

# ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ - УРОКИ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИЗУЧЕНИЯ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ

С.Н. Козлов, Л.С. Страчунский, С.А. Рачина  
НИИ антимикробной химиотерапии и кафедра клинической фармакологии  
Смоленской государственной медицинской академии

## Резюме

**Цель.** Изучить существующую практику диагностики и лечения пациентов с острым тонзиллитом, отражающую качество первичной профилактики постстрептококковых заболеваний, в различных регионах России.

**Материал и методы.** Проанализированы амбулаторные карты 1333 взрослых пациентов (493 муж. и 840 жен.) с острым тонзиллитом в 7 городах. На каждый случай заполнялась индивидуальная регистрационная карта, в которой указывались демографические данные, медицинский анамнез, факт проведения бактериологического исследования, режимы применения препаратов, нежелательные явления и исход амбулаторного лечения. Данные обработаны с помощью специальной компьютерной программы.

**Результаты.** Микробиологическое исследование с целью выявления бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) проводилось в 0,3% случаев, поэтому дифференциальная диагностика тонзиллита осуществлялась в основном по клиническим данным. Системные антибиотики назначались 95,3% пациентов, причем у 91,5% в виде монотерапии, а у 3,8% в виде комбинаций. Наиболее часто (45,0% случаев) в качестве стартового препарата использовался ампициллин. Следующие позиции по частоте применения занимали эритромицин (19,1%), ципрофлоксацин (7,0%), доксициклин (5,6%), амоксициллин (5,2%), мидекамицин (4,4%), ампициллин/оксациллин (3,2%). У 8,5% пациентов были проведены два курса антибиотикотерапии. Продолжительность лечения в среднем составляла  $7,4 \pm 3,4$  дней. Развитие нежелательных явлений отмечено у 0,9% пациентов.

**Заключение.** Основными проблемами первичной профилактики постстрептококковых заболеваний являются отсутствие бактериологической идентификации БГСА при остром тонзиллите и проведение антибактериальной терапии без учета современных рекомендаций по лечению и без контроля эрадикации возбудителя.

**Ключевые слова:** постстрептококковые заболевания, профилактика, острый тонзиллит, бета-гемолитический стрептококк группы А, антибактериальная терапия

К числу основных постстрептококковых заболеваний относятся острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) и постстрептококковый гломерулонефрит. Они представляют собой наиболее серьезные осложнения тонзиллита, вызываемого  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), поскольку их развитие может приводить к стойкой инвалидизации пациентов [1, 2]. Распространенность постстрептококковых заболеваний находится в прямой зависимости от профилактических медицинских мер, проводимых в обществе. Так, в большинстве развитых стран эти заболевания встречаются редко, в то время как во многих развивающихся странах ревматическое поражение сердца остается ведущей причиной смертности у детей и лиц молодого возраста [3].

Важнейшими элементами первичной профилактики постстрептококковых заболеваний являются, во-первых, своевременная диагностика БГСА-тонзиллита, точность которой может обеспечить только микробиологическое исследование [4, 5], и во-вторых, проведение рациональной

антибактериальной терапии, адекватной с точки зрения выбора препарата, режима его дозирования и длительности курса.

Целью настоящего исследования было получение данных о существующей практике диагностики и лечения взрослых пациентов с острым тонзиллитом в амбулаторных условиях в различных регионах России.

## Материал и методы

Работа являлась многоцентровым одномоментным исследованием, которое проводилось в 7 городах - Смоленске, Владивостоке, Волгограде, Нижнем Новгороде, Рязани, Тюмени и Ярославле. На базе 4 поликлиник каждого из городов был проведен анализ амбулаторных карт пациентов старше 16 лет, получавших амбулаторное лечение по поводу острого тонзиллита в 2000 г.

Информация фиксировалась в специально разработанных индивидуальных регистрационных картах с указанием демографических параметров пациента, диагноза, применявшихся антибиотиков, режимов и длительности их назначения. Отмечался факт проведения бактериологического исследования (мазок с поверхности миндалин/задней стенки глотки для определения возбудителя) с указанием времени забора материала. Регистрировались появление у

пациента нежелательных явлений во время терапии и исход амбулаторного лечения.

