



Хроническая воспалительная патология глотки у пациентов с хроническим гломерулонефритом. Профилактика рецидивов

О.М. Колесникова, к.м.н., С.А. Карпищенко, д.м.н., проф.

Адрес для переписки: Ольга Михайловна Колесникова, olga_lozo@mail.ru

Для цитирования: Колесникова О.М., Карпищенко С.А. Хроническая воспалительная патология глотки у пациентов с хроническим гломерулонефритом. Профилактика рецидивов. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (49): 10–14.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-49-10-14

Хронический тонзиллит относится к распространенным заболеваниям. Своевременное выявление и лечение декомпенсированного хронического тонзиллита, в том числе острых форм, – одна из важнейших задач здравоохранения, ведь запущенный, нелеченый тонзиллофарингит приводит к ряду тяжелых осложнений, в частности со стороны почек. Проведение микробиологической интерпретации позволяет своевременно выявить острый тонзиллофарингит или обострение хронического тонзиллита, вызванного бета-гемолитическим стрептококком группы А, и назначить этиотропное лечение. У пациентов с хроническим тонзиллитом и заболеванием почек обострения тонзиллита чаще протекают в стертой форме, без классической картины ангины, что влечет за собой неадекватную интерпретацию состояния пациента и назначение симптоматического лечения в отсутствие антибактериальной терапии. Как следствие – развитие заболеваний почек. К наиболее распространенным симптомам острого постстрептококкового гломерулонефрита относится классическая триада: макрогематурия, отек и гипертензия. Однако у ряда пациентов могут наблюдаться только субклиническое поражение с микроскопической гематурией, слегка повышенное артериальное давление (АД), отсутствие явных отеков. Такие пациенты могут никогда не обратиться за медицинской помощью. Поэтому после перенесенного острого стрептококкового тонзиллофарингита скрининг анализа мочи должен быть проведен в течение месяца и назначена противорецидивная терапия. Контролировать АД пациентам следует самостоятельно в течение года в домашних условиях. Из схемы медикаментозной терапии при патологии почек на фоне острого тонзиллита необходимо исключить нефротоксичные препараты (нестероидные противовоспалительные средства, аминогликозиды, ципрофлоксацин, сульфаниламиды, ванкомицин).

Ключевые слова: острый тонзиллит, постстрептококковый гломерулонефрит, хронический тонзиллит, ангина

Хроническая воспалительная патология глотки – достаточно распространенное состояние населения Северо-Западного федерального округа. Определенную роль в формировании данной патологии играет хронический тонзиллит. Известно несколько форм хронического тонзиллита: простая и токсико-аллергическая, компенсированная и декомпенсированная. Своевременное выявление декомпен-

сированного хронического тонзиллита – одна из важнейших задач здравоохранения, ведь запущенный, нелеченый хронический тонзиллит приводит к ряду тяжелых осложнений. Если на приеме у врача выявлен пациент с хроническим тонзиллитом, для установления формы заболевания необходимо провести ряд скрининговых исследований: клинический анализ крови, общий анализ мочи, С-реактивный белок, рев-



матоидный фактор, антистрептолизин-О (АСЛ-О), мазок с поверхности небных миндалин для бактериологического посева. Раннее выявление осложненной со стороны почек позволит разработать адекватный алгоритм лечения.

Клинические рекомендации Минздрава России (2021) по лечению острого тонзиллофарингита или обострения хронического тонзиллита сфокусированы на выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) и ограничении неактуальной системной антибактериальной терапии. Руководством предусмотрены оценка клинической картины заболевания по шкалам Центора или МакАйзека, а также по результатам экспресс-тестов на обнаружение БГСА у пациентов с острым и обострением хронического тонзиллофарингита и обоснованное назначение антибиотика [1].

Нередко в реальной практике пациенту с острой болью в горле, имеющему 1 балл по клинической шкале симптомов, не проводится оценка бактериального фона в глотке, поскольку риск стрептококкового тонзиллофарингита составляет 12%. Казалось бы, это немного. Тем не менее это целых 12% риска осложнений после перенесенного и невыявленного стрептококкового тонзиллофарингита.

На базе оториноларингологического отделения Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова с 2018 по 2022 г. проводилось наблюдение за пациентами с хроническим тонзиллитом и хроническим гломерулонефритом. Оценивались клиническое течение хронического тонзиллита, анамнестические и лабораторные данные, эффективность консервативного и хирургического лечения хронического гломерулонефрита.

