



## Симптом боли в горле у детей – клиническая оценка и наиболее частые причины

Катилов А. В., Лайко Л. И., Макаров С. Ю., Меркулова Д. А.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

**Резюме.** *Статья посвящена проблемам боли в горле – клинический симптом, который каждый ребенок и взрослый человек неоднократно испытывают на протяжении всей жизни. Данный симптом является очень частой жалобой у пациентов на приеме специалистов различного профиля. Встречаемость этого симптома в детской популяции значительно выше по сравнению со взрослыми пациентами. Отличается и структура причин боли в горле не только у детей и взрослых, но и в различные возрастные периоды детства. Рассмотрены причины диагностических и тактических ошибок, наблюдающихся при оценке рецидивирующей и хронической боли в горле педиатрами и врачами общей практики. Упомянуты основные заболевания, приводящие к развитию боли в горле у детей разных возрастов.*

**Ключевые слова:** *боль в горле, дети, диагностика.*

Боль в горле – клинический симптом, который каждый ребенок и взрослый человек неоднократно испытывают на протяжении всей жизни. Данный симптом является очень частой жалобой у пациентов на приеме специалистов различного профиля. Встречаемость этого симптома в детской популяции значительно выше по сравнению со взрослыми пациентами. Отличается и структура причин боли в горле не только у детей и взрослых, но и в различные возрастные периоды детства.

Есть ли вообще проблема в оценке симптома боли в горле? Когда вопрос касается остро возникшей боли в горле, сопровождающейся другими признаками инфекции, то в большинстве случаев приходится проводить дифференциальную диагностику между вирусным и бактериальным тонзиллофарингитом (см. далее). Но остро возникшая боль в горле может быть первой манифестацией и других заболеваний, например, агранулоцитоза, лейкоза, инородного тела и др.

Наибольшее количество диагностических и тактических ошибок наблюдается при оценке рецидивирующей и хронической боли в горле педиатрами и врачами общей практики. В меньшей степени – специалистами узкого профиля, каждый из которых хорошо осведомлен о «своих» причинах боли в горле. Вопрос заключается в том, сколько времени понадобится для установления причины боли в горле и какое количество ненужных лекарственных препаратов получит пациент. К примеру, на вопрос «какая связь рецидивирующей боли в горле и син-

дрома хронической усталости?» обычный ответ – «никакой». При том, что данный симптом входит в перечень 8-ми малых критериев данного заболевания (Fukuda et al., 1994) [9].

Термин «боль в горле» имеет достаточно расплывчатое определение. В Википедии это звучит так: «боль в горле – боль или раздражение в горле; это часто встречающийся симптом, обычно вызванный острым фарингитом (воспалением глотки) или воспалением миндалин, хотя также может быть результатом травмы, дифтерии и других заболеваний». Под болью в горле, при более детальном опросе взрослого пациента, скрываются и другие жалобы: «дерет в горле», «першит в горле» и др., которые в большей степени описывают дискомфорт, а не боль, что в свою очередь позволяет проводить дифференциальную диагностику между различными заболеваниями. Так, першение в горле часто наблюдается при курении, сухости воздуха в помещении, у пациентов с бытовой и пыльцевой аллергией, но точно не при БГСА-тонзиллофарингите ( $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А). К сожалению, дети (и чем меньше возраст ребенка, тем это более характерно) склонны описывать любой дискомфорт в области шеи, рта и лица как «боль в горле».

Первое, что необходимо решить педиатру при наличии жалобы на боль в горле со стороны ребенка или его родителей, – это есть ли действительно у пациента боль в горле или он таким способом описывает дискомфорт в области горла, шеи или ротовой полости. Ведь иногда

