

Тактика педіатра при лікуванні дітей із гострим тонзилофарингітом

Однією з найчастіших скарг пацієнтів у практиці лікарів первинної ланки (сімейних лікарів і педіатрів) є біль у горлі на тлі гострої респіраторної інфекції (ГРІ). Сьогодні важко переоцінити актуальність проблеми ГРІ для педіатрії: з одного боку, ГРІ є найпоширенішою інфекційною патологією серед усіх вікових категорій населення, з іншого – інфекційні ураження дихальних шляхів найчастіше стають причиною необґрунтованого призначення антибактеріальних засобів. В еру глобальної антибіотикорезистентності лікар має застосовувати диференційований підхід до ведення пацієнтів з ГРІ та обирати терапевтичну тактику, яка буде раціональною з погляду етіологічного чинника та патогенезу захворювання.

Актуальні для педіатрії проблеми ГРІ

ГРІ – це група інфекційно-запальних захворювань дихальних шляхів (від носової порожнини до бронхіол). В Україні на ГРІ щорічно хворіють 10-14 млн осіб, що становить 25-30% усієї та близько 75-90% інфекційної захворюваності у країні. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я відзначають, що поширеність цих найчастіших в людській популяції хвороб в останні роки характеризується постійною тенденцією до зростання. Найбільш сприйнятливими до ГРІ є діти, що зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями будови дихальної та незрілістю імунної системи.

Одним із найчастіших проявів ГРІ є гострий фарингіт. Проте сьогодні більшість авторів схиляються до діагнозу гострий тонзилофарингіт (ГТФ), що зумовлено анатомічною близькістю та гістологічною подібністю будови слизової оболонки глотки і мигдаликів (Н.А. Геппе і соавт., 2014; Г.Н. Никифорова, 2013). Цей діагноз є повністю правомірним: відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», схваленого наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 16 липня 2014 № 499, у випадках, коли респіраторна патологія включає процеси більш ніж однієї локалізації і не виділена як самостійна в рубриках класифікації, тоді вона має класифікуватися за ознакою нижче розташованої анатомічної локалізації (гострий тонзилофарингіт – шифр J03, гострий трахеобронхіт – шифр J40 тощо).

Вибір етіотропного лікування при ГТФ

Ротоглотка – це відкритий біотоп, що постійно контактує із зовнішнім середовищем. У цьому аспекті верхні дихальні шляхи виконують функцію своєрідного фільтра, який перешкоджає потраплянню чужорідних тіл, у тому числі інфекційних збудників, до нижніх відділів респіраторного тракту. За певних умов (зниження загальної опірності організму внаслідок переохолодження, вірусної інфекції тощо) контакт інфекційного агента зі слизовою оболонкою дихальних шляхів супроводжується розвитком запалення.

Рациональне лікування при ГРІ, у тому числі ГТФ, у дітей є важливою проблемою сучасної педіатрії, адже саме цей діагноз є одним з наріжних каменів у «фундаменті» антибіотикорезистентності. Відповідно до актуальних міжнародних і вітчизняних рекомендацій, показанням до призначення

антибіотиків пацієнтам з ГРІ є наявність переконливих даних щодо участі бактеріального збудника у патологічному процесі. Найпершим і найважливішим показанням до призначення антибіотиків є ГТФ, викликаний бета-гемолітичним стрептококом групи А (БГСА). Із цим збудником пов'язують близько 10-15% усіх випадків ГТФ у дорослих і 20-30% – у дітей (С.В. Рязанцев, 2014). Відтермінування антибіотикотерапії при БГСА-асоційованому ГТФ пов'язане з розвитком тяжких ускладнень. Виділяють ранні та пізні ускладнення стрептокового ГТФ. До ранніх ускладнень належать паратонзиллярний, бічноглотковий, заглотковий абсцеси, гнійний лімфаденіт. Виникнення пізніх ускладнень спричинене активацією імунopatологічного процесу та розвитком гострої ревматичної лихоманки, гломерулонефриту, бактеріального ендокардиту.

В уніфікованому клінічному протоколі первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», затвердженому наказом МОЗ України від 16 липня 2014 № 499, щодо стратегії раціональної антибіотикотерапії зазначено, що антибіотики слід негайно призначати пацієнтам у тяжкому стані, які мають симптоми й ознаки серйозної хвороби та/або ускладнення (пневмонія, мастоїдит, паратонзиллярний абсцес, паратонзиллярна флегмона, внутрішньочерепні або внутрішньочерепні ускладнення); які входять до групи високого ризику розвитку тяжких ускладнень через вже наявні супутні хвороби, дітям віком до 2 років з двобічним середнім отитом; дітям з отореєю, що стала наслідком гострого середнього отиту; пацієнтам з гострим боєм у горлі/гострим тонзилітом та трьома або більше критеріями Сентора (набряклість мигдаликів і наявність на них ексудату; збільшення та болючі передньошийні лімфатичні вузли; температура тіла вище 38 °С в анамнезі; відсутність кашлю).

