



ISSN (E): 2181-4570

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ**Жумаев Азиз Абдусамат ўғли****Термезский филиал Ташкентской медицинской академии****Норқобилов Абдусамат Жумаевич****Термезский филиал Ташкентской медицинской академии****Исмоилов Мухаммадали Очилдиевич****Термезский филиал Ташкентской медицинской академии****Давронова Чарос Луксановна****Термезский филиал Ташкентской медицинской академии**

Аннотация: Воспалительное заболевание глотки — широко распространенная патология в детском возрасте. В комплекс лечения фарингитов часто включают растворы для полоскания, спреи, таблетки для рассасывания, леденцы или пастилки, содержащие различные противовоспалительные компоненты. Их применение уменьшает выраженность болевого синдрома и сокращает сроки лечения, но не исключает применение противовоспалительных препаратов системного действия.

Ключевые слова: фарингит, боль в горле, лечение, дети.

Фарингит — острое или хроническое воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки. Основными клиническими признаками являются боль, першение или дискомфорт. С анатомической точки зрения глотка делится на три отдела — верхний (носоглотка), средний (ротоглотка) и нижний (гортаноглотка).

Воспалительные процессы в глотке можно подразделить в соответствии с их преимущественной локализацией, однако, деление будет весьма условным (особенно при остром фарингите): острые вирусные и бактериальные инфекции диффузно поражают слизистую оболочку верхних дыхательных путей и носят мигрирующий, чаще нисходящий, характер [1]. Острые фарингиты можно разделить на вирусные, бактериальные, грибковые, аллергические, травматические (вследствие попадания инородного тела или хирургического вмешательства), а также вызванные воздействием раздражающих факторов (горячей жидкости или пара, кислот, щелочей, облучения и др.).

Хронические фарингиты обычно классифицируют не по этиологическому признаку, а по характеру развивающихся в слизистой оболочке изменений:

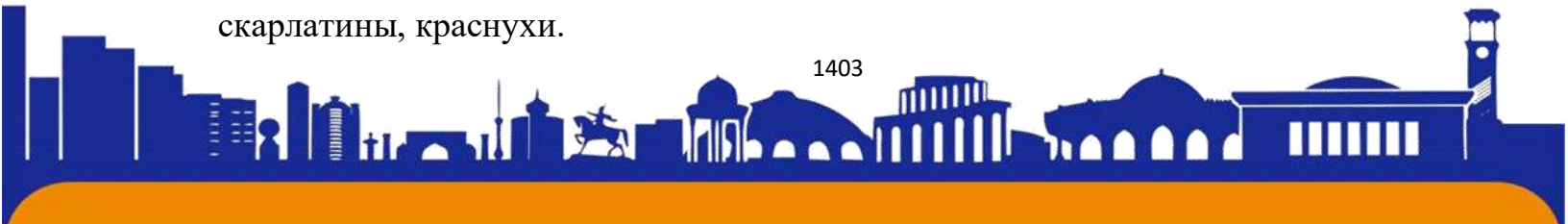




катаральный, атрофический и гипертрофический. Указанные формы хронического воспаления часто сочетаются: например, диффузные атрофические изменения в слизистой оболочке с очаговой гиперплазией лимфоидной ткани задней стенки глотки или тубофарингеальных валиков. При респираторных инфекциях острое воспаление слизистой оболочки глотки у детей проявляется катаральным фарингитом. Примерно 70% фарингитов вызываются вирусами, среди которых отмечают рино-, корона-, аденовирусы, вирусы гриппа и парагриппа.

Исследования последних лет показывают, что значение риновирусов стремительно растет, и они ответственны более чем за 80% случаев острых респираторных инфекций (ОРИ) в период осенних эпидемий [2]. Также существуют виды фарингита, связанные с конкретными возбудителями, например вирус Эпштейна–Барр — при инфекционном мононуклеозе, *Yersinia enterocolitica* — при иерсиниозе и гонококк — при гонорейном фарингите, а также *Leptotrix buccalis* — при лептотрихозе глотки. Острый фарингит у детей почти никогда не встречается изолированно, а чаще является симптомом острого аденоидита, ангины или обострением хронического тонзиллита, бактериальным агентом которых выступают -гемолитический стрептококк группы А (БГСА; обнаруживается у 15–36% детей с болью в горле), а также *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. Важная задача специалиста — дифференциальная диагностика вирусных и бактериальных инфекций и заболеваний, вызванных БГСА.

