

Роль місцевих антисептиків у лікуванні інфекційно-запальних захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей

Група гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) об'єднує широке коло нозологій різної етіології (вірусної, бактеріальної, грибкової, атипової, мікст-інфекції), які характеризуються різним рівнем ураження респіраторного тракту. Великий інтерес для педіатрів становлять інфекції верхніх дихальних шляхів, до яких належать гострий фарингіт (код J02 за МКХ-10) та гострий тонзиліт (код J03). Діти зазвичай одночасно мають обидва захворювання, що стало підставою для появи нового клінічного діагнозу – «гострий тонзилофарингіт», який широко використовують педіатри та ЛОР-лікарі. Труднощі у лікуванні інфекцій верхніх дихальних шляхів пов'язані насамперед із тим, що за наявності у дитини симптомів захворювання батьки часто віддають перевагу самолікуванню, яке є нерациональним і неефективним, зумовлює високий ризик прогресування патології та розвитку тяжких ускладнень. Тому вибір оптимального лікування ГРІ, які супроводжуються ураженням верхніх відділів респіраторного тракту, не втрачає актуальності, особливо в осінньо-зимовий та зимово-весняний періоди, коли кількість таких пацієнтів значно зростає.

Кожна людина принаймні один раз у житті має епізод гострого фарингіту та гострого тонзиліту. Діти раннього віку більш схильні до інфекційного ураження верхніх дихальних шляхів, зокрема ЛОР-органів, що зумовлено певними анатомо-фізіологічними особливостями (АФО): вузький просвіт носових ходів, чутлива слизова оболонка з густою сіткою кровоносних судин, несформованість приносових пазух, недорозвиненість лімфоїдної тканини (зокрема, глоткового лімфоїдного кільця Пирогова – Вальдеєра, яке захищає дихальні шляхи від потрапляння чужорідних інфекційних агентів) та ін. АФО ЛОР-органів у дітей також визначають підвищений ризик розвитку ускладнень гострого тонзиліту та гострого фарингіту, оскільки через широкий та прямий просвіт слухової труби патогенним мікроорганізмам легше потрапити до порожнини внутрішнього вуха і спричинити запалення. Тому лікування захворювання необхідно розпочати якомога раніше для того, щоб запобігти поширенню інфекції на інші відділи респіраторного тракту і ЛОР-органи.

Гострий тонзилофарингіт – це поліетіологічне захворювання, яке має широкий діапазон клінічних проявів – від мінімальних ознак запалення до вираженого інтоксикаційного синдрому, болю у горлі, кашлю. Серед інфекційних збудників домінують віруси: аденовіруси, віруси паргрипу, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус Епштейна – Бар, риновіруси, цитомегаловіруси, ентеровіруси, коронавіруси. Бактерії рідше спричиняють гострий тонзилофарингіт, проте бактеріальна інфекція має більш тяжкий перебіг та вищий ризик розвитку ускладнень. Особливе клінічне значення має бета-гемолітичний стрептокок групи А (БГСА). Бактеріальними збудниками захворювання є стрептококи груп С, G, стафілококи, нейсерії, коринібактерії, пневмококи. У розвитку запального процесу можуть брати участь представники атипової флори (спірохети, лістерії, мікоплазми, хламідії).

Етіологічна структура гострого тонзилофарингіту має певні відмінності залежно від вікової категорії: на частку вірусних тонзилофарингітів у дітей віком до 5 років припадає 95% випадків, у дітей старше 5 років та підлітків – 70%, у дорослих – 85-95% (G.J. Worrall, 2007). Таким чином, частота бактеріальних збудників захворювання у дітей з віком зростає.

Гострий тонзилофарингіт проявляється неспецифічними ознаками інтоксикаційного синдрому (лихоманкою, зниженням апетиту, слабкістю, дратівливістю), болем у горлі, збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів. Виразний больовий синдром при гострому фарингіті зумовлений інтенсивною іннервацією органа (И.И. Акулич і соавт., 2005). Глотка іннервується чутливими, руховими, вегетативними нервами глоткового сплетіння (утворене язикоглотковим, блукаючим черепно-мозковим нервами та симпатичними волокнами верхнього шийного ганглія), які мають зв'язки з іншими нервовими структурами (другою гілкою трійчастого нерва та верхнім гортанним нервом). Цим пояснюється характерна для фарингіту іррадіація болю у вуха, нижню щелепу тощо (М. Рябова, 2010). Гострий тонзилофарингіт може проявлятися також іншими симптомами (кашель, нежить, кон'юнктивіт, слюзотеча, абдомінальний біль, диспептичні розлади та ін.), оцінка яких допоможе лікарю встановити збудник ГРІ. Варіативність клінічної картини гострого тонзилофарингіту пов'язана з тим, що він може бути як самостійним (первинним) захворюванням, так і клінічним проявом іншої інфекційної чи гематологічної

