

Федір Юрочко

Фарингіт і деякі інші. Сучасні тенденції*

Львівська ОДКЛ «ОХМАТДИТ»

Фарингіт — це запалення глотки, що діагностується клінічно і може бути викликано інфекційними або неінфекційними причинами (Bochner et al., 2017; Gereige, Cunill-DeSautu, 2011). В англomовній літературі вживаються різноманітні терміни на означення запалення глотки — і pharyngitis, і sore throat, і pharyngotonsillitis. Іноді сюди зараховують і гострий тонзиліт.

Епідеміологія фарингіту

Фарингіт належить до дуже поширених хвороб. Фарингіт, викликаний стрептококами групи А (СГА), рідко трапляється в дітей віком до 3 років, найчастіше — серед дітей віком 5–15 років (DynaMed Plus, 2018). Гострий фарингіт може бути компонентом інфекційного мононуклеозу, пік захворюваності на який припадає на вік 5–25 років. Зокрема, приблизно 1 з 13 хворих на фарингіт у віці 16–20 років має мононуклеоз (Ebell et al., 2016).

Диференціальна діагностика

Інфекційні причини

Найчастіші інфекційні збудники фарингіту наведено в таблиці 1 (всі вікові категорії) та в таблиці 2 (діти).

Якщо в дитини результати дослідження на стрептококи групи А негативні, то поширеними причинами гострого фарингіту в дітей можуть бути *M. pneumoniae* та *S. pneumoniae* — ці гострі атипичні бактеріальні інфекції (серологія або полімеразно-ланцюгова реакція (ПЛР) для *M. pneumoniae* або *S. pneumoniae*) виявлено в 41% дітей (Esposito et al., 2006).

Стрептококи не групи А (не-СГА) можуть бути частою причиною фарингіту, так само як і стрептококи групи А, а також вони можуть мати подібні клінічні ознаки (Tiemstra, Miranda, 2009). На основі шкали Центора (таблиця 6) (Centor et al., 1981) не було можливості відрізнити фарингіти, спричинені *Streptococcus* групи А, від фарингітів, викликаних *Streptococcus*

Таблиця 1

Частота причин гострого фарингіту в усіх вікових групах (Bisno, 2001)

Збудник	Частота (%)
Риновіруси (застуда)	20
Бета-гемолітичний стрептокок групи А (стрептококовий фарингіт, скарлатина)	15–30
Коронавіруси (застуда)	≥5
Аденовіруси	5
Бета-гемолітичний стрептокок групи С	5
Вірус простого герпесу	4
Вірус парагрипу (типи 1-4)	2
Вірус грипу (типи А та В)	2
Інші вірусні патогени (вірус Епштейна-Барр (Епштейна-Барр асоційований інфекційний мононуклеоз), коксакі вірус (синдром «рука-нога-рот», герпангіна), цитомегаловірус та ВІЛ-1)	<1
Бактеріальні патогени (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (гонококовий фарингіт), стрептококи групи G, <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> та <i>Mycoplasma pneumoniae</i>)	<1

Таблиця 2

Збудники гострого фарингіту в дітей віком від 6 місяців до 14 років (Esposito et al., 2004)

Збудник	Частота (%)
Аденовірус	26,8
Респіраторно-синцитіальний вірус	21,3
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	19,7
<i>Streptococcus pyogenes</i>	18,9
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	13,4
Вірус парагрипу 3 типу	4,7
Вірус грипу В	3,9
Вірус Епштейна-Барр	1,6
Вірус грипу А	0,8
Не виявлено патогенів	18,9
Моноінфекція чи комбінована інфекція?	
Вид інфекції	Частка (%)
Виявлено тільки вірус	29,1
Виявлено тільки бактерії	22,0
Виявлено 2 вірусні збудники	4,7
Виявлено 2 бактеріальні збудники	4,7
Виявлено комбінацію вірусних і бактеріальних збудників	20,5

*Опубліковано: Медицина світу. 2018, жовтень.

Таблиця 3

Рідкісні та менш поширені інфекційні причини гострого фарингіту (Das et al., 2015)

Менш поширені інфекційні причини		Рідкісні причини	
<i>Treponema pallidum</i>	Вторинний сифіліс	<i>Francisella tularensis</i>	Туляремія
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>		<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Дифтерія
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Єрсиніозний ентероколіт	<i>Chlamydia psittaci</i>	
<i>Chlamydia trachomatis</i>		<i>Yersinia pestis</i>	Чума
		Лихоманка, спричинена укусом щурів	
		Інфекції, спричинені змішаними анаеробами	Некротичний гінгівостоматит
		<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>	Туберкульоз мигдаликів

групи С (Fretzayas et al., 2009). Поширеність бета-гемолітичного *Streptococcus* групи С становила 6,1% в метааналізі 8 досліджень, що включали обстеження 2729 пацієнтів з болем у горлі в умовах первинної медичної допомоги (Marchello, Ebell, 2016).

Серед студентів віком 15–30 років фарингіт, спричинений *Fusobacterium necrophorum*, трапляється частіше, ніж фарингіт, спричинений бета-гемолітичним *Streptococcus* групи А, — частота 20,5% порівняно з 10,3% (Centor et al., 2015). Також у цьому дослідженні виявляли *Mycoplasma pneumoniae* в 1,9% обстежуваних. В іншому дослідженні (Marchello, Ebell, 2016) засвідчено поширеність *F. necrophorum* на рівні 19,4% у метааналізі 8 досліджень, які включали 2729 пацієнтів з болем у горлі, що обстежувались в умовах первинної медичної допомоги.

Менш поширені інфекційні причини гострого фарингіту наведено в таблиці 3.

