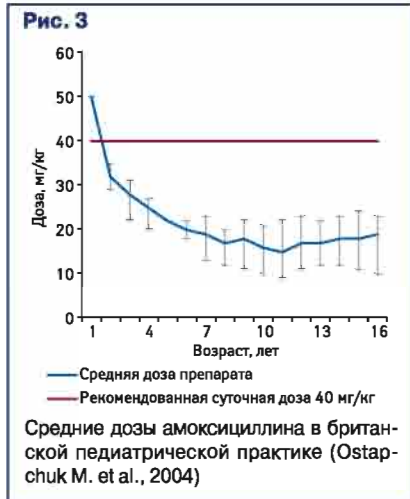
Амоксиклав® (амоксициллин/клавулановая кислота) — очень широко применяемый в Украине препарат с максимальным количеством форм выпуска: обычные и диспергируемые таблетки, суспензия (в форме порошка для приготовления суспензии). Препарат отличается точной технологией производства; режим его дозирования составляет 3 раза в сутки через каждые 8 ч, что очень важно для поддержания минимальной подавляющей концентрации на необходимом уровне. Упаковка препарата, помимо мерных устройств (мерные ложка и колпачок), содержит дозировочный шприц, что значительно повышает комплаентность препарата.

Безопасность антибиотика (как и любого другого лекарственного препарата) — один из наиболее важных вопросов во врачебной практике. В этом отношении применение препарата Амоксиклав®, особенно в форме диспергируемых таблеток, сопряжено с минимальным риском возникновения побочных эффектов, в первую очередь — со стороны желудочно-кишечного тракта (диарейный синдром). Так, вероятность развития антибиотикассоциированной диареи при применении препарата в форме диспергируемых таблеток снижается в 3 раза.

Отметим результаты анонимного анкетирования врачей, проведенного на базе кафедры педиатрии № 4 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца. Цель исследования — анализ рациональности назначения антибиотиков при стартовом лечении осложненных острых респираторных заболеваний у детей педиатрами и соответствие этих назначений рекомендациям национальных протоколов. Опрошено 325 врачей из 10 городов Украины (Киев, Винница, Чернигов, Хмельницкий, Полтава, Черновцы, Ивано-Франковск, Львов, Ужгород, Черкассы).

Ожидалось, что на вопрос: «Используете ли Вы системные антибиотики в лечении острого тонзиллофарингита?» практически все врачи ответят положительно, однако оказалось, что 34% назначают лишь местные средства (рис. 4). На вопрос «Какие группы антибиотиков Вы применяете для лечения тонзиллофарингита?» ожидалось, что хотя бы половина врачей укажут амоксициллин, об эффективности которого мы так много говорим. К сожалению, лишь 25% специалистов применяют амоксициллин в лечении при данном заболевании. В отношении защищенного амоксициллина ожидания совпали с реальностью: его применяют почти 30% врачей.

Ошибочным было необоснованно частое назначение в лечении при остром



тонзиллите/тонзиллофарингите цефалоспоринов — их применяют примерно 30% врачей (рис. 5).

К сожалению, самый прогрессивный способ введения антибиотика — диспергируемые таблетки — предпочитают назначать лишь 28% врачей. То, что в 40% случаев в назначениях педиатров указан антибиотик в форме суспензии, на наш взгляд, соответствует реальности.

Как известно, от выбора дозы в значительной степени зависит результат лечения. Поэтому на вопрос «Какие дозы антибиотика Вы используете в лечении тонзиллита?» ожидалось, что практически все врачи применяют средние терапевтические дозы. Оказалось, что таковых лишь 70%; 20% врачей признались, что занимаются титрованием доз: выбрав определенную дозу, изменяют ее в ходе лечения, что, безусловно, недопустимо (рис. 6). Такая тактика приводит, с одной стороны, к хронизации инфекции, с другой — к развитию длительной лекарственной устойчивости.

Обратим внимание, что если 7-дневный курс лечения назначает хотя бы половина врачей, то 10-дневный, к сожалению, лишь 2% (рис. 7). Возможно, это недоработка не только врачей, но и вина родителей, самих пациентов, которым не всегда хватает терпения довести лечение до конца.

Напомним: при четкой уверенности в наличии вирусной инфекции, безусловно, следует продолжать лечение противовирусными препаратами. Однако уже максимум на второй день болезни (даже не на третий!) врач должен принять решение: необходимо назначить антибиотик в лечении тонзиллофарингита или нет.

Типичной ошибкой является неадекватное по спектру наиболее частых возбудителей тонзиллофарингита назначение антибиотика. К сожалению, в последнее время отмечена тенденция к назначению ко-тримоксазола при тонзиллофарингите.

