

А.А. Григоренко, врач-оториноларинголог 1-й категории, Детский диагностический городской центр, г. Киев

Местная терапия при тонзиллофарингитах у детей дошкольного и школьного возраста: как сделать правильный выбор

Основную часть пациентов на приеме у детского отоларинголога составляют больные с воспалительными процессами ротоглотки. И такая картина отмечается круглый год, особенно много таких пациентов в период эпидемии острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Выбор тактики лечения детей с воспалительными заболеваниями ротоглотки предусматривает дифференциацию на предположительно вирусную и бактериальную этиологию и следование соответствующим алгоритмам антимикробной терапии. Системная антибиотикотерапия показана при остром тонзиллофарингите предполагаемой или установленной стрептококковой этиологии (возбудитель – бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Местная терапия рекомендована в случае БГСА- и неБГСА-этиологии воспалительных заболеваний ротоглотки, в то же время при неБГСА-этиологии местная терапия может быть рационально использована в качестве монотерапии.

В зарубежной литературе принято объединять острый фарингит и острый тонзиллит и обозначать воспаленные небные миндалины и слизистой оболочки глотки как **острый тонзиллофарингит**. Причиной данной патологии у детей в возрасте до 3 лет, как правило, являются вирусы, а у детей старше 5 лет увеличивается роль бактериальной инфекции (таб.).

увидеть белые гнойные налеты на поверхности лимфоидных фолликулов.

Системная антибиотикотерапия обязательно показана при остром тонзиллофарингите предполагаемой или установленной стрептококковой этиологии. Ее цель в этих случаях – эрадикация возбудителя и профилактика осложнений (ревматизма, паратонзиллита, генерализации инфекции).

лечения воспалительных заболеваний ротоглотки. Для местной терапии обострения хронического фарингита используют различные методики: полоскания, смазывания, ингаляции, физиотерапевтические процедуры и т.д.

На рисунке представлен алгоритм дифференциальной диагностики и лечения острого тонзиллофарингита.

В медицинской литературе доступны результаты множества исследований и наблюдений, которые проводились на базе кафедр медицинских университетов, клинических больниц, лабораторий НИИ. В то же время наибольший поток пациентов приходится на врачей поликлиник – отоларингологов, педиатров, семейных врачей.

За годы работы в поликлинике на амбулаторном приеме нами накоплен огромный опыт лечения детей с воспалительными

заболеваниями ротоглотки. Мы хотим остановиться лишь на тех средствах, которые регулярно используем в своей практике и эффективность которых подтверждена не только данными литературы, но и нашими собственными наблюдениями.

Как было отмечено выше, основная патология в детском возрасте – это воспалительные заболевания ротоглотки. Согласно нашим наблюдениям за последние пять лет заболевания ротоглотки (тонзиллиты, фарингиты) не имеют той классической клинической картины, которая описывается в учебниках.

Причинами этого являются следующие факторы:

- нарушение режима питания (дети употребляют гораздо больше, чем это допустимо, сладостей, часто здоровая пища заменяется бутербродами или едой из фаст-фуда и т.п.);
- нарушение режима дня и отдыха (мало проводят времени на свежем воздухе и много – возле компьютера, недостаточно двигаются, подвергаются значительной психологической нагрузке, посещая большое количество различных секций и дополнительных занятий);
- неоправданно частый прием антибиотиков при ОРВИ.

Таблица. Распространенность возбудителей тонзиллофарингита		
Возбудитель	Дети, %	Взрослые, %
БГСА	30-40	15-25
Стрептококки групп, С, G	28-40	5-9
Neisseria gonorrhoeae	0-0,01	0-0,1
Arcanobacterium haemolyticum	0-0,5	0-10
S. pneumoniae	0-3	0-9
M. pneumoniae	0-3	0-9
Вирусы	15-40	30-60

Для эффективного лечения чрезвычайно важно своевременно установить этиологию тонзиллофарингита. Диагностика включает микробиологическое исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки.

Теоретически желательно начинать антибиотикотерапию после получения результатов микробиологического исследования на наличие БГСА. Однако в реальной клинической практике необходимо назначить лечение пациенту при первом же обращении и принять решение в отношении системной антибиотикотерапии.

Ввиду отсутствия специфических клинических признаков стрептококкового тонзиллофарингита рекомендуется обращать внимание на группы риска с высокой вероятностью БГСА-инфекции, эпидемиологические данные, указывающие на стрептококковую этиологию воспалительных изменений в глотке. По данным экспертов ВОЗ, высеваемость стрептококка при ангине выше у детей старше 5 лет.

Острые фарингиты, вызванные БГСА, возникают преимущественно в конце зимы или начале весны. Для них характерны внезапное начало, выраженные боли в области глотки, увеличение и болезненность региональных лимфоузлов, озноб, повышение температуры тела до 37,5-38 °С и выше. При осмотре, кроме резко выраженной гиперемии глотки, можно

Однако необходимо взвешенно подходить к решению вопроса о целесообразности проведения системной антибактериальной терапии: обязательно назначить, если есть показания, но в то же время стараться избежать необоснованного применения антибиотиков.