Також у дифдіагностиці враховують гострі хвороби глотки, голови та шиї, які можуть проявлятися болем у горлі (Bochner et al., 2017) (таблиця 4).

Неінфекційні причини фарингіту

Неінфекційні причини фарингіту наведено в таблиці 5.

Загальна діагностична тактика

Серед інших причин фарингітів особливо виділяють *Streptococcus* групи А (СГА) (DynaMed Plus, 2018). При обстеженні важливо розрізнити СГА від вірусної інфекції, а також

Таблиця 4

Хвороби з болем у горлі (інші, ніж фарингіт) (Bochner et al., 2017)

Гострий епіглотит
Ларингіт
Паратонзиллярний абсцес
Ретрофарингеальний абсцес
Іррадіація болю внаслідок середнього отиту, абсцесу зуба чи шийного аденіту

розпізнати ознаки, що можуть вказувати на серйозніші загрозливі хвороби верхніх дихальних шляхів (Bochner et al., 2017). Нерухомість шиї або обмеження нахилів голови, стридор, надмірна слинотечія, обмеження рухомості шиї, токсичний стан, респіраторний дистрес можуть вказувати на серйозніші хвороби, включаючи заглотковий абсцес, епіглотит, синдром Лем'єра (DynaMed Plus, 2018).

На користь вірусної етіології вказує супутня ринорея, кашель, охриплість, діарея та/або орофарингеальні пухирці. Рекомендують дообстеження на СГА при виявленні петехій на піднебінні, скарлатиноподібних висипань, нудоти та/або ексудатів у горлі з чутливими шийними вузлами.

У пацієнтів з негативним швидким тестом на виявлення антигенів СГА, але з симптомами, подібними до інфекції СГА, включаючи скарлатиноподібні висипання, слід обміркувати наявність інфекції *Arcanobacterium haemolyticum* (Karpathios et al., 1992).

Діагноз стрептококового фарингіту має бути підтверджений бактеріологічно за допомогою

Таблиця 5

Неінфекційні причини фарингіту (Bochner et al., 2017; Gereige, Cunill-DeSautu, 2011)

Причина	Приклад
Післяінтубаційний фарингіт	Біль горла після операцій, які супроводжувалися інтубацією трахеї
Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)	Екстраєзофагеальний рефлюкс
Аутоімунні причини	Хвороба Стілла у дорослих Синдром РФАРА (також відомий як синдром Маршала)
Синдром постназального стікання	Інфекція/запалення (гострий риносинусит) Алергени (алергічний риніт)
Вдихання або проковтування токсичних подразників навколишнього середовища	Алергени, сторонні предмети, шкідливі випари, куріння

Шкала Центора (Centor scale) для дифдіагностики стрептококового фарингіту

Шкала Центора	Мнемонічне правило для запам'ятовування шкали Центора
1 бал за кожен з 4-х критеріїв (гарячка, наліт на мигдаликах, шийна лімфаденопатія, відсутність кашлю)	C — cough absent (відсутність кашлю) E — exudate (наліт на мигдаликах) N — nodes (лімфовузли шийні) T — temperature (fever)(температура, гарячка) OR — young OR old modifier(молодий або старший)
+1 бал, якщо вік <15 років	
-1 бал якщо >45 років	
0–1 бал — дуже низький ризик стрептококового фарингіту 3–4 бали — підвищений ризик стрептококового фарингіту	

швидкого тесту на виявлення антигенів або посіву мазка з горла в пацієнтів з фарингітом (DynaMed Plus, 2018).

Варто розглянути можливість використання модифікованих балів шкали Центора (таблиця 6), щоб допомогти ідентифікувати пацієнтів із стрептококовим фарингітом.

Стрептококовий фарингіт малоюмовірний у більшості дітей віком до 3 років, але при виконанні швидкого антигенового тесту на стрептококи потрібно враховувати, чи не є позитивним цей тест у співмешканців дитини і чи відвідує дитина дошкільний заклад. У дітей та підлітків з негативним швидким тестом на виявлення антигену слід виконати посів мазка з горла, щоб остаточно підтвердити відсутність стрептококу (DynaMed Plus, 2018).

Клінічні ознаки окремих фарингітів

Стрептококовий фарингіт

Стрептококовий фарингіт (*Streptococcus* групи А) найчастіше трапляється у дітей шкільного віку та підлітків, взимку та ранньої весни (Vochner et al., 2017). Типові прояви: раптовий початок болю в горлі, що часто поєднується з гарячкою, болем при ковтанні та підвищеною чутливістю шийних лімфатичних вузлів. Маловірогідними є виділення з носа, кашель, кон'юнктивіт, охриплість, діарея.

Скарлатина (фарингіт, спричинений бета-гемолітичним стрептококом групи А, у поєднанні зі шкірним висипанням) (Paul, Heaton, 2014). Гостра бактеріальна інфекція з характерною дифузною еритематозною висипкою і фарингітом. Як звичайно, викликаний екзотоксином *Streptococcus* групи А, але також може бути спричинений ентеротоксином певних штамів стафілококів. Найчастіше трапляється у дітей. Діагноз встановлюють на підставі типових клінічних ознак: гарячка, біль у горлі, болі голови, озноб, нудота, блювання.

Для скарлатини характерний висип, що з'являється протягом 24–48 годин після появи симптомів, — дрібноточкове червоне висипан-

ня, яке починається на тулубі та обличчі на 2–3 день розпалу захворювання, текстура висипання класично описана на відчуття як «наждачний папір», еритема швидко поширюється до кінцівок, зазвичай оминає долоні та підшви; як звичайно, висипання зникає на 4–5 день і починається злущування, яке може тривати до кількох тижнів (DynaMed Plus, 2018).

