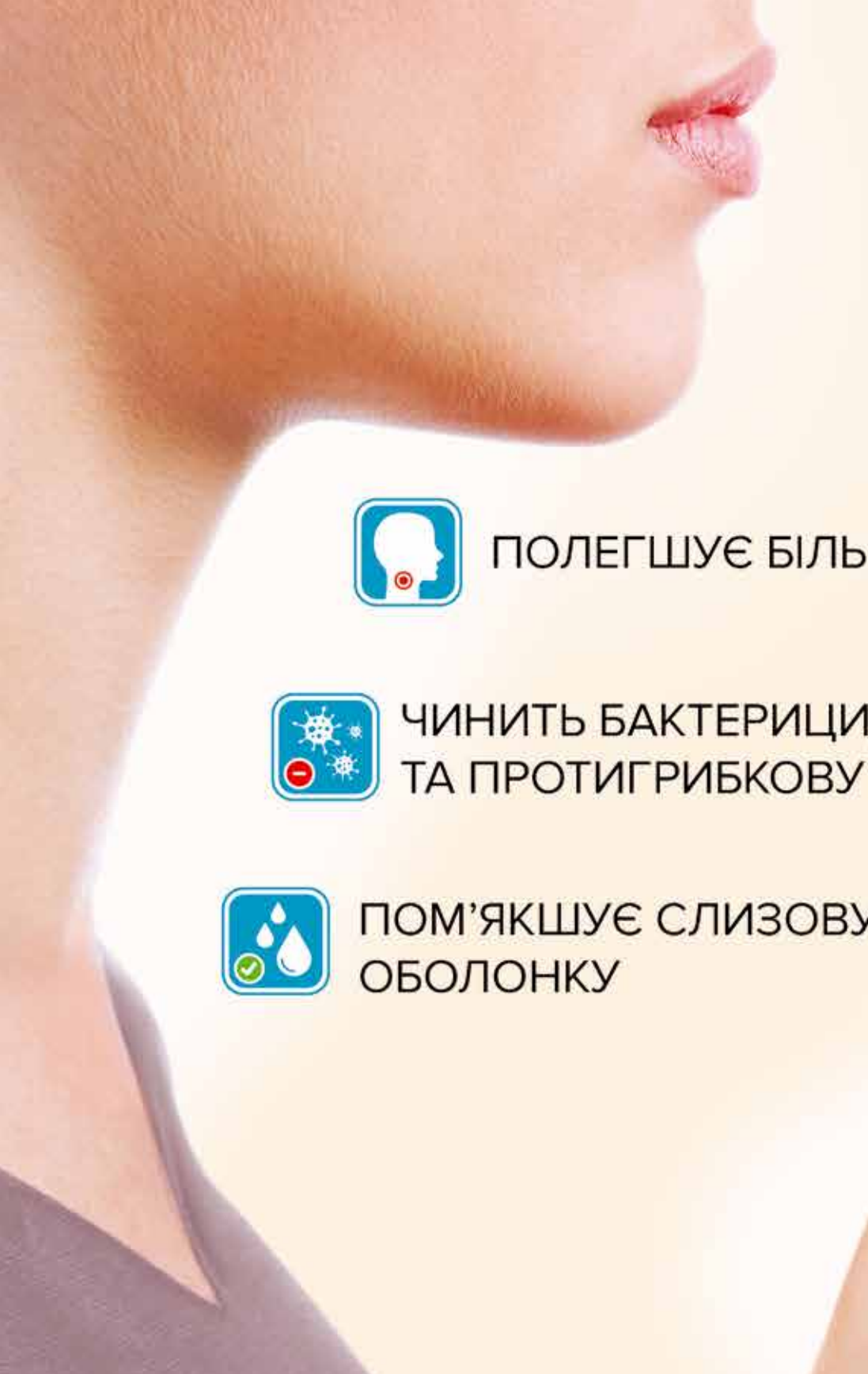




САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

Спрей Орасепт® — надійний помічник педіатра у лікуванні патології ЛОР-органів у дітей