Данные обрабатывались с использованием компьютерной программы "Pharmatherapeutical Data Analysis" (С.Н. Козлов, Б.Б. Макушкин), разработанной на основе базы управления данными Microsoft Access для Windows 2000 в НИИХ СГМА. Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы Excel для Windows 2000 и системы SAS (программный пакет SAS института, США, версия 8.2 под Windows).

**Результаты**

В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты 1333 пациентов с острым тонзиллитом, в том числе 63% жен. и 37% муж., имевших средний возраст 32,4 ± 12,9 лет.

Установлено, что бактериологическое исследование было выполнено у 2,3% (30) пациентов, причем до начала антибактериальной терапии - только у 0,3% (4).

Системные антибактериальные препараты назначались 95,3% (1270) пациентам, причем у 91,5% (1220) они использовались в виде монотерапии, а у 3,8% (50) - в виде различных комбинаций.

В качестве стартовой монотерапии наиболее широко применялся ампициллин, который занимал лидирующее место по частоте назначения во всех городах, а в Смоленске и Тюмени использовался более чем у половины пациентов (табл. 1). На второй позиции находился эритромицин, причем в Нижнем Новгороде он назначался 1/3 пациентов.

В число относительно часто используемых препаратов входили также ципрофлоксацин, доксициклин, амоксицил-

В среднем менее чем у 2% больных применялись гентамицин, оксациллин, ко-тримоксазол и олететрин, но при этом обращает на себя внимание более частое назначение оксациллина в Рязани, ко-тримоксазола в Нижнем Новгороде, олететрина в Тюмени и Рязани, гентамицина в Нижнем Новгороде и Тюмени. На долю других препаратов приходилось менее 5% всех назначений (табл. 1).

При комбинированной антибиотикотерапии наиболее часто использовались сочетания эритромицина со стрептоцидом (15 случаев из 50), ампициллина со стрептоцидом (11/50), ампициллина с ко-тримоксазолом (4/50) и амоксициллина со стрептоцидом (3/50). Необходимо отметить, что чаще всего (37/50) комбинированная терапия проводилась в Нижнем Новгороде, в то время как в Рязани и Ярославле она не применялась.

У 8,5% (108) пациентов было назначено два курса антибиотикотерапии, причем почти одна треть таких случаев приходилось на Ярославль. Повторный курс чаще всего проводился у тех больных, которым в качестве стартовой терапии назначались ампициллин (3,5% случаев), бензатинпенициллин (0,9%) и ципрофлоксацин (0,6%). В качестве препаратов "второй очереди" чаще всего использовались бензатинпенициллин (21,3%), эритромицин (17,6%) и ампициллин (13,0%). Общая продолжительность антибиотикотерапии колебалась в пределах от 1 до 38 дней, составив в среднем 7,4 ± 3,4 дней.

96,4% пациентам препараты назначались перорально, 3,6% - внутримышечно (бензатинпенициллин, бензилпенициллин, гентамицин). Пероральное назначение антибиотиков в большинстве случаев осуществлялось без указаний времени их приема относительно пищи, причем рекомендации о необходимости приема до еды имелись только у

Таблица 1

**АНТИБИОТИКИ, НАЗНАЧАВШИЕСЯ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛИТЕ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ, %**

Препарат	Всего n = 1220	См n = 193	Вол n = 169	Яр n = 187	НН n = 158	Тюм n = 151	Ряз n = 200	Вл n = 162
Ампициллин	45,0	63,7	35,5	45,5	45,6	50,7	46,5	24,1
Эритромицин	19,1	11,4	23,7	22,5	33,0	22,0	12,5	11,7
Ципрофлоксацин	7,0	2,6	14,2	3,2	-	2,0	5,5	22,8
Доксициклин	5,6	6,2	3,6	9,6	2,5	1,3	12,0	1,2
Амоксициллин	5,2	2,6	4,7	8,0	3,8	5,3	5,5	6,8
Мидекамицин	4,4	4,7	3,6	0,5	3,8	0,7	1,0	17,9
Ампициллин/ оксациллин	3,2	0,5	3,0	3,2	0,6	6,0	1,0	9,3
Гентамицин	1,6	1,6	0,6	1,1	3,2	2,7	1,0	1,2
Оксациллин	1,5	0,5	-	0,5	-	-	8,0	-
Ко-тримоксазол	1,4	-	1,8	0,5	3,8	2,0	1,0	1,2
Олететрин	1,1	-	-	-	-	3,3	3,0	1,2
Прочие	4,9*	6,2	9,3	5,4	3,7	3,8	2,9	2,6