Отже, у дітей з ГРІ застосування антибактеріальних засобів обмежене чіткими показаннями. Проте ГТФ – це поліетіологічне захворювання, яке спричиняють віруси, бактерії, найпростіші, гриби, мікст-інфекція (табл. 1). Знання основних клінічних відмінностей ГРІ різної етіології, застосування сучасних діагностичних критеріїв дозволить обрати правильну терапевтичну схему у кожному конкретному випадку.

Диференційна діагностика ГТФ

Найперше, що має зробити педіатр при зверненні хворої дитини з боєм у горлі, – підтвердити або виключити

бактеріальний генез захворювання. Зручною для використання є шкала Мак-Айзека (табл. 2).

При БГСА-асоційованому ГТФ початок захворювання гострий на тлі вираженого інтоксикаційного синдрому (лихоманка, загальна слабкість, головний біль). При огляді зівя виявляють гіперемію слизової оболонки, набряк мигдаликів, більш ніж у половині випадків наявний білий або жовтуватий наліт. Шийні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації.

Вірусні збудники спричиняють близько 70% усіх випадків тонзилофарингіту. У таблиці 3 представлені характерні симптоми ГТФ, викликаного різними мікроорганізмами.

У пацієнтів з інфекційним мононуклеозом запалення слизової оболонки має певну стадійність: на початку захворювання візуалізується гіперемія зівя без нальоту, далі на мигдаликах з'являється білий наліт, мигдалики та язичок набрякають; пізніше острівці нальоту зливаються та формують товсті білі бляшки. У таких пацієнтів також виявляють лімфаденопатію, збільшення печінки та селезінки, виражений інтоксикаційний синдром.

ГТФ може бути одним із проявів ентеровірусної інфекції. Для захворювання характерний гострий початок з лихоманкою, боєм у горлі, який посилюється при ковтанні, міалгії, при ураженні шлунково-кишкового тракту – біль у животі, розлади травлення. При огляді зівя візуалізується гіперемія слизової оболонки, везикули з червоним обідком. Пізніше везикули перетворюються на виразки, які зазвичай не перевищують 2 мм у діаметрі.

Частим збудником ГТФ є аденовірус. Для аденовірусної інфекції властивий гострий початок із вираженими катаральними явищами та поступовим підвищенням температури тіла. Іноді захворювання супроводжується розладами з боку шлунково-кишкового тракту (боєм у животі, нудотою, блюванням). Перебіг аденовірусної інфекції часто супроводжується фарингокон'юнктивальним синдромом. При огляді зівя такого пацієнта виявляють помірну гіперемію слизової оболонки, набряк передніх дужок, піднебінних мигдаликів, набряк і гіперемію задньої стінки глотки, гіперплазію фолікулів. При вираженому ексудативному компоненті запалення на збільшених фолікулах з'являється ніжний білуватий наліт і густий слиз.

Слід зазначити, що при ГТФ можливий варіант мікст-інфекції, що продемонстровано у дослідженні S. Esposito та співавт. (2004). При вивченні етіологічного спектра ГТФ у 127 дітей виявлено ізольоване вірусне ураження дихальних шляхів у 29,1% пацієнтів, ізольоване бактеріальне ураження – у 22,0% хворих, два вірусних збудники – у 4,7% дітей, два бактеріальних збудники – у 4,7%, вірусно-бактеріальну асоціацію – у 20,5% пацієнтів (у 18,9% хворих не вдалося встановити етіологічний фактор захворювання). Наявність мікст-інфекції, а також індивідуальні особливості пацієнта можуть ускладнити діагностичний пошук збудника захворювання та призначення етіотропного лікування, спрямованого на конкретний мікроорганізм.

Принципи терапії ГТФ у дітей

Слід визнати, що сьогодні немає чітких національних і міжнародних рекомендацій щодо лікування дітей з ГТФ (винятком є стрептококова ангіна, за якої обов'язковим є призначення системної антибіотикотерапії).

Основними завданнями медикаментозного лікування дітей з ГТФ є вплив на широкий спектр мікроорганізмів, що могли спричинити захворювання, усунення запалення та симптомів захворювання. Для вирішення цих завдань традиційно застосовують місцеві антисептичні засоби. Пропонуємо педіатрам звернути увагу на дієвий місцевий антисептик Орасепт® (фармацевтична компанія Bayer). Діюча речовина препарату – водно-гліцериновий розчин фенолу (1,4%), відомого людству ще з середини XIX ст.