Типовим для скарлатини є «полуничний» язик — спочатку з'являється «білий полуничний» язик (білий язик з червоними опухлими сосочками), а на 4–5 день — язик у вигляді червоної полуниці (або яловичини).

Лікування антибіотиками може зменшити тривалість симптомів і ризик розвитку ревматизму.

Фарингіти, спричинені не стрептококами групи А. Клінічна картина може бути такою ж, як і при СГА, але перебіг легшим. Можуть частіше траплятися у дорослих пацієнтів. Гострі фарингіти, спричинені стрептококами групи С та G, можуть бути пов'язані з вживанням забрудненої їжі, наприклад молока (Bisno, 1996). Стрептококи групи С та G зазвичай містяться в ротоглотці як коменсальні організми, про їх патогенність свідчитиме підвищений рівень антистрептолізину-О (Fretzayas et al., 2009). Невідомо, чи лікування інших стрептококів (не-СГА) антибіотиками сприяє швидшому зникненню симптомів (Shulman et al., 2012). Є повідомлення, що інфекції, спричинені стрептококами групи С та G, в окремих випадках сприяють розвитку гломерулонефритів, проте немає доказів, що лікування антибіотиками може цьому запобігти (Beres et al., 2008).

Інші поширені інфекційні захворювання
Епштейна–Барр-асоційований мононуклеоз. Типовими симптомами є втома, нездування, підвищення температури тіла, біль у горлі, наліт на мигдаликах і лімфаденопатія задніх шийних вузлів. Збільшення селезінки наявне в 50% дітей та підлітків (Cohen, 2003).

Інфекція, спричинена **Коксакі вірусом В**, може проявлятися як герпангіна і характеризу-

ється продромальним періодом з раптовою гарячкою, болем голови, загальним нездужанням, болями у спині/ший з подальшою появою болючих виразок на слизовій рота, еритематозного фарингіту, дисфагії. Локально при герпангіні виявляють приблизно 20 малих (1–4 мм) сіро-білих пухирців на гіперемованій слизовій задньої стінки глотки, язичка та дужок мигдаликів (DynaMed Plus, 2018).

Гонококовий фарингіт можна запідозрити в пацієнтів з оральним сексом в анамнезі й такими симптомами, як орофарингеальна еритема, орофарингеальний наліт або шийна лімфаденопатія. Частота гонококового фарингіту найбільша в підлітків і молодих людей; 40% обстежених пацієнтів були жінками віком 15–19 років (DynaMed Plus, 2018).

Аденовірусний фарингіт типово проявляється гарячкою, болем у горлі та носовими симптомами; 50% пацієнтів мають кон'юнктивіт.

Фарингіт, викликаний *Arcanobacterium haemolyticum*, може проявлятися такими ж симптомами, як й інфекція, спричинена СГА, включно з скарлатиноподібними висипаннями (Karpathios et al., 1992).

Загрозливі стани, при яких наявний фарингіт
Паратонзиллярний абсцес. Пік захворюваності на паратонзиллярний абсцес (Bochner et al., 2017) припадає на вік 13,6 року, а загальна захворюваність становить 9,4 на 100 000 населення (США, у 2009 р.). Найпоширеніші симптоми: гарячка, нездужання, сильний біль у горлі, болі при ковтанні, дисфагія, приглушений голос. Об'єктивні ознаки — напружений набряк та гіперемія передньої дужки мигдалика та м'якого піднебіння, часто з передньо-медіальним зміщенням ураженого мигдалика та язичка в протилежну сторону; тризм (спазм жувальних м'язів), при якому відкриття рота утруднене через біль внаслідок запалення та спазм жувальних м'язів; надмірне виділення слини; відчуття гіркоти в роті, неприємний запах з рота; підвищена чутливість шийних лімфатичних вузлів на ураженому боці або з обох сторін.

Гострий епіглотит. Найчастішим проявом гострого епіглотиту є раптовий початок таких симптомів, як висока гарячка, сильні болі в горлі, охриплість, болючість при ковтанні та надмірне слиновиділення. В пацієнтів цей діагноз можна запідозрити при наявності таких гострих клінічних ознак, як гарячка, стридор,

фарингіт, болючість при ковтанні, надмірне слиновиділення, задишка (в підлітків); положення триноги в поєднанні з тривогою, надмірне слиновиділення, задишка, дисфонія, дисфагія та стридор (в дітей). При наявності дихальної недостатності діагностичні процедури повинні бути відкладені, пріоритетом є забезпечення прохідності дихальних шляхів (DynaMed Plus, 2018).

Заглотковий абсцес. Частота заглоткових абсцесів (Bochner et al., 2017) найвища в дітей віком до 5 років. Ця хвороба частіша у хлопчиків, а її частота в США від 2003-го до 2011 р. зросла від 2,98 до 4,1 на 100 000 (Gereige, Cunill-DeSautu, 2011). Симптоми розвиваються внаслідок набряку і накопичення гною в ретрофарингеальному просторі. Вони різноманітні й неспецифічні, починаючи від легких (дратівливість, біль голови та втрата апетиту) до класичної тріади — кривошия, підвищення температури тіла (може бути >38,3° С), а також болючість при ковтанні. Інші симптоми — токсичний вигляд, хрипи, надмірне слиновиділення, дисфагія та тризм. Потрібно оцінити наявність ознак потенційно загрозливих симптомів дихальних шляхів (таблиця 7).