Примечание. См - Смоленск, Вол - Волгоград, Яр - Ярославль, НН - Нижний Новгород, Тюм - Тюмень, Ряз - Рязань, Вл - Владивосток

\* Бензатинпенициллин - 1,0%, линкомицин - 0,9%, цефалексин - 0,4%, бензилпенициллин, тетрациклин и феноксиметилпенициллин - по 0,3%, азитромицин, рокситромицин, спирамицин и нитроксалин - по 0,2%, амоксициллин/клавуланат, кларитромицин, метациклин, метронидазол, норфлоксацин, стрептоцид, цефазолин, цефалоридин - по 0,1%.

лин, мидекамицин и ампициллин/оксациллин. Следует, однако, отметить, что во Владивостоке ципрофлоксацин и мидекамицин применялись значительно чаще, чем в других городах, занимая соответственно второе и третье место по частоте назначений. Ампициллин/оксациллин довольно часто использовался во Владивостоке и Тюмени.

4,5% больных при назначении мидекамицина и в единичных случаях - ампициллина, эритромицина и ципрофлоксацина (табл. 2).

Нежелательные явления, которые проявлялись диспептическими расстройствами, были отмечены у 0,9% (12) пациентов. Наиболее часто их развитие связывалось с назначением эритромицина (0,5%) и ампициллина (0,3%).

Таблица 2

**НАЗНАЧЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО  
ПРИМЕНЯВШИХСЯ ПЕРОРАЛЬНЫХ  
АНТИБИОТИКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРИЕМА ПИЩИ**

Препарат	Характер назначения	n	%
Ампициллин	не указан	569	98,0
	после еды	9	1,5
	до еды	3	0,5
Эритромицин	не указан	261	96,3
	после еды	8	3,0
	до еды	2	0,7
Ципрофлоксацин	не указан	97	99,0
	до еды	1	1,0
Мидекамицин	не указан	62	94,0
	до еды	3	4,5
	после еды	1	1,5
Ампициллин/ оксациллин	не указан	33	86,8
	после еды	5	13,2

Согласно данным об исходах лечения, выздоровление наступило у 85,5% пациентов, в 12,2% амбулаторных карт сведения об исходах отсутствовали, а 2,3% больных были госпитализированы в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии, причем более чем у половины из них наблюдалось развитие гнойных осложнений (паратонзиллярный абсцесс, паратонзиллит). Наибольшая частота госпитализаций (6,4%), обусловленных преимущественно развитием гнойных осложнений, была отмечена во Владивостоке.

### Обсуждение

Полученные данные свидетельствуют о том, что бактериологические методы идентификации БГСА в поликлиниках России практически не используются, что является возможной причиной переоценки значимости бактериального фактора и, следовательно, выбора неправильной тактики фармакотерапии. Так, установлено, что системные антибиотики назначались в среднем более 95% пациентов, хотя известно, что в большинстве случаев тонзиллит вызывается вирусами, а на долю БГСА приходится не более 30% случаев инфекции [2, 6].

Адекватная антибактериальная терапия БГСА-тонзиллита преследует две основные задачи: во-первых, - уменьшение тяжести и длительности клинических симптомов и предотвращение развития гнойных осложнений; во-вторых, что более существенно, - обеспечение эрадикации возбудителя, что позволяет предупредить развитие поздних пост-стрептококковых осложнений (ОРЛ, гломерулонефрита) [1, 2, 4].

В соответствии с международными рекомендациями препаратом выбора при стрептококковом тонзиллите считается феноксиметилпенициллин (ФМП) [2, 7]. Основаниями к этому служат прежде всего его высокая активность в отношении БГСА и узкий антимикробный спектр, благодаря которому минимизировано "экологическое давление" на нормальную микрофлору. К достоинствам препарата также можно отнести хорошую биодоступность (до 60%) и переносимость (при исключении пациентов с аллергией), а также низкую стоимость. Однако, по данным проведенного исследования, на долю ФМП приходится только 0,3% (!!) всех назначений пенициллинов. ФМП применялся у 3 пациентов в Смоленске и у 1 - в Нижнем Новгороде.