Результаты исследования, опубликованные в диссертации Ю.В. Легковой, показали различия в течении хронического тонзиллита у пациентов с хроническим гломерулонефритом и без сопутствующей патологии. При оценке фарингоскопической картины наблюдались статистически значимые различия между группами. У пациентов с хроническим гломерулонефритом гипертрофия небных миндалин не превышала первой степени, рубцовые изменения, инфильтрация небных дужек, пробки в миндалинах были выражены незначительно. У пациентов с хроническим тонзиллитом и патологией почек статистически значимо выше оказались показатели лейкоцитов в крови, скорости оседания эритроцитов, белка в моче. При этом уровень АСЛ-О у пациентов с хроническим тонзиллитом и патологией почек был статистически ниже, чем у пациентов без патологии почек. Статистически значимые различия выявлены в клиническом течении хронического тонзиллита у пациентов с хронической патологией почек и без нее. Такие жалобы, как болезненные ощущения в горле, казеозные пробки в миндалинах, запах изо рта, увеличенные регионарные лимфоузлы, значимо преобладали у пациентов с хроническим тонзиллитом без патологии почек. У пациентов с патологией почек наблюдалось стертое клиническое течение хронического тонзиллита. Пациенты с хроническим тонзиллитом без

заболевания почек значимо чаще переносили ангину или обострения тонзиллита в течение жизни. У некоторых из них имели место осложнения хронического тонзиллита в виде паратонзиллярного абсцесса. У пациентов с заболеванием почек хронический тонзиллит протекал в безангинной форме. Пациенты с почечной патологией чаще отмечали эпизоды изменения цвета мочи или изменения в анализах мочи вплоть до макрогематурии при боли в горле, которые расценивались как проявление острой респираторной вирусной инфекции [2].

Анализируя полученные данные, можно предположить, что у пациентов с хроническим тонзиллитом и заболеванием почек обострения тонзиллита протекают в стертой форме, без классической картины ангины, что приводит к неадекватной интерпретации состояния пациента и назначению симптоматического лечения в отсутствие своевременной антибактериальной терапии. Как следствие – развитие патологии почек. К тяжелым осложнениям острого тонзиллита в отсутствие своевременной антибактериальной терапии относится постстрептококковый гломерулонефрит, который встречается в 0,64 случая на каждые 100 тыс. человек. Последние 40 лет прослеживается тенденция к снижению заболеваемости [3].

Наиболее вероятной причиной формирования постстрептококкового гломерулонефрита является отложение антигена БГСА с образованием иммунных комплексов *in situ*. Как правило, симптомы постстрептококкового гломерулонефрита возникают после латентного периода острого или обострения хронического тонзиллофарингита. Обычно такое состояние не проходит незаметно для пациента, но в силу семейных обстоятельств, невозможности обратиться к врачу может быть не диагностировано вовремя. В большинстве случаев заболевание поражает детей в возрасте 4–12 лет, реже – лиц моложе двух и старше 18 лет. Начало заболевания острое, отмечаются боль в горле и повышение температуры тела. Согласно клиническим рекомендациям, пациентам с подобной симптоматикой необходимо выполнить экспресс-тест на БГСА или культуральное исследование посевов из глотки. У пациентов со стрептококковым тонзиллофарингитом, даже протекающим без выраженной клинической картины, не получивших системного антибактериального лечения, существует риск развития постстрептококкового гломерулонефрита. Латентный период после инфекции варьируется от одной до двух недель после острого тонзиллофарингита.

К наиболее распространенным симптомам острого постстрептококкового гломерулонефрита относится классическая триада: макрогематурия, отек и гипертония. Однако у ряда пациентов могут отмечаться только субклиническое поражение с микроскопической гематурией, слегка повышенный уровень артериального давления, отсутствие явных отеков. Эти пациенты могут никогда не обратиться за медицинской помощью. Гематурия наблюдается практически у всех пациентов с постстрептококковым гломерулонефритом,



но только у трети из них отмечается макрогематурия. У таких пациентов моча темного цвета, поскольку гемоглобин в моче окисляется и становится коричневого цвета после длительного пребывания в кислой среде. Начальная макрогематурия может длиться до десяти дней. Микрогематурия часто сохраняется в течение месяцев и нескольких лет после возникновения постстрептококкового гломерулонефрита. Отеки наблюдаются у 65–90% пациентов. Причина отеков – задержка натрия и жидкости в организме. Асцита обычно нет. Отек легких также явление редкое, но может наблюдаться в более тяжелых случаях. Гипертония часто встречается при отеках, поскольку данные состояния имеют общее происхождение – чрезмерная задержка жидкости и солей. Повышение давления имеет место у 60–80% пациентов с постстрептококковым гломерулонефритом и требует лечения примерно в половине случаев. Церебральные симптомы, такие как головная боль или нарушение зрения, описаны у одной трети всех пациентов с постстрептококковым гломерулонефритом, а гипертоническая энцефалопатия зарегистрирована у 11% пациентов, не получавших лечения [3].

