

Діагностика й лікування респіраторних захворювань у дорослих і дітей

Рекомендації Інституту вдосконалення клінічних систем¹ (січень 2013 р.)

Керівництво стосується гострих станів у немовлят від 3 місяців, дітей, підлітків і дорослих із задовільним станом здоров'я.

Керівництво створено з метою:

- допомогти пацієнтам отримувати компетентне і комфортне лікування захворювань дихальних шляхів у домашніх умовах;
- допомогти медичним працівникам відрізнити респіраторні захворювання від більш тяжких хвороб;
- поліпшити доречність застосування антибіотиків при респіраторних захворюваннях, знижуючи таким чином вартість лікування.

Завдання:

1. Збільшити частку пацієнтів із діагнозом вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів, які отримують відповідне лікування.
2. Зменшити надмірне лікування антибіотиками за рахунок скорочення емпіричного лікування пацієнтів із стрептококовим фарингітом.
3. Збільшити використання рекомендованих препаратів першої лінії для пацієнтів із діагнозом стрептококового фарингіту.
4. Підвищити рівень знань пацієнта або того, хто ним опікується, щодо стрептококового фарингіту і його лікування.
5. Зменшити використання ін'єкційних кортикостероїдів у пацієнтів із діагнозом алергічного риніту.

Важливі клінічні моменти:

- Слід обстежувати пацієнтів і/або батьків дітей із проявами симптомів, що вказують на застуду, з метою виявлення інших симптомів і більш серйозного захворювання.
- Первинне лікування вірусних інфекцій верхніх дихальних шляхів (ВДШ) слід ґрунтувати на навчанні, яке має відбуватися в клініці, телефоном, на робочому місці і за допомогою інформаційних бюлетенів. Пацієнти і/або батьки повинні отримувати догляд удома та інструкції телефоном.
- Зменшувати надмірне використання антибіотиків. Антибіотикотерапію слід призначати при бактеріальних захворюваннях.
- Діагноз фарингіту, спричиненого β -гемолітичним стрептококом групи А (БГСА-фарингіт), слід встановлювати

радіше за результатами лабораторних, а не клінічних досліджень.

- Пацієнтам слід надати інформацію про стрептококовий фарингіт, зокрема щодо важливості:
 - дотримання призначеного режиму фармако-терапії;
 - використання домашніх засобів для полегшення симптомів;
 - дій, необхідних при погіршенні симптомів;
 - усунення тісних контактів із членами сім'ї та відвідувачами в період контагіозності БГСА.
- При помірному або тяжкому алергічному риніті слід призначати інтраназальні стероїди.
- Пацієнти з діагнозом алергічного сезонного риніту повинні отримувати профілактичну фармакотерапію і консультації щодо уникнення певних дій.
- При лікуванні пацієнта з синуситом слід розглянути можливість проведення обмеженої фронтальної комп'ютерної томографії синусів і/або направлення пацієнта до оториноларинголога, якщо антибіотикотерапія протягом трьох тижнів не є ефективною.

Частина 1. Принципи діагностики й лікування респіраторних захворювань

На **рисунку 1** наведено загальний алгоритм діагностики і лікування респіраторних захворювань. Примітки до цього алгоритму наведено далі за текстом під відповідним номером.

1. Скарги пацієнта на симптоми у будь-якій комбінації

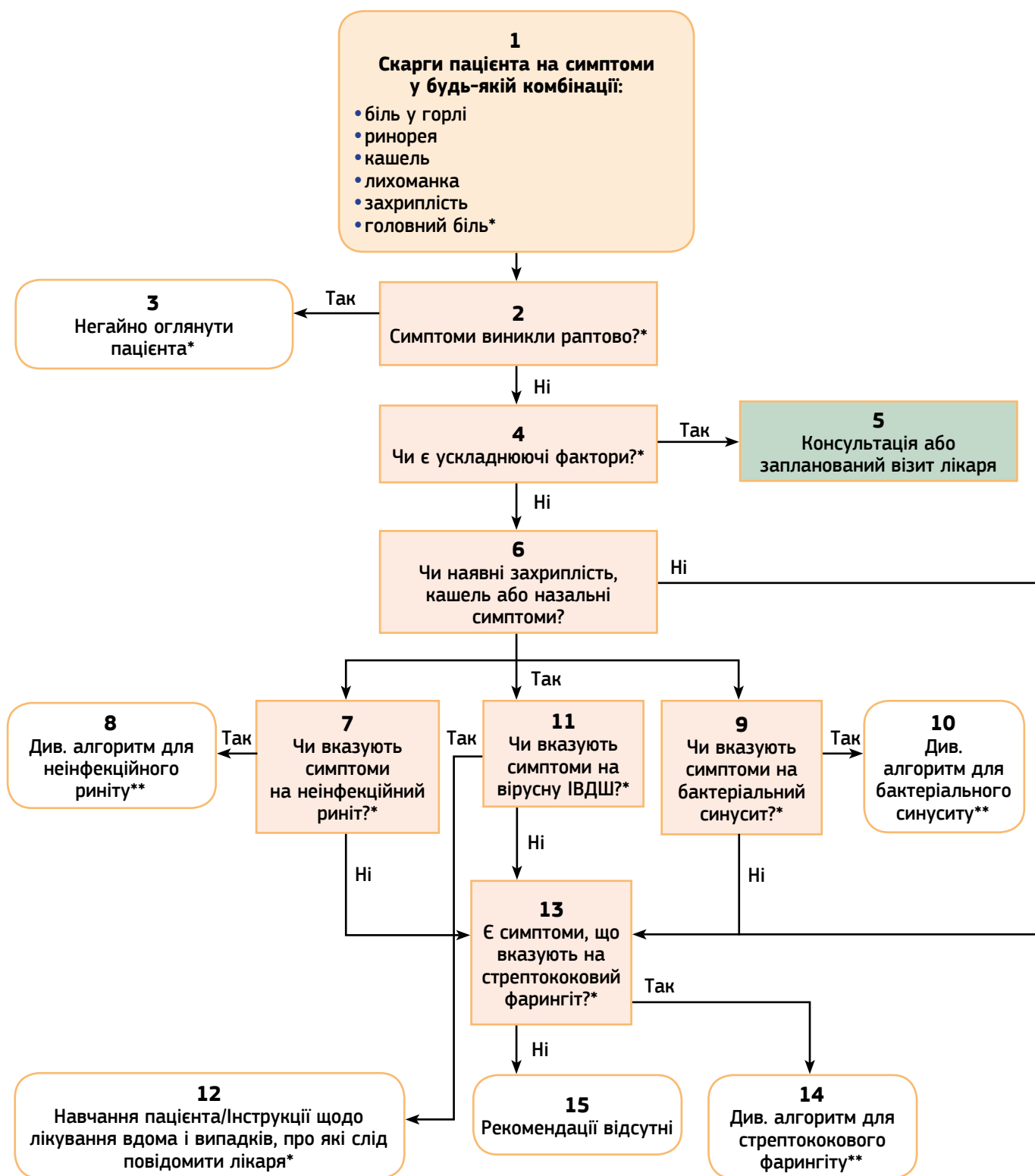
Пацієнт скаржиться на симптоми у будь-якій комбінації під час відвідання лікаря або в телефонній розмові з метою домовитися про візит (з лікарем чи медичною сестрою).

2. Чи потребують симптоми негайного втручання?