патології (скарлатини, дифтерії, агранулоцитозу, гемоластозу тощо).

Вибір раціонального лікування педіатричних пацієнтів із гострим тонзилофарингітом залежить від типу збудника, який спричинив запалення. Діагностика захворювання включає ретельний збір скарг та анамнезу захворювання, повне фізикальне обстеження дитини та додаткові методи дослідження. Вже на етапі опитування дитини та її батьків можна зробити припущення про тип збудника у конкретному клінічному випадку. На вірусну етіологію тонзилофарингіту вказують: ранній вік дитини, обтяжений епідеміологічний анамнез (контакт дитини з хворим на ГРІ), несезонний характер захворювання, поступова поява симптомів, інтенсивність яких є максимальною на 4-5-й день захворювання. Для бактеріального тонзилофарингіту характерні: вік дитини 5-10 років, інгаляційний характер зараження або анамнестичні дані про прямий контакт із хворим на гострий тонзилофарингіт, сезонний характер (зимово-весняний період), раптова поява симптомів, які найбільш виражені на 3-5-й день захворювання (D.M. Langlois, M. Andreae, 2011; R. Gereige, B. Cunill de Sautu, 2011).

З метою диференційної діагностики гострого тонзилофарингіту вірусного та бактеріального походження канадські дослідники розробили шкалу, яку переважно використовують у модифікації Мак-Айзека. Вона враховує клінічні ознаки, які найбільш характерні для стрептококового тонзилофарингіту. Цю шкалу використовують як у дітей, так і у дорослих. За цією шкалою оцінюють такі параметри: температура тіла вище 38 °C, відсутність кашлю, збільшення та болючість шийних лімфатичних вузлів, набряклість мигдаликів; вік хворого. Наявність будь-якої ознаки з перелічених оцінюють в 1 бал, відповідно, чим більша сума балів, тим вища ймовірність стрептококової інфекції (W.J. McIsaac, 2010). Проте навіть якщо бална оцінка є максимальною (>4 балів), ймовірність виділення БГСА становить лише 51-53%.

Тому для остаточної верифікації збудника захворювання використовують додаткові методи дослідження: бактеріологічне дослідження мазка зі слизової оболонки задньої стінки глотки та/або мигдаликів; експрес-тест на стрептокок. Незважаючи на те що культуральний метод має високу чутливість і специфічність, проведення культурального дослідження в амбулаторній практиці пов'язане зі значними труднощами: тривалість дослідження становить більше 2 діб, а достовірні результати можна отримати тільки за умови доставки біологічного матеріалу до лабораторії протягом 2 год і строгого дотримання техніки проведення дослідження. Стрептотест – хороша альтернатива культуральному методу. Його проведення потребує менших затрат часу, він має високу чутливість і специфічність. У деяких розвинених країнах швидкий стрептотест широко використовують як рутинний метод виділення БГСА, що сприяє істотному зниженню частоти нерационального призначення антибіотиків.

У вітчизняних реаліях у дитини з гострим тонзилофарингітом не завжди є можливість провести лабораторну діагностику, особливо це стосується віддалених регіонів країни. Проте педіатр повинен обрати оптимальну терапевтичну стратегію, яка буде ефективною для конкретної дитини. Відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», затвердженого наказом МОЗ України від 16.06.2014 № 499, етіотропне лікування

педіатричних пацієнтів із гострим тонзилофарингітом має бути обґрунтованим та проводитись чітко за показаннями. У цьому документі наведено аргументи щодо важливості симптоматичного лікування ГРІ, у тому числі гострого тонзилофарингіту, а також акцентовано увагу на необхідності покращити якість життя пацієнта.