Учитывая то, что возможности последнего в плане спектра эффективности весьма ограничены, а побочные эффекты значительны, он не может стоять в перечне этиотропных препаратов в лечении при тонзиллофарингите.

Напомним, к другим токсичным препаратам, применения которых в педиатрической практике необходимо избегать, относят хлорамфеникол, аминогликозиды, тетрациклины.

Итак, в лечении тонзиллофарингита врачу необходимо применять антибиотики, прежде всего, пенициллинового ряда — обычный амоксициллин и амоксициллин, защищенный клавулановой кислотой — и лишь потом можно использовать цефалоспорины или макролиды.

Врачу следует помнить, что неадекватно, недостаточно пролеченный острый тонзиллит/тонзиллофарингит чреват осложнениями или переходом в хроническую форму. У таких пациентов возможно множество осложнений, начиная с местных, с которыми в основном имеют дело хирурги, оториноларингологи (паратонзиллярный абсцесс, паратонзиллит и др.), заканчивая токсикодистрофическими и нейротрофическими поражениями.

Подчеркнем, что во избежание общеизвестного тонзиллокардиального синдрома (влияние тонзиллярной интоксикации на работу сердца) необходимо проводить профилактику острой ревматической лихорадки, адекватно и полноценно лечить тонзиллофарингит. Помимо кардиальных осложнений присутствует также нефрологическая настороженность (развитие гломерулонефрита и других заболеваний почек).

В целом к осложнениям хронического тонзиллита относятся:

1. Местные осложнения:
 - паратонзиллит;
 - фарингит;
 - рецидивирующие ангины;
 - паратонзиллярный абсцесс.

2. Токсико-дистрофические и нейротрофические поражения:

- тонзиллокардиальный синдром;
- миокардиодистрофия;
- неспецифические заболевания легких;
- эндокринопатии;
- церебральные нарушения;
- гастродуоденит;
- дисбиоз.

3. Аутоиммунные соматические заболевания:

- коллагенозы (ревматизм, склеродермия, дерматомиозит, системная красная волчанка);
- геморрагический диатез (геморрагический васкулит, тромбоцитопеническая пурпура);
- заболевания кожи (полиморфная экссудативная эритема);
- поражения глаз;
- заболевания почек (гломерулонефрит).

Отметим, что на фоне возросшей в последнее время заболеваемости сахарным диабетом, патологией щитовидной железы находит все больше подтверждений связь тонзиллярной интоксикации и тяжелых эндокринопатий. Сегодня менее распространено такое осложнение тонзиллофарингита, как острая ревматическая лихорадка, однако имеет место аутоиммунная соматическая патология.

Напомним: все перечисленные осложнения являются следствием неправильного или недостаточного лечения, поэтому выбор антибиотикотерапии всегда должен быть ответственным, взвешенным и базироваться на данных доказательной медицины.

Список использованной литературы

- Большот Ю.К.** (2016) Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інфекційні захворювання у дітей. Сучасний погляд на діагностику, лікування та профілактику». Київ, квітень 2016.
- Фещенко Ю.І., Дзюблик О.Я., Перцева Т.О. та ін.** (2014) Дослідження антибіотикорезистентності штамів *S. pneumoniae* та *H. influenzae*, виді-

Таблица 5

Антибиотик	Дозы и режимы введения антибиотиков при остром тонзиллофарингите, ассоциированном с β-гемолитическим стрептококком группы А		
	Режим дозирования, взрослые	Режим дозирования, дети	Продолжительность терапии
Оспамокс (амоксициллин)	500 мг 3 раза в сутки 1000 мг 3 раза в сутки	30–60 мг/кг/сут в 2–3 приема	10 дней
Амоксиклав® (амоксициллин/клавулановая кислота)	625 мг 3 раза в сутки 1000 мг 2 раза в сутки	45 мг/кг/сут в 3 приема	10 дней