Диагноз подтверждается бактериологическими и иммунологическими исследованиями [2–6]. Для клинической картины острого фарингита характерны першение, сухость, дискомфорт и боли в горле при глотании, реже — общее недомогание, подъем температуры. При воспалении тубарных валиков боль обычно иррадирует в уши. При пальпации шеи отмечается болезненность и увеличение верхних шейных лимфатических узлов. При фарингоскопии визуализируется гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные признаки воспаления небных миндалин. Следует помнить, что острый фарингит может быть первым проявлением некоторых инфекционных болезней: кори, скарлатины, краснухи.





В ряде случаев требуется проведение дифференциальной диагностики с болезнью Кавасаки и синдромом Стивенса–Джонсона. Острый фарингит у детей младшего возраста протекает тяжело, с высокой температурой и выраженными общими явлениями, когда имеют место: беспокойное поведение, отсутствие аппетита, нарушение сна. При осмотре глотки определяются яркая гиперемия и диффузная отечность слизистой оболочки задней стенки, гипертрофия лимфаденоидной ткани в виде гранул, слизисто-гнойный секрет. Также характерен кашель, связанный со стеканием патологического секрета по задней стенке глотки. Хронический фарингит развивается у детей в возрасте 3 лет и старше.

Для данной патологии не характерно повышение температуры и существенное ухудшение общего состояния. Основные жалобы — на сухость, першение и ощущение комка в горле, вызывающего желание откашляться. Кашель обычно упорный, сухой и легко отличимый от кашля при трахеобронхите. Дискомфорт в горле часто связан с вынужденной необходимостью периодически проглатывать стекающую по задней стенке глотки слизь, что делает ребенка раздражительным, мешает обычным занятиям и нарушает сон. Важную роль в предрасположенности к хронической инфекции играет дефект иммунной системы, в частности низкое содержание иммуноглобулинов (Ig) группы A и G2 и пониженная способность продуцировать В клетки [7].

При атрофическом фарингите слизистая оболочка глотки выглядит истонченной, сухой, нередко покрыта засохшей слизью. На блестящей поверхности слизистой оболочки бывают видны инъецированные сосуды. При гипертрофической форме фарингоскопия выявляет очаги гиперплазированной лимфоидной ткани, беспорядочно разбросанные по задней стенке глотки, или увеличенные тубофарингеальные валики, расположенные за задними небными дужками. Курение — пассивное и активное, тонзиллэктомия приводят к развитию атрофических изменений в слизистой оболочке глотки. Хронический фарингит иногда сопровождает патологию пищеварительного тракта: гастрит, холецистит, панкреатит, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы нередко становится скрытой причиной развития хронического катарального фарингита: в этом случае не