Таблица 1. Ориентировочные причины боли в горле у детей

Острая боль в горле	Рецидивирующая боль в горле	Хроническая боль в горле
ОРВИ	Гастроэзофагеальный рефлюкс	Гастроэзофагеальный рефлюкс
Грипп	Курение	Курение
Тонзиллофарингит	Синдром сонного апноэ	Синдром сонного апноэ
Мононуклеоз	«Механический фарингит»	«Механический фарингит»
Корь	Аллергический персистирующий ринит	Аллергический персистирующий ринит
Краснуха	Рецидивирующие травмы глотки и гортани	Синдром Мюнхгаузена
Скарлатина	Тиреоидит	Психогенная боль
Дифтерия	Кариес	Синдром хронической усталости
Острый эпиглоттит		Опухоли глотки, гортани
Болезнь «рука – нога – рот»		Заболевания позвоночника
Инфекционная эритема		Гальванизм в полости рта
Стоматит		
Острый ларингит		
Острый лимфаденит		
Инородное тело глотки, гортани		
Кариес		

таким способом ребенок просто пытается привлечь к себе внимание родителей (например, синдром Мюнхгаузена). Помним, что наличие даже незначительной боли у ребенка, независимо от локализации, сопровождается сопутствующими симптомами, которые сигнализируют о наличии боли: изменением поведения, активности, мимики, плачем, снижением аппетита. И выраженность этих сопутствующих симптомов прямо пропорциональна интенсивности болевого синдрома. Общее правило – все симптомы должны оцениваться комплексно, а не изолированно! Нарушение глотания и отказ от еды могут наблюдаться при многих заболеваниях у детей, но с высокой вероятностью подкрепляют жалобы ребенка на боль в горле, т.к. организм подсознательно ограничивает работу (движения) органа, в котором возникает боль. Соответственно, нормальный аппетит и отсутствие проблем с глотанием свидетельствуют против наличия у пациента боли в горле. Только ориентировочно с 2–3 лет дети могут активно жаловаться на боль в горле.

Вторым шагом в клиническом анализе симптома боли в горле необходимо разграничить данный симптом по длительности на острый, рецидивирующий и хронический. В литературе мы не нашли четкой градации. Позволим себе предложить свой вариант разделения: под острой болью в горле подразумевается эпизодически возникающая жалоба на боль в горле в сочетании/или нет/ с другими жалобами (например, острый тонзиллофарингит), рецидивирующая – представляет собой повторяющиеся эпизоды боли в горле с периодами ее отсутствия (например, рецидивирующий тонзиллофарингит, эпизоды вирусных инфекций) и хроническая – длительностью более 4-х недель (по аналогии с определением хронического кашля у детей). Как правило, инфекции (ОРВИ, БГСА-тонзиллофарингит, мононуклеоз) являются причиной эпизодов острой боли в горле; причиной реци-

дивирующей боли могут быть как инфекционные (рецидивирующий БГСА-тонзиллофарингит), так и неинфекционные причины (гастроэзофагеальный рефлюкс, пыльцевая аллергия). Хроническая боль в горле, как правило, не связана с инфекционными причинами и вызывается сухостью в помещении, курением, в том числе и пассивным, механическим фарингитом (пение, игра на духовых инструментах), гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (табл. 1).

**Фарингит и тонзиллит** являются самой частой причиной острой боли в горле у детей и представляют собой инфекционно-воспалительное заболевание глотки и небных миндалин соответственно. В связи с едиными подходами к лечению, оба этих заболевания объединяют в одно и называют тонзиллофарингит [7, 8].

В случае выявления тонзиллофарингита как наиболее частой причины острой боли в горле у детей, третий шаг в клиническом анализе заключается в дифференциальной диагностике между вирусным и бактериальным тонзиллофарингитом. В 80–90 % случаев возбудителями тонзиллофарингита являются вирусы и значительно реже – бактерии. Наиболее важное клиническое значение среди бактериальных возбудителей (28–40 %) имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), который в случае отсутствия адекватной антибактериальной терапии является причиной таких поздних осложнений, как острая ревматическая лихорадка и постстрептококковый гломерулонефрит [5]. Стрептококки других групп (С, G) также могут вызывать тонзиллофарингит, но не вызывают осложнений. Значительно реже встречаются другие бактериальные возбудители: *Neisseria gonorrhoeae*, *Arcanobacterium haemolyticum* и *Corinebacterium diphtheriae*. Такой возбудитель, как *Arcanobacterium haemolyticum*, может являться причиной бактериального тонзиллофарингита у подростков и молодых людей в 7 % случаев