Рекомендація

Пацієнтів з обструкцією верхніх/нижніх дихальних шляхів, зміненою реактивністю або сильним головним болем слід оглядати негайно.

¹ Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI), США.



Примітка. ІВДШ – інфекція верхніх дихальних шляхів.

* Дивіться примітку під відповідним номером.

** Алгоритм буде опубліковано в одному з наступних номерів.

Рисунок 1. Загальний алгоритм діагностики і лікування респіраторних захворювань у дітей і дорослих

Таблиця 1. Симптоми тяжких захворювань

Вік пацієнта < 3 міс.	Вік пацієнта 3 міс. – 3 роки	Вік пацієнта > 4 років
Симптоми дихальної недостатності		
<ul style="list-style-type: none"> Хрипуче, клекотливе дихання Ретракції (втягнення міжреберних проміжків) Ціаноз Стридор із симптомами крупа, що не зникає при застосуванні консервативних заходів 	<ul style="list-style-type: none"> Ретракції Ціаноз Значна задишка Прискорене дихання Поверхневі вдихи Утруднене ковтання Задуха Вдихання чужорідного тіла Стридор із симптомами крупа, що не зникає при застосуванні консервативних заходів 	<ul style="list-style-type: none"> Ретракції Ціаноз Задишка від помірної до тяжкої Прискорене дихання Поверхневі вдихи Утруднене ковтання Задуха Вдихання чужорідного тіла Слиноотеча Дистонія Відчуття стиснення горла
Сприйнятливність і активність		
<ul style="list-style-type: none"> В'ялість Летаргічний синдром Неможливість прокинутися або залишатися в стані неспання Слабкий крик або слабе смоктання Неможливість заспокоїти дитину Відмова від годування 	<ul style="list-style-type: none"> Несприйнятливність Знижений рівень свідомості Неможливість прокинутися або залишатися в стані неспання Помітно знижена активність Тяжкі прояви летаргії Надмірна сонливість Неможливість заспокоїти дитину Слабкий крик або слабе смоктання (у немовлят) Відмова від годування 	<ul style="list-style-type: none"> Змінений психічний стан Знижений рівень свідомості Помітно знижена активність Відмова від їжі Тяжкі прояви летаргії Надмірна сонливість Неможливість прокинутися або залишатися в стані неспання Несприйнятливність
Зневоднення і блювання		
Зменшення кількості мокрих підгузків протягом > 8 год	<ul style="list-style-type: none"> Відсутність сечовипускання протягом 6-8 год у дитини віком < 1 року Відсутність сечовипускання протягом 12 год у дитини віком > 1 року 	Відсутність сечовипускання протягом 12 год
Менінгеальні симптоми		
	<ul style="list-style-type: none"> Ригідність потиличних м'язів Безперервне блювання 	<ul style="list-style-type: none"> Ригідність потиличних м'язів Безперервне блювання Тяжкий головний біль
Інше		
Петехіальний або пурпурозний висип		

Основне завдання – виявити ознаки тяжкої хвороби, перш ніж вона стане небезпечною для життя. Слід оцінювати наявність у пацієнта обструкції верхніх/нижніх дихальних шляхів, сильного головного болю, а також симптомів, наведених у **таблиці 1**, притаманних більш серйозним станам (за наявності цих симптомів пацієнтів необхідно оглядати негайно). Індекс ургентності зростає зі збільшенням кількості і тяжкості симптомів.

Обструкція верхніх дихальних шляхів

Пацієнти з епіглотитом, крупом або перитонзиллярним/заглотковим абсцесом можуть мати ознаки обструкції верхніх дихальних шляхів (стридор, кисневе голодування, дихальну недостатність, прояви інтоксикації, ціаноз, слиноотечу) і потребують негайної оцінки стану з проведенням знеболення ділянки ЛОР-органів у відділенні невідкладної допомоги або в спеціально обладнаній операційній кімнаті.

Стан пацієнтів із тяжкими симптомами – зокрема нездатністю проковтнути рідину, тризмом, слиноотечею без дихальної недостатності – слід швидко оцінювати в адекватний строк, залежно від симптомів.

Обструкція нижніх дихальних шляхів

Обструкція нижніх дихальних шляхів сигналізує про наявність першопричинного патологічного

стану, іншого ніж наявне респіраторне захворювання. Дихальна недостатність від помірної до тяжкої свідчить про пневмонію, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальну астму, чужорідне тіло, кардіологічне захворювання або інші першопричинні стани, які потребують особливих умов обстеження, інтенсивних методів лікування і тривалого спостереження.

Тяжкий головний біль

Сильний головний біль (зазвичай пацієнти описують його як найтяжчий у житті) може вказувати на субарахноїдальний крововилив, такі ускладнення синуситу, як тромбоз кавернозного синуса або сфеноїдит, менінгіт, енцефаліт або інші стани. Ці симптоми потребують негайного інтенсивного обстеження і надання допомоги.

3. Негайно оглянути пацієнта

Використати алгоритм для сортування симптомів пацієнта, розпочавши з кроку 6 («Чи наявні захриплість, кашель або назальні симптоми?»)

4. Чи є ускладнюючі чинники?

Керівництво застосовне для пацієнтів з нормальним станом здоров'я, без тяжких ускладнюючих факторів, за наявності яких необхідно проконсультуватися з фахів-

цем і використовувати керівництво з великою обережністю (або взагалі не застосовувати) щодо будь-якого дорослого/педіатричного пацієнта. Потенційні ускладнюючі чинники можуть охоплювати:

- хронічні захворювання (застійна серцева недостатність, хронічне обструктивне захворювання легень, серпоподібноклітинна анемія та інші);

- літній вік;

- гостра ревматична лихоманка в анамнезі (високий ризик рецидиву при БГСА-фарингіті, навіть безсимптомному або за оптимального лікування; для запобігання рецидивам необхідна постійна антибіотикопрофілактика, а також своєчасне діагностування й лікування БГСА-інфекції у членів родини хворого);

- інфікованість ВІЛ;

- ослаблений імунітет/імуносупресія;

- хіміотерапія;

- бронхіальна астма;

- цукровий діабет;

- початок антибіотикотерапії до постановки діагнозу (іноді пацієнти розпочинають прийом антибіотиків самостійно, до встановлення діагнозу, припускаючи, що в них БГСА-фарингіт); прийом принаймні двох доз може утруднити встановлення діагнозу);

- неефективність лікування (визначається як рецидив симптомів протягом семи днів після завершення антибіотикотерапії; можливі причини – недотримання режиму лікування, повторне застосування антибіотиків, антибіотикорезистентність, копатогени);

- вагітність²;

- діти з недостатньою імунізацією²;

- рекурентний стрептококовий фарингіт – рецидив БГСА-фарингіту (підтвердженого культурою), більше ніж через 7 днів, але не пізніше 4 тижнів після завершення антибіотикотерапії;

- куріння;

- біль у горлі протягом більше ніж 5 днів. Якщо фарингіт триває протягом п'яти днів, менш імовірно, що він спричинений БГСА. Прояви БГСА-фарингіту важко відрізнити від проявів інфекційного мононуклеозу на підставі клінічних даних; окрім того, у деяких пацієнтів з інфекційним мононуклеозом може бути позитивний щодо БГСА результат посіву з зівка на мікрофлору; у пацієнтів зі спленомегалією та симптомами фарингіту, які тривають протягом 5-7 днів, слід шукати серологічні ознаки інфекційного мононуклеозу. Причиною симптомів також може бути інша вірусна етіологія, бактеріальний синусит тощо;

- симптоми коклюшу або нещодавно перенесений коклюш.

