

## ГОСТРИ ФАРИНГИТИ У ДІТЕЙ: ПИТАННЯ ЕТІОЛОГІЇ ТА ЛІКУВАННЯ

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

**Мета:** оцінка ефективності Тонзипрету при лікуванні гострих фарингітів у дітей дошкільного віку на фоні ГРВІ.

**Пацієнти і методи.** Під спостереженням знаходилось 50 дітей віком від 1 до 6 років з встановленим діагнозом ГРВІ, гострого фарингіту. Основну групу склали хворі (n=25), яким в якості місцевого лікування гострого фарингіту призначався Тонзипрет в таблетках для розсмоктування. Група контролю (n=25) отримувала оральні антисептики на основі деквалінію хлориду. Ефективність терапії оцінювали за п'ятибальною шкалою у 1-й та 5-й день лікування. Для порівняння динаміки клінічних проявів у групах спостереження враховували показник середнього бала. Максимальна сума балів у хворого – 48.

**Результати.** У групі дітей, які приймали Тонзипрет, спостерігалася більш виражена позитивна динаміка основних проявів захворювання (біль у горлі, утруднення при ковтанні, кашель); динаміка симптомів загальної інтоксикації (нездужання, головний біль, незит'я) в обох групах не мала значних розбіжностей. Встановлено високу ефективність лікування у 80% пацієнтів, що одержували Тонзипрет, помірну – у 12% та низьку – у 8%, а також добру переносимість препарату у 92% хворих.

**Висновки.** При виборі засобу терапії фарингіту слід враховувати етіологічний чинник, вік дитини та виразність симптомів захворювання. При вірусному характері захворювання більш швидка позитивна динаміка спостерігається при застосуванні комбінованого препарату Тонзипрету, який має виразний знеболюючий, протизапальний та імуномодулюючий ефекти.

**Ключові слова:** гострий фарингіт, діти дошкільного віку, етіологія, лікування, Тонзипрет.

### Вступ

Щорічно поширеність гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) залишається найвищою у структурі хвороб органів дихання. У світі реєструються десятки мільйонів випадків ГРВІ, мільйони днів непрацездатності, пропусків школи, пов'язаних з ними [1,10]. Від початку 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% від усіх зареєстрованих захворювань та є однією з основних причин звернення до лікаря і госпіталізації. Чим молодша дитина, тим більша у неї імовірність розвитку ускладнень, яка кожні наступні 6 років життя зменшується на 20% [3–5].

Як правило, одним з основних симптомів ГРВІ у дітей є гострий фарингіт, що у 70–85% випадків має вірусну етіологію. Серед вірусів найчастішими причинами ураження слизової оболонки ротоглотки є риновіруси, РС-віруси, аденовіруси, віруси парагрипу та грипу; але причиною хронізації запалення є бактерії (гемолітичний стрептокок, золотистий стафілокок, нейсерії), а також гриби *Candida*. Поширеність гострого тонзилофарингіту в Україні становить 45,7 на 1,000 дітей. У дітей віком до трьох років, як правило, він пов'язаний з вірусами, а після п'яти років особливою актуальності набувають бактеріальні форми ураження. Так, за даними дослідників, бета-гемолітичний стрептокок групи А є причиною гострого тонзилофарингіту у 30–40% дітей, а у дорослому віці даний збудник підтверджується у 15–20% випадків; вірусна інфекція є етіологічним чинником у 15–40% хворих дітей порівняно із 30–60% дорослих пацієнтів [5,6,9].

Відрізнити вірусний фарингіт від бактеріального, спираючись тільки на дані фізикального дослідження, важко. Клінічними особливостями перебігу гострого

тонзилофарингіту вірусної етіології є: частіше сезонний характер (з кінця осені до початку весни), поєднання із 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; температурна реакція у хворих частіше 38°C і вище; місцеві ознаки стрептококового фарингіту характеризуються еритемою, набряком ротоглотки, м'якого піднебіння і піднебінних мигдаликів, наявністю запального ексудату на поверхні мигдаликів, лімфаденопатією підщелепних 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 наступний алгоритм (рис.).

