

# Выбор терапии инфекций верхних дыхательных путей с учетом потребностей пациентов



Руководство для врачей



*Разработано*

НИИ антимикробной химиотерапии  
ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Межрегиональной ассоциацией по клинической микробиологии  
и антимикробной химиотерапии при участии  
Международной группы по партнерству в области респираторных инфекций



**АНТИБИОТИК - НАДЕЖНОЕ ОРУЖИЕ,  
ЕСЛИ ЦЕЛЬ - БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ**  
ИНФОРМАЦИОННАЯ КАМПАНИЯ

[www.antibiotic-save.ru](http://www.antibiotic-save.ru)



## Введение

Инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП) представляют собой группу наиболее распространенных заболеваний в амбулаторной практике<sup>1</sup>. Несмотря на их преимущественно легкое течение и тенденцию к спонтанному разрешению<sup>2-4</sup>, многие пациенты с ИВДП обращаются за помощью к врачу, что обусловлено в первую очередь желанием как можно быстрее избавиться от симптомов болезни.

Вопреки растущей устойчивости бактериальных возбудителей к антибиотикам, многим пациентам с ИВДП по-прежнему назначаются системные антибактериальные препараты (АБП).<sup>7,8</sup> Практика необоснованного назначения антибиотиков при ИВДП широко распространена как во всем мире, так и в России, несмотря на тот факт, что большинство ИВДП имеют вирусную этиологию и, таким образом, не требуют назначения АБП.<sup>3,5</sup>

Настоящее руководство содержит ответы на наиболее актуальные вопросы, которые возникают у врача при лечении пациентов с ИВДП. Оно разработано с целью формирования оптимальной стратегии ведения больных с ИВДП в амбулаторной практике, которая учитывает потребности пациентов (в частности, стремление в максимально короткие сроки избавиться от симптомов болезни), и направлено на сокращение необоснованного использования системных АБП.



### Данное руководство поможет Вам:

- ✓ Узнать более подробно о причинах роста и распространения антибиотикорезистентности среди возбудителей ИВДП.
- ✓ Ознакомиться с результатами исследований, изучавших основные потребности пациентов с ИВДП при обращении к специалисту.
- ✓ Получить дополнительную информацию о возможностях симптоматической терапии ИВДП.
- ✓ Ознакомиться более подробно со стратегией назначения АБП пациентам с ИВДП, в том числе при боли в горле.
- ✓ Рассмотреть различные сценарии «ведения» пациентов с болью в горле в амбулаторной практике.

## Антибиотикорезистентность

Антибиотикорезистентность представляет собой глобальную угрозу для здоровья населения, в развитии которой ключевая роль отводится нерациональному использованию АБП.<sup>6,10</sup> Взаимосвязь между применением антибиотиков и возникновением устойчивости к ним подтверждается более высоким уровнем антибиотикорезистентности в странах с избыточным потреблением указанных препаратов.<sup>6,11</sup>

Инфекции, возбудители которых устойчивы к АБП, ежегодно являются причиной 25000 летальных исходов в странах Европы.<sup>12</sup> По оценкам ученых, в США до 99000 смертей в год приходится на внутрибольничные (нозокомиальные) инфекции, большинство из которых вызваны микроорганизмами с множественной антибиотикорезистентностью.<sup>13</sup>

Несмотря на то, что антибиотикорезистентность более актуальна для стационаров, недавние исследования свидетельствуют об угрозе ее чрезвычайно быстрого распространения в амбулаторной практике.<sup>14</sup> По мнению экспертов ВОЗ, в настоящее время человечество находится под угрозой возвращения в «доантибиотическую эру», что, в свою очередь, может привести к утрате контроля над инфекционными заболеваниями,

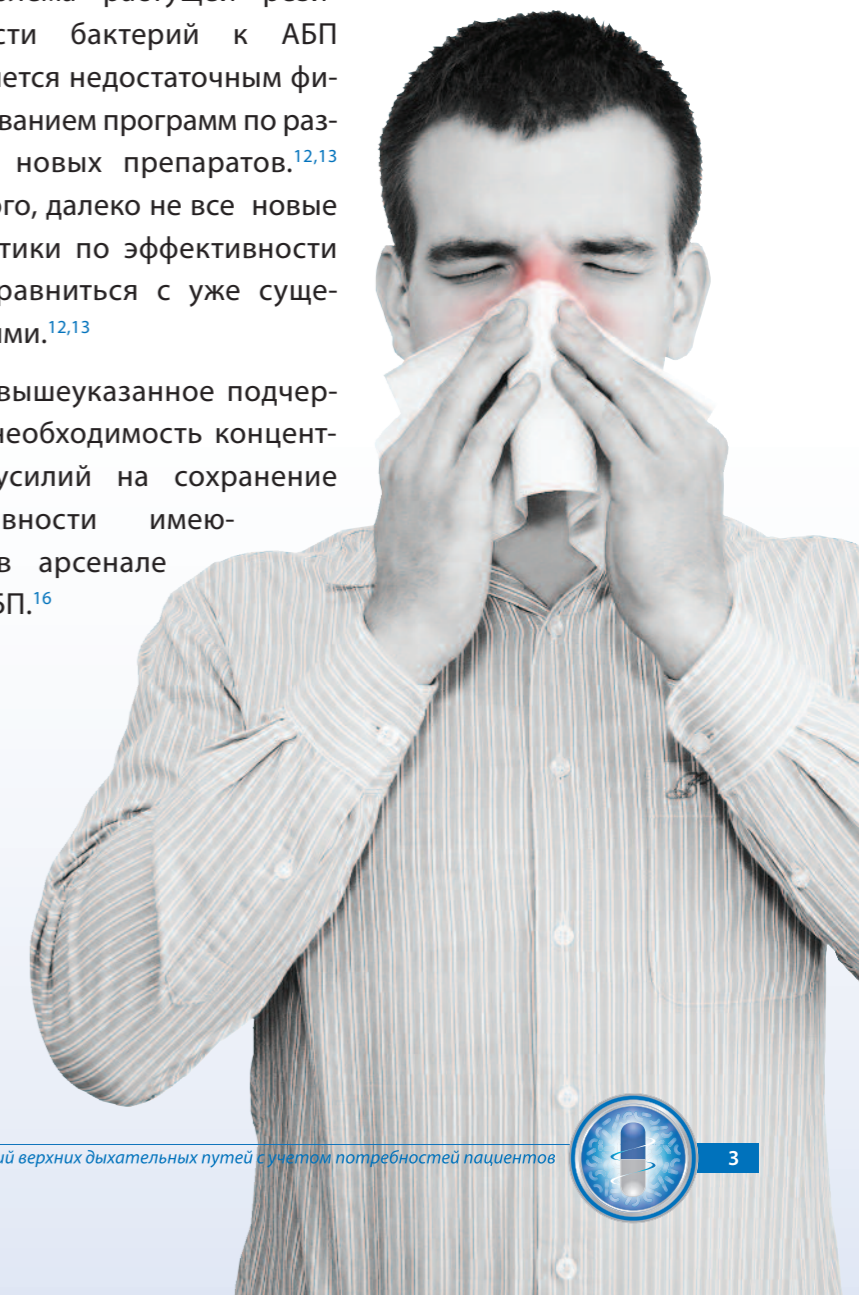
«*Ненадлежащее и нерациональное использование антимикробных препаратов приводит к формированию благоприятных условий для появления, распространения и сохранения устойчивых микроорганизмов.*»

*Всемирная организация здравоохранения<sup>4</sup>*

повышению расходов на здравоохранение, а также поставить под угрозу достижения медицины последних ста лет.<sup>15</sup>

Проблема растущей резистентности бактерий к АБП осложняется недостаточным финансированием программ по разработке новых препаратов.<sup>12,13</sup> Более того, далеко не все новые антибиотики по эффективности могут сравниться с уже существующими.<sup>12,13</sup>

Все вышеуказанное подчеркивает необходимость концентрации усилий на сохранение эффективности имеющихся в арсенале врача АБП.<sup>16</sup>



# Респираторные инфекции и антибиотикорезистентность

Инфекции дыхательных путей (ИДП) являются лидирующей причиной обращений к врачу<sup>1</sup>, а также использования антибиотиков в амбулаторной практике (80-90% назначений данной группы лекарственных средств).<sup>6,17</sup> ИДП подразделяются на инфекции верхних и нижних дыхательных путей. Большинство ИВДП представляют собой заболевания вирусной этиологии<sup>3,9</sup> с преимущественно легким течением.<sup>3</sup> Например, по данным исследований, тонзиллофарингит у взрослых вызывается вирусами в 85-90% случаев.<sup>10,18</sup>

Следует отметить, что, независимо от этиологии (вирусная или бактериальная), подавляющее большинство ИВДП разрешаются спонтанно без назначения АБП,<sup>3</sup> что,

прежде всего, обусловлено способностью иммунной системы пациентов эффективно бороться с возбудителями таких инфекций.