и вызывает заболевание, сходное по клинической картине со скарлатиной, но без наличия шелушения кожи. Атипичная микрофлора занимает не более 1 % в этиологии бактериального тонзиллофарингита и не имеет большого клинического значения. Этиологическая роль пневмококков и гемофильной палочки при тонзиллофарингитах не доказана. Поэтому выявление данных микроорганизмов в зеву у пациентов с острым тонзиллофарингитом свидетельствует об их носительстве, но не указывает на этиологию заболевания [4, 7, 8]. Некротическая ангина Симановского – Венсана у детей встречается крайне редко.

Таким образом, если клиническая картина указывает на бактериальный характер тонзиллофарингита, то эмпирическая антибактериальная терапия в первую очередь должна быть направлена на наиболее клинически важно-го возбудителя (*Streptococcus pyogenes*).

Тонзиллофарингит практически не наблюдается у детей первого года жизни, что в первую очередь обусловлено недостаточным развитием лимфоидной ткани в ротоглотке и трансплацентарным иммунитетом. БГСА-тонзиллофарингит редко бывает у детей на 2-м году жизни, но возможно наличие вирусного фарингита. Пик заболеваемости как вирусных, так и БГСА-тонзиллофарингитов приходится на дошкольный и младший школьный возраст. У детей старше 15 лет и взрослых частота БГСА-тонзиллофарингита значительно снижается, а вирусных – напротив, увеличивается. При сопоставлении частоты бактериальных возбудителей в этиологии тонзиллофарингита у детей и взрослых, их роль значительно выше у детей и составляет до 40 %, в то время как у взрослых – только до 10 % [7].

Заселение глотки бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА) может приводить как к бессимптомному носительству, так и к острому тонзиллофарингиту. Инфекция распространяется воздушно-капельным путем в среднем в течение недели от начала острого заболевания. Риск передачи инфекции увеличивается при тесном контакте, поэтому наибольшую угрозу заражения имеют члены семьи и дети из одного коллектива. Индекс восприимчивости составляет 10–15 %. Обычно через 12–24 часа от начала рациональной антибиотикотерапии (пенициллины) пациенты с БГСА-тонзиллофарингитом становятся незаразными. Передача возбудителя от хронических носителей стрептококков группы А происходит редко, в связи с чем хронические носители БГСА не нуждаются в санировании и не имеют большого эпидемического значения [3].

Основным фактором вирулентности БГСА является белок-М. Выделяют до 80 разновидностей этого белка, к каждому из которых вырабатывается типоспецифический иммунитет, не способный противостоять другим видам белка-М. Типирование стрептококков имеет важное диагностическое и эпидемиологическое значение, т.к. каждый М-серотип коррелирует с определенным спектром заболевания. Например, М-серотипы БГСА, которые часто вызывают фарингит («глоточные»), редко служат возбудителями кожных инфекций, и наоборот. Доказано, что только единичные «глоточные» М-серотипы

(например, М12) могут быть причиной постстрептококкового гломерулонефрита. Напротив, многие «кожные» М-серотипы БГСА (например, М 49, 55, 57, 60) могут быть причиной гломерулонефрита. В этиологии острой ревматической лихорадки играют роль только некоторые «глоточные» М-серотипы, а роль «кожных» серотипов БГСА в настоящее время отрицается. М-антиген важен не только для типирования стрептококков, он во многом определяет вирулентность стрептококка. Например, стрептококки группы А, выделенные от хронических носителей, содержат небольшое количество М-антигена или вообще лишены его, что делает их практически авирулентными [3, 8].

БГСА является также возбудителем скарлатины и рожи. Причиной скарлатины является стрептококк, вырабатывающий эритрогенные токсины А, В, С. После выздоровления формируется иммунитет к одному из эритрогенных токсинов, поэтому теоретически ребенок может переболеть скарлатиной трижды [3].