Таблиця 1

**Шкала Мак-Айзека з доповненням  
за О.О. Барановим і співавт., 2007**

| Критерій                                    | Оцінка, бали* |
|---|---------------|
| Температура тіла > 38 °C                    | 1             |
| Відсутність кашлю                           | 1             |
| Регіонарний лімфаденіт                      | 1             |
| Набряклість мигдаликів і наявність ексудату | 1             |
| Вік (роки):<br>• 3–14<br>• 15–18            | 1<br>0        |

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

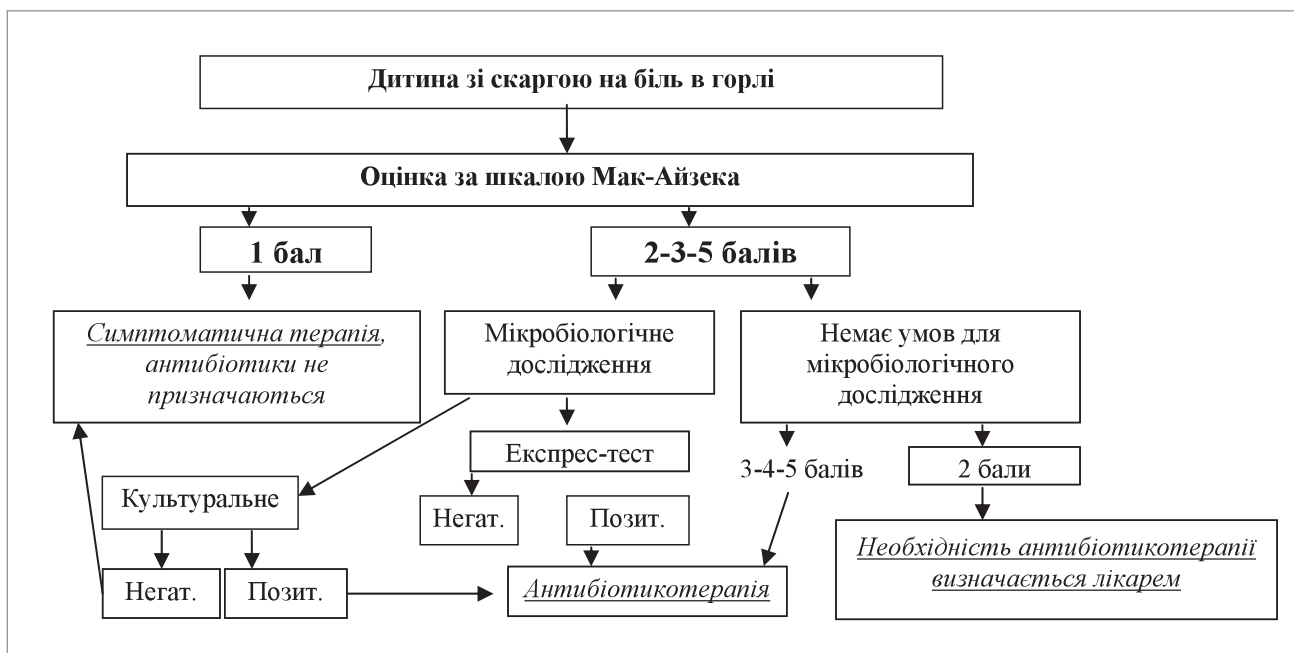


Рис. Алгоритм ведення дитини зі скаргами на біль у горлі

Для прийняття вірного рішення щодо призначення антибактеріальної терапії, при одержанні оцінки 2–3–5 балів за шкалою Мак-Айзека, лікар орієнтується на результати мікробіологічного дослідження ротоглотки та/або результати експрес-тесту на антиген бета-гемолітичного стрептокока А. Швидкість проведення експрес-діагностики, а також висока чутливість і специфічність (понад 95%), дозволяють у разі позитивного результату своєчасно визначити тактику лікування.

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

- 1) наявність ексудату на мигдаликах;
- 2) хворобливість передніх шийних лімфатичних вузлів;
- 3) відсутність кашлю;
- 4) наявність лихоманки при огляді або в анамнезі даного захворювання.