7. Чи є симптоми, які вказують на неінфекційний риніт?

Риніт визначається як запалення носових оболонок і характеризується закладеністю носа, ринореєю, чханням та свербіжем у носі і/або постназальним затіканням.

Симптоми неінфекційного риніту включають:

- свербіж в очах, носі, піднебінні і вухах;
- водянисту ринорею;
- чхання;
- закладеність носа;
- постназальне затікання.

9. Чи є симптоми, які вказують на бактеріальний риніт?

На бактеріальний риніт вказують симптоми з боку верхніх дихальних шляхів протягом 10-14 днів, а також один або більше проявів, наявних протягом 10-14 днів після початку:

- лицевий біль або біль у пазухах носа, особливо якщо він посилюється при зміні положення тіла або при маневрі Вальсальви;
- лихоманка;
- гнійні виділення з носа.

11. Чи є симптоми, які вказують на вірусну інфекцію верхніх дихальних шляхів?

Вірусна ІВДШ (затуда) є самообмежувальною хворобою, яка зазвичай триває до 14 днів і проявляється ринореєю, кашлем і лихоманкою.

Грип є вірусною ІВДШ, наслідки якої можуть бути більш серйозними, а прояви відрізняються за ступенем захворюваності, наявністю міалгії і сезонністю. Лікування хворих на грип слід розпочинати з перших проявів захворювання.

Симптоми, що можуть включати загальне нездування, захриплість, почервоніння кон'юнктиви, зниження апетиту, головний біль і підвищену нервозність, проявляються швидко. Лихоманка, яка частіше спостерігається у дітей, зазвичай триває 1-3 дні. Виділення з носа, спочатку прозорі, зазвичай стають жовтими або зеленими наприкінці вірусної ІВДШ – це не є ознакою бактеріальної інфекції і пацієнт не потребує огляду. Симптоми вірусної ІВДШ зазвичай досягають максимуму через 3-5 днів і повинні зникнути протягом 14 днів. Протягом 2-3 тижнів може утримуватися незначний кашель у нічний час.

Діти

Для дітей не є незвичайним хворіти на застуду 5-8 разів на рік.

У дітей із вірусними ІВДШ можуть спостерігатися такі симптоми у будь-якій комбінації: закладеність носа і виділення з нього, лихоманка, біль у горлі, кашель, захриплість, помірна нервозність або дратівливість, зниження апетиту, порушення сну, незначне почервоніння очей або сльозотеча.

У **таблиці 2** наведено симптоми, які дають змогу провести диференційну діагностику ІВДШ й інших захворювань.

Дуже важливо розпізнати симптоми, які вказують на хворобу, іншу ніж фарингіт, риніт, синусит та ІВДШ, або наявну на додаток до захворювань, оцінити стан пацієнта і призначити лікування.

²Щодо цих пацієнтів керівництво слід застосовувати з обережністю.

Таблиця 2. Захворювання, які слід відрізнити від ІВДШ

Діагноз	Симптоми	Застереження
Середній отит	Оталгія (біль у вусі) Оторея (виділення з вуха) Порушення слуху Запаморочення	
Пневмонія/бронхіт	Глибокий кашель Відкашлювання мокрот Лихоманка Плевритичний біль у грудній клітці Свистяче дихання (візінг) Сухі хрипи Незначна задишка Стиснення в грудях	Особливої уваги потребують пацієнти з бронхіальною астмою, захворюванням легень і курці
Епіглотит	Зміна голосу Тяжкий біль у горлі Тяжка дисфагія (порушення ковтання) Стридор Слиноотеча	Необхідний негайний огляд у належних умовах
Судомний кашель (коклюш)	Кашльовий спазм Блювання з кашлем Відсутність лихоманки	Необхідний огляд спеціалістом
Круп	Захриплість Гавкаючий або стійкий частий і сухий кашель Інспіраторний стридор	

12. Навчання пацієнта/Інструкції щодо лікування вдома і випадків, про які слід повідомити лікаря

Рекомендації

- Пацієнтів, батьків/опікунів слід інформувати стосовно профілактики, заходів із забезпечення комфорту і рекомендацій щодо лікування застуди.

- Миття рук або використання дезінфікуючих засобів для рук рекомендовано для запобігання поширенню застуди (вірусної ІВДШ).

Метою є забезпечення переконливих, корисних порад для пацієнтів, керуючись якими вони уникнуть надмірного ризику/витрат. Рекомендації мають забезпечити кращий комфорт чи іншу доведену користь, а не просто бути вказівками «щось робити».

Дані досліджень показали, що результатом навчання пацієнтів/батьків є ефективна самопомога при захворюваннях, зокрема при застуді. Це зменшує обсяг медичної допомоги, яка не є необхідною, і знижує вартість медобслуговування.

Для багатьох батьків відвідування дитиною садка чи ясел є обов'язковою реалією життя, але показано, що це збільшує частоту, тяжкість і тривалість ІВДШ, а також ризик вторинних інфекцій верхніх і нижніх дихальних шляхів. Діти, які відвідують ці заклади, частіше страждають на синусит, пневмонію і респіраторні захворювання, що супроводжуються хрипами, такі як бронхіоліт.

Профілактика

Хоча вірусні ІВДШ – респіраторні захворювання, виявлено, що вони поширюються здебільшого через руки хворих, а не крапельним шляхом. Тож миття рук і використання дезінфікуючих засобів для рук є найбільш ефективним способом запобігання поширенню застудних захворювань (вірусних ІВДШ). Найбільш заразними є пацієнти з проявами симптомів і гарячкою.

Виділення вірусу триває до двох тижнів після появи початкових респіраторних симптомів з боку ВДШ.

Поради щодо обмеження зовнішнього впливу є доцільними для батьків дітей, які відвідують дитячі заклади. Діти, які відвідують приватні заклади, рідше хворіють на інфекційні захворювання, а ті, яких доглядають у власному будинку, мають найнижчий рівень інфікування. Діти віком до одного року мають найвищий ризик інфікування такими збудниками, як респіраторно-синцитіальний вірус, тож доцільним є продумане консультування щодо відвідування ними дитячих закладів (докази низької якості). Для запобігання респіраторно-синцитіальній вірусній інфекції можна застосовувати препарат палівізумаб (гуманізовані моноклональні антитіла проти вірусного глікопротеїну F).

Перша зима у житті немовляти є часом, коли слід проявляти найбільшу обережність. Корисним заходом може бути роздільне утримання в дитячих закладах немовлят (віком до 12 міс.) і дітей переддошкільного віку (1-3 років).

Заохочення до продовження грудного вигодовування може забезпечити додатковий захист від рецидивуючого отиту і затяжного перебігу захворювань верхніх дихальних шляхів.

Профілактичні заходи для дітей до 3 років

- Перешкоджати відвідуванням осіб із гострими захворюваннями, лихоманкою або заразними хворобами.

- Запобігати обміну іграшками і соскою дитини з вірусною ІВДШ з іншими дітьми, при першій можливості мити ці предмети гарячою водою з милом, щоб зменшити можливість передачі вірусу.

- Ретельно мити руки і привчати до цього дитину.

- Просити відвідувачів мити руки перед тим, як узяти дитину.

- Заохочувати матерів продовжувати грудне вигодовування протягом відповідного періоду і надавати їм

необхідну підтримку, тому що грудне молоко містить речовини, які допомагають захистити немовлят від інфекцій.