Для острого тонзиллофарингита, вызванного БГСА, характерно острое начало, сопровождающееся, как правило, повышением температуры тела и ухудшением состояния, появлением боли в горле, признаками интоксикации (рис. 1). При осмотре определяется гиперемия и отечность миндалин и слизистой оболочки задней стенки глотки, фолликулярная зернистость задней стенки глотки, гнойный налет на миндалинах, увеличение и болезненность регионарных переднешейных и подчелюстных лимфатических узлов. При БГСА-тонзиллофарингите, как и при скарлатине, у детей часто отмечается однократная рвота в первые сутки заболевания [2, 4].

Клинические признаки БГСА-тонзиллофарингита:

1. Острое начало заболевания.
2. Высокая лихорадка с первого дня заболевания.
3. Гнойный экссудат на миндалинах (при фарингите отсутствует).
4. Гиперемия и отек *uvula*.
5. Малиновый язык.
6. Регионарная шейная лимфаденопатия.
7. Длительность высокой лихорадки при отсутствии антибиотикотерапии около 5–7 дней.



Рис. 1. БГСА-тонзиллофарингит

8. Отсутствие признаков вирусной инфекции (ринорея, кашель и др.).

Лихорадочная кривая является одним из показателей общего состояния пациента и может использоваться для определения прогноза заболевания. Улучшение общего состояния ребенка и снижение температуры ниже фебрильных цифр в течение суток от начала терапии бета-лактамами антибиотиками является, с одной стороны признаком адекватной антибактериальной терапии, с другой – подтверждает бактериальную этиологию заболевания.

Длительное сохранение фебрильного синдрома или повторная волна лихорадки на фоне антибактериальной терапии либо свидетельствуют о неэффективности антибактериальной терапии, либо указывают на вирусную этиологию тонзиллофарингита (из-за отсутствия влияния антибиотика на вирус) (рис. 2, 3).

У детей младшего возраста при вирусных и бактериальных тонзиллофарингитах часто отмечается зало-



Рис. 2. Вирусный тонзиллофарингит



Рис. 3. Энантема на мягком нёбе при вирусном тонзиллофарингите



Рис. 4. Герпангина

женность носа, которая обусловлена сужением просвета носоглотки за счет увеличения воспаленных миндалин и часто является причиной возникновения храпа во время сна. При мононуклеозе степень назальной обструкции значительно более выражена по сравнению со стрептококковым тонзиллитом и сохраняется длительный период времени [3].

Развитие вирусного фарингита постепенное, температура редко достигает высоких цифр и держится 1–3 суток. При герпангине, которая обычно вызывается энтеровирусами *Coxsackie* и *ECHO*, наблюдается везикулярная энантема на задней стенке глотки, нёбе и нёбных дужках (рис. 4). Аденовирусный фарингит сопровождается конъюнктивитом и выраженной лихорадкой. При герпетической инфекции также наблюдаются выраженная лихорадка и распространенный стоматит [4, 8].

Симптомы, указывающие на вирусную этиологию тонзиллофарингита:

1. Возраст до 2–3 лет.
2. Постепенное развитие заболевания.
3. Отсутствие высокой лихорадки.
4. Наличие везикулярной энантемы на слизистой (рис. 5).
5. Нормализация температуры за 1–2 дня.
6. Сопутствующие конъюнктивит, ринорея, осиплость голоса, стридор, кашель, диарея.

Для проведения дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных тонзиллофарингитов у детей с высокой долей вероятности используется шкала Мак-Айзека, основанная на вышеуказанных клинических признаках (табл. 2, 3) [7].

При тонзиллофарингите, как вирусном, так и бактериальном, возможно развитие осложнений, которые также сопровождаются болью в горле. Ранние осложнения могут развиваться с первых дней заболевания и чаще связаны с вовлечением в воспалительный процесс прилежащих тканей. К ним относятся: паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, гнойный лимфаденит и ангина Людвига (флегмона дна полости рта) [2, 4, 8].