Так, на користь стрептококової етіології гострого тонзилофарингіту свідчить визначення у пацієнта не менше 3 з 4 клінічних критеріїв Центора, а також наявність в сім'ї пацієнта хворих з хронічною ревматичною хворобою серця або гломерулонефритом. При сумарній оцінці в 1 бал імовірність стрептококового тонзилофарингіту становить менше 10%. При збільшенні суми балів імовірність також збільшується, але навіть при максимальній кількості балів вона становить близько 52% [2].

Лімфоглоткове кільце 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 лімфоглотковий апарат за своїми функціями та складом мікрофлори верхніх дихальних шляхів наближається до відповідних показників, характерних для дорослих людей. Саме в період з 6 місяців до 6 років у дітей найчастіше розвивається гострий фарингіт, з приводу якого діти лікуються від 4 до 8 разів на рік. Зменшення кількості ускладнень при ГРВІ знаходиться в прямій залежності від своєчасно призначеного адекватного лікування. Не всі діти люблять ліку-

ватися, часто вони не можуть виконати всі приписи лікаря через свій вік або загальний хворобливий стан. Крім того, призначення оральних антисептиків забезпечує тільки місцевий вплив на бактеріальних збудників захворювання. Етіологічного впливу на вірусну інфекцію, яка знаходиться внутрішньоклітинно та дисемінована по інших ділянках слизової оболонки, вони не чинять. Тому при вірусній природі захворювання пріоритетним вважається патогенетичне лікування, яке є досить ефективним, безпечним та комплаєнтним для дитини. Перевагу слід надавати препаратам комбінованої дії, які поєднують протизапальну, анальгезуючу та імуномодулюючу активність.

Дані клінічного дослідження, проведеного в Торонто (Канада) впродовж трьох років, свідчать про те, що при бактеріологічному дослідженні ротоглотки у дітей (3–14 років) з фарингітом в 63% випадків бета-гемолітичний стрептокок не виявляється; необхідність у призначенні антибактеріальних засобів виникає тільки у 32,1% дітей [6]. Таким чином, більшість дітей при вірусних інфекціях не потребують призначення антибактеріальної терапії.

Препаратами вибору при фарингітах у дітей повинні бути засоби, які характеризуються невеликою швидкістю абсорбції зі слизової оболонки, відсутністю токсичної і подразнюючої дії на слизову оболонку, а також низькою алергенністю. Додатковими умовами, особливо актуальними у педіатричній практиці, повинні бути зручність застосування і відсутність неприємних смакових відчуттів. На фармацевтичному ринку України представлені стандартизовані рослинні препарати з доказовою базою своєї ефективності та безпечності [7,8]. Даним вимогам відповідає препарат «Тонзіпрет»® — комбінований гомеопатичний препарат, рекомендований для лікування гострих та хронічних захворювань мигдаликів, глотки та гортані. До складу лікарського засобу входить комбінація екстрактів з трьох лікарських рослин — лаконоса американського, гваякового дерева і перцю стручкового, що забезпечують виражену протизапальну, анальгезуючу та імуномодулюючу дію. Форма

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

| Група             | Доба | Скарги       |                         |                    |               |            |        |        |
|-------------------|------|--------------|-------------------------|--------------------|---------------|------------|--------|--------|
|                   |      | біль у горлі | утруднення при ковтанні | дискомфорт в горлі | головний біль | нездужання | кашель | нежить |
| Основна (n=25)    | 1    | 59           | 44                      | 44                 | 36            | 41         | 6      | 54     |
|                   | 5    | 0            | 0*                      | 2*                 | 2             | 0          | 2*     | 12     |
| Контрольна (n=25) | 1    | 57           | 43                      | 43                 | 33            | 37         | 7      | 57     |
|                   | 5    | 0            | 3                       | 6                  | 2             | 0          | 5      | 16     |

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно із контрольною групою на п'яту добу лікування

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 при лікуванні гострих вірусних фарингітів у дітей дошкільного віку на фоні ГРВІ.

### Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням знаходилося 50 дітей віком від 1 до 6 років з встановленим діагнозом ГРВІ, гострого фарингіту, які одержували амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні ПОДКЛ. У групу спостереження входили діти, тривалість захворювання у яких становила не більше 48 годин, було відсутнє попереднє лікування антибактеріальними засобами та місцевими антисептиками. Загальний стан дитини дозволяв вживати рідину, їжу та приймати ліки. З дослідження виключалися діти зі складною, комбінованою патологією та мали показання для призначення антибактеріальних препаратів.

Усі діти були розподілені на групи, аналогічні за віком і статтю. Основну групу склали хворі (n=25), яким в якості місцевого лікування гострого фарингіту призначався Тонзипрет у віковій дозі в таблетках для розсмоктування. Група контролю (n=25) отримувала оральні антисептики на основі деквалінію хлориду. Всі пацієнти одержували лікування ГРВІ відповідно до клінічного протоколу (ліжковий режим, рясне пиття, протівірусні препарати та, за необхідності, жарознижувальні засоби).

Для визначення ефективності терапії на 1-у та 5-у добу лікування проводилась оцінка клінічних симптомів: біль в горлі, утруднення при ковтанні, дискомфорт в горлі, головний біль, нездужання, кашель, нежить. В усіх дітей оцінювали загальний стан, температуру тіла, стан

шкіри і слизової оболонки ротоглотки (набряк, почерво-ніння, наявність нальоту на мигдаликах), збільшення та болючість лімфатичних вузлів, стан дихальної та серцево-судинної систем.

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

Тонзипрет призначався по 1 таблетці 6 разів на добу впродовж 5 днів. На 5-й день спостереження дослідник визначав ефективність проведеного лікування: «3 бали» – висока ефективність, «2 бали» – помірна, «1 бал» – низька та «0 балів» – відсутність ефективності.

### Результати дослідження та їх обговорення

Загальний стан пацієнтів, що входили до груп спостереження, на початку (1-й день) визначався як «задовільний» у 21 дитини основної групи і у 22 дітей групи порівняння та «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 мали місце практично у всіх хворих. За проявами симптомів фарингіту, групи спостереження були репрезентативними. Прояви болю в горлі за сумарним показником склали в основній групі 59 балів (у 9 дітей мали місце виразні та у 16 дітей – середні прояви симптому), у групі порівняння – 57 балів (7 хворих мали виразні і 18 дітей – середні прояви симптому). Динаміка скарг хворих в ході лікування відображена в таблиці 2.

Динаміку загальних симптомів ГРВІ та суб'єктивних ознак фарингіту оцінювали за скаргами хворих. На 5 добу лікування болю в горлі не було у жодного хворого, проте в групі дітей, які приймали Тонзипрет, спостерігалася більш виразна позитивна динаміка (рис. 2). Зникнення больових відчуттів у горлі на другу добу лікування у більшості дітей (68%), які приймали Тонзипрет, а також поступова регресія больових відчуттів у хворих на 4–5 добу лікування пояснюється наявністю у складі препарату алкалоїду капсаїцину. Даний компонент входить до складу перцю стручкового; його терапевтичний вплив пов'язаний із дією на больові рецептори ротоглотки – TRPV1. Раніше проведеними дослідженнями [5] встановлено, що зазначені рецептори спочатку активуються через масивне вироблення нейромедіатора – субстанції Р, яка бере участь у запаленні і обумовлює появу відчуття «зігрівання горла». Тривале і постійне надходження капсаїцину призводить до виснаження нейромедіатора і блокування його надходження до нервових закінчень, що зумовлює знеболюючий ефект.

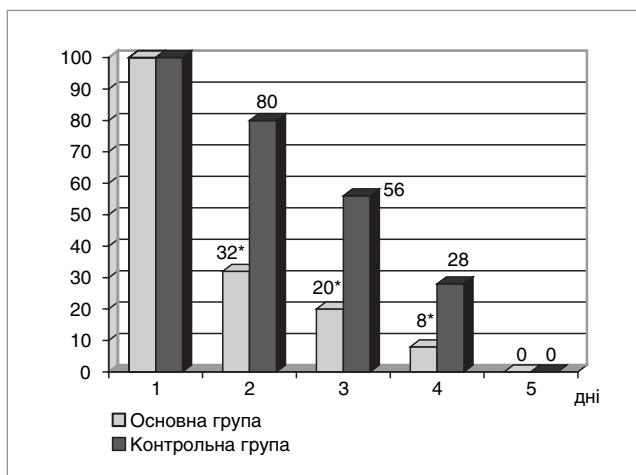


Рис. 2. Динаміка болю в горлі на тлі лікування (\* –  $p < 0,05$  порівняно із контрольною групою)