Заходи із забезпечення комфорту

Збереження комфорту і зручності, особисті плани і можливість працювати, а також страх щодо хвороби дитини – ці фактори спонукають батьків звертатися по допомогу (а іноді й застосовувати антибіотики) якомога раніше, щоб звести вплив хвороби до мінімуму. Лікарі повинні допомогти батькам отримати знання щодо респіраторних хвороб у дитячому віці, навчитися приймати рішення і мати реалістичні очікування.

- *Очищення носа в немовлят*

Щоб зменшити закладеність носа у дітей віком до 3 міс., слід обережно відсмоктувати слиз гумовою грушею з тупим наконечником перед годуванням і сном. Стискання груші до розміщення наконечника в ніздрі запобігає проштовхуванню слизу далі в носовий хід. Промивання груші гарячою водою з милом, прополіскування і висушування на повітрі запобігатиме розмноженню мікроорганізмів усередині неї.

- *Інгаляція пари або аерозолю*

Інгаляція аерозолю може бути ефективним заходом. Оскільки користування паровими інгаляторами може призвести до опіків, а всередині таких інгаляторів можливе розмноження мікроорганізмів, рекомендованим методом парової інгаляції є стояння під гарячим душем або сидіння у ванній із працюючим гарячим душем. Інгалятори, що створюють холодний аерозоль, дають змогу уникнути ризику опіку, але всередині них теж можливе розмноження мікроорганізмів.

- *Зрошення порожнини носа*

Сольові краплі для носа допомагають зменшити виділення й очистити ніздрі. Можуть бути використані як комерційні, так і саморобні сольові краплі для носа/спреї. У домашніх умовах можна розчинити 1/4 чайної ложки солі у склянці (~230 мл) теплої води.

- *Підтримання належної вологості у приміщенні*

Якщо зволожувачі/випарники не чистити належним чином, у них розростаються мікроорганізми. Не рекомендовано використовувати парові зволожувачі/випарники через ризик для дитини обпектися. Крім того, надмірна вологість може призвести до розмноження цвілі в будинку. Слід зважити ці добре знані ризики й потенційні вигоди від використання зволожувачів.

- *Споживання більшої кількості рідини*

Теплі рідини (наприклад, курячий суп) особливо заспокоїливо діють на подразнене горло.

- *Слід уникати використання меду у дітей віком до 1 року через ризик ботулізму.*

- *Використовувати поживну дієту залежно від переносимості.*

- *Піднімати головний кінець ліжка.*

- *При болю в горлі полоскати його підсоленою водою (1/4 чайної ложки на склянку [~230 мл] теплої води) або готовими розчинами.*

- *Використовувати льодяники або таблетки для розсмоктування при болю в горлі, кашлі (не рекомендується для дітей до 4 років).*

- *Мати адекватний відпочинок.*

Показником кількості необхідного відпочинку є самопочуття. За відсутності лихоманки і при нормальному самопочутті звичайна активність не зашкодить.

Рекомендації щодо лікування

Антибіотики

Антибіотики ефективні тільки для лікування бактеріальних інфекцій. Оскільки застуда є вірусною інфекцією, прийом антибіотиків не сприятиме одужанню і зменшенню тривалості хвороби.

Антибіотики викликають такі побічні ефекти, як шлунково-кишковий дискомфорт, діарея, алергічні реакції, поприлості та дріжджові інфекції. Невиправдане застосування антибіотиків може призвести до появи стійких до антибіотиків штамів бактерій.

Безрецептурні засоби

Застосування безрецептурних засобів від застуди та кашлю і парацетамолу (ацетамінофену) не скоротить тривалість вірусної ІВДШ.

Діти

У квітні 2007 року Управління з контролю продуктів харчування і лікарських засобів США (FDA) видало попередження щодо використання засобів від кашлю та застуди у дітей молодшого віку. Батьки/опікуни повинні застосовувати ці засоби у дітей віком до 2 років тільки після точних порад лікаря. Клініцистам слід бути впевненими, що батьки/опікуни розуміють як важливість застосування цих препаратів тільки за вказівкою, так і наявність ризику передозування при застосуванні додаткових ліків з тими ж інгредієнтами.

FDA не схвалило рекомендації для практикуючих лікарів щодо дозування засобів від кашлю та застуди для дітей до 2 років.

Кокранівська спільнота провела масштабний пошук досліджень, у яких застосовували безрецептурні препарати для лікування гострого кашлю. Вчені дійшли висновку, що немає вагомих доказів за чи проти ефективності таких препаратів.

Також не було переконливо підтверджено користь деконгестантів для скорочення або полегшення симптомів.

Спреї для горла з фенолом, судячи з усього, ефективні для полегшення кашлю й болю в горлі, зумовлених застудою, але відповідних досліджень не проводилося. Часто кашель, пов'язаний із застудою, ефективно лікується нефармакологічними способами, переліченими вище, без потреби в застосуванні безрецептурних засобів.

Для домашнього використання можуть бути запропоновані парацетамол або ібупрофен, оскільки використання аспірину у дітей пов'язано з ризиком розвитку синдрому Рея.

Лихоманка, яка часто супроводжує вірусну ІВДШ у дітей, не є шкідливою і, як правило, минає за 2-3 дні. Батьків/опікунів слід інформувати щодо лихоманки, симптомів і лікування. Дітей з лихоманкою, яка триває більше 2-3 днів, має оглянути лікар. Дітей віком до 3 місяців з лихоманкою також необхідно ретельно оглянути. Лихоманка може бути оцінена тільки в певному контексті хвороби в цілому і супутніх обставин. Саме лише значення підвищеної температури мало (якщо взагалі) характеризує тяжкість захворювання.

Дорослі

У дорослих із застудою такі безрецептурні препарати, як назальні спреї, деконгестанти, сольові краплі для носа й анальгетики можуть забезпечити тимчасове полегшення болю в горлі, нежитю, кашлю, незначного болю і лихоманки. Проте через можливі побічні ефекти слід обов'язково дотримуватися рекомендованої дози і вживати запобіжні заходи. Пацієнти з високим артеріальним тиском, цукровим діабетом, захворюванням щитовидної залози або вагітні повинні проконсультуватися зі своїм лікарем щодо використання деконгестантів.

При дискомфорті через лихоманку слід використовувати ліки відповідно до рекомендацій медичного працівника.

Загальний дискомфорт, головний біль і зниження лихоманки

Результати подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження з метою перевірки впливу аспірину, парацетамолу та ібупрофену у добровольців, інфікованих вірусом застуди, показали, що використання аспірину й парацетамолу пов'язано з супресією сироваткових нейтралізуючих антитіл і погіршенням носових симптомів; істотних відмінностей у вірусовиділенні серед тих, хто приймав різні препарати, і представників групи контролю виявлено не було. Є також дані, що напроксен значно зменшував у хворих на застуду головний біль, нездужання, міалгію і кашель, але титри вірусу і рівні утворення антитіл були однаковими в групі напроксену і плацебо.

Вживання аспірину, ібупрофену й напроксену слід уникати особам із:

- недостатнім харчуванням – через ризик шлунково-кишкових розладів;
- виразковою хворобою або пов'язаними з нею розладами в анамнезі;
- аспіриновою бронхіальною астмою;
- порушеннями функції нирок.

Враховуючи це, а також ризик розвитку синдрому Рея, пов'язаний із вживанням аспірину здоровими дітьми молодшого віку, як препарат вибору слід пропонувати парацетамол, але використовувати його лише за необхідності.