В то же время доминирующие позиции (79,5%) занимал ампициллин, обладающий расширенным спектром активности с возможным негативным влиянием на нормальную микрофлору. Кроме того, ампициллин имеет более низкую биодоступность - 35-40% при применении натощак и еще ниже в случае назначения после еды [8], но ни в одной из амбулаторных карт не имелось рекомендаций об обязательном приеме ампициллина именно натощак. Следует отметить, что у 8% пациентов, получавших в качестве стартовой терапии ампициллин, потребовалось назначение второго антибиотика. Кроме того, применение ампициллина было сопряжено с довольно высокой частотой развития нежелательных явлений (преимущественно диспепсических).

В ряду относительно часто назначаемых препаратов оказались амоксициллин (9,2%) и ампициллин/оксациллин ("ампиокс") (5,7%). Амоксициллин, сходный по антимикробному спектру с ампициллином, отличается от него значительно более высокой биодоступностью (до 93%), которая не зависит от приема пищи, и улучшенной переносимостью [8]. Тем не менее, поскольку при лечении БГСА-тонзиллита не доказаны его преимущества перед ФМП, амоксициллин может быть рассмотрен в качестве альтернативного препарата. Следует указать, что отечественные специалисты рассматривают амоксициклин как препарат 1-го ряда при лечении БГСА-тонзиллита [1].

Применение оксациллина, использованного у 2,7% больных, получавших пенициллин, при лечении тонзиллита не имеет никакого смысла, поскольку он уступает другим пенициллинам по активности против БГСА и имеет низкую биодоступность при приеме внутрь (25-30%) [8].

К числу альтернативных антибиотиков при лечении БГСА-тонзиллита относятся макролиды и оральные цефалоспорины I-II поколения, а в случае неэффективности лечения пенициллином и при рецидивирующих формах инфекции рекомендуется назначение ингибиторозащитных пенициллинов (амоксициллин/клавуланат) или линкозамидов [6, 7, 9].

Согласно полученным данным, макролиды применялись у 25% пациентов, причем главным образом эритромицин (79,0%), значительно реже - мидекамицин (18,2%) и в единичных случаях (0,4-0,8%) - азитромицин, кларитромицин, рокситромицин и спирамицин. Единственным центром, где мидекамицин назначался чаще эритромицина, был Владивосток. Преобладающий выбор эритромицина скорее всего обусловлен его наиболее низкой стоимостью, которая является по существу единственным достоинством данного препарата. Наряду с этим для эритромицина характерны нестабильная биодоступность, зависящая от приема пищи и других факторов, менее высокие концентрации в тканях (включая миндалины) и худшая, чем у других макролидов, переносимость [10]. Исследование показало, что наиболее частое развитие нежелательных явлений отмечалось именно у пациентов, принимавших эритромицин.

Следует отметить, что в последние годы в мире отмечен рост резистентности БГСА к макролидным антибиотикам, хотя в России его устойчивость к 14- и 15-членным макролидам (эритромицин, кларитромицин, азитромицин) не превышает 7-8%, а к 16-членным (мидекамицин, спирамицин) - 0,3-2% [11].

На третьем и четвертом месте по частоте назначения оказались соответственно ципрофлоксацин и доксициклин, выбор которых можно оценить как ошибочный. Ни фторхинолоны, ни тетрациклины не упоминаются в современных руководствах по лечению стрептококкового тонзиллита, так как не обладают клинически значимой активностью в отношении БГСА [12, 13]. В этой связи следует отметить, что у 10% пациентов, изначально получавших ципрофлоксацин, возникла необходимость проведения второго курса антибиотикотерапии. Кроме того, наибольшая частота госпитализаций (6,4%), обусловленной неэффективностью терапии, наблюдалась во Владивостоке, где ципрофлоксацин занимал второе место после ампициллина по частоте использования (22,8%).

Рисунок

**СООТВЕТСТВИЕ СТРУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЯ  
АНТИБИОТИКОВ СУЩЕСТВУЮЩИМ СТАНДАРТАМ  
ЛЕЧЕНИЯ БГСА-ТОНЗИЛЛИТА, % НАЗНАЧЕНИЙ**



(Препарат выбора - феноксиметилпенициллин. Альтернативные препараты - бензилпенициллин, бензатинпенициллин, амоксициллин, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды)

Комбинированную антибиотикотерапию при остром тонзиллите также следует признать необоснованной. Сульфаниламидные компоненты (стрептоцид, ко-тримоксазол), включавшиеся в состав многих комбинаций, вообще не действуют на БГСА и к тому же обладают настолько высокой токсичностью, что стрептоцид вообще запрещен к применению в большинстве стран [14].