Хвороба Лем'єра — це гнійний тромбоз флебіт яремної вени, що може виникнути внаслідок фарингіту, спричинений *Fusobacterium necrophorum* (Eilbert, Singla, 2013). Типові найпоширеніші симптоми — гарячка, біль у горлі, озноб, блювання й односторонній біль у шиї. Ознаками погіршення є поява на 4–5 день таких симптомів, як тривала та прогресуюча гарячка, приглушення свідомості, озноб.

Рідкісні інфекційні захворювання

Гостра ВІЛ інфекція може проявлятися фарингітом чи болем горла в 40–60% пацієнтів.

Дифтерія рідко трапляється в країнах з плановими вакцинаціями і малою часткою відмов від вакцинації; натомість в Україні зростає ризик епідемії дифтерії. Типовими є специфіч-

Таблиця 7

Загрозливі симптоми заглоткового абсцесу

Задишка
Стридор
Тахіпное з поверхневим диханням
Використання додаткових м'язів
Положення ортопное
Пацієнт перебуває в положенні з максимально закинутою головою, прагнучи максимально збільшити прохідність дихальних шляхів

ні сіро-білі «брудні» плівки на піднебінні, мигдаликах і на задній стінці глотки. При спробі усунути плівки вони погано знімаються з підлегких тканин. Є невеликий біль у горлі, втрата апетиту, нездужання та зниження температури, ознаки інтоксикації. Може бути набряк ший, охриплість голосу. Початок поступовий, симптоми виникають на 2–5 день після появи плівок (DynaMed Plus, 2018).

Фарингіт при ерсиніозному ентероколіті.

Прояви — гастроентерит з блюванням, іноді кров'яниста діарея; фарингіт є досить рідкісним проявом (Garcia-Callejo et al., 2011).

Вторинний сифіліс проявляється різноманітними орофарингеальними виразками у 7–56%.

Цитомегаловірусна (ЦМВ) інфекція.

ЦМВ інфекція переважно є асимптомною в імунокomпетентних осіб, включаючи немовлят. Симптоми, як звичайно, включають легкий грипоподібний стан або моноклеозоподібний синдром. Порівняно з моноклеозом, викликаним вірусом Епштейна—Барр, симптоми, пов'язані з ЦМВ інфекцією, найчастіше включають міальгії, артралгії та кашель, а також, рідше, — болі в горлі та лімфаденопатію (DynaMed Plus, 2018).

Деякі рідкісні або дуже рідкісні стани, що проявляються фарингітом, можуть бути спричинені контактами з деякими тваринами:

1. **Туляремія.** Симптоми включають гарячку, озноб, біль голови, кашель, міальгії, ураження шкіри; фарингіт, кон'юнктивіт і регіонарну лімфаденопатію. Анамнез може включати укуси кліщів або оленів, а також укуси інших тварин, зокрема дрібних ссавців, таких як кролики, або ж контакт з їх тушами.

2. **Лихоманка Хаверхіл (Haverhill fever)** — це рідкісна форма інфекції *Streptobacillus moniliformis*, або лихоманки від укусу щурів.

Неінфекційні стани

Післяопераційні болі в горлі. Після операцій із загальною анестезією і застосуванням інтубації трахеї засвідчено частоту фарингіту від 21 до 71% випадків. Симптоми можуть утримуватися протягом кількох днів. До факторів ризику належать використання ендотрахеальної трубки >6 мм, подвійних трубок, високий тиск манжетки на трубі, жіноча стать, молодий вік, пролонгована анестезія та наявність кров'яного вмісту в ендотрахеальній трубці після екстубації (El-Boghdadly et al., 2016).

Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) може проявлятися позастравохідними симптомами, такими як охриплість, дисфонія, болі або першіння в горлі, відхаркування, хронічний кашель, дисфагія, гранульоми гортані, ларингоспазм (Madanick, 2014).

Алергічний риніт внаслідок постназального стікання може проявлятися чханням, ринореєю та закладеністю носа, особливо навесні та восени (Gereige, Cunill-DeSautu, 2011), а також змінами в глотці — почервонінням, дискомфортом, покашлюванням. Часто при огляді виявляють гранули на задній стінці глотки, іноді їх так багато, що вони нагадують бруківку («синдром бруківки»).

Токсичний вплив навколишніх чинників, що вдихаються або проковтуються, часто пов'язаний з хобі чи професійним анамнезом людини (Bochner et al., 2017; Gereige, Cunill-DeSautu, 2011) — алергени, сторонні предмети (наприклад, рибна кістка), шкідливі випари, куріння.

Синдром PFAPA (також відомий як синдром Маршала) — періодичні лихоманки, афтозний стоматит, фарингіти та шийний лімфаденіт. Переважно виникає у віці до 5-ти років. Вважають, що це аутоімунна хвороба, а не запалення. Типовою є часова періодичність між нападами гарячки, при цьому батьки, як звичайно, здатні передбачити наступну появу; характерний інтервал становить від 21 до 28 днів. Під час гарячки, що триває 3–5 днів, можна помітити афти (дрібні виразки на слизовій оболонці глотки та щік), фарингіт (гіперемовані збільшені мигдалики), шийний лімфаденіт (Soon, Laxer, 2017). Важливим діагностичним критерієм синдрому PFAPA є позитивна реакція на одноразове введення системних кортикостероїдів (швидке і стійке зниження гарячки).

Хвороба Стілла в дорослих. Це системна аутоімунна хвороба дорослих (Akkaara Veetil et al., 2012). Типові прояви неспецифічні й включають гарячку, яка завжди передуює появі інших симптомів. Поширеними симптомами є поліартрит або артралгії, шкірний висип та біль у горлі.