За даними систематичного огляду результатів 27 досліджень, що відповідали вимогам доказової медицини, препаратами, які зменшують симптоми з боку носа у підлітків і дорослих, визнано хлорфеніраміну maleat, псевдоефедрин HCl і оксиметазолін HCl.

Інтраназальний антихолінергічний засіб іпратропію бромід не є ефективним при значній закладеності носа, його використання рідко є економічно виправданим, окрім того, його застосування потребує втручання лікаря (телефонної консультації/відвідування), що значно збільшує вартість лікування.

Ехінацея

Даних на користь використання ехінацеї для профілактики вірусних ІВДШ немає. Деякі результати невеликих досліджень показують, що її застосування може скоротити тривалість захворювання, однак

методи приготування препаратів ехінацеї не стандартизовані, тому фактична доза при їх вживанні варіює в широких межах. Тож на сьогодні робоча група не може рекомендувати використання ехінацеї для профілактики або зменшення тривалості вірусної ІВДШ, але продовжує оцінювати дані щодо неї та інших рослинних препаратів.

Вітамін С

Не рекомендується вживання вітаміну С у високих дозах, оскільки відсутні переконливі докази на користь того, що це сприяє зменшенню тривалості вірусних ІВДШ.

Цинк

Стосовно дорослих є дані на користь того, що пероральний глюконат цинку може зменшити тривалість застуди, якщо почати приймати його протягом 24 годин після появи симптомів; проте побічні реакції, включаючи нудоту і поганий присмак, можуть обмежити його корисність. Препарати цинку не показані і можуть бути небезпечними під час вагітності.

Терапія інтраназальним глюконатом цинку може викликати аносмію (втрату нюху) і не рекомендована.

Хоча є певні докази ефективності глюконату цинку для зменшення тривалості симптомів застуди, Кокранівська спільнота не визнала їх достатніми.

У яких випадках необхідно повідомити лікаря

Діти (від 3 міс. до 18 років)

Подзвоніть лікарю, якщо:

- лихоманка триває три дні або довше;
- симптоми погіршуються після 3-5 днів або з'являються нові симптоми (наприклад, наростання симптомів хвороби, млявість, зниження сприйнятливості, поганий візуальний контакт, утруднене дихання);
- симптоми не поліпшилися після 7-10 днів (однак помірний кашель і закладеність носа можуть тривати 14 днів і більше).

Дорослі

Слід подзвонити лікарю, якщо симптоми погіршуються після 3-5 днів, з'являються нові симптоми або симптоми не поліпшуються після 14 днів.

13. Є симптоми, що вказують на стрептококовий фарингіт?

Пацієнти скаржаться на біль у горлі без ринореї, кашлю або захриплості. На БГСА-фарингіт з більшою імовірністю можуть хворіти пацієнти, які нещодавно мали контакт із джерелом зараження.

Ознаки та симптоми, пов'язані з БГСА-інфекцією, включають:

- раптовий початок болю в горлі;
- ексудативний тонзиліт;
- болючість передніх шийних лімфовузлів;
- лихоманку в анамнезі;
- головний біль (за наявності вищевказаних симптомів);
- біль у животі (за наявності вищевказаних симптомів);
- відсутність ринореї, кашлю, захриплості.

Іншими симптомами/ознаками, іноді пов'язаними з БГСА-фарингітом, є:

- тісний контакт із особою зі стрептококовим запаленням горла (особливо в сімейному колі);
- блювання;
- погане самопочуття;
- втрата апетиту;
- висип (особливо скарлатинозний) або кропив'янка.

Частина 2. Принципи діагностики й лікування стрептококового фарингіту

На **рисунку 2** наведено алгоритм діагностики й лікування стрептококового фарингіту. Примітки до цього алгоритму наведено далі за текстом під відповідним номером.

16. Чи симптоми пацієнта вказують на стрептококовий фарингіт?

Імовірність фарингіту, спричиненого β -гемолітичним стрептококом групи А (БГСА-фарингіту), вища, якщо пацієнт нещодавно контактував із джерелом зараження. Симптомами БГСА-фарингіту є:

- раптовий початок болю в горлі;
- ексудативний тонзиліт;
- болючість передніх шийних лімфовузлів;
- лихоманка в анамнезі;
- головний біль (за наявності вищевказаних симптомів);
- біль у животі (за наявності вищевказаних симптомів);
- відсутність ринореї, кашлю, захриплості.

Іншими симптомами можуть бути блювання, погане самопочуття, втрата апетиту, висип (особливо скарлатинозний) або кропив'янка.

Гострий тонзилофарингіт є третім (після вірусної інфекції дихальних шляхів та отиту) найпоширенішим захворюванням, яке діагностують педіатри у США. Основною проблемою для більшості випадків гострого фарингіту є диференціація БГСА-інфекції (що спричинює 15-30% випадків цього захворювання у дітей і 5-20% – у дорослих) з іншими самообмежувальними захворюваннями. При БГСА-фарингіті необхідна відповідна антибіотикотерапія для запобігання гострій ревматичній лихоманці (ГРЛ) і гнійним ускладненням, а також зведення до мінімуму вторинного поширення хвороби.

На БГСА-фарингіт рідко хворіють діти віком < 3 років і дуже рідко – віком < 18 міс.; ГРЛ є рідкістю у дітей віком < 3 років.

Віруси, що спричинюють гострий фарингіт

У більшості випадків гострий фарингіт має вірусну етіологію. Вірусні патогени можуть спричинити фарингіт, що клінічно не відрізняється від спричиненого БГСА, але можуть призводити й до характерних клінічних синдромів. До таких вірусів належать:

- аденовірус (фарингокон'юнктивальна лихоманка);
- вірус парагрипу (захриплість, круп);
- риновіруси (нежить);
- віруси простого герпесу 1 і 2-го типу (гінгівіт і стоматит);
- респіраторно-синцитіальні віруси (захриплість, утруднене дихання);

- вірус Епштейна – Барр (інфекційний мононуклеоз);
- віруси грипу; вірус Коксаки А (афтозний фарингіт);
- ентеровіруси (пронос);
- ВІЛ; коронавірус (симптоми вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів);
- цитомегаловірус.

Хворі на мононуклеоз можуть бути носіями БГСА; гострі симптоми мононуклеозу майже ідентичні таким при БГСА-фарингіті, тож для багатьох пацієнтів із мононуклеозом спочатку проводять культуральне дослідження мазка з горла. Якщо культура є позитивною, проводиться лікування, а при збереженні симптомів пацієнтів обстежують повторно. При частоті носійства 10-25% можна очікувати, що такою самою буде частка пацієнтів із мононуклеозом, у яких результат культурального дослідження буде позитивним. Оскільки немає практичного способу визначення носійства, таким пацієнтам рекомендовано пройти повний курс антибіотикотерапії, однак, якщо одужання не настає, необхідне повторне обстеження.

Бактерії, що спричинюють гострий фарингіт

Окрім БГСА, спричинити фарингіт можуть стрептококи груп С і G, змішані анаероби (хвороба Венсана), *Fusobacterium necrophorum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae* (збудник дифтерії), *Yersinia pestis* (збудник чуми), *Treponema pallidum* (прояви фарингіту виникають на етапі вторинного сифілісу), *Francisella tularensis* (збудник туляремії), *Mycoplasma pneumoniae* (збудник атипової пневмонії) і деякі види хламідій.