Кожний лікар-клініцист підтвердить, що найчисленнішу категорію педіатричних пацієнтів складають діти із захворюваннями органів дихання. У структурі загальної захворюваності на ураження респіраторного тракту припадає близько 2/3 патології у дітей. До того ж лікарі часто недооцінюють запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, зокрема ЛОР-органів, при яких не менш важливою є раціональна медикаментозна терапія, яка дозволяє швидше усунути симптоми захворювання, запобігти його прогресуванню та знизити ризик розвитку ускладнень. У цьому аспекті слід звернути особливу увагу на препарати для місцевого застосування.

Основна категорія пацієнтів з ураженням ЛОР-органів — діти. Це пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями дихальної та лімфатичної систем організму дитини, які створюють умови для легкого проникнення інфекційного агента з подальшою індукцією запального процесу. У дітей раннього віку верхні дихальні шляхи, так само як і ЛОР-органи, є морфологічно та функціонально остаточно не сформованими. Через недорозвинену лицьову частину черепа носові ходи у дитини дуже вузькі, слизова оболонка носа ніжна та має густу сітку кровоносних судин. Тому у дітей навіть незначний набряк слизової оболонки носа супроводжується утрудненням носовим диханням із можливим розвитком дихальної недостатності у подальшому. Відмінності анатомічної будови порівняно з дорослою людиною стосуються також навколоносових пазух (остаточне їх формування завершується у віці 15-20 років), глотки, гортані, трахеї, бронхів. Проте найбільш клінічно значимими є особливості будови слухової труби та лімфоїдного кільця Пирогова — Вальдейєра. Слухова труба у дитини — коротка, пряма та з широким просвітом. Така анатомічна конфігурація спрощує потрапляння інфекції з носової частини глотки у порожнину середнього вуха. Глоткове лімфоїдне кільце Пирогова — Вальдейєра — це унікальне анатомічне утворення, яке представлене 6 мигдаликами та є своєрідним фільтром, що запобігає потраплянню чужорідних агентів у нижче розташовані структурні відділи. У дітей лімфоїдна тканина є недорозвиненою, а формування її основної функції (забезпечення місцевого імунного захисту) триває до 12-14 років. Таким чином, особливості будови ЛОР-органів у дітей створюють передумови для розвитку таких нозологій, як гострий тонзиліт (код J03 за МКХ-10) та гострий фарингіт (код J02 за МКХ-10), які належать до групи гострих респіраторних інфекцій. У клінічній практиці педіатрів та сімейних лікарів часто трапляються випадки поєднання тонзиліту та фарингіту, тому у сучасній отоларингології використовують термін «тонзилофарингіт».

Гострий тонзиліт — одне з найбільш поширених захворювань дихальної системи у дітей та підлітків (А.Н. Машейко, 2014). Існує хибне уявлення, що про цю патологію уже все відомо і у процесі лікування таких пацієнтів не виникатиме жодних проблем. Проте ігнорування батьками симптомів ураження ЛОР-органів у їхньої дитини, самолікування та невинуватене призначення системних антибіотиків може не тільки не забезпечити очікуваний ефект, а й негативно позначитися на стані організму дитини.

Спектр етіологічних факторів гострого тонзилофарингіту характеризується великою різноманітністю. До них належать віруси, бактерії та ціла низка неінфекційних чинників (R. Gereige, B. Cunill-De Sautu, 2011). Серед причин розвитку захворювання у дітей домінують вірусні збудники, зокрема рино-, аденовіруси, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус Епштейна — Барр, віруси грипу та парагрипу, корона-, ентеровіруси, вірус простого герпесу тощо. У 30% випадків гострий тонзилофарингіт розвивається на тлі бактеріальної інфекції (І.В. Отвагін, 2011). Основними бактеріальними збудниками є: стрептококи різних груп (А, С, G), хламідії, мікоплазми, коринібактерії, анаеробні бактерії та ін. У розрізі педіатричної патології ЛОР-органів найбільш важливу роль відіграють стрептококи групи А. Встановлено, що у дітей віком до 5 років стрептококи групи А (*Streptococcus pyogenes*) спричиняють близько 24% випадків гострого тонзилофарингіту, а у дітей старше 5 років — приблизно 37% випадків захворювання (N. Shalkh et al., 2010; M.E. Wessels, 2011). Гострий тонзилофарингіт бактеріального походження є актуальною медико-соціальною проблемою, адже захворювання може призвести до розвитку ранніх (гнійних) та пізніх (негнійних, ревматичних) ускладнень.