Додаткові методи обстеження

Для пацієнтів з симптомами фарингіту, спричиненого стрептококом групи А, виконують швидкі тести на виявлення антигенів та/або посів мазка з горла (Harris et al., 2016).

Швидкий тест виявлення антигенів має високу специфічність, тому при позитивному результаті слід призначити антибіотик. Позитивний тест не потребує додаткового посіву для підтвердження. Проте в дітей та підлітків негативний тест слід підтверджувати посівом мазка з горла. А в підлітків не рекомендують посівів при негативному швидкому тесті (Shulman et al., 2012). Швидкі антигенові тести можуть зменшити частоту призначення антибіотиків.

Тести, які потрібно робити при інших діагнозах: швидкий антигенний тест на виявлення грипу, гетерофільне тестування антитіл (*Monosot*) для виявлення мононуклеозу.

При виконанні загального аналізу крові можна виявити таке: лімфоцитоз та підвищена кількість атипичних мононуклеарів свідчать на користь мононуклеозу; лейкоцити і лейкоцитарна формула вказують на тяжкість паратонзиллярного абсцесу або ретрофарингеального абсцесу; пацієнти з синдромом РФАРА можуть мати незначний лейкоцитоз із нейтрофілією і помірний зсув формули вліво (DynaMed Plus, 2018).

Підвищення гострофазових показників, таких як С-реактивний білок та швидкість осідання еритроцитів, можна спостерігати при хворобі Стілла в дорослих або синдромі РФАРА.

Коли є підозра на серйозніші хвороби, виконання радіологічних обстежень буде корисним, якщо витрата часу на них не вплине на стан хворого. Бокова рентгенографія ший показана при гострому епіглотиті або заглотковому абсцесі. Комп'ютерна томографія з контрастуванням або магнітно-резонансна томографія є ще одним варіантом для оцінки можливого заглоткового абсцесу.

Лікування

Місцеве лікування

Рекомендують місцеві препарати для розсмоктування (наприклад, пастилки для горла). Незважаючи на дискусії щодо доцільності місцевого застосування ліків при фарингіті, є багато доказів ефективності такого лікування. Місцеві препарати у вигляді таблеток для розсмоктування найдовше забезпечують дію порівняно зі спреями для горла.

Перспективним напрямом, який підтвердив свою клінічну ефективність, є застосування лізоциму при місцевому лікуванні фарингіту.

Лізоцим належить до ензиміотиків — групи природних ферментів з антимікробною активністю (Catic et al., 2016), відкритий Алексан-

дром Флемінгом ще в 1922 р. (Fleming, 1922). Його антимікробна активність пов'язана з ферментним впливом на пептидоглікани мікробної стінки (ензимні механізми), а також активацією бактеріальних аутолітичних механізмів, агрегацією бактерій і дестабілізацією їх цитоплазми (неензимні механізми) (Wang, Germaine, 1991). Лізоцим також проявляє протівірусну, протигрибкову, протизапальну, імуномодуляторну, регенеративну та антиоксидантну дію (Catic et al., 2017).

В клінічних дослідженнях доведено високу ефективність лізоциму при місцевому застосуванні при фарингіті (Pan et al., 2011; Catic et al., 2016).

В Україні лізоцим для місцевого застосування при фарингіті доступний у вигляді препарату Лісобакт®. Унікальність цього препарату в тому, що він містить найбільшу концентрацію лізоциму — 20 мг, що вигідно вирізняє Лісобакт від інших лізоцимвмісних препаратів.

Лісобакт® крім лізоциму містить піридоксин (вітамін В6), який забезпечує антиоксидантний захист, зменшує ушкодження клітин, сприяє їх регенерації, контролює запальні реакції на фоні інфекційних процесів, коли потреба в піридоксині істотно зростає (Бекетова, Солдатова, 2017).

Системні кортикостероїди

Також при фарингіті рекомендують кортикостероїди. Більшість досліджень щодо кортикостероїдів рекомендують одноразову дозу дексаметазону — 10 мг (еквівалент 67 мг преднізону). Кортикостероїди можуть прискорити полегшення болю при гострому фарингіті незалежно від вірусної чи бактеріальної етіології, а також коли їх застосовують як монотерапію в пацієнтів з інфекційним мононуклеозом (Hayward et al., 2017; Olympia et al., 2005; Hayward et al., 2012).

При синдромі РФАРА (також відомому як синдром Маршала) при епізодах загострення антибіотики, як звичайно, неефективні. Лікування преднізоном (разова доза 0,6–2 мг/кг) при появі симптомів може зупинити епізод захворювання в більшості пацієнтів. Може бути потрібно повторити дозу на наступний день при наявності симптомів. Лікування преднізоном може призвести до скорочення інтервалу між епізодами. Також рекомендують циметидин (2 розділені дози 40 мг/кг), він запобігає рецидиву в третини пацієнтів. Розглядають тонзилектомію з аденоїдектомією або без неї,

Антибіотики при фарингіті, спричиненому стрептококом групи А (Shulman et al., 2012)