Неінфекційні причини болю в горлі, такі як тиреоїдит, порівняно рідко беруть до уваги при диференціальній діагностиці гострого фарингіту, супроводжуваного гарячкою.

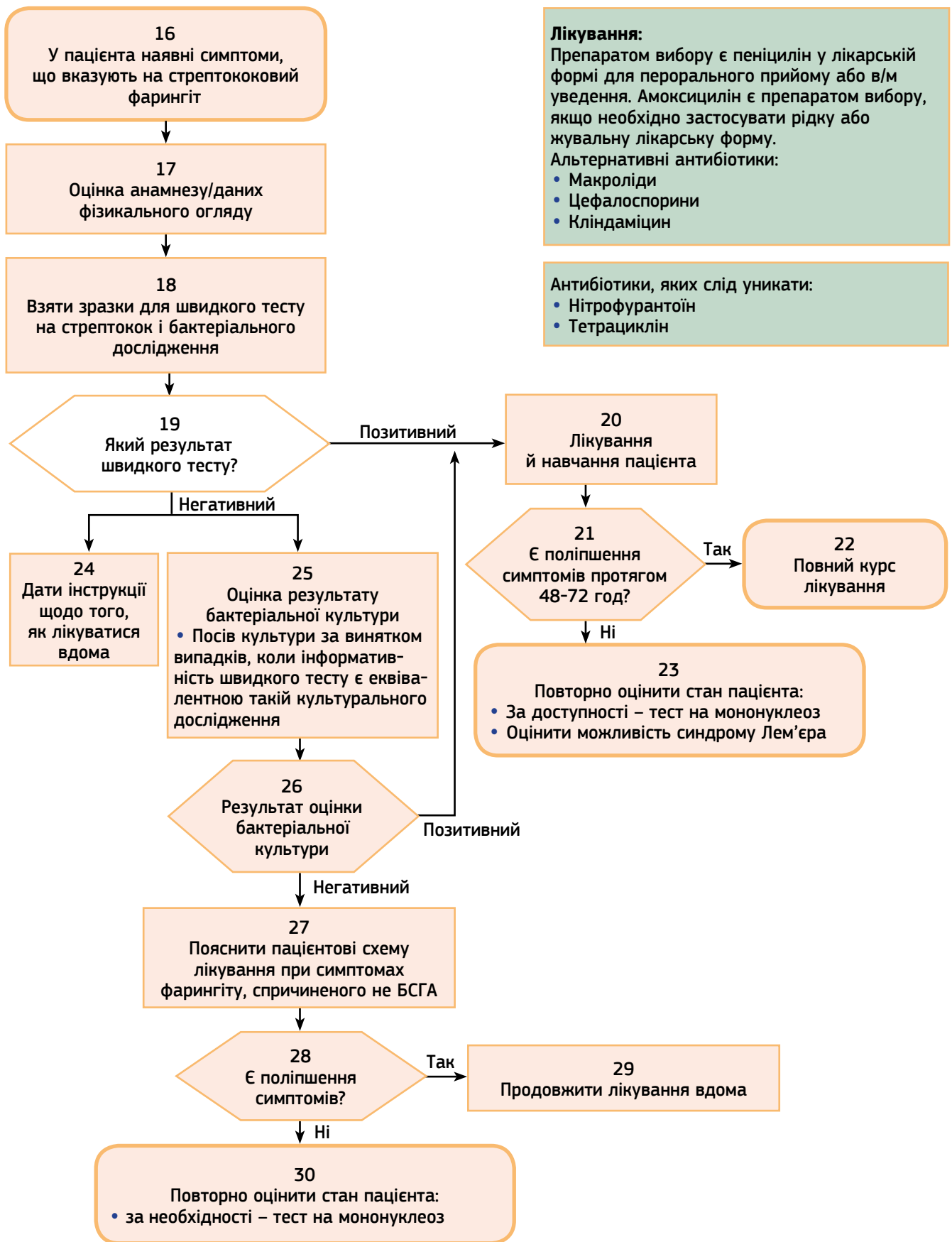
Характерні особливості БГСА-фарингіту:

- дисфагія;
- висока лихоманка;
- скарлатиноподібний висип;
- глотковий ексудат;
- петехії на м'якому піднебінні;
- болючість передніх шийних лімфовузлів;
- смердюче дихання.

Усі класичні симптоми БГСА-фарингіту наявні лише в деяких хворих.

Ускладнення БГСА-фарингіту за відсутності лікування

Напад ГРЛ є негнійним ускладненням БГСА-фарингіту. Ризик її розвитку становить близько 3% в умовах епідемії і приблизно 0,3% в ендемічних умовах. Перші напади ГРЛ рідко спостерігаються у дітей віком до трьох років або в дорослих після 40 років. Виявлення та лікування хворих на БГСА-фарингіт сприяє зниженню захворюваності на ГРЛ. Терапія БГСА-фарингіту сприяє скороченню його перебігу, однак слід визнати, що характер захворювання зазвичай є самообмежувальним, а лихоманка і системні симптоми зникають спонтанно протягом 3-4 днів після появи, навіть без антибактеріальної терапії.



Примітки: БСГА – β -гемолітичний стрептокок групи А; в/м – внутрішньом'язове.
У зафарбованих блоків є коментарі під відповідним номером далі за текстом.

Рисунок 2. Алгоритм діагностики й лікування стрептококового фарингіту у дітей та дорослих

17. Анамнез і фізикальний огляд

Дані анамнезу та фізикального огляду можуть збільшити або зменшити ймовірність того, що фарингіт спричинений БГСА. *Фактори, що підвищують таку ймовірність:* гострий початок, лихоманка, головний біль, біль у животі на тлі болю в горлі (особливо у дітей), тонзиллярний ексудат, у більшості випадків – запалення передніх шийних лімфовузлів і відсутність кашлю, захриплості й закладеності носа. Однак ці симптоми не є достатньо специфічними для БГСА, щоб призначати емпіричне лікування без досліджень. Із другого боку, за браку даних фізикального обстеження й анамнезу може не виникнути необхідність у тестуванні і лікування буде зведено до симптоматичних заходів.

18. Збір зразків для швидкого тестування на стрептокок і бактеріального дослідження

Розроблено кілька систем оцінки, що допомагають прогнозувати, які пацієнти матимуть позитивний результат культурального дослідження мазка з горла, але жодна з них не має прогностичної цінності, достатньої для призначення лікування без позитивних результатів швидкого тесту на стрептокок або культурального дослідження. Раніше ці системи оцінки використовували для виявлення пацієнтів із достатньо високою ймовірністю наявності БГСА, за якої не було потреби в підтвердженні діагнозу результатами культурального дослідження мазка з горла; нині їх використовують для ідентифікації пацієнтів із настільки низькою ймовірністю наявності БГСА, що швидкий тест чи культуральне дослідження не є необхідними.

Проведення як швидкого тесту, так і культурального дослідження потребує належної техніки взяття матеріалу підготовленими фахівцями і має проводитися відповідно до протоколу, бо інакше точність результатів зменшується. При швидкому тесті слід також дотримуватися рекомендацій виробника. Належне отримання мазка із зіву передбачає взяття матеріалу з обох дужок мигдаликів і задньої стінки глотки, без торкання язика (хоча іноді технічно неможливо уникнути цього). Культуральне дослідження для підтвердження діагнозу потрібне при негативному результаті швидкого тесту на стрептокок (за винятком випадків, коли встановлено однакову інформативність швидкого тесту і культурального дослідження). При застосуванні обох методів для кожного з них може знадобитися використання окремих мазків.