Это особенно важно, так как в настоящее время большинство назначений антибактериальных препаратов у детей приходится на амбулаторную практику. При этом почти в 80% случаев показаниями для их применения являются инфекции верхних и нижних дыхательных путей (острый средний отит, фарингит, пневмония и др.). Нередко системные антибиотики назначаются детям необоснованно, главным образом при неосложненных ОРВИ, фарингитах. Потенциальный вред нерациональной системной антибиотикотерапии достаточно высок. Побочные эффекты на фоне приема системных антибиотиков наблюдаются довольно часто, а избыточное применение этих препаратов способствует возникновению и распространению в популяции резистентных штаммов микроорганизмов.

В случае неосложненного фарингита, обострения хронического тонзиллита или фарингита, когда отсутствует этиологическая связь с БГСА и общее состояние ребенка не нарушено, достаточно местной терапии, которая является рациональным компонентом



Рис. Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения острого тонзиллофарингита

Все перечисленные негативные факторы приводят к ослаблению иммунной системы ребенка, развитию так называемых фоновых заболеваний, к которым можно отнести вторичные иммунодефициты на фоне ОРВИ, носительство условно-патогенного стафилококка. Также состояние ребенка отягощают глистная инвазия, кандидозы, аллергические проявления.

Эти нарушения все чаще выявляются при сборе анамнеза. Нередко родители пациентов указывают на наличие фактов нарушения питания и режима дня у детей.

Во время первичного осмотра в основном отмечаются жалобы на покашливание, першение в горле, боль в горле по утрам, в анамнезе имеют место частые простудные заболевания, у 10% пациентов наблюдается периодический субфебрилитет.

Учитывая данные анамнеза, сопутствующие заболевания, всем пациентам при первичном обращении обязательно проводить следующие исследования: мазок из ротоглотки и клинический анализ крови.

Наш подход к ведению пациентов с воспалительными заболеваниями ротоглотки полностью соответствует алгоритму, представленному на рисунке.

В соответствии с алгоритмом дифференциальной диагностики и лечения острого тонзиллофарингита местная терапия показана как в комплексном лечении пациентов с БГСА-ассоциированной патологией, когда примененная антибиотика является обязательным, так и в случае, когда отсутствуют показания к назначению системной антибиотикотерапии.

Для местной терапии при воспалительных заболеваниях ротовой полости и глотки у детей старше 1 года мы используем **Бетадин®** раствор («Эгис») в схеме лечения пациентов, которые получают системную антибиотикотерапию, и тех детей, которым не требовалось срочное назначение антибиотика (т.е. это не был классический острый тонзиллит). В зависимости от течения заболевания **Бетадин®** раствор применяют в виде орошений (полосканий), обработки (смазывания) миндалин, промывания лакун небных миндалин.

Действующим веществом раствора **Бетадин®** («Эгис») является повидон-йод (1 мл раствора содержит 100 мг повидон-йода).

Повидон-йод – комплекс йода и полимера поливинилпирролидона. Йод обладает сильным бактерицидным действием, имеет широкий спектр противомикробной активности в отношении бактерий, вирусов, грибов и простейших.

В комплексе с ПВП йод в значительной мере утрачивает свое местно-раздражающее действие, которое присуще спиртовым растворам йода, поэтому **Бетадин®** хорошо переносится слизистой оболочкой и пораженными поверхностями.

Благодаря механизму действия резистентности возбудителей к препарату нет и не ожидается.

Бетадин® легко растворяется в воде и смывается водой.

Детям, которые могут самостоятельно полоскать полость рта, **Бетадин®**

назначается в соотношении 20 капель на 100 мл теплой кипяченой воды или физиологического раствора. В первый день показано полоскать полость рта каждые 2 ч, начиная со второго дня лечения – 3 раза в день. Обычно курс лечения составляет 5-10 дней.

Детям, которые не могут самостоятельно полоскать полость рта, назначается обработка (смазывание) миндалин неразведенным раствором **Бетадина** 10% – первые 3 дня 3 раза в день, начиная с третьего дня лечения – 2 раза в день, длительность обработки – 10 дней.

Раствор для орошений необходимо готовить непосредственно перед использованием.

Пациентам, у которых обнаружены пробки в лакунах миндалин, назначают промывание лакун небных миндалин раствором **Бетадина**, который готовят в соотношении 20 капель на 100 мл физиологического раствора.

В зависимости от возраста и патологии в схему лечения также включают внутритонзиллярные инъекции иммуностимуляторами (эрибисол, тимоген) от 7 до 10 сеансов.

Аллергические реакции на фоне применения раствора **Бетадина** в нашей практике не отмечены. В то же время **Бетадин®** мы не назначали пациентам, у которых в анамнезе имеет место аллергическая реакция на йод. Некоторые больные отмечали сухость во рту после смазывания ротоглотки.