Тем не менее, практика нерациональной антибиотикотерапии широко распространена во всем мире, особенно при лечении таких заболеваний, как ОРЗ, грипп, тонзиллофарингит и синусит.<sup>8</sup>

в Европе 57% назначений антибиотиков приходится на ИВДП и более 30% - на ИНДП; при этом на долю инфекций мочевыводящих путей – следующего по распространенности заболевания, в лечении которого используются АБП приходится всего 7% от общего числа назначений.

В Таиланде 80% пациентов с ИДП получают антибиотики.<sup>7</sup>

В США 68% назначений антибиотиков в амбулаторной практике приходится на ИДП.<sup>20</sup>

В Индии 45-80% пациентов с симптомами ИДП и диареей получают АБП.<sup>21</sup>

В Китае до 97% детей с ИДП предположительно вирусной этиологии получают антибиотики.<sup>22</sup>

В России 77% детей с ИДП предположительно вирусной этиологии получают антибиотики.

Результатом нерационального использования АБП является рост и распространение антибиотикорезистентности (рис. 1).

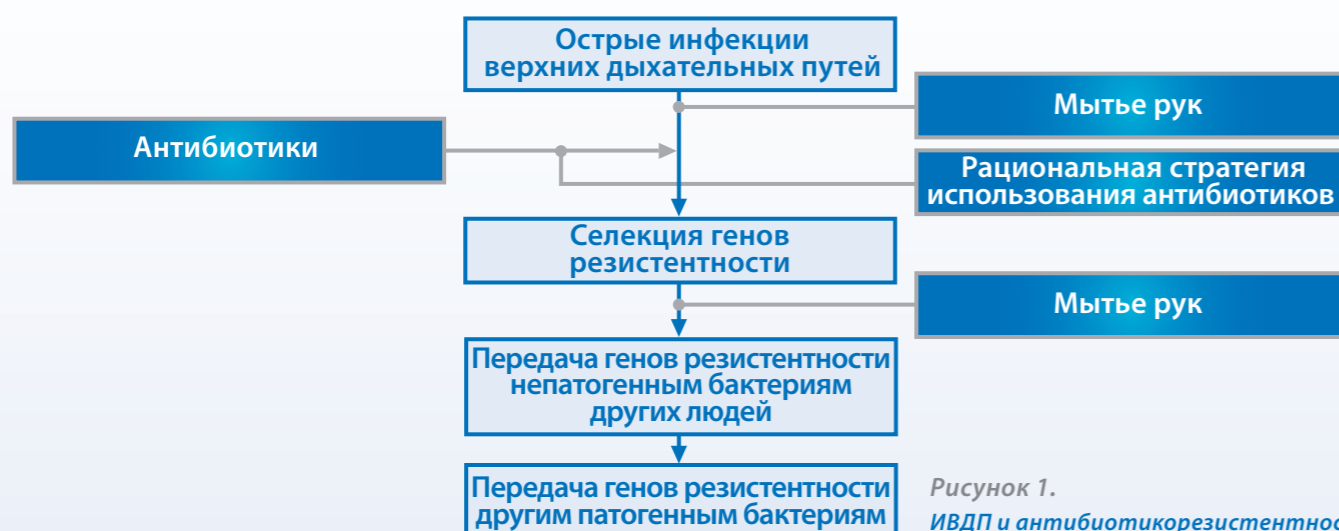


Рисунок 1. ИВДП и антибиотикорезистентность<sup>23</sup>

## Пожалуйста, ответьте на вопросы:

- ✓ Что, по Вашему мнению, является основным поводом обращения к Вам пациентов с ИВДП?
- ✓ Понимают ли пациенты, что назначение антибиотиков при ИВДП не может облегчить выраженность симптомов или способствовать скорейшему выздоровлению?
- ✓ Беседуете ли Вы с пациентом на тему риска развития антибиотикорезистентности?
- ✓ Есть ли у пациентов реалистичное представление о потенциальной длительности симптомов ИВДП и о том, в каких случаях необходимо обращаться за помощью к специалисту?
- ✓ Сталкивались ли Вы с настойчивой просьбой пациентов с ИВДП назначить антибиотик?
- ✓ Есть ли среди Ваших пациентов те, кто знает разницу между вирусной и бактериальной этиологией боли в горле?
- ✓ Считаете ли Вы причиной необоснованного назначения антибиотиков при ИВДП дефицит времени для полноценного осмотра и обследования пациента?

Неадекватная антибиотикотерапия опасна для пациента неполной элиминацией возбудителя, который приобретает устойчивость к АБП и может сохраняться в организме даже спустя год после проведения терапии.<sup>24</sup> В таких случаях для полного излечения врач будет вынужден применять АБП второго ряда с более широким спектром действия, что, в свою очередь, приводит к дальнейшей селекции антибиотикорезистентности.

Известно, что самым частым бактериальным возбудителем ИДП является *Streptococcus pneumoniae* (или пневмококк). ИДП, вызванные *Streptococcus pneumoniae*, несмотря на наличие АБП, по-прежнему занимают ве-

дущее место в мире в структуре смертности от инфекционных болезней.<sup>25</sup> По данным ученых, распространенность полирезистентных штаммов *Streptococcus pneumoniae* в Азии составляет 60%, в США - 9-24%, в Европе - 0-43%.<sup>25</sup> Устойчивость пневмококка к АБП сопровождается увеличением длительности госпитализации и затрат на лечение ИДП, а также резким возрастанием риска неблагоприятного исхода для пациента.<sup>15</sup>

Хотя в РФ ситуация с резистентностью пневмококков к АБП остается более благоприятной, частота выявления полирезистентных штаммов возбудителя из года в год неизменно увеличивается.

Известно, что антибиотики оказывают очень ограниченное влияние (если вообще обладают таковым!) на течение ИВДП. В большинстве случаев для разрешения симптомов заболевания достаточно использования симптоматической терапии.<sup>26</sup> В связи с этим пересмотр показаний к назначению АБП пациентам с ИВДП в амбулаторной практике мог бы стать одним из ключевых шагов, направленных на снижение роста антибиотикорезистентности.

Ключ к решению проблемы необоснованного применения АБП и растущей антибиотикорезистентности – это оптимизация основных этапов взаимодействия врача и пациента.



# Трехэтапный подход к лечению ИВДП

Представленная модель поможет Вам подобрать наиболее эффективную стратегию симптоматической терапии ИВДП и снизить частоту необоснованного назначения системных АБП:

- 👉 **1 этап: Выясните, что беспокоит пациента**
- 👉 **2 этап: Будьте бдительны – оцените тяжесть заболевания и риск осложнений**
- 👉 **3 этап: Дайте рекомендации по эффективному самоконтролю заболевания**

## [1] 1 этап: Выясните, что беспокоит пациента

Для выбора правильной тактики лечения конкретного больного очень важно уделить особое внимание симптомам, которые тревожат его и выяснить его ожидания от лечения.

