

Гострі фарингіти у дітей: питання етіології та лікування

Т.О. Крючко, д.м.н., професор, Т.В. Кушнерева, І.О. Коленко,
Ю.М. Хабертюр, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Щорічно поширеність гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) залишається найвищою в структурі хвороб органів дихання. У світі реєструються десятки мільйонів випадків ГРВІ, мільйони днів непрацездатності, пропусків школи, пов'язаних з респіраторними інфекціями.

→ Протягом епідемічного сезону на грип та ГРВІ в Україні за минулий рік захворіли понад 4,5 млн осіб, з них 68% – діти. Особливої уваги потребують діти молодшого віку, у яких ГРВІ становлять 65% усіх захворювань, що реєструються, причому є однією з основних причин звернення до лікаря та необхідності госпіталізації. Чим менша дитина, тим більша ймовірність розвитку ускладнень, яка кожні наступні 6 років життя зменшується на 20%.

Як правило, одним з основних симптомів ГРВІ у дітей є гострий фарингіт, що в 70-85% випадків має вірусну етіологію. Серед вірусів найчастіше причинами ураження слизової оболонки ротоглотки є риновіруси, РС-віруси, аденовіруси, віруси парагрипу та грипу, але хронізацію запалення зумовлюють бактерії (гемолітичний стрептокок, золотистий

стафілокок, нейсерії), а також гриби *Candida*. Розповсюдженість гострого тонзилофарингіту в Україні становить 45,7 випадку на 1 тис. дітей. У дітей до 3 років, як правило, захворювання пов'язане з вірусами, а у віковій групі понад 5 років особливої актуальності набувають бактеріальні форми ураження. Так, за даними дослідників, β-гемолітичний стрептокок групи А є причиною гострого тонзилофарингіту в 30-40% дітей порівняно з 15-20% випадків з підтвердженням цього збудника в дорослих пацієнтів; відповідно, вірусна етіологія є етіологічним чинником у 15-40% хворих дітей порівняно з 30-60% дорослих пацієнтів.

Провести диференціальну діагностику вірусного та бактеріального фарингіту, спираючись тільки на дані фізикального дослідження, важко. Клінічними особливостями перебігу



Т.О. Крючко

Д.м.н., професор, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

гострого тонзилофарингіту вірусної етіології є сезонний характер (з кінця осені до початку весни), поєднання з проявами риніту, кон'юнктивіту, осиплістю голосу на тлі загального нездужання і субфебрильної температури тіла. Серед атипових симптомів патології – біль у животі, діарея. Бактеріальна природа захворювання зазвичай характеризується відсутністю таких симптомів, як ринорея, кашель, кон'юнктивіт; найчастіше має місце температурна реакція $\geq 38^\circ\text{C}$; місцеві ознаки стрептококового фарингіту – еритема, набряк ротоглотки, м'якого піднебіння і піднебінних мигдалин, наявність запального ексудату на поверхні мигдалин, лімфаденопатія підщелепних

**Таблиця 1. Шкала Мак-Айзека
(з доповненням за О.О. Барановим і співавт., 2007)**

| Критерій | Оцінка, балів |
|---|---------------|
| Температура тіла $>38^\circ\text{C}$ | 1 |
| Відсутність кашлю | 1 |
| Регіонарний лімфаденіт | 1 |
| Набряклість мигдалин і наявність ексудату | 1 |
| Вік (років): • 3-14 • 15-18 | 1 0 |

1 бал – антибіотикотерапія не показана; 2 бали – тактика щодо призначення антибактеріальних засобів визначається лікарем; ≥ 3 бали – необхідність призначення курсу антибіотикотерапії.



і передньошийних лімфовузлів; у частини хворих спостерігаються петехії на твердому і м'якому піднебінні.

Для полегшення диференційної діагностики між бактеріальним та вірусним тонзилофарингітом та обґрунтування призначення антибактеріальної терапії використовується шкала Мак-Айзека (табл. 1).

Для визначення тактики ведення хворої дитини доцільно застосовувати такий алгоритм (рис. 1).