Таблица 6

Публикация	п	Тяжесть внегоспитальной пневмонии	Основные клинические исследования амоксициллина		
			Лечение	Точка эффективности	Результат, %
Tsarouhas N. et al. (1998)	154	Нетяжелая	Амоксициллин 50 мг/кг/сут Пенициллин G 50 000 МЕ/кг внутримышечно	Температура тела $\geq 38,5$ °C во время следующего визита	10,0 12,0
Agarwal G. et al. (2004)	2188	Нетяжелая	Амоксициллин 31–54 мг/кг/сут 3 дня Амоксициллин 31–54 мг/кг/сут 5 дней	Успешность лечения	89,5 89,9
Hazir T. et al. (2007)	876	Нетяжелая	Амоксициллин 45 мг/кг/сут Амоксициллин 90 мг/кг/сут	Успешность лечения	95,5 94,3
Awasthi S. et al. (2008)	2009	Нетяжелая	Амоксициллин 31–54 мг/кг/сут 3 дня Ко-тримоксазол 7–11 мг/кг/сут 5 дней	Успешность лечения	86,2 90,5
Patel A.B. et al. (2015)	1118	Нетяжелая	Амоксициллин 31–54 мг/кг/сут в больнице Амоксициллин 31–54 мг/кг/сут на дому	Успешность лечения	81,9 89,2
Hazir T. et al. (2008)	2100	Тяжелая	Амоксициллин 80–90 мг/кг/сут 2 раза в сутки Амоксициллин 100 мг/кг/сут в течение 48 ч, затем амоксициллин 80–90 мг/кг/сут 3 дня	Успешность лечения после 6 дней терапии	91,5 90,0
Soofi S. et al. (2012)	4410	Тяжелая	Амоксициллин 90 мг/кг/сут 5 дней Ко-тримоксазол 1 доза внутривенно	Успешность лечения после 6 дней терапии	92,0 87,0

лених від хворих із негоспітальними інфекціями дихальних шляхів у 2010–2012 рр. в Україні. Вісн. морфології, 2: 395–401.

Чернишова Л.І., Гльфанова А.М., Бондаренко А.М. (2015) Резистентність *S. pneumoniae* до β-лактамних антибіотиків в Україні. Профілак. медицина, 1–2(24): 32–37.

Awasthi S., Agarwal G., Singh J.V. et al.; IC-MR-IndiaClen Pneumonia Project Group (2008) Effectiveness of 3-day amoxicillin vs. 5-day co-trimoxazole in the treatment of non-severe pneumonia in children aged 2–59 months of age: a multi-centric open labeled trial. *J. Trop. Pediatr.*, 54(6): 382–389.

Jadavji T., Law B., Lebel M.H. et al. (1997) A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. *CMAJ*, 156(5): S703–S711.

Hazir T., Qazi S.A., Bin Nisar Y. et al. (2007) Comparison of standard versus double dose of amoxicillin in the treatment of non-severe pneumonia in children aged 2–59 months: a multi-centre, double blind, randomised controlled trial in Pakistan. *Arch. Dis. Child.*, 92(4): 291–297.

Hazir T., Fox L.M., Nisar Y.B. et al.; New Outpatient Short-Course Home Oral Therapy for Severe Pneumonia Study Group (2008) Ambulatory short-course high-dose oral amoxicillin for treatment of severe pneumonia in children: a randomised equivalency trial. *Lancet*, 371(9606): 49–56.

Mclsaac W.J., White D., Tannenbaum D., Low D.E. (1998) A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ*, 158(1): 75–83.

Ostapchuk M., Roberts D.M., Haddy R. (2004) Community-acquired pneumonia in infants and children. *Am. Fam. Physician.*, 70(5): 899–908.

Patel A.B., Bang A., Singh M. et al.; ISPOP Study Group (2015) A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3–59 months: The IndiaCLEN Severe Pneumonia Oral Therapy (ISPOP) Study. *BMC Pediatr.*, 15: 186.

Soofi S., Ahmed S., Fox M.P. et al. (2012) Effectiveness of community case management of severe pneumonia with oral amoxicillin in children aged 2–59 months in Matiari district, rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 379(9817): 729–737.

Tsarouhas N., Shaw K.N., Hodinka R.L., Bell L.M. (1998) Effectiveness of intramuscular penicillin versus oral amoxicillin in the early treatment of outpatient pediatric pneumonia. *Pediatr. Emerg. Care*, 14(5): 338–341.

Получено 27.06.2016
4-45-АМГ-РЕЦ-0616

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників

Амоксицилін®

Р.с. № UA/7064/02/01, № UA/7064/02/02

Состав. 5 мл суспензії містять 250 мг амоксициліну в формі амоксициліну тригідрата і 62,5 мг кислоти клавуланової в формі калієвої солі; 5 мл суспензії містять 125 мг амоксициліну в формі тригідрата і 31,25 мг кислоти клавуланової в формі калієвої солі. **Фармакологічна група.** Антибактеріальні засоби для системного застосування. **Код АТС.** J01CR02. **Показання.** Лікування бактеріальних інфекцій, викликаних мікроорганізмами, чутливими до комбінації амоксициліну/клавуланової кислоти: інфекції ЛОР-органів, в тому числі рецидивуючий тонзиліт, синусит, середній отит; інфекції дихальних шляхів, в тому числі обострення хронічного бронхіту, лобарна і бронхопневмонія; інфекції мочеполової системи, в тому числі цистит, уретрит, пієлонефрит; інфекції шкіри і слизових оболонок, в тому числі ожогі, абсцеси, запалення підшкірної клітковини, раневі інфекції; інфекції кісток і суглобів, в тому числі остеомиєліт; одонтогенні інфекції, в тому числі дентоальвеолярний абсцес; інфекції, в тому числі септичний аборт, післяродовий сепсис, інтраабдомінальний сепсис. **Побочні ефекти:** кандидоз статевих органів, тошнота, блювота, діарея, свінь, крапивниця і др.