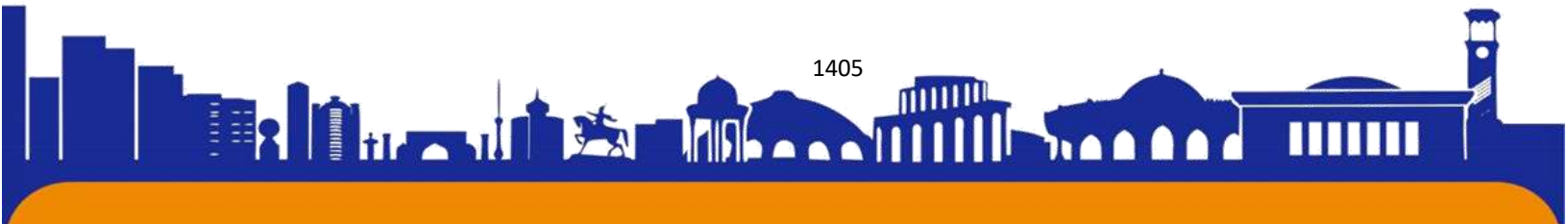


обойтись без устранения основной причины болезни, так как любые методы местного лечения дают недостаточный и непродолжительный эффект. Лечебные мероприятия при остром фарингите или обострении хронического процесса, вызванного вирусной инфекцией, при отсутствии выраженных расстройств общего состояния, являются симптоматическими и ограничиваются полосканием горла антисептическими, травяными растворами (например, раствором эвкалипта и др.) 3–4 раза в день после приема пищи. Орошение глотки антисептическими или содержащими антибиотики аэрозолями — по 2–3 дозы от 2 до 4 раз в день.

В таких случаях вполне достаточно симптоматического лечения, включающего щадящую диету, горячие ножные ванны, согревающие сухие компрессы на переднюю поверхность шеи, паровые ингаляции, полоскание горла, применение пастилок. Младенцам и детям раннего возраста целесообразно рекомендовать лишь обильное питье и ирригационную терапию, туширование задней стенки глотки растворами антисептика. Следует помнить, что у пациентов в возрасте до двух лет все аэрозоли применяют с осторожностью из-за возможности развития ларингоспазма. Неосложненный фарингит обычно не требует системного назначения антибиотиков.

В этой ситуации становится обоснованным проведение местного антимикробного лечения, которое может быть назначено в виде монотерапии. Однако успех такого лечения несомненно зависит от правильно выбранного и своевременно назначенного топического лекарственного средства. Препараты для местной терапии имеют в своем составе один или несколько антисептиков (хлоргексидин, гексетидин, бензидамин, амбазон, тимол и его производные, спирты, препараты йода и др.), эфирные масла, анестетики (лидокаин, тетракаин, ментол), антибиотики (фрамицетин) или сульфаниламиды, дезодорирующие средства. Они также могут содержать лизаты бактерий, природные антисептики (экстракты растений, продукты пчеловодства), синтезированные факторы неспецифической защиты слизистых оболочек, обладающие противовирусным действием (лизоцим, интерферон), витамины (аскорбиновая кислота).

Главными требованиями к наносимым на слизистую оболочку препаратам являются:





ISSN (E): 2181-4570

- широкий спектр антимикробного действия, включающий противовирусную и противогрибковую активность (желательно);
- отсутствие токсического эффекта и низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек;
- низкая аллергенность;
- отсутствие раздражающего действия на слизистую.

Назначение ряда лекарств ограничивает их высокая аллергенность и раздражающее действие: например, препараты с производными йода, прополисом, сульфаниламидами. Следует помнить, что препараты, содержащие растительные антисептики и эфирные масла, противопоказаны детям с атопией. Противогрибковой и антимикробной активностью обладают гексетидин и бензидамина гидрохлорид. Эти препараты выпускаются в виде раствора для полоскания и аэрозоля, малотоксичны и активны в отношении большинства бактерий — возбудителей фарингита и тонзиллита. Широким спектром антимикробного и противовирусного действия обладает местный антисептик, содержащий раствор октенидина и феноскиэтанола: не оказывает токсичного действия и не всасывается через неповрежденную слизистую оболочку; его действие начинается через 1 мин и длится в течение часа [8].

Большинство препаратов местного действия для лечения инфекционно-воспалительных процессов полости рта, горла и гортани выпускается в форме таблеток, леденцов или пастилок для рассасывания. Хорошо зарекомендовали себя в клинической практике препараты линейки Стрепсилс. Комбинация амилметакрезола и дихлорбензилового спирта оказывает выраженный антисептический эффект; имеет противовоспалительное, анальгезирующее и местноанестезирующее действие. Благодаря коагулирующему действию на белки микробных клеток, Стрепсилс обладает высокой противомикробной активностью в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (доказано *in vitro*), а также противогрибковым действием.