Проявление сочувствия и понимание потребностей пациента чрезвычайно важны; некоторые больные способны преувеличивать значимость симптомов заболевания или имеют неверное представление о тактике лечения, в частности эффективности антибиотиков при ИВДП.<sup>5</sup>

Врачи амбулаторного звена во многих странах говорят о том, что регулярно сталкиваются с настойчивой просьбой пациентов с ИВДП назначить антибиотик.<sup>5</sup> Однако, как показывают исследования, представление врачей о неизменном стремлении пациента с ИВДП в ходе визита получить АБП довольно часто является преувеличением.<sup>27</sup>

По результатам проведенных исследований, основными поводами для обращения к врачу пациентов с ИВДП являются:<sup>5</sup>

- 👉 выяснение причины заболевания и/или исключение возможных серьезных проблем со здоровьем,
- 👉 потребность в быстром и эффективном устранении симптомов болезни,
- 👉 получение информации о дальнейшем течении заболевания и сроках выздоровления.

Согласно данным одного из исследований, у пациентов с тонзиллофарингитом потребность в назначении АБП была лишь на 11 месте среди 13 причин обращения за медицинской помощью.<sup>5</sup>

Таблица 1.  
Факторы, способствующие нерациональному использованию антибиотиков при ИВДП

Со стороны пациента/родителей	Со стороны врача
Обеспокоенность состоянием здоровья, необъективная оценка тяжести симптомов	Реальное или предполагаемое давление со стороны пациента/родителей
Неправильное представление о действии антибиотиков	Ограниченное время на осмотр пациента, не позволяющее провести разъяснительную беседу
Потребность в быстром восстановлении трудоспособности и возвращении на работу	Экономические аспекты (риск потерять клиентов в связи с неудовлетворенностью лечением и др.)
Необходимость ухода за детьми	Низкий уровень знаний или неверная трактовка полученной информации о проблеме

При беседе с пациентом, который ожидает получить или требует от врача назначения АБП, хорошо себя зарекомендовали следующие подходы: отсроченное назначение антибиотика, когда их прием рекомендуется только при длительно сохраняющихся проявлениях ИВДП на фоне

симптоматической терапии; повторный визит к врачу при отсутствии улучшения в течение нескольких дней.<sup>29</sup> Мета-анализ имеющихся данных по использованию отсроченного назначения АБП и/или их назначения только при определенных условиях не выявил неблагоприятного влияния

такой стратегии на клинические исходы.<sup>32</sup> Следует отметить, что в 80% случаев пациенты оставались удовлетворенными качеством медицинской помощи, несмотря на отказ врача назначить им АБП.<sup>28</sup>

## [2] 2 этап: Будьте бдительны – оцените тяжесть заболевания и риск осложнений

Осложнения ИВДП в амбулаторной практике встречаются крайне редко. Так, для предотвращения всего одного осложнения ИВДП необходимо назначить с профилактической целью 4000 курсов АБП.<sup>30</sup>

Тем не менее, в амбулаторной практике достаточно сложно, а порой и невозможно, на основании имеющихся в арсенале врача методов обследования установить этиологию ИВДП.<sup>31,32</sup>

Поэтому при решении вопроса о целесообразности применения антибиотиков при ИВДП у амбулаторных больных следует концентрироваться не столько на выявлении возбудителя (вирусы или бактерии), сколько на оценке тяжести состояния пациента, наличии у него определенных угрожающих здоровью симптомов, а также анализе факторов риска развития возможных осложнений.



### [3] 3 этап: Дайте рекомендации по эффективному самоконтролю заболевания

Важность взаимодействия врача с пациентом при ИВДП невозможно переоценить. В большинстве случаев разъяснения причин заболевания и грамотных рекомендаций по симптоматической терапии бывает достаточно для того, чтобы уменьшить тревогу пациента за свое здоровье<sup>5</sup> и обеспечить высокую степень удовлетворенности лечением даже без использования АБП.<sup>29</sup>

#### При общении с пациентом основное внимание следует уделять:

Разъяснению того, что для устранения симптомов ИВДП достаточно симптоматической терапии, так как ИВДП относятся к нетяжелым инфекциям с минимальным риском осложнений. Важно объяснить, что в таких случаях системные АБП не

нужны, так как они не сокращают продолжительность болезни, а их применение может сопровождаться рядом нежелательных реакций, таких, как антибиотик-ассоциированная диарея, аллергические реакции, суперинфекции (кандидоз полости рта, влаглища и др.).<sup>33</sup>

Подбору эффективной симптоматической терапии. Настроив пациента на симптоматическую терапию данного эпизода ИВДП, Вы формируете правильную модель его будущего поведения. Напротив, назначая антибиотик, Вы придаете пациенту уверенность в необходимости его применения при появлении подобных симптомов в будущем.<sup>27</sup> При подборе препаратов для симптоматической терапии следует уделять осо-

бое внимание форме выпуска и особенностям применения лекарственных средств, чтобы они отвечали потребностям пациента и учитывали его предпочтения.

#### Разработке дальнейшего плана действий:

Расскажите пациенту о средней продолжительности присутствующих у него симптомов ИВДП (рис. 3).

Опишите наиболее частые ситуации, при которых может потребоваться повторная консультация врача (например, сохранение симптомов заболевания дольше обычного, появление новых, необычных симптомов или наличие высокого риска развития осложнений).

Рисунок 3. Средняя продолжительность симптомов ИВДП<sup>2, 34-36</sup>



## Чувствительность пневмококков к различным антибиотикам в России



\* Соответствует активности амоксициллина  
Козлов Р.С., и соавт. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2015; 17(1)

## Чувствительность гемофильной палочки к различным антибиотикам в России



Сивая О. В., и соавт. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2014; 16(1):57-59





**Боль в горле является одним из частых симптомов ОРВИ. Боль в горле также может быть ключевым проявлением острого тонзиллофарингита.**

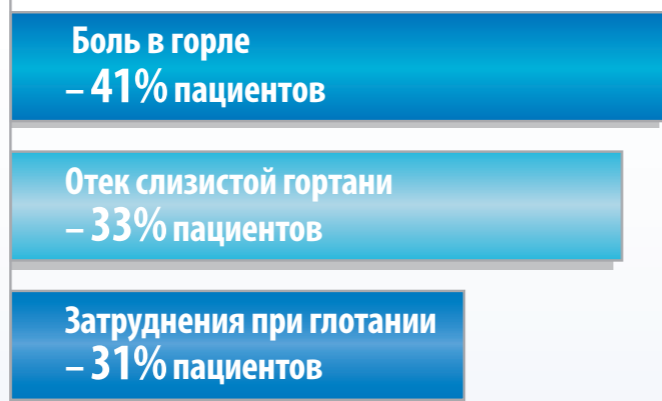
**Боль в горле является хорошей моделью для демонстрации преимуществ трехэтапного подхода при лечении ИВДП в амбулаторной практике, поскольку:**

- В 85-90% случаев тонзиллофарингит у взрослых имеет вирусную этиологию.<sup>18</sup> Следовательно, антибиотики у большинства таких пациентов неэффективны.
- Назначение системных АБП при бактериальных тонзиллофарингитах, на долю которых у взрослых приходится около 10%,<sup>18</sup> показало незначительные преимущества перед группой симптоматической терапии (разрешение симптомов на 16 ч быстрее при общей продолжительности заболевания 7 дней).<sup>34</sup> Учитывая такой «скромный» эффект, необходимо сопоставлять риск возможных нежелательных реакций с потенциальными преимуществами назначения АБП.
- Симптомы острого тонзиллофарингита в большинстве случаев разрешаются самостоятельно: у 40% пациентов в течение 3 дней, у 82% - в течение 7 дней.<sup>34</sup> Назначение АБП, как правило, требуется при тяжелом состоянии пациента, а также развитии осложнений, таких, как паратонзиллярный абсцесс или ревматическая лихорадка.<sup>34,41</sup>

## 1 этап: Выясните, что беспокоит пациента

В первую очередь необходимо выявить основные симптомы заболевания и уточнить, что беспокоит пациента. Боль в горле является одной из основных причин обращения к врачу при остром тонзиллофарингите<sup>5</sup> и самой частой жалобой, доставляющей дискомфорт и вызывающей тревогу у пациентов.<sup>42</sup>

Основные жалобы, которые предъявляют пациенты с тонзиллофарингитом:



Другим поводом для обращения к врачу при тонзиллофарингите является желание выяснить причину заболевания и понять, насколько оно серьезно, а также узнать предполагаемую продолжительность симптомов болезни.<sup>5</sup> Поскольку до 50% пациентов испытывают тревогу и обеспокоенность своим здоровьем, проведение разъяснительной беседы приобретает особую важность.