Динаміка об'єктивних симптомів гострого фарингіту в обстежених дітей в ході лікування (сумарний бал)

| Група             | Доба | Фарингоскопічна картина         |                               |                                       | Стан регіонарних лімфовузлів |                         |
|-------------------|------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
|                   |      | набряклість слизової ротоглотки | гіперемія слизової ротоглотки | наліт на слизовій оболонці ротоглотки | збільшення                   | болючість при пальпації |
| Основна (n=25)    | 1    | 32                              | 49                            | -                                     | 28                           | 5                       |
|                   | 5    | 6*                              | 7*                            | -                                     | 15                           | 0                       |
| Контрольна (n=25) | 1    | 34                              | 48                            | -                                     | 26                           | 4                       |
|                   | 5    | 17                              | 21                            | -                                     | 21                           | 0                       |

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно із контрольною групою на п'яту добу лікування.

Сапоніни лаконоса також беруть участь у реалізації протизапального ефекту, чинять системний імуномодуючий вплив, що прискорює процес одужання хворих.

Одержані результати підтверджуються даними попередніх досліджень щодо здатності рослинних компонентів, які входять до складу Тонзипрету, пригнічувати циклооксигеназу-2 і, таким чином, сприяти протизапальному ефекту із зменшенням ноцицептивної чутливості [7].

Привертає увагу, що в основній групі дітей утричі рідше спостерігали відчуття дискомфорту в горлі у вигляді дертя та пересихання задньої стінки ротоглотки порівняно із пацієнтами, які одержували препарати на основі деквалінію хлориду. У всіх пацієнтів, які одержували Тонзипрет, утруднення при ковтанні спостерігалось в середньому до 2,5 доби лікування, в той час як у 12% дітей із групи порівняння зазначені відчуття зберігалися вірогідно довше (табл. 2). Відчуття утруднення при ковтанні 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. Водночас один із найбільш частих симптомів фарингіту – кашель – мав виразний регрес вже на 5-у добу у групі дітей, які отримували Тонзипрет.

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

Слід зазначити, що виразність симптому гіперемії на першу добу спостереження у пацієнтів обох груп оцінювалась дослідником у 2 бали (80% і 76% дітей); значні прояви гіперемії слизової ротоглотки спостерігалися у двох пацієнтів (8%) основної та контрольної груп. За ступенем набряклості задньої стінки ротоглотки у більшості випадків симптом оцінювався в 1 бал – 72% та 64% дітей в обох групах. Достовірна динаміка регресу фарингоскопічних ознак реєструвалась в обох групах, але в основній групі сумарний бал був утричі нижчим, ніж у групі порівняння. Помірні прояви набряку слизової оцінювались на п'яту добу лікування і становило 7 балів у 5 хворих, порівняно із 21 балом у 12 хворих контрольної групи.

У ході лікування відбувалось зменшення підщелепних лімфатичних вузлів, показник сумарного балу знизився більш значно в основній групі дітей. На п'яту добу лікування у жодної дитини не визначали болючості підщелепних лімфовузлів.

### Висновки

У результаті дослідження встановлена висока ефективність лікування у 80% пацієнтів, що одержували Тонзипрет, помірна – у 12% та низька – у 8%. Встановлено добру переносимість Тонзипрету у 92% хворих і тільки 8% (2 дитини) відмічали відчуття «щипання» на язиці. У дітей основної групи в ході лікування не було зафіксовано небажаних побічних ефектів. У контрольній групі майже кожна четверта дитина (24%) в ході лікування мала скарги на відчуття сухості задньої стінки ротоглотки, що, можливо, обумовлено антисептичною та подразнюючою дією деквалінію хлориду.