Симптоми гострого тонзилофарингіту дійсно спричиняють значне погіршення якості життя дитини: через виражений біль у горлі вона відмовляється від їжі, інколи – навіть від пиття, стає дратівливою, у школярів спостерігається зниження зацікавленості до навчання.

Критеріями вибору оптимального лікарського засобу для усунення симптомів гострого тонзилофарингіту у дитини є такі його характеристики: ефективність, високий профіль безпеки (для різних лікарських форм), органолептичні властивості, зручність застосування, доступність, можливість призначення дітям раннього віку. Враховуючи відповідність цим критеріям, педіатри у своїй клінічній практиці можуть ефективно використовувати препарат Орасепт® (фармацевтична компанія Bayer). Діюча речовина лікарського засобу – антисептик фенол у низькій концентрації (1,4 %) у вигляді водно-гліцеринового розчину. Орасепт® чинить антисептичний (бактерицидний та протигрибковий) та місцевий знеболювальний ефекти. Бактерицидна дія лікарського засобу зумовлена здатністю молекули фенолу проникати всередину патогенного мікроорганізму та забезпечувати денатурацію білків, необхідних для їхньої життєдіяльності. Гострий тонзилофарингіт супроводжується неприємними відчуттями (інколи – болем) у горлі, тому для покращення якості життя пацієнта велике значення має знеболювальний ефект засобу. Застосування спрею Орасепт® сприяє усуненню болю у горлі, що істотно покращує самопочуття дитини.

Високий профіль безпеки лікарського засобу визначають:

- відсутність у складі цукру, спирту (не подразнює слизову оболонку горла);
- пом'якшувальна дія гліцерину на порожнину рота;
- зручна упаковка, яка складається з короткого розпилювача (завдяки цьому застосування препарату не супроводжується виникненням блювального рефлексу) та пластикової пляшечки.

Для покращення комплаєнсу педіатричних пацієнтів велике значення мають органолептичні властивості препарату. Спрей Орасепт® має приємний вишневий аромат, тому дітям подобається така терапія.

За допомогою функціонального розпилювача розчин можна рівномірно розподілити по всій поверхні слизової оболонки порожнини рота. Одного флакона препарату Орасепт® вистачить на кілька курсів лікування.

Орасепт® призначають дітям з інфекційно-запальними захворюваннями порожнини рота і глотки (ангіною, фарингітом, тонзилітом, стоматитом, гінгівітом, пародонтитом), після маніпуляцій у порожнині рота та глотки, стоматологічних операцій; при використанні зубних протезів або ортодонтичних апаратів. Препарат можна застосовувати у дітей з 2 років.

Лікування інфекційно-запальних уражень верхніх дихальних шляхів у дітей є актуальною проблемою сучасної педіатрії. З одного боку, недооцінювання симптомів захворювання може призвести до прогресування патології, приєднання вторинної бактеріальної флори та розвитку низки ускладнень (поширення інфекції на інші відділи респіраторного тракту – середнього отиту, бронхіту, пневмонії, активації аутоімунного процесу). З іншого боку, надмірне лікування дитини за наявності симптомів гострого тонзилофарингіту, головним чином, необґрунтоване призначення антибіотиків, може мати серйозні наслідки для її здоров'я. Тому лікар для кожної дитини з врахуванням її індивідуальних особливостей має обрати раціональну терапевтичну стратегію. Для цього рекомендуємо педіатру зупинити свій вибір на препараті Орасепт®, який не тільки усуває місцеві симптоми гострого тонзилофарингіту, а й чинить антисептичний та місцевий знеболювальний ефекти.

Підготувала Ілона Цюпа





ПОЛЕГШУЄ БІЛЬ У ГОРЛІ



ЧИНИТЬ БАКТЕРИЦИДНУ
ТА ПРОТИГРИБКОВУ ДІЮ



ПОМ'ЯКШУЄ СЛИЗОВУ
ОБОЛОНКУ



1312A.MKT.CH.09.2018.0310

ОРАСЕПТ®

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ БОЛЮ В ГОРЛІ

Реклама лікарського засобу. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Повну інформацію про лікарський засіб наведено в інструкції для медичного застосування. ТОВ «Байер», 04071, м. Київ, вул. Верхній Вал, 4-Б, Реєстраційне посвідчення № UA/7397/01/01 від 29.11.2017

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я