У структурі етіологічних факторів ураження ЛОР-органів також має значення вік дитини. У педіатричних пацієнтів віком до 5 років на частку вірусних тонзилофарингітів припадає 95% випадків захворювання, у дітей старше 5 років та підлітків — 70%, у дорослих — 85-95% (G.J. Worrall, 2007).

Вирішальне значення для вибору терапевтичної тактики у дитини із симптомами гострого тонзилофарингіту має етіологічний фактор. Рутинна фарингоскопія не завжди дозволяє припустити, який саме збудник спричинив захворювання. Диференційна діагностика вірусного та бактеріального тонзилофарингіту має включати аналіз епідеміологічних характеристик, які допоможуть лікарю обрати правильну терапевтичну тактику. Припустити вірусну етіологію гострого тонзилофарингіту можна за наявності таких епідеміологічних даних: ранній та дошкільний вік дитини, анамнестичні відомості про прямий контакт із хворим на гостру респіраторну вірусну інфекцію, відсутність сезонності захворювання, поступова поява симптомів протягом >4-5 днів та високий ступінь їх вираженості. Про потенційний бактеріальний збудник гострого тонзиліту свідчать: вік дитини 5-10 років, інгалаційний характер зараження або анамнестичні відомості про прямий контакт із хворим на гострий тонзилофарингіт; характерна сезонність (зима — весна), раптова поява симптомів, які є найбільш вираженими на 3-5-й день захворювання (D.M. Langlois, M. Andreae, 2011; R. Gereige, B. Cunill-De Sautu, 2011).

Дедалі більшої значущості набувають клінічні критерії МакАйзека, які можуть свідчити про наявність у дитини стрептококового тонзилофарингіту, а саме: вік дитини 3-14 років, відсутність кашлю, збільшення передніх шийних лімфатичних вузлів, запалення мигдалин, лихоманка (W.J. McIsaac, 2010). Наявність у дитини кожної з цих ознак оцінюється в 1 бал. Експрес-тест на стрептокок чи культуральне дослідження проводиться, якщо у дитини за шкалою МакАйзека — 2 бали. Проте слід враховувати, що навіть за наявності усіх критеріїв МакАйзека ймовірність виділення β-гемолітичного стрептокока групи А не перевищує 53%, а відсутність будь-якого критерія не виключає бактеріальну природу хвороби (C. Pelucchi, 2012).

Найефективнішим методом лікування інфекційно-запального захворювання є ерадикація збудника. Проведення антибіотикотерапії є виправданим тільки за умови підтвердження бактеріального збудника гострого тонзилофарингіту. Стратегія раціональної антибіотикотерапії ґрунтується на принципі чутливості бактерії до протимікробного препарату. Якщо захворювання має вірусну етіологію, призначення синтетичних противірусних препаратів доцільне лише при тяжкому його перебігу.

Отже, для проведення етіотропної терапії необхідно мати дані про конкретний збудник гострого тонзилофарингіту у дитини, що є досить складним завданням, особливо на рівні первинної ланки охорони здоров'я. Окрім цього, відповідно до сучасних стандартів ведення пацієнтів із будь-яким захворюванням важливим завданням лікаря є підвищення якості їх життя. Гострий тонзилофарингіт супроводжується появою симптомів, які істотно знижують якість життя дитини: біль у горлі, утруднене ковтання тощо. Через це, щоб уникнути неприємних відчуттів, дитина часто відмовляється від прийому їжі та пиття.