## 2 этап: Будьте бдительны – оцените тяжесть заболевания и риск осложнений

Пациенту следует объяснить, что тонзиллофарингит представляет собой локализованный процесс, который крайне редко приводит к развитию осложнений и в большинстве случаев имеет вирусную этиологию.<sup>18</sup> Бактериальный тонзиллофарингит встречается лишь у небольшой доли пациентов.<sup>18</sup>

Самым частым возбудителем острого бактериального тонзиллофарингита является β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА)<sup>18</sup>, на долю которого приходится от 10% слу-

чаев инфекции у взрослых и детей младшего возраста до 1/3 случаев тонзиллофарингита у детей в возрасте от 5 до 15 лет.<sup>18</sup> У пациентов с тонзиллофарингитом, вызванным БГСА, не исключается развитие ревматической лихорадки<sup>34</sup>, хотя в развитых странах в настоящее время данное состояние регистрируется очень редко.<sup>40</sup>

Использование шкалы МакАйзека позволяет оценить вероятность наличия у пациента БГСА-инфекции (см. таблицу 2).<sup>18,40</sup> Чем больше

критериев выявлено у больного, тем больше вероятность бактериального тонзиллофарингита. Однако, даже у пациентов с 4 баллами по шкале МакАйзека, преимущества от назначения системных АБП остаются не до конца очевидными.<sup>40</sup> Так, по результатам мета-анализа, применение антибиотиков способствовало сокращению продолжительности симптомов тонзиллофарингита лишь на 16 ч.<sup>34</sup>

Таблица 2. Шкала МакАйзека

Критерий	Оценка в баллах
Температура тела выше 38°C	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность передних шейных лимфатических узлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
<b>Возраст</b>	
3-14 лет	1
15-44 года	0
45 и более	-1





## Пациенты с высоким риском развития осложнений<sup>2, 40, 44</sup>

При выборе тактики лечения и определении показаний к назначению АБП следует выделить группу пациентов, имеющих высокий риск развития осложнений:<sup>40</sup>

- ✓ пожилые пациенты в возрасте 65 лет, недоношенные дети, а также дети младше 2 лет,
- ✓ пациенты с иммуносупрессией (например, получающие химиотерапию, ВИЧ-инфицированные),
- ✓ пациенты с сопутствующими хроническими заболеваниями, такими, как сахарный диабет, муковисцидоз, ХОБЛ, ВИЧ-инфекция и др.

## [3] 3 этап: Дайте рекомендации по эффективному самоконтролю заболевания

### Успокойте пациента

Общаясь с пациентом, акцентируйте внимание на том, что тонзиллофарингит – распространенное заболевание, симптомы которого в 80% случаев разрешаются самостоятельно в течение одной недели.<sup>34</sup>

Успокойте пациента, рассказав о том, что данное заболевание крайне редко приводит к развитию серьезных осложнений, а для скорейшего облегчения симптомов Вы можете предложить ему широкий спектр лекарственных средств.<sup>45</sup>

Если пациент настаивает на назначении антибиотика, выясните, какую цель он преследует. Если больной таким способом рассчитывает уменьшить боль, следует объяснить, что в таком случае достаточно использовать симптоматическую терапию. Кроме того, пациент должен знать, что применение антибиотиков может привести к развитию нежелательных реакций и в данном случае принести больше вреда, чем пользы.<sup>3,33</sup>

## Назначьте симптоматическую терапию

Назначение препаратов, помогающих быстро снять боль, уменьшить воспаление и облегчить глотание, позволит устранить основные симптомы тонзиллофарингита<sup>42</sup> и отвлечь пациента от навязчивого желания принимать антибиотики. Для облегчения симптомов тонзиллофарингита существует множество препаратов местного и системного действия, отвечающих индивидуальным предпочтениям пациента.

### Среди препаратов системного действия выделяют:

✓ Пероральные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), например, ибупрофен, парацетамол и аспирин.

Они оказывают анальгезирующее действие за счет способности подавлять образование медиаторов боли и воспаления (простагландинов) в организме, в том числе, на уровне ЦНС.<sup>46,47</sup>

Данные препараты выпускаются в разных лекарственных формах: в виде таблеток, капсул, растворимых таблеток, суспензий.

### К препаратам для местного применения относятся:

✓ НПВС в форме таблеток для рассасывания (леденцов), например, флурбипрофен, который облегчает боль в горле, уменьшает воспаление<sup>49-51</sup> и обеспечивает смягчающее действие. При этом действующее вещество высвобождается медленно, обеспечивая постепенное его поступление в верхние дыхательные пути.<sup>48</sup>

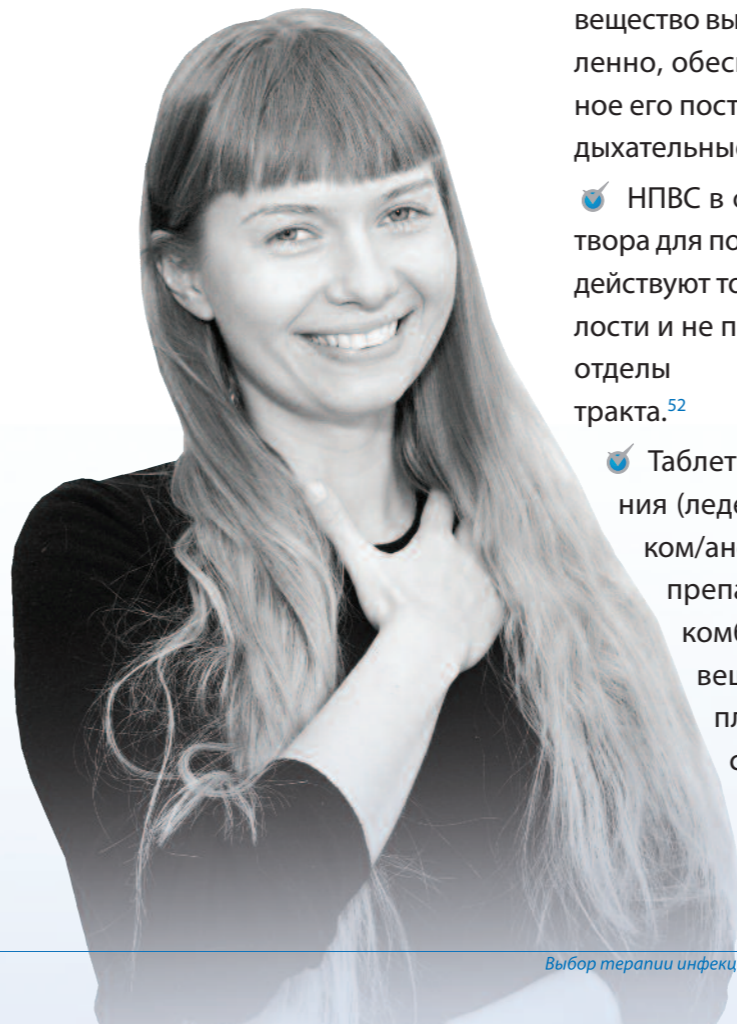
✓ НПВС в форме спрея / раствора для полоскания, которые действуют только в ротовой полости и не проникают в другие отделы респираторного тракта.<sup>52</sup>

✓ Таблетки для рассасывания (леденцы) с антисептиком/анестетиком. Многие препараты содержат комбинацию активных веществ для комплексного воздействия при боли в горле. К таким веществам отно-

сятся местные анестетики, уменьшающие чувствительность слизистой оболочки к воздействию раздражителей<sup>53,54</sup> (например, лидокаин, бензокаин, гексилрезорцин), которые используют в сочетании с антисептиками, оказывающими как антибактериальное, так и противовирусное действие (например, амилметакрезол, 2,4-дихлорбензиловый спирт) или проявляющими только антибактериальную активность (например, цетилперидин). Данная группа препаратов сопоставима с НПВС по значимости в симптоматической терапии острого тонзиллофарингита.