Для прийняття вірного рішення щодо призначення антибактеріальної терапії у разі оцінки 2-5 балів за шкалою Мак-Айзека лікар орієнтується на результати мікробіологічного дослідження ротоглотки та/або результати експрес-тесту на антиген β-гемолітичного стрептококу А. Швидкість проведення експрес-діагностики, а також висока чутливість і специфічність (>95%) дозволяють у разі позитивного результату своєчасно призначити лікування.

Для клінічного прогнозування інфекції, обумовленої β-гемолітичним стрептококом групи А, застосовуються критерії Центора:

- наявність ексудату на мигдалинах;
- болочість передніх шийних лімфатичних вузлів;

- відсутність кашлю;
- наявність лихоманки при огляді або в анамнезі захворювання.

Так, на користь стрептококової етіології гострого тонзилофарингіту свідчить визначення у пацієнта не менш ніж 3 з 4 клінічних критеріїв Центора, а також наявність у сім'ї хворих з хронічною ревматичною хворобою серця або гломерулонефритом. За сумарної оцінки в 1 бал імовірність стрептококового тонзилофарингіту становить <10%. У випадку збільшення суми балів вірогідність також збільшується, але навіть за максимальної кількості балів зазначений показник становить близько 52%.

Лімфоноуткове кільце, що виконує функцію місцевого захисту дихальної системи від різних інфекцій, у дітей починає розвиватися в кінці першого року життя і формується до 3-5 років. До 8 років лімфоноутковий апарат за своїми функціями та складом мікрофлори верхніх дихальних шляхів наближається до показників, характерних для дорослих. Саме в період з 6 міс до 6 років у дітей найчастіше розвивається гострий фарингіт, кількість епізодів якого варіює від 4 до 8 разів на рік. Зменшення ризику ускладнень при ГРВІ прямо залежить від своєчасно призначеного

адекватного лікування. Зазвичай діти не люблять лікуватися, часто вони не можуть виконати всі лікувальні призначення через вік або загальний хворобливий стан. Крім того, призначення оральних антисептиків забезпечує тільки місцевий вплив на бактеріальних збудників захворювання. Етіологічного впливу на вірусну інфекцію, що знаходиться внутрішньоклітинно та дисемінована по інших ділянках слизової оболонки, ці засоби не виявляють, тому в разі вірусної природи захворювання пріоритетним вважається патогенетичне лікування, що є досить ефективним, безпечним і зручним для дитини. Перевагу варто надавати препаратам комбінованої дії, що поєднують протизапальну, анальгезуючу та імуномодулюючу активність.

Дані 3-річного клінічного дослідження, проведеного в м. Торонто (Канада), свідчать про те, що під час бактеріологічного дослідження ротоглотки у дітей (3-14 років) з фарингітом у 63% випадків β-гемолітичний стрептокок не виявляється; необхідність у призначенні антибактеріальних засобів виникає тільки в 32,1% дітей. Таким чином, більшість дітей з вірусними інфекціями не потребують призначення антибактеріальної терапії.

Препаратами вибору у разі фарингітів у дітей повинні бути засоби, що характеризуються невеликою швидкістю абсорбції зі слизової оболонки, відсутністю токсичної і подразнюючої дії на слизову оболонку, а також низькою алергенністю. Додатковими умовами, особливо актуальними в педіатричній практиці, є зручність застосування і відсутність неприємних смакових відчуттів. На фармацевтичному ринку України представлені стандартизовані рослинні препарати з доказовою базою ефективності та безпечності. Наведеним вимогам відповідає Тонзипрет® – комбінований препарат, рекомендований для лікування

гострих і хронічних захворювань мигдалин, глотки та гортані. До складу цього лікарського засобу входить комбінація екстрактів 3 лікарських рослин – лаконоса американського, гваякового дерева й перцю стручкового, що забезпечують виражену протизапальну, анальгезуючу та імуномодуючу дію. Форма випуску Тонзипрету – таблетки для розсмоктування та краплі для прийому всередину, які можна призначати дітям з першого року життя.