У цьому аспекті на особливу увагу заслуговують препарати, які впливають на ймовірний інфекційний збудник та одночасно зменшують вираженість симптомів. Саме до таких лікарських засобів належить місцевий антисептик Орасепт® фармацевтичної компанії Bayer.

Препарат Орасепт® представлений 1,4% водно-гліцеринним розчином фенолу, призначеним для місцевої обробки слизової оболонки ротової порожнини та глотки. Фенол — це перший антисептик, який почали використовувати у хірургії. Історія застосування фенолу у практичній медицині бере початок у середині XIX ст., коли відомий англійський хірург лорд Джозеф Лістер (1827-1912) за допомогою карболової кислоти успішно ліквідував нагноєння рани при відкритих переломах. Уже у 1867 р. він представив власний досвід застосування фенолу, що на той час стало великим досягненням з огляду на стан гігієни у тогочасних госпіталях.

Антисептик Орасепт® чинить антисептичну та знеболювальну дію. Молекула фенолу має здатність легко проникати всередину бактеріальної клітини та забезпечувати денатурацію білків цитоплазми та інгібування дії ферментів, які є життєво необхідними для мікробної клітини. У низьких концентраціях (0,25-1,5%) фенол характеризується бактерицидною дією, а також протигрибковим ефектом. Найбільший дискомфорт у педіатричних пацієнтів із гострим тонзилофарингітом викликає «горловий синдром» (першіння, відчуття комка, спонтанний біль у горлі, дискомфорт при ковтанні). Окрім антисептичного, розчин Орасепт® чинить також знеболювальний ефект, що дозволяє швидко покращити самопочуття дитини.

Показаннями для призначення препарату Орасепт® є: інфекційно-запальні захворювання ротової порожнини та ЛОР-органів (тонзиліт, фарингіт, ангіна, гінгівіт, пародонтит), післяопераційні стани після виконання стоматологічних операцій та маніпуляцій у порожнині рота та глотки, використання ортодонтичних апаратів. З точки зору токсичності та онкогенності завдяки низькій концентрації фенолу спрею Орасепт® є безпечним лікарським засобом.

Орасепт® — незамінний інструмент в арсеналі сучасного педіатра, адже його можна застосовувати у дітей починаючи з 2 років, тому що препарат має цілу низку переваг:

- не містить спирту, який подразнює слизову оболонку ротової порожнини та глотки;
- не містить цукру, який може пошкодити емаль молочних зубів;
- чинить пом'якшувальну дію на слизову оболонку ротової порожнини завдяки вмісту гліцерину;
- безпечний пластиковий флакон із коротким розпилювачем максимально спрощує процес розпилювання препарату;
- має приємний вишневий аромат.

Спрей Орасепт® рівномірно та безпечно зрошує слизову оболонку ротової порожнини та глотки. Один флакон Орасепт® містить 177 мл фенолу, цієї кількості достатньо для кількох курсів лікування, тому перелік переваг препарату можна доповнити ще однією — економічна обґрунтованість його застосування.

Таким чином, визначальним критерієм вибору терапевтичної тактики при патології ЛОР-органів у дітей, зокрема при тонзиліті та фарингіті, є ідентифікація збудника захворювання. Призначення антибіотикотерапії — це серйозне рішення, адже, крім впливу на патогенну флору, необґрунтоване застосування антибіотиків може зашкодити організму дитини. У багатьох клінічних ситуаціях справжніми помічниками лікаря-педіатра є антисептичні засоби для місцевого застосування, які у складі комплексної терапії пригнічують патогенну флору та зменшують вираженість клінічної симптоматики. Саме таким препаратом на фармацевтичному ринку України є спрею Орасепт® — препарат з місцевою антисептичною та анестезуючою дією, зручна лікарська форма якого та безпечна концентрація діючої речовини дозволяють із впевненістю використовувати його у дітей.

Підготувала Ілона Цюпа