✓ Вещества, обладающие смягчающим эффектом (мед, глицерин).<sup>48,51</sup>

В некоторых клинических ситуациях, когда не удастся ограничиться назначением одного препарата в терапии острого тонзиллофарингита, необходимо рационально подобрать комбинацию лекарственных средств. До назначения лечения уточните у пациента, какие препараты и в какой дозировке он уже использует. Убедитесь, что данная комбинация препаратов является оправданной (например, нельзя одновременно назначать два и более препарата, содержащих НПВС).





## Объясните пациенту, что ему делать дальше

Хотя поощрение самоконтроля является ключевым моментом в рациональном использовании АБП при боли в горле, пациент должен знать, что в случае необходимости он может вновь обратиться за помощью к врачу. Разъясните пациенту, в каких случаях ему может потребоваться повторная консультация специалиста.

Несмотря на то, что в большинстве случаев симптомы разрешаются в течение 7 дней,<sup>2, 34</sup> в некоторых случаях пациенты могут нуждаться в неотложной помощи и/или дополнительном обследовании (см. таблицу 3).

Таблица 3.  
Признаки и симптомы, требующие особого внимания со стороны врача

Если «тревожные» симптомы появляются у пациентов, входящих в группу высокого риска осложнений, наблюдение за ними должно быть особенно тщательным.



### Признаки и симптомы, требующие особого внимания со стороны врача

- ✓ Кашель с отделением мокроты и примесью крови
- ✓ Одышка
- ✓ Односторонний отек шеи, не связанный с лимфатическими узлами
- ✓ Сильное затруднение при глотании
- ✓ Очень высокая температура (>39°C) или потливость в ночные часы
- ✓ Слюнотечение или приглушенный голос
- ✓ Свистящее дыхание
- ✓ Тяжелое общее состояние

## Примеры использования трехэтапной модели при боли в горле

Врачи часто сталкиваются с трудностями при попытке изменить отношение пациентов к назначению антибиотиков. Ниже представлены примеры рекомендаций по формированию модели общения с пациентом.

### [1] 1 этап: Выясните, что беспокоит пациента

#### Начните беседу с открытого вопроса

Чем я могу помочь/ что я могу сделать для Вас?

#### Убедитесь, что у пациента присутствуют симптомы, которые его беспокоят.

Я понимаю, что это причиняет Вам боль/дискомфорт.  
Как давно Вас это беспокоит?

#### Определите, какие симптомы больше всего беспокоят пациента.

Что Вас беспокоит больше всего/ какие из симптомов причиняют Вам наибольший дискомфорт?

#### Выясните, какие действия предпринимал пациент для устранения симптомов до обращения к Вам.

Вы уже пробовали какое-либо лечение? Что это было? Как Вы считаете, оно Вам помогло?





## [2] 2 этап: Будьте бдительны – оцените тяжесть заболевания и риск осложнений

**Если у пациента имеется менее 2 критериев по шкале МакАйзека и он не входит в группу высокого риска развития осложнений, убедите больного, что его заболевание носит локализованный характер, имеет вирусную этиологию и существует весьма низкая вероятность наличия у него серьезной инфекции.**

Осмотрев Ваше горло, я вижу, что есть проявления воспаления, но нет никаких признаков серьезной бактериальной инфекции. Ваша иммунная система может сама справиться с этим заболеванием. Около 85-95% случаев инфекции, сопровождающейся болью в горле у взрослых вызываются вирусами, которые не чувствительны к антибиотикам. Я думаю, что у Вас именно такой случай.

**Если пациент относится к группе с высоким риском развития осложнений, порекомендуйте ему повторно обратиться за медицинской помощью, если симптомы будут сохраняться в течение недели без положительной динамики, или раньше, если характер течения заболевания изменится, например, появятся новые симптомы.**

Около 85-95% случаев инфекции, сопровождающейся болью в горле у взрослых вызываются вирусами, которые не чувствительны к антибиотикам. Я предполагаю, что у Вас именно такой случай. Но, учитывая Ваш возраст/сопутствующее заболевание/ослабленный иммунитет, я рекомендую Вам прийти снова, если почувствуете, что Вам не становится лучше в течение недели, либо даже раньше, если Вам станет хуже.

**Если при оценке по шкале МакАйзека пациент набирает 2-3 балла, при этом он не относится к группе высокого риска развития осложнений, обсудите с пациентом, насколько польза от назначения антибиотиков превышает риск и примите совместное решение об их назначении. Вы также можете предложить пациенту симптоматическую терапию, выписать рецепт на антибиотик, но его покупку и прием рекомендовать только в том случае, если в течение 48 ч. ему не станет лучше на фоне симптоматической терапии.**

**Если у Вас есть тест для экспресс-диагностики стрептококковой инфекции, Вы можете принимать решение о назначении АБП на основании его результатов.**

Около 85-95% случаев инфекции, сопровождающейся болью в горле у взрослых вызываются вирусами, но в Вашем случае нельзя исключить и бактериальную инфекцию. Иммунная система большинства людей в состоянии справиться с такой инфекцией самостоятельно без применения антибиотиков. Давайте подумаем, что в Вашем случае будет наиболее оптимально. Лечение бактериального тонзиллофарингита антибиотиками может лишь немного ускорить разрешение симптомов. Антибиотикам необходимо время для того, чтобы подействовать, следовательно, они не смогут быстро устранить боль в горле, снизить температуру. Но я могу предложить Вам другие препараты, которым это под силу. Кроме того, есть вероятность того, что антибиотик может вызвать у Вас побочные эффекты, например жидкий стул, сыпь на коже. К тому же, используя антибиотик сейчас, мы можем снизить его эффективность в дальнейшем и вылечить инфекции, когда он Вам действительно будет необходим, окажется сложнее.

## [3] 3 этап: Дайте советы по эффективному самоконтролю заболевания

**Важным в общении с пациентом является необходимость рассказать о средней продолжительности симптомов тонзиллофарингита и случаях, когда необходимо повторно обратиться за медицинской помощью.**

В большинстве случаев проявления Вашей болезни разрешаются в течение недели. Если по истечении этого времени Вы не отмечаете заметного улучшения, например, у Вас будет сохраняться боль в горле, общее недомогание, либо у Вас появятся какие-то новые проявления болезни, особенно такие, как затруднение при дыхании или глотании, высокая температура, отек шеи, обязательно придите ко мне для повторного осмотра.