Как уже отмечалось, средняя длительность антибиотикотерапии составила 7,5 дней. В то же время общепризнано, что для полной санации миндалин и, следовательно, полноценной профилактики постстрептококковых заболеваний необходим 10-дневный курс, зарекомендовавший себя как эффективный для адекватно выбранного препарата. Исключение составляет азитромицин, который благодаря особенностям фармакокинетики (стабильно высокие концентрации в миндалинах, длительный период полувыведения) можно применять в течение 5 дней [10].

Анализ режимов дозирования пяти наиболее часто использовавшихся антибиотиков (ампициллин, эритромицин, ципрофлоксацин, доксициклин, мидекамицин) позволил установить, что их разовые дозы и кратности приема в целом находились в рамках общепринятых рекомендаций. Но лишь в ограниченном числе амбулаторных карт содержались указания о времени приема препаратов внутрь относительно пищи. При этом чаще имели место неправильные рекомендации о том, что, например, ампициллин и эритромицин следует принимать после еды, хотя хорошо известно, что прием пищи может существенно уменьшать их биодоступность и, следовательно, снижать эффективность лечения [8, 10].

При анализе исходов терапии было выявлено, что у большинства пациентов наступило клиническое выздоровление. Тем не менее при БГСА-тонзиллите более важным является не устранение клинических симптомов, а эрадикация возбудителя, факт которой можно подтвердить лишь при проведении микробиологического исследования после

окончания курса антибиотикотерапии. Поэтому на основании имеющихся данных невозможно сформулировать объективные выводы об эффективности лечения.

**Заключение**

Проведенное исследование позволило выявить ряд серьезных проблем, имеющих место при ведении пациентов с острым тонзиллитом, которые отражают существующий на сегодняшний день в России уровень качества первичной профилактики постстрептококковых заболеваний.

Во-первых, микробиологическое исследование, направленное на выявление БГСА, по сути не проводится, так как отмечено только в единичных случаях, что создает трудности при дифференциальной диагностике инфекции, ведет к неоправданно частому назначению антибактериальной терапии и, кроме того, не позволяет адекватно контролировать ее эффективность.

Во-вторых, более чем у 2/3 пациентов применяются антибиотики, не соответствующие современным рекомендациям по лечению БГСА-тонзиллита (рис.); нередко назначаются заведомо неэффективные препараты (ципрофлоксацин, доксициклин, ко-тримоксазол и др.), в то время как ФМП, являющийся по международным рекомендациям препаратом выбора при БГСА-тонзиллите, практически не используется.

В-третьих, не учитываются клинически важные особенности фармакокинетики антибиотиков, в частности, зависимость биодоступности от приема пищи.

В-четвертых, даже при правильном выборе препаратов не соблюдается длительность курса их назначения, необходимая для эрадикации БГСА.

В-пятых, практикуется не имеющая научных оснований комбинированная антибактериальная терапия.

Выявленные недостатки требуют всестороннего анализа и проведения вмешательств как образовательного, так и административного характера. В соответствии с современными рекомендациями дифференциальная диагностика острого тонзиллита должна проводиться с учетом клинико-эпидемиологических данных, а также результатов микробиологических исследований [4, 5]. В России за последние годы издан ряд регламентирующих документов, направленных на совершенствование диагностики и лечения БГСА-инфекции. К наиболее важным из них относятся методические рекомендации "Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита и фарингита", утвержденные комиссией по антибиотической политике Минздрава РФ и РАМН [1], а также санитарно-эпидемиологические правила "Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции", которые предписывают обязательное проведение бактериологических исследований у всех больных ангиной [15]. Поэтому одной из первоочередных задач местных органов здравоохранения должно являться доведение положений этих документов до каждого практического врача, обеспечение условий для проведения необходимых исследований и разработка действенных мер контроля их выполнения.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Насонова В.А., Белов Б.С., Страчунский Л.С. и др. Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита и фарингита. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 1999, 1, 78-82
- Gwaltney J.M., Bisno A.L. Pharyngitis. In: Mandell G.L., Bennett J.E., Dolin R. (eds.) *Principles and Practice of Infectious Diseases.* 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000, 656-662
- Stollerman G.H. Rheumatic fever. *Lancet*, 1997, 349, 935-942.
- Белов Б.С., Насонова В.А., Гришаева Т.П. Ревматологические аспекты стрептококкового тонзиллита и со-  
временные подходы к его антибактериальной терапии. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.*, 2000, 2, 52-56
- Gerber M.A. Diagnosis and treatment of group A streptococcal pharyngitis. *Ped. Infect. Dis.*, 1998, 9, 42-49
- Clements D.A. Pharyngitis, Laryngitis, Epiglottitis. In: Armstrong D., Cohen J. (eds.) *Infectious Diseases.* London: Harcourt Publishers Ltd, 1999, 1, 24.1-24.6
- Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin. Infect. Dis.*, 2002, 35, 113-125