Для пацієнтів без алергії на пеніциліни	
Пеніцилін V (феноксиметилпеніцилін)	Діти — по 250 мг перорально 2–3 рази на день 10 днів. Дорослі та підлітки — по 250 мг 4 рази на день або 500 мг двічі на день — 10 днів
Амоксицилін	50 мг/кг перорально один раз на день (максимум 1000 мг) або 25 мг/кг (500 мг максимальна доза) двічі на день — 10 днів
Бензатин пеніцилін G (терапія для пацієнтів, які неохоче сприймають 10-тиденний курс перорального лікування)	Пацієнти <27 кг — 600 000 одиниць в/м одноразово Пацієнти ≥27 кг — 1 200 000 одиниць в/м одноразово
Для пацієнтів з алергією на пеніциліни	
Цефалексин	20 мг/кг перорально двічі на день (максимальна доза 500 мг) на 10 днів, але уникати його, якщо наявний негайний тип гіперчутливості до пеніциліну
Цефадроксил	30 мг/кг перорально один раз на день (максимум 1 г) на 10 днів, але уникати його, якщо наявний негайний тип гіперчутливості до пеніциліну
Кліндаміцин	7 мг/кг перорально три рази на день (максимальна доза 300 мг) на 10 днів
Азитроміцин	12 мг/кг перорально один раз на день (максимальна доза 500 мг) на 5 днів (перевірте на стійкість до <i>Streptococcus</i> групи А)
Кларитроміцин	7,5 мг/кг перорально двічі на день (максимальна доза 250 мг) на 10 днів (перевірте на стійкість до <i>Streptococcus</i> групи А)

що може привести до тривалої ремісії і є варіантом для дітей, що потребують частого лікування кортикостероїдами. Прогноз при синдромі РҒАРА такий: тяжкість і частота зменшуються в підлітковому віці (середня тривалість симптоматики 6,3 року), але тривалість може сягати і 18,1 року в 15% пацієнтів (Soon, Laxer, 2017).

Антибіотики

Фарингіт, спричинений стрептококом групи А, є єдиною формою гострого фарингіту, коли антибіотики однозначно показані (таблиця 8).

Заборои відвідування школи при гострому стрептококовому фарингіті з легким перебігом немає (Richardson et al., 2001).

Не доведено переваги лікування антибіотиками глоткових інфекцій, викликаних *Streptococcus* групи С (СГС) або *Streptococcus* групи G (СГG). В клінічних дослідженнях немає жодних доказів, що антибіотики полегшують клінічні симптоми фарингітів, спричинених СГС та СГG. Немає жодних доказів, що гостра ревматична лихоманка може бути ускладненням фарингітів, спричинених СГС та СГG. Гострий гломерулонефрит є дуже незвичним при фарингіті, спричиненому СГG (Shulman et al., 2012).

Лікування пацієнтів з гонококовою інфекцією (інфекцією *Neisseria gonorrhoeae*), а також інфекцією *Chlamydia trachomatis* є емпіричним. Центр контролю та запобігання захворюванням (*Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*) рекомендує застосовувати в першу чергу для дорослих цефтріаксон 250 мг в/м одноразово, азитроміцин 1 г перорально

одноразово (Workowski, Bolan, 2015). Європейський міжнародний союз проти інфекцій (European International Union against Sexually Transmitted Infections, IUSTI), що передаються статевим шляхом, та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендують вищу дозу обох антибіотиків з огляду на виникнення бактеріальних штамів зі зниженою чутливістю до цих препаратів — цефтріаксон 500 мг в/м одноразово, азитроміцин 2 г перорально одноразово (Bignell, Unemo, 2013). Також слід радити для пацієнтів з гонококовим фарингітом таке: сексуальні партнери потребують повного обстеження та лікування, а також утримання від сексуальної активності до закінчення лікування та зникнення симптомів (Workowski, Bolan, 2015).

Антибіотики можуть трохи зменшити час зникнення симптомів. Порівнюючи позитивний посів мазка з горла на стрептокок і негативний, можна сказати, що антибіотики є ефективнішими в пацієнтів з доведеною стрептококовою інфекцією. Загалом антибіотики скорочували тривалість хвороби приблизно на 16 годин (Spinks et al., 2013).

Антибіотики можуть скоротити тривалість гарячки в пацієнтів з фарингітом, але можуть не скоротити тривалість захворювання (Little et al., 1997)

Прогноз

Загалом фарингіт є хворобою зі сприятливим перебігом.

В окремих випадках, коли причиною є стрептокок групи А, показані антибіотики.

Симптоми можуть тривати від 2 до 7 днів у більшості дітей із болем у горлі, вони зникають до 3 дня у 67% дітей (Thompson et al., 2013). Однак іноді виникають ускладнення. Гнійні ускладнення виникають в 1,3% дорослих з гострим болем горла, 14,2% хворих зверталися за

повторними консультаціями щодо нових або старих симптомів (Little et al., 2013). Також не слід забувати про рідкісні причини фарингіту.