Метою нашого дослідження стала оцінка ефективності Тонзипрету під час лікування гострих фарингітів у дітей дошкільного віку на тлі ГРВІ.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 50 дітей віком від 1 до 6 років із встановленим діагнозом ГРВІ, гострого фарингіту, які одержували амбулаторне лікування в поліклінічному відділенні Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. До групи спостереження входили діти, у яких тривалість захворювання становила не більше 48 год, було відсутнє попереднє лікування антибактеріальними засобами та місцевими антисептиками. Загальний стан дитини дозволяв вживати рідину, їжу та приймати ліки. З дослідження виключалися діти, які мали складну, комбіновану патологію та показання для призначення антибактеріальних препаратів.

Усі учасники були поділені на групи, аналогічні за віком і статтю. Основну групу становили хворі (n=25), яким для місцевого лікування гострого фарингіту призначався Тонзипрет® у віковій дозі в таблетках для розсмоктування. Учасники групи контролю (n=25) отримували оральні антисептики на основі деквалінію хлориду. Усі пацієнти одержували лікування ГРВІ згідно з клінічним протоколом (ліжковий режим, адекватний питний режим, протівірусні препарати та, в разі необхідності, жарознижувальні засоби).

Для визначення ефективності терапії в 1-й день спостереження та на 5-ту добу лікування проводили оцінку клінічних симптомів: вираженості болю, дискомфорту в горлі, утруднення під час ковтання, головного болю, нездужання, кашлю, нежитю. Усім дітям проводили оцінку загального стану, температури тіла, стану шкіри і слизової оболонки ротоглотки (набряк, почервоніння, наліт на мигдаликах), наявності збільшення та болісності лімфатичних вузлів; визначали також стан дихальної та серцево-судинної систем.

Для уніфікації визначення проявів клінічних симптомів захворювання була застосована бальна шкала, за якою оцінка «0» свідчила про відсутність симптому, 1 бал – про помірні, 2 бали – середні, 3 бали – виражені прояви, 4 бали – значно виражені ознаки. Для порівняння динаміки клінічних проявів у групах спостереження вираховували середню оцінку. Максимальна сума балів у хворого – 48.

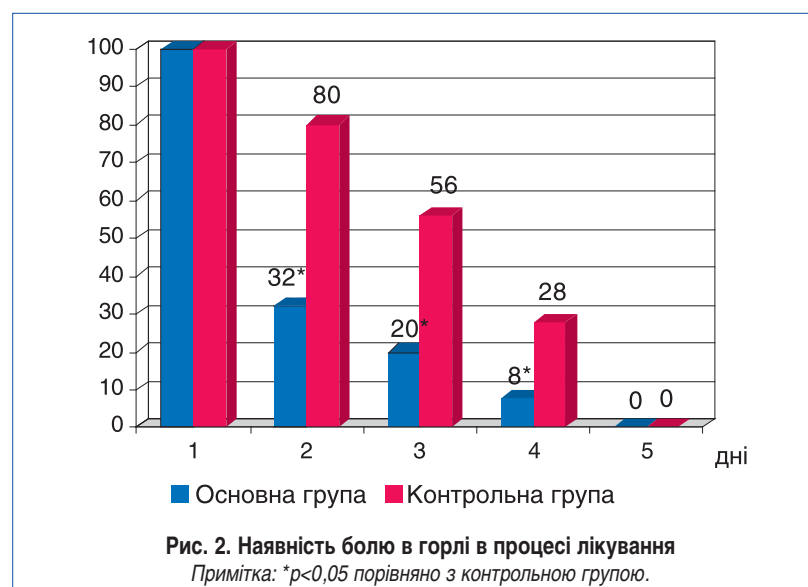
Тонзипрет® призначався по 1 таблетці 6 р/добу впродовж 5 днів. На 5-й день спостереження дослідник визначав ефективність проведеного лікування: 3 бали – висока, 2 бали –

помірна, 1 бал – низька, 0 – відсутність ефекту.