При виборі засобу терапії фарингіту (оральні антисептики або препарати патогенетичної дії) слід враховувати етіологічний чинник захворювання, вік дитини та виразність симптомів захворювання.

При вірусному характері захворювання більш швидка динаміка одужання спостерігається при застосуванні препарату комплексної патогенетичної дії Тонзипрету, який має виразний знеболюючий, імуномодуючий та протизапальний ефекти.




### ЛІТЕРАТУРА

1. Грипп как проблема XXI века / Л. В. Осидак [и др.] // Детские инфекции. — 2009. — Т. 8, № 3. — С. 3—9.
2. Дронов И. А. Роль экспресс-диагностики в выборе рациональной терапии тонзиллофарингита у детей / И. А. Дронов, Н. А. Геппе // Доктор. Ру. — 2012. — № 9 (77). — С. 43—48.
3. Зайцев А. А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций / А. А. Зайцев // Лечащий врач. — 2008. — № 8. — С. 42—45.
4. Острые респираторные заболевания у детей: учебно-методическое пособие / С. О. Ключников [и др.]. — М., 2009.
5. Chkhaigze I. Etiologic factors of ARI in hospitalized children in Georgia / I. Chkhaigze, M. Khekeulidze // Book of Abstracts. 25th annual meeting of the European society for pediatric infectious diseases. — ESPID, Porto, Portugal, may 2—4, 2008. — P. 253.

Біль у горлі?

# Тонзипрет<sup>®</sup>



-  усуває біль<sup>1</sup>
-  прискорює одужання<sup>2</sup>
-  застосовується у дорослих та дітей з першого року життя<sup>3</sup>

Розкриваючи силу рослин

Тонзипрет<sup>®</sup>. Показання до застосування. Гострі та хронічні запалення глотки, горла та мигдаликів (тонзиліт, ларингіт, фарингіт). Спосіб застосування та дози: В залежності від симптомів захворювання препарат застосовують в таких дозах: Тонзипрет краплі 30мл, Діти від 1 до 6 років по 5-10 крапель не більше 6 разів на день, Діти від 6 до 12 років – 5-10 крапель не більше 8 разів на день, Дорослі по 5-10 крапель кожні 30-60 хв., але не більше 12 разів на день, Тонзипрет таблетки № 50, Діти від 1 до 6 років приймають по 1 таблетці не більше 6 разів на день, Діти від 6 до 12 років по 1 таблетці не більше 8 разів на день, Дорослі по 1 таблетці кожні 30-60 хв.,але не більше 12 разів на день. Протипоказання: Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Особливості застосування: При дотриманні режиму дозування та під контролем лікаря препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. Побічні реакції: Іноді можливе виникнення нудоти та шлункових розладів, алергічні реакції.

1. Несподівані ефекти гіркого перцю (Medical Nature № 1/2009 стр 38-39; Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болям у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р.
2. Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болям у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р.
3. Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болям у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р. Рослинний препарат швидко пом'якшує біль у горлі, Medical Nature, № 2/2010 стр. 39-41.

Тонзипрет<sup>®</sup> таблетки №50: Р.С. №UA/1838/01/01 от 18.08.2009. Тонзипрет<sup>®</sup> краплі 30мл Р.С. №UA/1838/02/01 от 7.08.2009.

ТОВ "Біонорика", 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс (044) 521-86-01, e-mail: office@bionorica.com.ua. Матеріал призначений для розповсюдження серед лікарів під час спеціалізованих медичних заходів.

6. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America / Stanford T. Shulman; Alan L. Bisno; Herbert W Clegg [et al.] // *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. — 2012. — Vol. 55 (10). — P. 1279–82.
7. Dr. Judith Neumaier. Pflanzenpräparat Lindert Halsschmerzen rasch. HNO-Nachrichten 5/2009. // *Medical Nature*. — 2010. — Vol. 2. — С. 39–41.
8. Ismail C., Hautmann C., Schremmer D. Post-marketing surveillance study in children with viral tonsillitis, laryngitis or pharyngitis. Study Report, Final Version, august 07, 2003. Bionorica AG, 89 p.
9. Maria Luisa Alcaide Pharyngitis and epiglottitis / Maria Luisa Alcaide; Alan L Bisno // *Infectious disease clinics of North America*. — 2007. — Vol. 21 (2). — P. 449–69.
10. Unuvar E. Viral etiology and symptoms of acute nasopharyngitis in children / E. Unuvar, I. Yildiz, A. Kilic // *Book of Abstracts. 25th annual meeting of the European society for pediatric infectious diseases*. — ESPID, Porto, Portugal, may 2–4, 2008. — P. 270.