Для первинного тестування або замість бактеріальної культури може також бути використана полімерна ланцюгова реакція (ПЛР).

Переваги швидкого тесту:

- специфічність – близько 100%;
- швидке встановлення діагнозу дає змогу скоротити тривалість недоцільної короткострокової терапії в очікуванні результатів тесту і спрощує стратегію лікування;
- потенційне зменшення потреби в повторних консультаціях;

- дає змогу своєчасно розпочати антибіотикотерапію, що сприятиме зменшенню гострих проявів і поширенню інфекції;

- загалом швидкий тест може бути більш економічно ефективним (наприклад, за рахунок зменшення кількості і тривалості повторних тестувань);

- висока задоволеність пацієнтів швидким тестом, навіть з урахуванням часу очікування результатів.

Недоліки й обмеження швидкого тесту:

- збільшення витрат на лабораторні дослідження;
- необхідно, щоб негативні результати швидких тестів на стрептокок були підкріплені результатами культурального дослідження через відносно низьку чутливість швидких тестів (за винятком випадків, коли встановлено однакову інформативність швидкого тесту і культурального дослідження);

- нещодавні дослідження демонструють доцільність проведення ПЛР у режимі реального часу як заміни і швидкому тесту на стрептококовий антиген, і бактеріальній культурі. Застосування ПЛР потребує як мінімум 30–60 хвилин для проведення тесту, тому для раціонального його використання потрібні серійні тестування. При використанні ПЛР культуральне дослідження не є необхідним.

- в умовах клініки може знадобитися організація потоку пацієнтів і підготовка персоналу для виконання швидкого тесту на стрептокок;

- результати можуть бути хибнопозитивними при повторному тестуванні протягом періоду до 14 днів після закінчення курсу антибіотикотерапії (імовірно, через неповне звільнення від фрагментів стрептококового антигену, які все ще виявляють після клінічного одужання);

- тест не дає змоги відрізнити захворювання від стану носійства.

20. Лікування й навчання пацієнта

Рекомендації:

- Якщо культуральне дослідження підтвердило БГСА-фарингіт, препаратом вибору для лікування є пеніцилін. У дітей і хворих, які не можуть проковтнути таблетку, прийнятною альтернативою є амоксицилін (суспензія пеніциліну має погані смакові якості).

- У пацієнтів із алергією на пеніцилін можна застосувати цефалоспорини (при деяких типах алергії), макроліди та кліндаміцин. Слід розглянути можливість повторного обстеження пацієнта для встановлення носійства. Прийнятною альтернативою можуть бути макроліди, однак необхідно перевірити регіональні показники резистентності до них.

Препарати, рекомендовані як альтернатива пеніциліну:

- макроліди;
- цефалексин;
- кліндаміцин;
- амоксицилін/клавуланат;
- роцефін.

У пацієнтів, які на момент обстеження вже вживають антибіотик із антистрептококовою дією, імовірність стрептококового фарингіту низька. До антибіотиків із непідтвердженою антистрептококовою дією належать сульфаніламідні препарати, нітрофурантоїн і тетрациклін.

Діти можуть відновити відвідання школи через 24 години після початку лікування антибіотиками.

21. Симптоми поліпшилися протягом 48-72 год?

Поліпшення симптомів, зумовлених БГСА-фарингітом, слід оцінити через 48-72 год після початку курсу антибіотика.

Пацієнта слід проінструктувати щодо необхідності звернутися до лікаря, якщо симптоми не поліпшаються протягом 72 год.

22. Повний курс лікування

Необхідно акцентувати увагу пацієнта на важливості завершення повного курсу антибіотикотерапії для зменшення ризику рецидиву.

23. Доцільність повторної оцінки стану пацієнта

Позитивний результат тестування на БГСА може свідчити про стан носійства; в цьому випадку використовуваний антибіотик може бути не ефективним.

Поширеність носійства коливається від 10 до 25%. Тож, якщо симптоми не поліпшилися через 72 год, слід розглянути можливість повторної оцінки стану пацієнта. Це може знадобитися зокрема для виключення перитонзиллярної флегмони або абсцесу, інфекційного мононуклеозу і, особливо у пацієнтів віком 15-30 років, можливості інфікування бактеріями *Fusobacterium necrophorum*, що може призвести до важкого ускладнення – синдрому Лем'єра.

Малоймовірно, що збудниками перитонзиллярної флегмони/абсцесу є стрептококи, тому може бути показана емпірична зміна антибіотика або направлення до отоларинголога.

Пацієнтів із хронічною колонізацією БГСА називають носіями. Ризик розвитку в них гнійного (наприклад, перитонзиллярний абсцес) або негнійного (наприклад, ревматизм) ускладнень дуже низький (якщо взагалі є), а поширення БГСА при тісному контакті малоймовірно. Тому більшість носіїв не потребують медичного втручання.

Пацієнт із позитивними результатами повторного культурального дослідження на БГСА, ймовірно, є носієм, якщо:

- клінічні дані свідчать про вірусну етіологію фарингіту;
- епідеміологічні дані (наприклад, вік, сезон) свідчать про вірусну етіологію;
- ефективність антибіотикотерапії низька;
- результати культурального дослідження мазків із горла, зроблених між епізодами гострого фарингіту (коли симптомів немає), також є позитивними;
- немає серологічної реакції на БГСА-антигени (антистрептолізин О, анти-ДНКаз В).

Ситуації, в яких виявлення та ерадикація носійства можуть бути бажаними:

- ревматична лихоманка в сімейному анамнезі;
- поширення інфекції серед членів сім'ї за принципом «пінг-понг»;
- значне занепокоєння членів сім'ї щодо БГСА;

- спалах БГСА-фарингіту в спільноті закритого/напівзакритого типу;
- можлива тонзилектомія виключно через стан хронічного носійства.

Є два альтернативних протоколи лікування для ефективного усунення стану носійства. Терапією вибору є застосування кліндаміцину. Якщо кліндаміцин не є прийнятним терапевтичним вибором, можна розглянути застосування комбінації пеніциліну і рифампіцину.

Потенційно тяжким ускладненням фарингіту є синдром Лем'єра, зумовлений *Fusobacterium necrophorum*.

Синдром Лем'єра характеризується початковим епізодом фарингіту з подальшими клінічними ознаками бактеріємії приблизно через чотири дні (гнійний тромбоз флебіт внутрішньої яремної вени, метастатичні інфекції, найчастіше – легеневі абсцеси). За даними клінічних спостережень, смертність від захворювання становить 4,6%, частота хронічних ускладнень – 10,2%.

Таким чином, при лікуванні пацієнтів молодого віку слід враховувати можливість розвитку синдрому Лем'єра у пацієнтів із погіршенням клінічних симптомів протягом кількох днів на тлі епізоду фарингіту. Оскільки клінічних тестів для виявлення цього патогену немає, слід розглянути можливість емпіричного лікування, особливо якщо симптоми погіршуються через 3-5 днів або з'являється пухлина на шії. Пеніциліни/цефалоспорины є ефективними, макроліди/азоліди – ні. За наявності симптомів бактеріємії емпіричне лікування має включати пеніцилін з метронідазолом або кліндаміцином.

За клінічними показаннями може бути доцільним тестування на мононуклеоз; слід пам'ятати, що результат скринінг-тесту на мононуклеоз може не бути позитивним протягом кількох днів перебігу хвороби.