Рис. 5. Везикулярная энантема на слизистой ротоглотки. Болезнь «рука – нога – рот»

Таблица 2. Шкала Мак-Айзека для оценки показаний к антибактериальной терапии

Критерий	Баллы
Температура выше 38 °C	1
Отсутствие кашля	1
Болезненность и увеличение переднешейных лимфоузлов	1
Выбухание или экссудат на миндалинах	1
Возраст 3–14 лет	1
Возраст 15 лет и более	0

Таблица 3. Оценка шкалы Мак-Айзека

Сумма баллов	Вероятный риск БГСА-инфекции	Показания для антибактериальной терапии (АТ)
0	1–2,5 %	Обследование не нужно
1	5–10 %	АТ-терапия не показана
2	11–17 %	Провести экспресс-тест:
3	28–35 %	при БГСА (+) – показана АТ
		при БГСА (-) АТ не показана – наблюдение
4–5	51–53 %	Показана эмпирическая АТ

Признаки, указывающие на наличие осложнений тонзиллофарингита:

1. Трудности при дыхании или открывании рта.
2. Отек паратонзиллярной области при осмотре зева.
3. Отек и гиперемия в области шеи.
4. Боли в области шеи при поворотах головы.

**Мононуклеоз** является одним из заболеваний, с которым приходится дифференцировать БГСА-тонзиллит. Мононуклеоз вызывается вирусом Эпштейна – Барр

или реже – цитомегаловирусом, но в любом случае – не требующим антибактериальной терапии. Данный факт и определяет важность дифференциальной диагностики. Нижеуказанные клинические симптомы помогают облегчить клиническую диагностику мононуклеоза. Не следует забывать, что, как и БГСА-тонзиллит, мононуклеоз практически не наблюдается у детей до года [3].

Клинические признаки мононуклеоза:

1. Лихорадка.
2. Гнойный тонзиллит со значительным увеличением миндалин.
3. Симметричная шейная лимфаденопатия.
4. Гепатоспленомегалия.
5. Гнусавый голос.
6. Пятнисто-папулезная сыпь (у 10–15 % пациентов).
7. Наличие в общем анализе крови атипичных мононуклеаров в количестве более 10 %.

Необходимо отметить одну клиническую особенность мононуклеоза: практически обязательным симптомом является выраженная и длительная заложенность носа, приводящая к значительному затруднению носового дыхания. При БГСА-тонзиллите данный симптом тоже может иметь место у детей младшего возраста, но выражен значительно слабее. Таким образом, степень выраженности затруднения носового дыхания может использоваться как важный дифференциально-диагностический признак между мононуклеозом и БГСА-тонзиллитом. Позволим себе напомнить, что диагноз мононуклеоза в первую очередь должен основываться на характерной клинической картине заболевания (тонзиллит, гепатоспленомегалия и др.), а лабораторный критерий (атипичные мононуклеары) имеет второстепенное значение. Изолированное увеличение атипичных мононуклеаров в крови может наблюдаться при многих других вирусных заболеваниях и не является высокоспецифичным для мононуклеоза. Определенную помощь в диагностике мононуклеоза имеет оценка лимфаденопатии, которая имеет свои специфические особенности.

Особенности лимфаденопатии при мононуклеозе:

1. Симметричное увеличение лимфатических узлов.
2. Лимфатические узлы могут достигать больших размеров.
3. Всегда безболезненны при пальпации.
4. Отсутствие гиперемии кожи над пораженными лимфатическими узлами.
5. Практически никогда не нагнаиваются.

**Скарлатина** практически всегда сопровождается болью в горле. Клиническая картина состоит из трех последовательных стадий, связанных с токсическим, септическим и аллергическим воздействием БГСА. Источником инфекции могут быть пациенты с явной или атипичной формами скарлатины и пациенты с другими формами стрептококковой инфекции. Механизм передачи – воздушно-капельный и контактный. При наличии четких клинических признаков и определенной стадийности заболевания дифференциальная диагностика скарлатины и БГСА-тонзиллофарингита не представляет затруднений.