Точна діагностика в поєднанні з адекватною лікувальною тактикою допоможуть пацієнту швидше одужати без зайвого лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бекетова Г.В., Солдатова О.В. (2017, жовтень). Можливості місцевої імунomodуючої та репаративної терапії в дітей з рекурентними захворюваннями респіраторного тракту і порожнини рота. *Здоров'я України. Педіатрія*. 19(416): 10—11.
2. Akkara Veetil BM, Yee AH, Warrington KJ, Aksamit AJ Jr, Mason TG (2012, Dec). Aseptic meningitis in adult onset Still's disease. *Rheumatol Int*. 32(12): 4031—4.
3. Beres SB, Sesso R, Pinto SW, Hoe NP, Porcella SF, Deleo FR, Musser JM. (2008, Aug). Genome sequence of a Lancefield group C *Streptococcus* zoepidemicus strain causing epidemic nephritis: new information about an old disease. *PLoS One*. 21; 3(8): e3026. doi 10.1371/journal.pone.0003026.
4. Bignell C, Unemo M; European STI Guidelines Editorial Board. (2013, Feb). 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*. 24(2): 85—92. doi 10.1177/0956462412472837.
5. Bisno AL. (2001, Jan). Acute pharyngitis. *N Engl J Med*. 18; 344 (3): 205—11.
6. Bisno AL. (1996, Jun). Acute pharyngitis: etiology and diagnosis. *Pediatrics*. 97; 6(Pt 2): 949—54.
7. Bochner RE, Gangar M, Belamarich PF. (2017., Feb). A Clinical Approach to Tonsillitis, Tonsillar Hypertrophy, and Peritonsillar and Retropharyngeal Abscesses. *Pediatr Rev*. 38(2): 81—92.
8. Catic T, Mehic V, Binakaj Z et al. (2016, Dec). Efficacy and Safety of Oral Spray Containing Lysozyme and Cetylpyridinium: Subjective Determination of Patients with Tonsillopharyngitis *Mater Sociomed*. 28(6): 459—463.
9. Catic T et al. (2017, Jan). Lysozyme — Enzybiotic as a potential solution of the global problem of antibiotic resistance *Farmaceutski glasnik*. 73(4): 273—288.
10. Centor RM, Atkinson TP, Ratliff AE, Xiao L, Crabb DM et al. The clinical presentation of Fusobacterium-positive and streptococcal-positive pharyngitis in a university health clinic: a cross-sectional study. *Ann Intern Med*. 2015 Feb 17;162(4):241—7. doi: 10.7326/M14—1305.
11. Centor RM; Witherspoon JM; Dalton HP; Brody CE; Link K. (1981). The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Medical Decision Making*. 1(3): 239—246.
12. Cohen JL. (2003, Apr). Benign and malignant Epstein—Barr virus-associated B-cell lymphoproliferative diseases. *Semin Hematol*. 40(2): 116—23.
13. Das A, Das SK, Pandit S, Basuthakur S. (2015, Jan-Mar). Tonsillar tuberculosis: a forgotten clinical entity. *J Family Med Prim Care*. 4 (1): 124—6. doi 10.4103/2249—4863.152268.
14. DynaMed Plus. (2018, May 04). Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995. Record No. 114913, Pharyngitis approach to the patient. Available from <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=114913>.
15. Ebell MH, Call M, Shinholser J, Gardner J. (2016, Apr 12). Does This Patient Have Infectious Mononucleosis?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*. 315(14): 1502—9. doi 10.1001/jama.2016.2111.
16. Eilbert W, Singla N. (2013). Lemierre's syndrome. *Int J Emerg Med*. 6: 40.
17. El-Boghdady K, Bailey CR, Wiles MD. (2016, Jun). Postoperative sore throat: a systematic review. *Anaesthesia*. 71(6): 706—17. doi 10.1111/anae.13438. Epub 2016 Mar 28.
18. Esposito S, Blasi F, Bosis S, Droghetti R, Faelli N, Lastrico A, Principi N. (2004, Jul). Aetiology of acute pharyngitis: the role of atypical bacteria. *J Med Microbiol*. 53; Pt 7: 645—51.
19. Esposito S, Bosis S, Begliatti E, Droghetti R, Tremolati E, Tagliabue C, Bellasio M, Blasi F, Principi N. (2006, Jul 15). Acute tonsillopharyngitis associated with atypical bacterial infection in children: natural history and impact of macrolide therapy. *Clin Infect Dis*. 43(2): 206—9. Epub 2006 Jun 12.
20. Fleming A. On a remarkable bacteriolytic element found in tissues and secretions. *Proc R Soc Lond B*, 1922, 93:306—317.
21. Fretzayas A, Moustaki M, Kitsiou S, Nychtari G, Nicolaidou P. (2009, Aug). The clinical pattern of group C streptococcal pharyngitis in children. *J Infect Chemother*. 15(4): 228—32. doi 10.1007/s10156-009-0694-8. Epub 2009 Aug 18.
22. Garcia-Callejo FJ, Minguell-Gonzalez P, Benavent-Corai V, Santonja-Lopez N, Munoz-Fernandez N, Marco-Algarra J. (2011, Sep-Oct). *Yersinia enterocolitica* tonsillitis. Article in Spanish *Acta Otorrinolaringol Esp*. 62(5): 381—4. doi 10.1016/j.otorri.2011.01.012. Epub 2011 Apr 8.
23. Gereige R, Cunill-DeSautu B. (2011, Nov). Throat infections. *Pediatr Rev*. 32(11): 459—68.
24. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A. (2016, Mar 15). High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med*. 164(6): 425—34. doi 10.7326/M15—1840. Epub 2016 Jan 19.
25. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ. (2012, Oct 17). Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 10: CD008268. doi 10.1002/14651858.CD008268.pub2.
26. Hayward GN, Hay AD, Moore MV, Jawad S, Williams N, Voysey M, Cook J, Allen J, Thompson M, Little P, Perera R, Wolstenholme J, Harman K, Heneghan C. (2017, Apr 18). Effect of Oral Dexamethasone Without Immediate Antibiotics vs Placebo on Acute Sore Throat in Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 317(15): 1535—1543. doi 10.1001/jama.2017.3417.
27. Karpathios T, Drakonaki S, Zervoudaki A, Coupari G, Fretzayas A, Kremastinos J, Thomaidis T. (1992, Nov). *Arcanobacterium haemolyticum* in children with presumed streptococcal pharyngotonsillitis or scarlet fever. *J Pediatr*. 121; 5 Pt 1:735—7.
28. Little P, Stuart B, Hobbs FD, Butler CC et al. (2013, Nov 25). DESCARTE investigators. Predictors of suppurative complications for acute sore