Оспамокс

Р.с. № UA/3975/05/01, № UA/3975/05/02, № UA/3975/05/03

Состав. 5 мл суспензії містять амоксициліну 125 мг або 250 мг, або 500 мг в формі амоксициліну тригідрата. **Фармакологічна група.** Антибактеріальні засоби для системного застосування. Бета-лактамні антибіотики, пеніциліни. **Код АТС.** J01CA04. **Показання.** Лікування інфекцій, викликаних чутливими до амоксициліну мікроорганізмами: органів дихання, мочеполової системи, шлунково-кишкового тракту, а також шкіри і слизових оболонок. **Побочні ефекти:** діарея, тошнота, шкірні висипання і др.

С повною інформацією про препарати можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування.

Тестовые вопросы

(один или несколько правильных вариантов ответов на каждый вопрос)

1. К факторам, провоцирующим развитие тонзиллофарингита у детей в весенне-летний период, относятся:

- частые детские инфекции, аутоинфекции, нерациональное питание
- переохлаждение организма, перегревание организма и затем резкое переохлаждение, употребление охлажденных продуктов и напитков
- обострение аллергических процессов от употребления красных ягод, фруктов, овощей
- сезонные изменения иммунитета
- изменение инсоляционного режима при переездах в теплое время года

2. Для тонзиллофарингита вирусной природы характерно:

- инициальное присоединение выраженных катаральных явлений
- отсутствие катаральных явлений в первые дни заболевания
- позднее присоединение катаральных явлений

3. Для тонзиллофарингита бактериальной природы характерно:

- инициальное присоединение выраженных катаральных явлений
- отсутствие катаральных явлений в первые дни заболевания

- позднее присоединение катаральных явлений

4. Необходимость в антибактериальном лечении отсутствует при условии оценки состояния пациента по шкале МакАйзека в:

- 0–1 балл
- 1–2 балла
- 2–3 балла
- >4 баллов

5. При оценке состояния пациента >4 баллов по шкале МакАйзека рекомендовано:

- отказаться от антибактериального лечения
- провести бактериологическое исследование мазка, назначить антимикробную терапию при положительном результате
- назначить эмпирическое лечение

6. Наиболее распространенным этиологическим фактором рецидивирующего тонзиллофарингита является:

- *Streptococcus pyogenes*
- вирус Эпштейна — Барр
- *Corynebacterium diphtheriae*
- *Haemophilus influenzae*

7. При выборе антибиотика при

тонзиллофарингите необходимо учитывать:

- наличие сопутствующей вирусной инфекции
- спектр действия и фармакокинетические свойства препарата
- способность проникать через гематоэнцефалический барьер
- чувствительность к конкретным микроорганизмам

8. У пациентов с тонзиллофарингитом препарат Амоксицилин® рекомендовано применять при:

- наличии сопутствующей вирусной инфекции
- рецидивирующем процессе
- недавнем применении амоксициліну
- наличии сопутствующей патологии
- неосложненном инфекционном процессе

9. Длительность курса антибиотикотерапии при применении препарата Амоксицилин® составляет:

- 3–5 дней
- 5–7 дней
- 7–10 дней
- 10–14 дней

10. Оспамокс рекомендован к применению у детей в возрасте:

- ≥2 лет
- ≥6 лет
- ≥12 лет
- ≥16 лет
- ≥18 лет

**11. К осложнениям
тонзиллофарингита относят:**

- остеоартрит, дерматит
- паратонзиллит, фарингит, рецидивирующие ангины, паратонзиллярный абсцесс

- токсико-дистрофические и нейротрофические поражения
- коллагенозы, геморрагические диатезы, заболевания кожи, поражения глаз, заболевания почек

*Для получения сертификата ответьте на тестовые вопросы в режиме on-line на сайте журнала www.umj.com.ua или отправьте ксерокопию страниц с ответами вместе с контактной информацией по адресу:
01001, Киев-1, а/я «В»-82, ООО «МОРИОН»*

Контактные данные:

ФИО _____

Почтовый адрес: индекс _____

область _____

район _____

город _____

улица _____

дом _____

квартира _____

Телефон _____

E-mail _____