Лікування хронічної інфекції слід спрямовувати на ерадикацію як БГСА, так і мікроорганізмів, що продукують β-лактамази.

Примітка: у всіх випадках клінічна картина і позитивні результати лабораторних аналізів можуть утримуватися протягом 7 днів після завершення курсу антибіотикотерапії.

24. Навчання пацієнтів щодо застосування домашніх засобів лікування

Рекомендація

- Пацієнта слід проінструктувати щодо необхідності повторної консультації у разі, якщо симптоми погіршуються або тривають більше 5-7 днів.

Якщо в пацієнта, який приймає антибіотики (окрім сульфамідів, тетрацикліну, нітрофурантоїну та інших, які не мають антистрептококової дії) за призначенням, розвивається біль у горлі, ймовірно, що цей біль зумовлений чимось іншим, ніж БГСА. Лікування БГСА-інфекції рідко є неефективним; необхідно консультувати пацієнта щодо домашніх засобів лікування болю в горлі.

Домашніми засобами є:

- ацетамінофен (парацетамол) або ібупрофен; не слід використовувати ацетилсаліцилову кислоту (аспірин) у дітей і підлітків через підвищений ризик синдрому Рея;

- полоскання горла теплою солоною водою (1/4 чайної ложки солі на склянку води [~ 230 мл]);
- дорослі й діти старшого віку можуть смоктати пастилки, леденці, лід або заморожені десерти (наприклад, заморожені фруктові соки);
- слід вживати м'яку їжу, пити прохолодні напої або теплу рідину.

25. Оцінка доцільності культурального дослідження на стрептокок

Якщо проведення швидкого тесту на стрептокок не доступне або його результати негативні, слід провести культуральне дослідження (за винятком випадків, коли встановлено однакову інформативність швидкого тесту і культурального дослідження). Лікування слід припинити до отримання результатів культури (як правило, протягом 24 годин або трохи менше, але може знадобитися інкубація протягом більш тривалих періодів часу). Деякі лікарі вважають за краще починати лікування до отримання результатів, але повний курс лікування не слід призначати, доки бактеріальний посів не підтвердить наявності БГСА.

Менш задовільною є стратегія емпіричного лікування. Емпіричне лікування при використанні складних клінічних оціночних систем або у пацієнтів із повним комплексом класичних симптомів стрептококової інфекції може бути виправданим, але має суттєві обмеження. Якщо повний курс лікування ініціюється без наміру врахувати результати тестів, лабораторні дослідження є надлишковими й економічно не вигідними. Не рекомендовано проводити рутинні культуральні дослідження й призначати антибіотикотерапію членам сім'ї, у яких немає симптомів захворювання, а також повторні культуральні дослідження у пацієнтів після лікування антибіотиками.

Лікування БГСА-фарингіту коректно призначати на основі результатів швидкого тесту або бактеріальної культури. Навіть при використанні складних клінічних оціночних систем діагностична точність (імовірність БГСА-інфекції) становить тільки 50%, зростаючи до 75%, якщо під час прийняття рішення береться до уваги кількість лейкоцитів. Тому емпіричне лікування не рекомендовано. За рекомендаціями кількох професійних товариств, терапію слід ґрунтувати лише на результатах бактеріальної культури.

Переваги застосування культурального дослідження:

- хоча стрептококова культура не є ідеальним тестом, цей метод залишається «золотим стандартом», за яким вимірюється ефективність інших діагностичних методів.
- культуральне дослідження дешевше, ніж проведення швидкого тесту.

Недоліки чи обмеження культурального дослідження:

- час інкубації затримує початок лікування, що викликає незадоволення пацієнтів;
- неможливо відрізнити хворобу й носійство;
- чутливість методу залежить від методики і професійної компетенції персоналу.

Переваги короткострокового лікування в очікуванні результату культурального дослідження:

- дає змогу зменшити гостроту проявів захворювання і втрату працездатності пацієнта (чи батьків, якщо хворий – дитина) завдяки ранньому початку лікування;
- у разі негативного результату культурального дослідження прийом невикористаних антибіотиків відмінюють.

Недоліки короткострокового лікування в очікуванні результату культурального дослідження:

- можуть бути призначені неефективні препарати;
- може призвести до додаткових витрат на подальші призначення;
- потрібні додаткові консультації для повідомлення про результати дослідження;
- можуть бути використані непотрібні антибіотики, що підвищує ризик ятрогенної шкоди.

Переваги емпіричного лікування при класичних проявах БГСА-інфекції:

- зменшується час до призначення терапії;
- не виконуються діагностичні тести, в яких немає потреби;
- високий ступінь задоволеності пацієнта, впевненого у правильності діагностики до отримання результатів дослідження.

Недоліки емпіричного лікування при класичних проявах БГСА-інфекції:

- сприяє надлишковому лікуванню, оскільки клініко-діагностична точність найкращих оціночних систем становить тільки 50-75%;
- через надлишкове лікування підвищуються інші ризики, наприклад, непереносимості препаратів або серйозної алергії, зокрема анафілаксії;
- сприяє помилковому переконанню щодо наявності стрептококового фарингіту.

26. Яким є результат культурального дослідження?

Незалежно від того, яким буде результат тесту, пацієнти та їхні родини хочуть знати результати якомога швидше, щоб вони могли належним чином планувати свої потреби:

- за негативного результату пацієнти потребують відповідної інформації і плану дій, якщо одужання не настає в належні терміни або якщо симптоми захворювання посилюються;
- за позитивного результату пацієнти прагнуть розпочати лікування якнайшвидше, насамперед для досягнення нормального самопочуття і зменшення поширення інфекції. Профілактика ГРЛ є задовільною, якщо її розпочато протягом періоду до 9 днів після початку хвороби. Однак пацієнти і батьки можуть сприймати будь-які затримки початку лікування як погане обслуговування.

27. Навчання щодо симптомів не БГСА-фарингіту

Якщо результати швидкого тесту й/або стрептококової культури негативні, пацієнту слід надати інформацію щодо болю в горлі нестрептококової природи. Необхідно звернути увагу на тривалість симптомів,

неефективність лікування антибіотиками і домашні засоби, які полегшують симптоми. Важливо проінструктувати пацієнта щодо необхідності звернення до лікаря у разі погіршення симптомів або їхньої тривалості понад 5-7 днів. Користь від застосування еритроміцину при нестрептококовому фарингіті невелика, на межі статистичної значущості. Через незначний ефект і ризик розвитку резистентності використання еритроміцину для лікування нестрептококового фарингіту не рекомендовано.

Слід забезпечити пацієнта навчальними матеріалами щодо болю в горлі нестрептококової природи і домашніх засобів лікування.

Детальну інформацію про домашні засоби лікування див. під приміткою 24.

28. Є поліпшення симптомів?

Поліпшення симптомів не БГСА-фарингіту зазвичай очікується протягом декількох днів. Пацієнту необхідно пояснити, що слід звернутися до лікаря, якщо симптоми утримуються.

29. Продовження лікування вдома

Слід продовжувати вжиття заходів для полегшення симптомів під час лікування вдома в міру необхідності (див. примітку 24 для додаткової інформації).

30. Розгляд доцільності повторної оцінки стану пацієнта й/або тестування на мононуклеоз

Див. примітку 23 для детальної інформації.

Реферативний огляд підготовано за матеріалами: Snellman L., Adams W., Anderson G. et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults (www.icsi.org)

Далі буде