- throat in primary care: prospective clinical cohort study. *BMJ*. 347: f6867. doi 10.1136/bmj.f6867.
29. Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. (1997, Mar 8). Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ*. 314(7082): 722–7.
 30. Madanick RD. (2014, Mar). Extraesophageal presentations of GERD: where is the science? *Gastroenterol Clin North Am*. 43(1): 105–20. doi 10.1016/j.gtc.2013.11.007. Epub 2013 Dec 28.
 31. Marchello C, Ebell MH. (2016, Nov). Prevalence of Group C Streptococcus and Fusobacterium Necrophorum in Patients With Sore Throat: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 14(6): 567–574. doi 10.1370/afm.2005.
 32. Olympia RP, Khine H, Avner JR. (2005, Mar). Effectiveness of oral dexamethasone in the treatment of moderate to severe pharyngitis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 159(3): 278–82.
 33. Pan J et al. (2011). Efficacy and safety of recombinant human lysozyme spray in treatment of pharyngitis and tonsillitis evaluated by multicenter, randomized, double-blind, multi-dose, parallel controlled trial. *International journal of respiration*. 31; 12. doi 10.3760/cma.j.issn.1673-436X.2011.012.003.
 34. Paul SP, Heaton PA. (2014, Apr). At a glance: scarlet fever in children. *J Fam Health Care*. 24(3): 25–7.
 35. Richardson M, Elliman D, Maguire H, Simpson J, Nicoll A. (2001, Apr). Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. *Pediatr Infect Dis J*. 20(4): 380–91.
 36. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, Van Beneden C. (2012, Nov 15). Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 55(10): e86-102. doi 10.1093/cid/cis629. Epub 2012 Sep 9.
 37. Soon GS, Laxer RM. (2017, Oct). Approach to recurrent fever in childhood. *Can Fam Physician*. 63(10): 756–762.
 38. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. (2013, Nov 5). Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. (11): CD000023. doi 10.1002/14651858.CD000023.pub4.
 39. Thompson M, Vodicka TA, Blair PS, Buckley DI, Heneghan C, Hay AD. (2013, Dec 11). TARGET Programme Team. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ*. 347: f7027. doi 10.1136/bmj.f7027.
 40. Tiemstra J, Miranda RL. (2009, Nov-Dec). Role of non-group a streptococci in acute pharyngitis. *J Am Board Fam Med*. 22(6): 663–9. doi 10.3122/jabfm.2009.06.090035.
 41. Wang YB, Germaine GR. (1991). Effect of Lysozyme on glucose fermentation, cytoplasmic pH, and intracellular potassium concentrations in *Streptococcus multans*. *Infect Immun*. 59: 638–44.
 42. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. (2015, Jun 5). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 64(RR-03): 1–137.



Main topics:

- Hypothermia in preterms: what's new?
- Teamworking in the NICU
- EPO and neuroprotection: an update
- NIDCAP and family-centered care
- Delivery of fetal CHD patients

5 GOOD REASONS TO ATTEND THIS CONGRESS

- 10th anniversary celebration – a unique occasion to attend free of charge
- A comprehensive program with the hottest news in neonatology
- An excursus on past 10 years achievements
- Venice – the only place to be in June
- Top science lectures accessible to everyone

More information: <https://www.mcascientificevents.eu/iccn/>



ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

09-11 квітня

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)

25

МЕДИЧНА ВИСТАВКА



«ГалMED»

ЗА ПІДТРИМКИ:

- Міністерства охорони здоров'я України
- Департаменту охорони здоров'я ЛОДА

ОРГАНІЗАТОРИ НАУКОВИХ ЗАХОДІВ:

- Українська Асоціація лікарів фізичної і реабілітаційної медицини
- Всеукраїнська громадська організація «Асоціація перинатологів України»
- Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
- Українська асоціація медичного туризму
- Українське лікарське товариство у Львові
- Львівське обласне товариство неврологів
- Львівський осередок ВГО «Асоціації перинатологів України»
- Львівський осередок Всеукраїнської асоціації клінічної хімії та лабораторної медицини
- Товариство дитячих пульмонологів і алергологів при УЛТ
- Школа реабілітаційної медицини УКУ

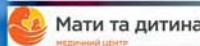
ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ:

- Лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання;
- Медичні прилади та інструменти;
- Лабораторна медицина;
- Засоби реабілітації та товари для людей з обмеженими можливостями;
- Засоби надання невідкладної допомоги;
- Офтальмологічні послуги та обладнання, оптика та окуляри;
- Організація та оснащення медичних закладів;
- Фармацевтичні препарати;
- Сучасна клініка та послуги;
- Медичний одяг, засоби санітарії та дезінфекції;
- Страхова медицина;
- Біологічно активні добавки, фіто-продукти та лікувальна косметика

В рамках виставки:

- V спеціалізована експозиція «Медичний туризм»
- V спеціалізована експозиція «Реабілітація»

ПАРТНЕР ФОРУМУ:



ПАРТНЕР ВИСТАВКИ:



Інформаційні партнери:



Наукові заходи Форуму:

- 09 квітня Науково-практична конференція «Актуальні питання неврології. Сучасні алгоритми діагностики та лікування»
- 10 квітня Науково-практична конференція «Сучасні аспекти фізичної та реабілітаційної медицини»
- 10 квітня Науково-практична конференція «Лабораторна медицина в світлі реформування системи охорони здоров'я»
- 10 квітня Семінар «Дискусійні питання дитячої пульмонології та алергології. Аналіз клінічних випадків»
- 11 квітня Науково-практична конференція «Проблеми репродуктивного здоров'я сім'ї»
- 11 квітня Практичний майстер-клас по новітнім технологіям в галузі реабілітації

ОРГАНІЗАТОР ФОРУМУ:

Гал-ЕКСПО®

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
тел.: (032) 2971369, 2970628

www.galexpo.com.ua/galmed

www.facebook.com/Lviv.Medical.Forum/