Диагноз постстрептококкового гломерулонефрита подтверждается клиническими находками, особенно при наличии в анамнезе недавней БГСА-инфекции, и требует проведения нескольких лабораторных анализов. В идеале подтвердить БГСА-тонзиллофарингит во время острой инфекции можно по результатам экспресс-тестирования на стрептококковый антиген или культурального обследования посевов со слизистой оболочки глотки. Подтвержденный посевами стрептококковый тонзиллофарингит наблюдается только у 10–20% пациентов с болью в горле, что повышает ценность тестирования, позволяющего избежать гипердиагностики и чрезмерного лечения пациентов, у которых причины боли в горле иные (например, вирусного происхождения) [4].

Потенциально подтвердить недавнюю стрептококковую инфекцию в отсутствие положительного результата мазков могут повышенные титры АСЛ-О. Титры АСЛ-О обычно достигают максимума примерно в период от двух до четырех недель после эпизода тонзиллофарингита и остаются повышенными в течение нескольких месяцев. Таким образом, обнаружение повышенного титра АСЛ-О со временем может быть диагностически ценным. Однако существуют ограничения на использование титров АСЛ-О в обычной клинической практике. Взятие крови потенциально до роста и пика титров АСЛ-О чревато ложноотрицательным результатом. У пациентов, которые лечились антистрептококковыми антибиотиками, тесты менее чувствительны, достижение пика титра АСЛ-О затруднительно.

Несмотря на ограниченные возможности лечения постстрептококкового гломерулонефрита, прогноз заболевания хороший. Обычно в течение десяти дней уровень креатинина в сыворотке возвращается к прежним значениям, а в течение трех четырех недель после начатого лечения – к исходному уровню.

Таким образом, адекватная микробиологическая интерпретация позволяет своевременно выявить острый тонзиллофарингит или обострение хронического тонзиллита, вызванного БГСА, и назначить этиотропное лечение. Для пациентов с типичным течением заболевания скрининг анализа мочи должен проводиться в течение месяца после перенесенного острого стрептококкового тонзиллофарингита. Необходимо также предпринять меры для профилактики рецидивов. Контролировать уровень АД пациентам следует самостоятельно в течение года. Из медикаментозной терапии при патологии почек на фоне острого тонзиллита необходимо исключить нефротоксические препараты (нестероидные противовоспалительные средства, аминогликозиды, ципрофлоксацин, сульфаниламиды, ванкомицин, ингибиторы протонной помпы). С особой осторожностью надо относиться к назначению местных препаратов, направленных на купирование боли в горле и профилактику рецидивов, так как в состав большинства препаратов местного действия входят нестероидные противовоспалительные средства с нефротоксическим эффектом.

Для пациентов с обострением воспалительных заболеваний глотки и сопутствующим заболеванием почек важен подбор эффективной и безопасной терапии. В исследованиях, проведенных в разных медицинских учреждениях страны, показано, что Тонзилгон Н высокоэффективен в лечении и профилактике ряда заболеваний. В первую очередь это относится к различным патологиям лимфоузлов глоточного кольца (гипертрофия небных и глоточных миндалин, хронический тонзиллит, аденоидит) [5]. В состав препарата Тонзилгон Н входят экстракты цветков ромашки аптечной, травы хвоща, корня алтея, травы тысячелистника, листьев грецкого ореха, коры дуба, травы одуванчика [6]. Благодаря комбинированному составу лекарственных растений препарат обладает комплексным действием: иммуномодулирующим, антисептическим, антибактериальным, противовирусным и противовоспалительным [7].

В ряде исследований эффективности Тонзилгона Н при хроническом тонзиллите и фарингите, рецидивирующих инфекциях верхних дыхательных путей, в основном у взрослых, были получены обнадеживающие результаты [8–10].

В России утвержденные показания к применению лекарственного препарата Тонзилгон Н включают острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей (тонзиллит, фарингит, ларингит), профилактику осложнений при респираторно-вирусных инфекциях, а также использование в качестве вспомогательного средства в дополнение к антибактериальной терапии при бактериальных инфекциях.

Согласно клиническим рекомендациям по лечению хронического тонзиллита, Тонзилгон Н показан взрослым и детям [1, 7] как препарат, оказывающий комплексное действие на ключевые звенья патогенеза тонзиллита, включая рецидивирующий и хронический тонзиллит, курсами в межрецидивном периоде с целью профилактики рецидивов и улуч-



Bionorica®

ВКЛЮЧЕН
в Клинические
Рекомендации
МЗ РФ^{3, 4}

Растительный лекарственный препарат

Тонзилгон® Н

- ☝ Способствует уменьшению воспаления и боли в горле
- ☝ Помогает снизить количество обострений хронического тонзиллита¹
- ☝ Предупреждает развитие осложнений при ОРВИ

Для детей
от 1 года
и взрослых²



Природа. Наука. Здоровье.