Переваги спрею Орасепт® для лікування дітей з ГТФ:

- бактерицидна та протигрибкова дія (завдяки проникненню молекул фенолу всередину клітини збудника та денатурації білків);
- знеболювальний ефект (усуває біль у горлі, полегшує ковтання, покращує самопочуття дитини);
- високий профіль безпеки (низька концентрація фенолу є безпечною для дитини, препарат не містить спирту та цукру, гліцерин у складі препарату забезпечує пом'якшувальний ефект);
- зручна упаковка для застосування у дітей з 2 років (пластиковий флакон із коротким розпилювачем спрощує застосування засобу);
- вишневий аромат;
- економічна доступність.

Підготувала Ілона Цюпа



Таблиця 1. Основні збудники гострого тонзилофарингіту (Т.И. Гаращенко и соавт., 2013)	
Збудник	Нозології, які викликає
Бактерії Стрептококи групи А Стрептококи груп С та G Анаероби/спірохети <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Neisseria meningitidis</i> <i>Corynebacterium diphtheriae</i> <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> <i>Salmonella typhi</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Francisella tularensis</i> <i>Listeria monocytogenes</i>	Фарингіт, тонзиліт, гостра ревматична лихоманка Фарингіт, тонзиліт Ангіна Симановського – Венсана Фарингіт, тонзиліт Фарингіт, епіглотит, назофарингіт Дифтерія Фарингіт Катаральний тонзилофарингіт, виразкова ангіна Дюге Фарингіт, ентероколіт Туляремія (орофарингеальна форма) Катарально-плівчастий тонзиліт, сепсис
Віруси Риновірус Ротавірус Коронавірус Пікорнавірус Аденовірус Вірус простого герпесу 1 та 2 типів Вірус паргрипу Вірус Коксаки А9, В1-5 Віруси ЕСНО Вірус Епштейна – Барр Цитомегаловірус	ГРІ ГРІ, ентерит, катаральна ангіна ГРІ Герпетична ангіна, афтозний стоматит Лихоманка з фарингокон'юнктивітом, ГРІ Фарингіт, гінгівостоматит ГРІ, круп Герпетична ангіна Везикулярний фарингіт, тонзиліт Інфекційний мононуклеоз Цитомегаловірусний мононуклеоз
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Пневмонія, бронхіт, фарингіт
<i>Chlamydomphila psittaci</i> <i>Chlamydomphila pneumoniae</i>	ГРІ, пневмонія Пневмонія, фарингіт
<i>Candida albicans</i>	Гранульозний фарингіт, виразково-плівчаста ангіна з гіперплазією лімфоїдної тканини

Таблиця 2. Шкала визначення потреби у проведеної антибіотикотерапії пацієнтам з гострим тонзилофарингітом (W.J. McIsaac, 2010)	
Ознака	Оцінка, бали
Температура тіла вища 38 °С	1
Відсутність кашлю	1
Передньошийний лімфаденіт	1
Набряк мигдаликів і наліт на них	1
Вік молодше 15 років	1
0-1 бал – культуральне дослідження та антибіотикотерапія не потрібні (ризик інфікування БГСА – 2-6%); 2-3 бали – необхідно провести культуральне та експрес-дослідження; якщо результат позитивний, призначають антибіотик (ризик інфікування БГСА – 10-28%); 4-5 балів – необхідно провести культуральне дослідження та призначити антибіотик (ризик інфікування БГСА – 38-63%).	

Таблиця 3. Клінічні прояви гострого тонзилофарингіту та ймовірний збудник (Т.И. Гаращенко и соавт., 2013)	
Клінічні прояви	Імовірний збудник
Слабкий біль у горлі	Риновірус, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Сильний біль у горлі	Аденовірус, вірус грипу, вірус простого герпесу, вірус Коксаки А, стрептококи
Висока температура тіла (понад 39,4 °С)	Стрептококи
Кон'юнктивіт	Аденовірус
Кашель, нежить, легка еритема	Вірус грипу
Пухирці та виразки на слизовій оболонці губ, стоматит	Вірус простого герпесу
Маленькі пухирці на слизовій оболонці задньої стінки глотки	Вірус Коксаки А
Супутня загальна втома, головний біль, лімфаденопатія	Вірус Епштейна – Барр
Супутній плямисто-папульозний висип на тулубі, міалгії, сонливість	ВІЛ (первинна інфекція)



ПОЛЕГШУЄ БІЛЬ У ГОРЛІ



ЧИНИТЬ БАКТЕРИЦИДНУ
ТА ПРОТИГРИБКОВУ ДІЮ



ПОМ'ЯКШУЄ СЛИЗОВУ
ОБОЛОНКУ



ОРАСЕПТ®

ПОТРІЙНА* ДОПОМОГА ПРИ

БОЛЮ В ГОРЛІ

*антисептична, пом'якшуюча, анестезуюча

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 «Байєр», 04071, м. Київ, вул. Верхній Вал, 4-Б. Реєстраційне посвідчення № UA/7397/01/01 від 29.11.2017 L.UA.MKT.CH.05.2019.0546