**Определите, в какой симптоматической терапии нуждается Ваш пациент.**

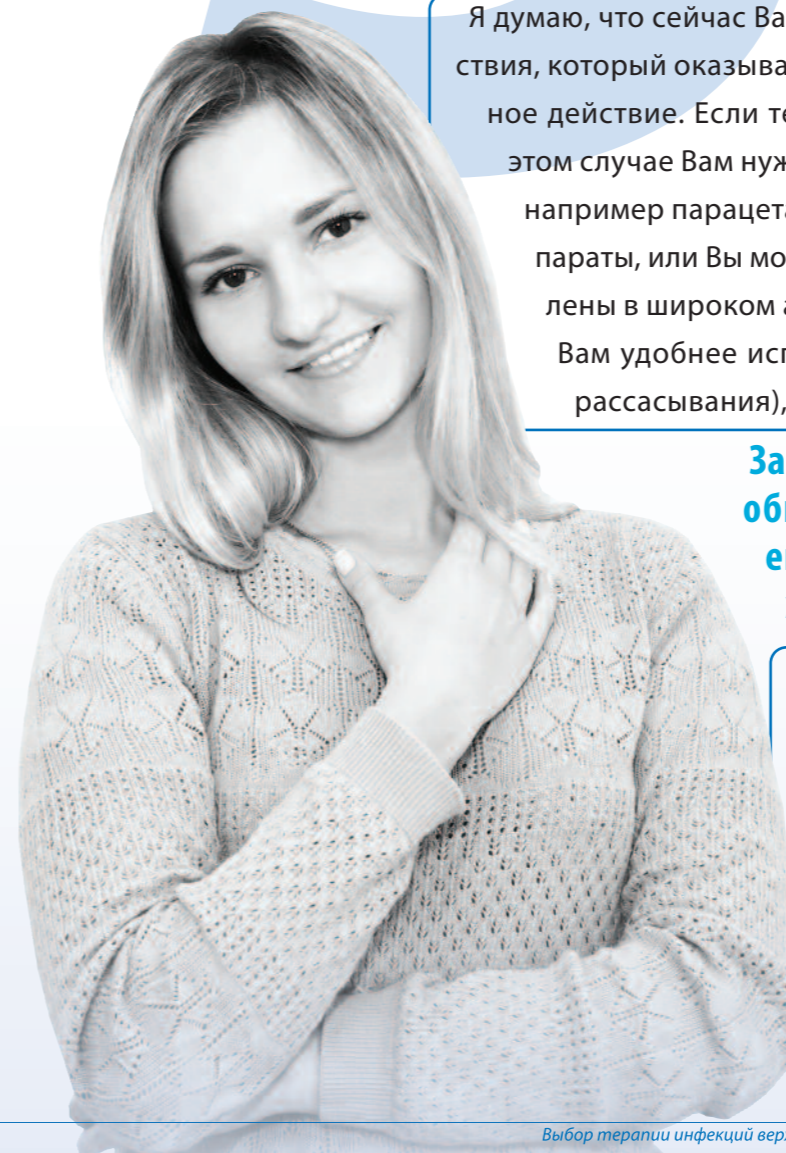
Для меня важно максимально облегчить Ваше самочувствие и избавить от проявлений болезни, которые Вас больше всего сейчас беспокоят.

**Предложите пациенту варианты для симптоматической терапии.**

Я думаю, что сейчас Вам можно попробовать препарат местного действия, который оказывает противовоспалительное и противомикробное действие. Если температура будет повышаться выше 38,5 °С, в этом случае Вам нужно будет принять жаропонижающее средство, например парацетамол/ибупрофен. Я могу выписать Вам эти препараты, или Вы можете приобрести их в аптеке, где они представлены в широком ассортименте. Они продаются без рецепта. Что Вам удобнее использовать - таблетки, леденцы (таблетки для рассасывания), спрей?

**Завершите общение с пациентом, дав ему общие рекомендации. Уточните у пациента, насколько ему понятно, что он должен делать.**

Во время болезни старайтесь больше отдыхать, пейте много жидкости, не переохлаждайтесь. Это поможет Вам поскорее поправиться. Если Вас будет что-то беспокоить, Вы в любой момент можете обратиться ко мне снова. У Вас есть ко мне еще какие-либо вопросы?





## Трехэтапный подход при лечении пациентов с болью в горле: резюме

### [1] 1 этап: Выясните, что беспокоит пациента

- ✓ Соберите анамнез, жалобы пациента. Постарайтесь выделить ключевые симптомы, которые в наибольшей степени доставляют пациенту дискомфорт.
- ✓ Во время общеклинического осмотра оцените состояние миндалин и регионарных лимфатических узлов. Не пропустите симптомы, которые могут свидетельствовать о тяжелом течении тонзиллофарингита и/или его осложнениях.

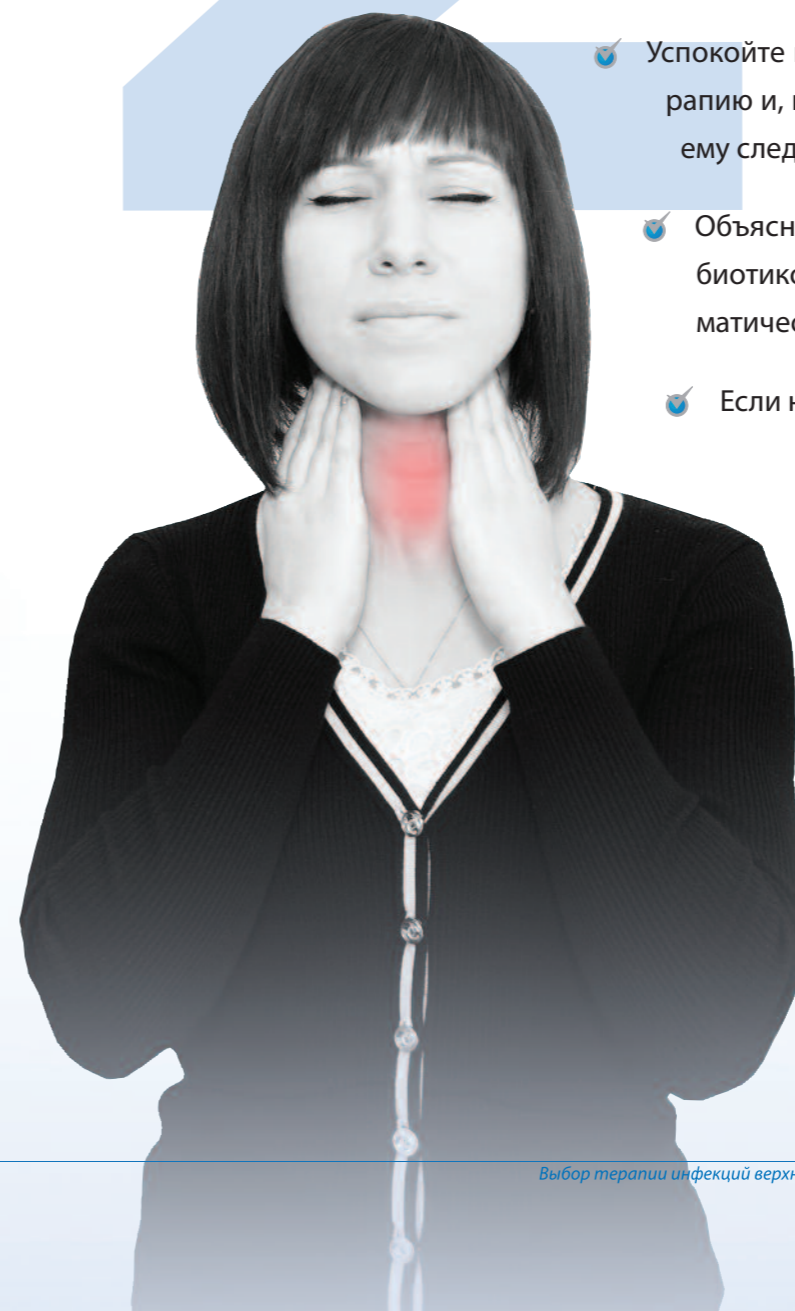


### [2] 2 этап: Будьте бдительны – оцените тяжесть заболевания и риск осложнений

- ✓ Используйте шкалу МакАйзека для оценки вероятности стрептококкового тонзиллофарингита.
- ✓ У пациентов с низким риском стрептококковой инфекции в большинстве случаев достаточно использовать симптоматическую терапию, при высоком риске оправдано назначение антибиотиков. Если же при оценке по шкале МакАйзека пациент набирает 2-3 балла (средний риск), ему лучше выполнить экспресс-тест либо взять орофарингеальный мазок для бактериологического исследования. При этом АБП назначается только в случае положительного результата экспресс-теста либо если при бактериологическом исследовании выявлен БГСА.
- ✓ Оцените сопутствующие заболевания и факторы риска развития осложнений, т.к. это может менять тактику лечения, в частности необходимость назначения АБП.