Клинические признаки скарлатины:

1. Фебрильная лихорадка.
2. Тонзиллит или фарингит («пылающий зев»).
3. Малиновый язык на 2–3 сутки заболевания.
4. Мелкоточечная сыпь, сгущающаяся в естественных складках кожи (признак Пастиа).
5. Бледный носогубный треугольник.

**Эпиглоттит** представляет собой острое бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей, приводящее к резкому нарушению проходимости дыхательных путей. Наиболее часто вызывается *Haemophilus influenzae*, *H. parainfluenzae*, *Streptococcus pneumoniae* и стрептококками группы А. Наблюдается у детей 6 мес – 5 лет. Заболевание начинается с лихорадки, боли в горле и по клинической картине напоминает тонзиллит. В течение короткого времени появляются дисфония и дисфагия с вытеканием слюны изо рта, цианоз носогубного треугольника, наблюдается вынужденное положение – дети предпочитают сидеть с наклоном вперед. При нарастании обструкции верхних дыхательных путей развивается асфиксия.

Важно помнить, что эпиглоттит является жизнеугрожающим заболеванием. Пациент должен быть немедленно доставлен в стационар. Запрещено проводить осмотр ротовой полости, т.к. он может спровоцировать ларингоспазм и асфиксию. Осмотр надгортанника проводят с помощью фиброларингоскопа в отделении интенсивной терапии, куда ребенка доставляют в сидячем положении и где имеется все необходимое для интубации трахеи. При отсутствии такой возможности диагноз подтверждается с помощью рентгенографии шеи в боковой проекции («симптом большого пальца» – отек надгортанника).

Сочетание ночных/утренних болей в горле и гастроинтестинальных симптомов (изжога, боль в эпигастрии) обычно связаны с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Боль в горле при «механическом фарингите» обусловлена перенапряжением мышц глотки и шеи в результате пения, речи и некоторых физических упражнений (например, при плавании). Данный тип боли у взрослых обычно наблюдается у учителей, певцов, дикторов и др.

При аллергических ринитах в результате синдрома стекания по задней стенке носоглотки и сухости слизистой из-за дыхания через рот пациенты могут жаловаться на боль в горле; многие описывают ее как першение в горле (рис. 6). Аналогичный механизм возникновения болей в горле наблюдается у пациентов с синдромом сонного апноэ и хроническим аденоидитом.

Синдром хронической усталости в большей степени относится к патологии взрослых, но встречается и у подростков. Главным симптомом заболевания является выраженная слабость на протяжении 6 месяцев и более, не обусловленная физической нагрузкой или другим заболеванием. К другим симптомам (малые критерии) этой патологии относят головные и мышечные боли, а также боль в горле. Но наибольшие затруднения возникают с пациентами с психогенной болью в горле и синдромом Мюнхгаузена у детей младшего возраста.



Рис. 6. Синдром постназального стекания слизи. Пациент с аллергическим риносинуситом

В случае рецидивирующей или хронической боли в горле необходимо помнить, что данный симптом обычно характерен для хронических заболеваний, таких как гастроэзофагеальный рефлюкс – «механический фарингит», аллергический ринит, психоэмоциональные расстройства (см. табл. 1). Важно, что при объективном осмотре отсутствуют воспалительные изменения зева, которые могли бы объяснить причину данной жалобы. В данном случае большую диагностическую значимость имеют не лабораторные и инструментальные исследования, а динамическое наблюдение за пациентом и логическое поэтапное исключение возможных причин боли в горле («принцип исключения»).

## Литература

1. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия / Под ред. О. И. Киселева и др. – СПб.: Боргес, 2003. – 245 с.
2. Карпухин Г. И., Карпухина О. Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 180 с.
3. Педиатрия по Нельсону. Р. Э. Берман, Р. М. Клигман, Х. Б. Дженсон. – Рид Элсивер, Москва. – Т. 4. – 2009. – 1110 с.
4. Баранов А. А., Володин Н. Н., Самсыгина Г. А. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. – Москва, 2007. – 1087 с.
5. Современная антимикробная химиотерапия. Л. С. Страчунский, С. Н. Козлов. Руководство для врачей.
6. Paradise J. L., Bluestone C. D., Colborn D. K. et al. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children // Pediatrics. – 2002. – 110 : 7–15.
7. W. J. McIsaac et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. – JAMA, 2004. – 291 : 1587–95.
8. Shulman S. T., Bisno A. L., Clegg H. W. et al. 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. 2012. – 55 : 86–102.
9. Fukuda K. I., Straus S. E., Hickie I. et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. – Ann Intern Med. 1994 Dec 15. – 121(12): 953–9.