Последнее свойство позволяет рекомендовать его при гингивитах и стоматитах кандидозной этиологии. Препарат эффективно устраняет симптомы раздражения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Благодаря входящим в состав дополнительным натуральным компонентам (ментол, масло





ISSN (E): 2181-4570

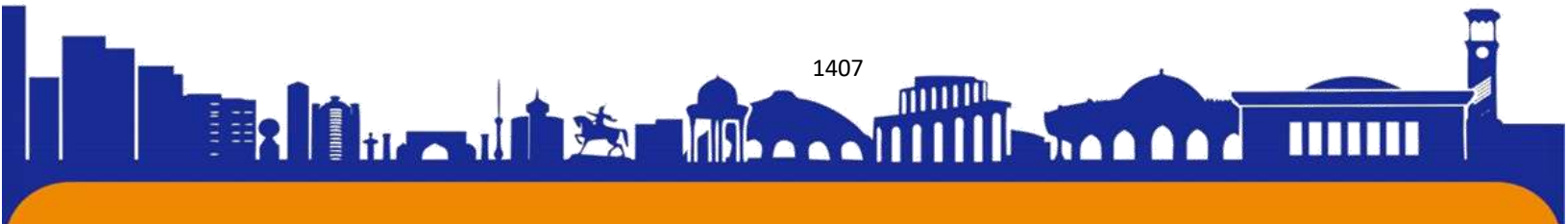
эвкалипта и аниса, аскорбиновая кислота), некоторые из которых оказывают деконгестирующее действие на слизистую оболочку, уменьшается заложенность носа, смягчается раздражение. При боли в горле наиболее эффективен препарат Стрепсилс Плюс, содержащий местноанестезирующее вещество лидокаина гидрохлорид.

Он выпускается в виде спрея и таблеток для рассасывания. Разрешен к применению у детей старше 12 лет. Дополнительные ингредиенты не только усиливают лечебный эффект препаратов этой линейки, но и придают приятные органолептические свойства. Однако, врачу следует помнить о возрастных ограничениях и противопоказаниях, не допускать самолечения и бесконтрольного приема таких препаратов пациентами. Таким образом, местные средства могут широко и с успехом применяться в лечении фарингита у детей. Выбор оптимального местного лекарственного средства определяется спектром антимикробной активности, отсутствием аллергенности, токсического эффекта и возрастных ограничений.

Тем не менее, не следует забывать о том, что данная форма лекарственных средств имеет сравнительно небольшую активность, а их назначение ограничено неосложненными формами заболевания. Эффективные местные препараты не заменяют потребности назначения антибиотиков при ангине и фарингитах, вызванных В-гемолитическим стрептококком.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лопатин А. С. Лечение острого и хронического фарингита // РМЖ. — 2001; 9 (16–17): 765–769.
2. Dagnelie C. F. Sore throat in general practice. A diagnostic and therapeutic study. Thesis. — Rotterdam, 1994.
3. Hansaker D. H., Boone J. L. Etiology of infectious diseases of the upper respiratory tract. In: J. J. Ballenger, J. B. Snow. Otorhinolaryngology: head and neck surgery. 15th ed. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. — P. 69–83.
4. Gwaltney J. M. The common cold. In: G. L. Mandell, J. E. Bennet, R. Dolin. Principles and practice of infectious diseases. 4th ed. — NY: Churchill Livingstone, 1996. — P. 561–566.





ISSN (E): 2181-4570

5. Gwaltney J. M. Pharyngitis. In: G. L. Mandell, J. E. Bennet, R. Dolin. Principles and practice of infectious diseases. 4th ed. — NY: Churchill Livingstone, 1996. — P. 566–569.

6. Рымша М. А., Чаукина В. А. Хронические воспалительные заболевания глотки у детей. В кн.: Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 336–343.

7. Детская оториноларингология. Т. 1. Руководство для врачей / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой и др. — М.: Медицина, 2005. — С. 296–322, 660.

8. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z., Lopatin A. S. Substantiation of the use of octenisept in acute and chronic inflammation of nasal mucosa. In: Liber Amicorum. Prof. Dr. E. H. Huizing 1976–1997 // Utrecht. — 1997. — P. 181–185.