8. Mandell G.L., Perty W.A.Jr. Penicillins, Cephalosporines and other b-lactam antibiotics. In: Hardman J.G., Limbird L.E., Molinoff P.B., Ruddon R.W. (eds.) The Pharmacological Basis of Therapeutics. 9th ed. New York: McGraw-Hill, 1996, 1073-1102
9. Brook I. The role of b-lactamase producing bacteria and bacterial interference in streptococcal tonsillitis. Intern. J. Antimicrob. Agents, 2001, 17, 439-442
10. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. Смоленск, Русич, 1998
11. Sivaja O.V., Kozlov R.S., Stratchounski L.S and PEHASus Project Group. Current state of antimicrobial resistance of *S. pyogenes* (GAS) in Russia: results of prospective multicenter study (PeGASus-1, phase "B"). Proceedings of the 1st FEMS Congress of European Microbiologists, 2003, June 29-July 3, Ljubljana, Slovenia. Amsterdam, Elsevier, 2003
12. Standiford H.C. Tetracyclines and chloramphenicol. In: Mandell G.L., Bennett J.E., Dolin R. (eds.) Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia etc.: Churchill Livingstone, 2000, 336-348
13. Thauvin-Eliopoulos C., Eliopoulos G.M. Activity in vitro of the quinolones. In: Hooper D.C., Rubinstein E. (eds.) Quinolone Antimicrobial Agents. 3rd ed. Washington: ASM Press, 2003, 91-111
14. Zinner S.H., Mayer K.H. Sulphonamides and trimethoprim. In: Mandell G.L., Bennett J.E., Dolin R. (eds.) Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia etc.: Churchill Livingstone, 2000, 394-404
15. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции. Санитарно-эпидемиологические правила. СП, 3.1.2.1203-03, 2003.

Поступила 15.05.04

#### Abstract

*S.N.Kozlov, L.S. Strachunsky, S.A. Rachina*

**Problems of poststreptococcal diseases primary prophylaxis - lessons of a multicenter study of patients with acute tonsillitis management practice**

**Objective.** To evaluate the actual practice of diagnostics and treatment of patients with acute tonsillitis in order to assess the quality of primary prophylaxis of poststreptococcal diseases in different regions of Russia.

**Material and methods.** The medical charts of 1333 adult outpts with acute tonsillitis in seven cities were analyzed. The data on each pts such as demographics, case history, bacteriological examinations results, prescribed medications, adverse events and outcomes of therapy were documented in case record forms. Data management was carried out using software.

**Results.** Microbiological identifications of group A-streptococcus (GAS) were performed only in 0,3% of analyzed cases, so diagnosis of tonsillitis was based commonly on clinical data.

Systemic antimicrobial drugs were prescribed to 95,3% of pts, among them to 91,5% as monotherapy and to 3,8% as combined therapy. Ampicillin was the most often initial antimicrobial (45,0%), other relatively frequently prescribed drugs were erythromycin (19,1%), ciprofloxacin (7,0%), doxycycline (5,6%), amoxicillin (5,2%), midecamycin (4,4%), ampicillin/oxacillin (3,2%). Two courses of antimicrobials were used in 8,5% of pts. The average duration of antibacterial therapy was  $7,4 \pm 3,4$  days. The adverse events were noted in 0,9% of analyzed cases.

**Conclusion.** The main problems of primary prophylaxis of poststreptococcal diseases were: (1) the diagnosis of tonsillitis without microbiological GAS identification, (2) prescribing antimicrobials without consideration of appropriate recommendation and (3) the lack of pathogen eradication control.

**Key words:** *poststreptococcal diseases, prophylaxis, acute tonsillitis, group A-streptococcus, antimicrobial therapy*