Мы всегда проводим повторный осмотр для определения динамики заболевания и коррекции терапии. Обычно при условии выполнения назначений при повторном посещении отмечается заметное улучшение общего состояния ребенка, уменьшение или полное исчезновение симптомов заболевания. При ЛОР-осмотре в большинстве случаев наблюдается уменьшение местного воспалительного процесса.

В заключение хотелось бы отметить, что основная патология, с которой имеют дело детский отоларинголог и педиатр, – это инфекционное поражение верхних дыхательных путей и ротоглотки. При выборе схемы лечения следует тщательно проводить дифференциальную диагностику с целью обоснованного назначения антибиотиков. Местная терапия показана и эффективна как дополнение к антибиотикотерапии, а при некоторых состояниях может применяться в качестве монотерапии. Наш многолетний опыт использования препарата **Бетадин®** («Эгис») раствор для лечения заболеваний ротоглотки у детей дошкольного и школьного возраста свидетельствует о его высокой эффективности и безопасности. Мы рекомендуем назначение **Бетадина** раствора («Эгис») в повседневной практике ЛОР-врача для лечения пациентов с воспалительными заболеваниями ротоглотки для орошений, промывания лакун, а также для обработки (смазывания) миндалин и небных дужек.

Широкий спектр действия, отсутствие раздражающего влияния препарата и резистентности к нему возбудителей позволяет применять **Бетадин®** («Эгис») как в качестве монотерапии, так и в комплексе с системными антибиотиками.

Список литературы находится в редакции.



Бетадин®

Повідон-йод

Латідний дотик
знайомого йоду



Зрошення при
стоматологічних
та ЛОР операціях



Антисептична
обробка ран
та опіків



Гігієнічна та хірургічна
дезінфекція рук



Дезінфекція шкіри перед
хірургічною операцією,
ін'єкціями,
пункціями тощо



• Добре переноситься шкірою,
слизовими оболонками та
ураженими поверхнями

• Легко змивається теплою
водою з милом



Бетадин® призначений для зовнішнього застосування у розчиненому та нерозчиненому вигляді.

Нерозведений розчин Бетадину® застосовують для обробки рук і шкіри перед хірургічною операцією, катетеризацією сечового міхура, ін'єкціями, пункціями тощо. Розчин можна застосовувати 2-3 рази на добу.

Гігієнічна дезінфекція рук: 2 рази по 3 мл нерозведеного розчину – кожна доза по 3 мл залишається на шкірі протягом 30 секунд.

Хірургічна дезінфекція рук: 2 рази по 5 мл нерозведеного розчину – кожна доза по 5 мл залишається на шкірі протягом 5 хвилин.

Для дезінфекції шкіри нерозведений розчин після його застосування залишається до висихання.

РЕКОМЕНДОВАНІ РОЗВЕДЕННЯ:

ПОКАЗАННЯ	РОЗВЕДЕННЯ	ОБ'ЄМ ПРЕПАРАТУ / ОБ'ЄМ РОЗЧИННИКА
Вологий компрес	1:5 - 1:10	200 мл – 100 мл/1 л
Занурення та сидячі ванни	1:25	40 мл/1 л
Передопераційна ванна	1:100	10 мл/1 л
Гігієнічна ванна	1:1000	10 мл/10 л
Спринцювання піхви Введення ВМС Зрошення проміжності Зрошення у урології	1:25	4 мл/100 мл
Зрошення хронічних і післяопераційних ран	1:2 - 1:20	50 мл – 5 мл/100 мл
Зрошення в ортопедії і травматології Зрошення при операціях у порожнині рота	1:10	10 мл/100 мл

За зазначеними вище показаннями розчин можна застосовувати після розведення водопрвідною водою. При операціях, а також при антисептичній обробці ран та опіків для розведення слід застосовувати 0,9 % розчин натрію хлориду чи розчин Рінгера. Розчин слід розводити безпосередньо перед застосуванням.

Виробник: ВАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина за ліцензією компанії МУНДФАРМА А.Т., Швейцарія.
Бетадин розчин Р.Т. UA/6807/03/01 від 23.08.2012. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.
Лікарська форма. Розчин для зовнішнього та місцевого застосування. 1 мл розчину містить 100 мг повидон-йоду; Фармакологічна група. Антисептичні та дезінфікуючі засоби. Повідон-йод. Код АТС D08A G02.
Побічні ефекти. Місцеві шкірні реакції гіперчутливості, алергічні реакції, свербіж, почервоніння, висипання, ангіоневротичний набряк, анафілактичні реакції, порушення функцій нирок, поглинання великої кількості йоду при тривалому застосуванні та інші. Особливі застереження. У новонароджених і дітей до 1 року повидон-йод слід використовувати тільки за суворими показаннями.
Категорія відпуску. Без рецепта.

Представництво «ЕГІС Нюрт.» в Україні:

04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.

Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

EGIS100
1913-2013
Здоров'я. Якість. Життя.