### ОСТРЫЕ ФАРИНГИТЫ У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Т.О. Крючко, Т.В. Кушнерева, И.О. Коленко, Ю.М. Хаббертюр*

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

**Цель:** Оценка эффективности Тонзипрета при лечении острых фарингитов у детей дошкольного возраста на фоне ОРВИ.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 1 до 6 лет с установленным диагнозом ОРВИ, острого фарингита. Основную группу составили больные (n=25), которым в качестве местного лечения острого фарингита назначался Тонзипрет в таблетках для рассасывания. Группа контроля (n=25) получала оральные антисептики на основе деквалиния хлорида. Эффективность терапии оценивали по пятибалльной шкале в 1-й и 5-й день лечения. Для сравнения динамики клинических проявлений в группах наблюдения рассчитывали показатель среднего балла. Максимальная сумма баллов у больного — 48.

**Результаты.** В группе детей, принимавших Тонзипрет, наблюдалась более выраженная позитивная динамика основных проявлений заболевания (боль в горле, затруднения при глотании, кашель); динамика симптомов общей интоксикации (недомогание, головная боль, насморк) в обеих группах не имела значительных отличий. Установлена высокая эффективность лечения у 80% пациентов, получавших Тонзипрет, умеренная — у 12% и низкая — у 8%, а также хорошая переносимость препарата у 92% больных.

**Выводы.** При выборе средства терапии фарингита следует учитывать этиологический фактор, возраст ребенка и выраженность симптомов заболевания. При вирусном характере заболевания более быстрая положительная динамика наблюдается при применении комбинированного препарата Тонзипрета, который обладает выраженным обезболивающим и противовоспалительным эффектом.

**Ключевые слова:** острый фарингит, дети дошкольного возраста, этиология, лечение, Тонзипрет.

### ACUTE PHARYNGITIS IN CHILDREN: THE QUESTIONS OF ETIOLOGY AND TREATMENT

*T.A. Kryuchko, T.V. Kushnereva, I.O. Kolenko Yu.M. Habertyur*

HSEIU «Ukrainian Medical Dental Academy», Poltava, Ukraine

**Objective:** To estimate the effectiveness of Tonzipret during the treatment of acute pharyngitis in preschool age children in the setting of ARVI.

**Patients and methods.** A total of 50 children aged from 1 to 6 years with ARVI and an acute pharyngitis were under observation. The main group of patients consisted those (n = 25), to whom was ordered Tonzipret in the oro-dispersible tablet form as a topical treatment of acute pharyngitis. The control group (n = 25) received oral antiseptics based on dequalinium chloride. The effectiveness of treatment was evaluated by five-grade scale on the 1st and 5th day of treatment. In the observation groups average index score was calculated for the reason of comparison of clinical manifestations dynamics. The maximum sum of points in the patient was — 48.

**Results.** In the group of children with Tonzipret administration a more pronounced positive dynamics of the main manifestations of disease (pain in the throat, difficulties in swallowing, cough) was marked; the dynamics of the general intoxication symptoms (malaise, headache, AVI) in both groups had no significant differences. It is marked a high efficiency of the treatment in 80% of patients with Tonzipret application, moderate — 12% and the lowest — in 8%, and well tolerated in 92% of patients.

**Conclusions.** During the choice of treatment means of pharyngitis ethological factor, the child's age and the severity of symptoms should be considered. At the viral nature of the disease faster positive dynamics is observed in case of use of combined preparation Tonzipret, which has expressed analgesic and anti-inflammatory effect.

**Key words:** acute pharyngitis, children of preschool age, etiology, treatment, Tonzipret.