### [3] 3 этап: Дайте советы по эффективному самоконтролю заболевания

- ✓ Успокойте пациента, назначьте ему симптоматическую терапию и, при необходимости, объясните, в каких случаях ему следует повторно прийти к Вам на прием.
- ✓ Объясните, почему ему не требуется назначения антибиотиков, а также расскажите о преимуществах симптоматической терапии.
- ✓ Если нужно, дайте дополнительные рекомендации по препаратам симптоматической терапии с учетом предпочтений пациента, либо направьте его за безрецептурными лекарственными средствами в аптеку.





# Трехступенчатый подход при лечении пациентов с болью в горле: клинические примеры

## Клинический случай 1

### 1 этап: Выясните, что беспокоит пациента



- ✓ Евгений – 50-летний мужчина с болью в горле без хронических сопутствующих заболеваний
- ✓ Хочет, чтобы ему порекомендовали обезболивающее средство
- ✓ Удивлен, что ему не нужен антибиотик и что, вообще, антибиотики могут назначать только врачи

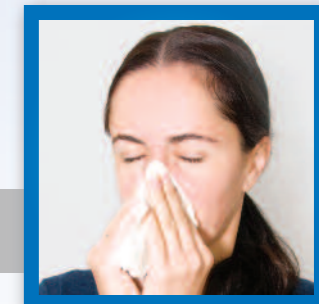
### 2 этап: Будьте бдительны – оцените тяжесть заболевания и риск осложнений

- ✓ Евгений: «Симптомы появились два дня назад, началось все с боли в горле, заложенности носа и общего недомогания. Кашля нет, в течение 2-х дней отмечалось повышение температуры до 37,40 °С, сегодня температура нормальная, горло вроде бы немного красное».
- ✓ При осмотре у Евгения выявляется небольшая гиперемия задней стенки глотки, отечность и гиперемия небных миндалин с обеих сторон, налетов нет. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Температура тела – 36,8 °С. При оценке по шкале МакАйзека риск стрептококковой инфекции низкий (0 баллов), пациент не относится к группе высокого риска развития осложнений.

### 3 этап: Дайте советы по эффективному самоконтролю заболевания

- ✓ Успокойте Евгения, объяснив, что причиной его симптомов, скорее всего, является обычная вирусная инфекция, для лечения которой не требуются антибиотики.<sup>9,34</sup>
- ✓ Порекорендуйте леденцы/таблетки для рассасывания с НПВС для облегчения боли в горле, как просил Евгений. Такое лечение поможет не только уменьшить боль, но и устранить отек слизистой и затруднения при глотании. Объясните, что в течение нескольких дней ему станет лучше, а примерно через 7 дней все проявления заболевания должны исчезнуть. Если спустя это время состояние Евгения не улучшится, ему нужно будет еще раз обратиться в поликлинику.

## Клинический случай 2



### 1 этап: Выясните, что беспокоит пациента

- ✓ Мария – 27-летняя женщина, с 7 лет страдает сахарным диабетом, получает постоянно инсулин
- ✓ Со вчерашнего дня беспокоит боль в горле при глотании, высокая температура, общее недомогание
- ✓ Мария обратилась в аптеку за антибиотиком, так как уже не раз самостоятельно их принимала при симптомах простуды. Однако работник аптеки рекомендовал ей обратиться к врачу, а также в связи с высокой температурой предложил ибупрофен в таблетках

### 2 этап: Будьте бдительны – оцените тяжесть заболевания и риск осложнений

- ✓ Мария «Боль в горле и затруднение при глотании беспокоят меня со вчерашнего дня, вечером я почувствовала озноб, и у меня повысилась температура до 38,5°С».
- ✓ При осмотре у Марии выявляется отечность и гиперемия небных миндалин с обеих сторон, больше справа, налетов нет. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Температура тела - 38,1°С. Кашля и других респираторных симптомов нет. При оценке по шкале МакАйзека риск стрептококковой инфекции средний (3 балла), однако Мария относится к группе высокого риска развития осложнений, так как страдает сахарным диабетом.

### 3 этап: Дайте советы по эффективному самоконтролю заболевания

- ✓ Успокойте Марию, объяснив, что её симптомы, скорее всего, являются проявлением локальной инфекции слизистой оболочки гортани и глотки, в ее возрасте они чаще всего вызываются вирусами и проходят самостоятельно. Но, так как Мария больна сахарным диабетом и у нее достаточно высокая температура, за ее состоянием требуется пристальное наблюдение, так как могут быть осложнения. Кроме того, чтобы исключить бактериальную инфекцию могут потребоваться некоторые дополнительные тесты.
- ✓ В дополнение к ибупрофену, который Марии рекомендовали в аптеке, предложите ей леденцы/таблетки для рассасывания, содержащие комбинацию местного анестетика и антисептика, которые помогут уменьшить боль в горле и дискомфорт при глотании. Если есть возможность, выполните экспресс-тест на наличие БГСА, либо бактериологическое исследование орофарингеального мазка (при положительном результате показано назначение АБП!)
- ✓ Объясните Марии, что в течение нескольких дней она должна почувствовать себя лучше, однако какие-то проявления болезни могут сохраняться у нее и дольше, в среднем до 7 дней. Если ее состояние не улучшится, либо, наоборот, появятся новые проявления болезни, особенно если это будет отек шеи, резкое затруднение глотания, нужно будет немедленно обратиться за помощью в поликлинику или вызвать скорую помощь.





# Вопросы для самоконтроля

## 1. Для лечения каких ИВДП всегда используются антибиотики?

- А. стрептококковый тонзиллофарингит
- Б. ОРЗ
- В. риносинусит

## 2. Большинство ИВДП могут быть охарактеризованы как:

- А. нетяжелые инфекции преимущественно вирусной этиологии
- Б. нетяжелые инфекции преимущественно бактериальной этиологии
- В. нетяжелые вирусные инфекции с частыми осложнениями бактериальной природы

## 3. Как Вы можете помочь в борьбе с антибиотикорезистентностью?

- А. лечить ИВДП с использованием АБП
- Б. назначать АБП только пациентам с высоким риском бактериальной инфекции/осложнений
- В. Использовать доступные методы этиологической диагностики (например, экспресс-тесты на БГСА)

## 4. Какие инфекции не относятся к ИВДП?

- А. тонзиллофарингит
- Б. ринит
- В. пневмония

## 5. Что, по данным исследований, является основной причиной обращения к врачу пациентов с болью в горле?

- А. стремление уменьшить выраженность симптомов (боли в горле)
- Б. необходимость оформить больничный лист
- В. желание получить рецепт на антибиотик

## 6. Как долго в среднем сохраняются симптомы тонзиллофарингита?

- А. не более 3-х дней
- Б. 7 дней
- В. до 2-х недель

## 7. Как часто тонзиллофарингит у взрослых вызывается вирусами?

- А. 50-60%
- Б. 75-85%
- В. 85-95%

## 8. Что позволяет оценить шкала МакАй-зека?

- А. риск развития осложнений при тонзиллофарингите
- Б. тяжесть течения тонзиллофарингита у конкретного пациента
- В. вероятность наличия у пациента стрептококкового тонзиллофарингита

## 9. Какие из указанных ниже пациентов относятся к группе высокого риска развития осложнений при тонзиллофарингите?

- А. 80-летняя женщина с жалобами на боль в горле, из сопутствующих заболеваний – сахарный диабет II типа
- Б. 25-летний мужчина с жалобами на боль в горле, перенесший ОРЗ около 2-х недель назад, которое разрешилось в течение 7 дне.
- В. 35-летняя женщина с жалобами на боль в горле и увеличение миндалин.