www.tonsilgon.ru




РЕКЛАМА

1. Дроздова М. В., Рязанцев С. В. Опыт применения препарата Тонзилгон Н при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей. Российская оториноларингология, 2016; №5(84):120-125. DOI: 10.18692/1810-4800-2016-5-120-125. 2. Тонзилгон® Н (капли) – для взрослых и детей от 1 года, Тонзилгон® Н (таблетки) – для взрослых и детей старше 6 лет. РУ: П N014245/02 ОТ 30.12.2011, П N014245/01 ОТ 29.12.2011. 3. КР306. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит), 2021 г. 4. КР683. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Хронический тонзиллит, 2021 г.
Реклама. Рекламодатель ООО «Бионорика» (ИНН 7729590470).

Материал предназначен для медицинских и фармацевтических работников



шения течения тонзиллофарингита. Выпускается в таблетках и каплях. Назначается взрослым для лечения тонзиллита по 25 капель или две таблетки пять-шесть раз в день. После исчезновения острых симптомов и профилактики рецидивов назначает-

ся по 25 капель или две таблетки три раза в день. Препарат Тонзилгон Н не обладает нефротоксичным эффектом и может быть рекомендован пациентам с тонзиллитом и заболеванием почек для профилактики и лечения обострений. 

Литература

1. Хронический тонзиллит. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. М.: Минздрав России, 2021.
2. Легкова Ю.В. Выбор тактики лечения хронического тонзиллита у пациентов с IgA-нефропатией: дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2023.
3. Satoskar A.A., Parikh S.V., Nadasdy T. Epidemiology, pathogenesis, treatment and outcomes of infection-associated glomerulonephritis. *Nat. Rev. Nephrol.* 2020; 16 (1): 32–50.
4. Колесникова О.М., Карпищенко С.А., Легкова Ю.В. Противовоспалительная терапия заболеваний глотки. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae.* 2019; 25 (3): 53.
5. Основные направления использования фитопрепарата «Тонзилгон Н» в педиатрической практике (обзор). Научно-практический электронный журнал Аллея Науки. 2018; 10 (26).
6. Вавилова В.П., Абрамов-Соммарива Д., Стайнл Г. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата Тонзилгон® Н при лечении рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей: неинтервенционное исследование в России. *РМЖ.* 2017; 5: 350–358.
7. Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит). Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. М.: Минздрав России, 2021.
8. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю. и др. Изучение эффективности и безопасности препарата Тонзилгон Н. *Медицинский совет.* 2016; 17: 14–16.
9. Дрынов Г.И., Иванюшкина О.К., Дьякова Ф.Н. Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом Тонзилгон® Н. *Детский доктор.* 2001; 1: 67–69.
10. Вавилова В.П., Абрамов-Соммарива Д., Воннеманн М. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата Тонзилгон® Н при лечении рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей: неинтервенционное исследование в России. *РМЖ.* 2017; 5: 350–358.

Chronic Inflammatory Pathology of the Pharynx in Patients with Chronic Glomerulonephritis. Prevention of Relapses

O.M. Kolesnikova, PhD, S.A. Karpishchenko, PhD, Prof.

Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

Contact person: Olga M. Kolesnikova, olga_lozo@mail.ru

Chronic tonsillitis refers to common diseases. Timely detection and treatment of decompensated chronic tonsillitis, including acute forms, is one of the most important tasks of healthcare, because neglected, untreated tonsillopharyngitis leads to a number of severe complications, in particular from the kidneys. Microbiological interpretation allows timely detection of acute tonsillopharyngitis or exacerbation of chronic tonsillitis caused by beta-hemolytic streptococcus group A and prescribe etiotropic treatment. In patients with chronic tonsillitis and kidney disease, exacerbations of tonsillitis often occur in an erased form, without a classic picture of angina, which entails an inadequate interpretation of the patient's condition and the appointment of symptomatic treatment in the absence of antibacterial therapy. As a consequence, the development of kidney diseases. The most common symptoms of acute post-streptococcal glomerulonephritis include the classic triad: macrohematuria, edema and hypertension. However, a number of patients may have only a subclinical lesion with microscopic hematuria, slightly elevated blood pressure, without obvious edema. Such patients may never seek medical help. Therefore, after suffering acute streptococcal tonsillopharyngitis, a urine test screening should be carried out within a month and anti-relapse therapy is prescribed. Patients should monitor blood pressure independently for a year at home. Nephrotoxic drugs (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, aminoglycosides, ciprofloxacin, sulfonamides, vancomycin) should be excluded from the scheme of drug therapy in patients with kidney pathology on the background of acute tonsillitis.

Keywords: acute tonsillitis, post-streptococcal glomerulonephritis, chronic tonsillitis, angina