Результати та обговорення

Загальний стан пацієнтів, які входили до груп спостереження, на початку (1-й день) визначався як задовільний у 21 дитини основної групи і у 22 осіб із групи порівняння, середньої тяжкості – у 4 і 3 хворих відповідно. У всіх дітей на початку дослідження реєстрували підвищення температури тіла до субфебрильних цифр; головний біль, кашель і нежить різного ступеня вираженості мали місце практично у всіх хворих. За проявами симптомів фарингіту групи спостереження були репрезентативними. Прояви болю в горлі за сумарним показником в основній групі становили 59 балів (у 9 дітей мали місце виражені, у 16 – середні прояви симптому), в групі порівняння – 57 балів (7 хворих мали виражені, 18 – середні прояви симптому). Динаміка скарг хворих у ході лікування наведена в таблиці 2.

Динаміку загальних симптомів ГРВІ та суб'єктивних ознак фарингіту оцінювали за скаргами хворих. На 5-ту добу лікування болю в горлі не було в жодного хворого, проте регрес у групі дітей, які приймали



Таблиця 2. Динаміка скарг у ході лікування в дітей з гострим фарингітом (сумарний бал)

| Група | Доба | Скарги | | | | | | |
|-------------------|------|--------------|-----------------------------|--------------------|---------------|------------|--------|--------|
| | | Біль у горлі | Утруднення під час ковтання | Дискомфорт у горлі | Головний біль | Нездужання | Кашель | Нежить |
| Основна (n=25) | 1-ша | 59 | 44 | 44 | 36 | 41 | 6 | 54 |
| | 5-та | 0 | 0* | 2* | 2 | 0 | 2* | 12 |
| Контрольна (n=25) | 1-ша | 57 | 43 | 43 | 33 | 37 | 7 | 57 |
| | 5-та | 0 | 3 | 6 | 2 | 0 | 5 | 16 |

Примітка: * $p < 0,05$ порівняно з контрольною групою на 5-ту добу лікування.

Таблиця 3. Динаміка об'єктивних симптомів гострого фарингіту в обмежених дітей у ході лікування (сумарний бал)

| Група | Доба | Фарингоскопічна картина | | | Стан регіонарних лімфовузлів | |
|-------------------|------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | Набряк слизової ротоглотки | Гіперемія слизової ротоглотки | Наліт на слизовій оболонці ротоглотки | Збільшення | Болісність під час пальпації |
| Основна (n=25) | 1-ша | 32 | 49 | – | 28 | 5 |
| | 5-та | 6* | 7* | – | 15 | 0 |
| Контрольна (n=25) | 1-ша | 34 | 48 | – | 26 | 4 |
| | 5-та | 17 | 21 | – | 21 | 0 |

Примітка: * $p < 0,05$ порівняно з контрольною групою на 5-ту добу лікування.

Тонзипрет®, характеризувався більш вираженою динамікою (рис. 2). Зникнення больових відчуттів у горлі на 2-гу добу лікування в більшості дітей (68%), які приймали Тонзипрет®, а також поступова регресія больових відчуттів у решти хворих на 4-5-ту добу лікування пояснюються наявністю в складі препарату алкалоїду капсаїцину. Терапевтичний вплив цього компонента, що входить до складу перцю стручкового, пов'язаний із дією на больові рецептори ротоглотки – TRPV1. У раніше проведених дослідженнях встановлено, що зазначені рецептори спочатку активуються через масивну продукцію субстанції Р – нейромодулятора, що бере участь у запаленні і обумовлює появу відчуття «зігрівання горла». Тривале і постійне надходження капсаїцину призводить до виснаження нейромодулятора і блокування його надходження до нервових закінчень, що зумовлює знеболювальний ефект. Сапоніни лаконоса також беруть участь у реалізації протизапального

ефекту, чинять системний імуномодулюючий вплив, що прискорює процес одужання хворих.

Отримані результати підтверджуються даними попередніх досліджень щодо здатності рослинних компонентів, які входять до складу Тонзипрету, пригнічувати циклооксигеназу-2 і в такий спосіб сприяти реалізації протизапального ефекту зі зменшенням ноцицептивної чутливості.