## 10. В каких случаях пациенту с тонзиллофарингитом требуется повторная консультация врача?

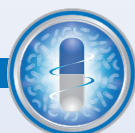
- А. не отмечается улучшения через 6 ч.
- Б. развивается отек шеи
- В. появляется резко выраженное затруднение глотания

### Ответы:

1. А 2. А 3. Б, В 4. В 5. А 6. Б 7. В 8. В 9. А 10. Б, В

### Ссылки

1. Francis NA, Butler CC, Hood K, et al. BMJ. 2009;339:b2885.
2. NICE. Clinical Guideline 69. Respiratory tract infections — antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections and in adults and children in primary care. July 2008.
3. Arroll B. Respir Med. 2005;99(12):1477–1484.
4. NPS. NPS News 63: Managing expectations for antibiotics in respiratory tract infections. June 2009. Accessed 1 June 2013. Available at [http://www.nps.org.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/71478/news\\_63.pdf](http://www.nps.org.au/_data/assets/pdf_file/0009/71478/news_63.pdf)
5. van Driel ML, De Sutter A, Deveugele M, et al. Ann Fam Med. 2006;4(6):494–499.
6. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, et al. Lancet. 2005;365(9459):579–587.
7. Thamlikittkul V, Apisitwittaya W. Int J Infect Dis. Jan 2004;8(1):47–51.
8. Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, et al. Eur J Clin Pharmacol. 2003;59(8–9):651–657.
9. van Gageldonk-Lafeber AB, He&nnen ML, Bartelds AI, et al. Clin Infect Dis. 2005;41(4):490–497.
10. WHO. The evolving threat of antimicrobial resistance. Options for action. 2012. Accessed April 2013. Available at: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/healthtopics/disease-prevention/sections/news/2012/11/antibiotic-resistance-a-growingthreat/antibiotic-resistance>
11. Riedel S, Beekmann SE, Heilmann KP, et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2007;26(7):485–490.
12. ECDC/EMA Joint Technical Report: The bacterial challenge: time to react. 2009. EMEA/576176/2009. [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2009/11/WC500008770.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2009/11/WC500008770.pdf)
13. IDSA. Facts about Antibiotic Resistance. April 2011. Available at: [http://www.idsociety.org/IDSA/Site\\_Map/Topics\\_of\\_Interest/Antimicrobial\\_Resistance/Public\\_Policy/Facts\\_about\\_Antibiotic\\_Resistance.aspx](http://www.idsociety.org/IDSA/Site_Map/Topics_of_Interest/Antimicrobial_Resistance/Public_Policy/Facts_about_Antibiotic_Resistance.aspx)
14. NCCID. Community-acquired antimicrobial resistance. Consultation notes. February 2010. [http://www.nccid.ca/#les/caAMR\\_Consultation-Notes\\_#nal.pdf](http://www.nccid.ca/#les/caAMR_Consultation-Notes_#nal.pdf)
15. WHO. Factsheet No 194. Accessed 1 June 2013. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>
16. Davies SC, Fowler T, Watson J, et al. Lancet. 2013;381(9878):1606–9.
17. ECDC. Key messages for primary care prescribers. Accessed on 1 June 2013. Available at <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics/pages/messagesforprescribers.px>
18. Worrall GJ. Can Fam Physician. 2007;53(11):1961–1962.
19. Special Eurobarometer 338. Antimicrobial resistance. Survey carried out by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Consumers. 2010. Available at: [http://ec.europa.eu/health/antimicrobial\\_resistance/docs/ebs\\_338\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/docs/ebs_338_en.pdf)
20. CDC. Get Smart. Fast Facts: fast facts about antibiotic resistance. Available at: <http://www.cdc.gov/getsmart/antibiotic-use/fast-facts.html>
21. Ganguly NK, Arora NK, Chandy SJ, et al. Indian J Med Res. Sep 2011;134:281–294.
22. Hui L, Li XS, Zeng XJ, et al. Pediatr Infect Dis J. 1997;16(6):560–564.
23. Del Mar C, Glasziou P, Lowe JB, et al. Aust Fam Physician. Nov 2012;41(11):839–840.
24. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, et al. BMJ. 2010;340:c2096.
25. Kim SH, Song JH, Chung DR, et al. Antimicrob Agents Chemother. 2012;56(3):1418–1426.
26. van Duijn HJ, Kuyvenhoven MM, Schellevis FG, et al. Br J Gen Pract. 2007;57(540):561–568.
27. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, et al. J Antimicrob Chemother. 2007;60(3):638–644.
28. Harrison PF, Lederberg J, eds. Antimicrobial Resistance: Issues and Options: Workshop Report. 1998.
29. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4:CD004417.
30. Petersen I, Johnson AM, Islam A, et al. BMJ. 2007;335(7627):982.
31. Aalbers J, O'Brien KK, Chan WS, et al. BMC Med. 2011;9:67.
32. Shephard A, et al. ECCMID. Berlin, Germany, 2013. P2085.
33. Wilton L, Kollarova M, Heeley E, et al. Drug Saf. 2003;26(8):589–597.
34. Spinks AB, Glasziou PP, Del Mar CB. Cochrane Database Syst Rev. 2006(4):CD000023.
35. Macy E. Perm J. 2012;16(4):61–66.
36. Eccles R. Lancet Infect Dis. 2005;5(11):718–725.
37. Baron S. Medical Microbiology. 4th edition. Chapter 93. Infections of the Respiratory System. 1996.
38. Sauro A, Barone F, Blasio G, et al. Eur J Gen Pract. 2006;12:34–36.
39. Reveiz L, Cardona AF. Cochrane Database Syst Rev. 2013;3:CD004783.
40. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, et al. Clin Microbiol Infect. 2012;18 Suppl 1:1–28.
41. Sowerby LJ, Hussain Z, Husein M. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;42(1):5.
42. Schachtel B, Aspley S, Berry P, et al. The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society. 2012;13(4):S6.
43. Centor RM, Samlowski R. Am Fam Physician. 2011;83(1):26–28.
44. CDC. Seasonal Influenza (Flu). 2012. Accessed May 2013. Available at [http://www.cdc.gov/flu/about/disease/high\\_risk.htm](http://www.cdc.gov/flu/about/disease/high_risk.htm)
45. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. Br J Gen Pract. 2000;50(459):817–820.
46. Burian M, Geisslinger G. Pharmacol Ther. 2005;107(2):139–154.
47. Graham GG, Scott KF. Am J Ther. 2005;12(1):46–55.
48. Oxford JS, Leuwer M. Int J Clin Pract. 2011;65(5):524–530.
49. Blagden M, Christian J, Miller K, et al. Int J Clin Pract. 2002;56(2):95–100.
50. Watson N, Nimmo WS, Christian J, et al. Int J Clin Pract. 2000;54(8):490–496.
51. Benrimoj SJ, et al. Clin Drug Invest. 2001;21:183–93.
52. Limb M, Connor A, Pickford M, et al. Int J Clin Pract. 2009;63(4):606–612.
53. McNally D, Shephard A, Field E. J Pharm Pharm Sci. 2012;15(2):281–294.
54. The Merck Manual. Sore throat. Accessed April 2013. Available at: [http://www.merckmanuals.com/professional/ear\\_nose\\_and\\_throat\\_disorders/approach\\_to\\_the\\_patient\\_with\\_nasal\\_and\\_pharyngeal\\_symptoms/sore\\_throat.html](http://www.merckmanuals.com/professional/ear_nose_and_throat_disorders/approach_to_the_patient_with_nasal_and_pharyngeal_symptoms/sore_throat.html)







АНТИБИОТИК - НАДЕЖНОЕ ОРУЖИЕ,  
ЕСЛИ ЦЕЛЬ - БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ  
ИНФОРМАЦИОННАЯ КАМПАНИЯ

[www.antibiotic-save.ru](http://www.antibiotic-save.ru)