Привертає увагу той факт, що в основній групі дітей в 3 рази рідше спостерігали відчуття дискомфорту в горлі у вигляді першіння та пересихання задньої стінки ротоглотки, ніж у пацієнтів групи контролю, які одержували препарати на основі деквалінію хлориду. У всіх пацієнтів, які одержували Тонзипрет®, утруднення під час ковтання спостерігалося в середньому 2,5 доби від початку лікування, натомість у 12% дітей з групи порівняння зазначені відчуття зберігалися вірогідно довше (табл. 2). Відчуття утруднення під час ковтання

обмежують годування дітей і уповільнюють відновлення загального самопочуття. Слід зазначити, що динаміка симптомів загальної інтоксикації (нездужання, головний біль, нежить) в обох групах не мала значних розбіжностей. У той же час в групі дітей, які отримували Тонзипрет®, один з найбільш частих симптомів фарингіту – кашель – мав виражений регрес вже на 5-ту добу.

Важливими критеріями оцінки ефективності лікування є фарингоскопічна картина та стан шийних лімфовузлів. Так, об'єктивними ознаками запального процесу були гіперемія та набряклість слизової оболонки ротоглотки; на час включення в дослідження у хворих відсутні гнійно-ексудативні зміни в ділянці мигдалин (табл. 3).

Слід зазначити, що вираженість симптому гіперемії на 1-шу добу спостереження в пацієнтів обох груп оцінювалася дослідником у 2 бали (80 і 76% дітей основної та контрольної групи відповідно); значні прояви

гіперемії слизової ротоглотки спостерігалися у 2 пацієнтів (8%) основної та контрольної групи. Ступінь набряку задньої стінки ротоглотки у більшості випадків оцінювався в 1 бал – 72 та 64% дітей основної та контрольної групи відповідно. Достовірна динаміка регресу фарингоскопічних ознак реєструвалася в обох групах, але в основній групі сумарна оцінка була в 3 рази нижче, ніж у групі порівняння. Помірні прояви набрякості слизової оцінювалися на 5-ту добу лікування: 7 балів у 5 хворих основної групи порівняно з 21 балом у 12 хворих контрольної групи.

У ході лікування відбувалося зменшення підщелепних лімфатичних вузлів, показник сумарної оцінки

знизився більш виражено в основній групі дітей. На 5-ту добу лікування в жодної дитини не визначали болісності підщелепних лімфовузлів.

Висновки

Таким чином, у ході дослідження нами встановлена висока ефективність лікування у 80% пацієнтів, які одержували Тонзипрет®, помірна – у 12% та низька – у 8%. Встановлено добру переносимість Тонзипрету у 92% хворих, і тільки 8% (n=2) учасників відмічали відчуття щипання на язиці. У дітей основної групи в ході лікування не було зафіксовано небажаних побічних ефектів. У контрольній групі майже кожна 4-та дитина (24%) в ході лікування мала скарги

на відчуття сухості задньої стінки ротоглотки, що, можливо, обумовлено антисептичною дією деквалінію хлориду.

Під час вибору засобу терапії фарингіту (оральні антисептики або препарати патогенетичної дії) потрібно враховувати етіологічний чинник захворювання, вік дитини та вираженість симптомів захворювання. У разі вірусного характеру захворювання більш швидка динаміка одужання спостерігається на тлі застосування препарату комплексної патогенетичної дії Тонзипрет®, який має виражені знеболювальний, імуномодулюючий та протизапальний ефекти. ■

Список літератури знаходиться в редакції.

Анкета читателя

Medical Nature

Природная медицина®

Для получения журнала заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медицина газета «Здоров'я України»,
ул. Народного ополчения, 1, г. Киев, 03151

Укажите сведения, необходимые для отправки
журнала Medical Nature / «Природная медицина®»

Фамилия, имя, отчество.....

Специальность, место работы.....

Индекс.....

город.....

село.....

район.....область.....

улица.....дом.....

корпус.....

квартира.....

Телефон: дом.....

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли Вам журнал Medical Nature / «Природная медицина®»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на Ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов Вам хотелось бы видеть в разрезе терапевтических специальностей?

Является ли для Вас наш журнал эффективным в плане повышения знаний о натуральной медицине?

Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Я даю согласие на их использование для получения от компании (связанных с ней лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на внесение моих персональных данных в базу данных компании с неограниченным во времени хранением этих данных.