**Симптом болю в горлі у дітей – клінічна оцінка та найчастіші причини**

Катілов О. В., Лайко Л. І., Макаров С. Ю., Меркулова Д. А.

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

**Резюме.** Стаття присвячена проблемам болю в горлі – клінічний симптом, який кожна дитина і доросла людина неодноразово відчувають протягом усього життя. Даний симптом є дуже частою скаргою у пацієнтів на прийомі фахівців різного профілю. Зустричальність цього симптому в дитячій популяції значно вища порівняно з дорослими пацієнтами. Відрізняється і структура причин болю в горлі не тільки у дітей і дорослих, а й в різні вікові періоди дитинства. Розглянемо причини діагностичних і тактичних помилок, що спостерігаються при оцінці рецидивуючого та хронічного болю в горлі педіатрами і лікарями загальної практики. Згадані основні захворювання приводять до розвитку болю в горлі у дітей різних вікових груп.

**Ключові слова:** біль у горлі, діти, діагностика.

**The symptom sore throat in children – clinical evaluation, and the most frequent causes**

Katilov A. V., Laiko L. I Makarov S.Y., Merkulova D. A.

*National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia*

**Summary.** The article deals with the problems of sore throat – a clinical symptom that every child and adult suffer from during their lifetime. This symptom is a common complaint in patients consulting different specialists. The incidence of symptoms in the pediatric population is much higher compared to adult patients. The causes of sore throat differ in children and adults as well as in different age periods of childhood. Let's study the causes of diagnostic and tactical errors observed by pediatricians and general practitioners when evaluating recurrent and chronic sore throat. The mentioned underlying diseases lead to the development of sore throat in children of different ages.

**Key words:** sore throat, children, diagnostics.

**World PainMedicine Digest****Неінфекційні чинники та фактори навколишнього середовища в етіології болю в горлі**

Незважаючи на значну поширеність неінфекційних запалень горла, досі малозрозумілим залишається те, як саме вони виникають під впливом багатьох фізико-хімічних чинників та факторів довкілля. Цілком можливо, що у багатьох випадках причиною персистуючого неінфекційного болю в горлі є поєднання вищезгаданих факторів. Запальні процеси (різних механізмів, включаючи нейрогенне запалення) імовірно лежать в основі неінфекційних уражень горла і в багатьох випадках можуть ставати джерелом больових відчуттів.

**Біль у горлі в дитячому віці**

Біль у горлі – часта проблема дитячого віку, яка зазвичай є результатом бактеріальної або вірусної інфекції. Хоча біль у горлі переважно минає без ускладнень, іноді він вимагає застосування антибіотиків.

Лікування болю в горлі залежить від фактора, що його спричинив.

До знеболюючих лікувальних засобів відносять такі препарати, як ацетамінофен (Tylenol) або нестероїдні протизапальні засоби, такі як ібупрофен (Advil, Motrin).

Запалення часто передують інфекційному ураженню горла, тому на лікування неінфекційних запалень слід спрямовувати різноманітні терапевтичні заходи. Відтак деякі літературні джерела для їх лікування рекомендують також застосувати медикаментозне лікування. Проте відсутність відповідних експериментальних моделей ускладнює визначення необхідних обсягів терапії (наприклад, антагоністи транзйентного рецепторного потенціалу). Нова модель з використанням холодного сухого повітря і промивання глотки може стати корисним інструментом для вивчення механізмів, у тому числі рецепторних взаємодій, лікування неінфекційного болю в горлі.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439613/>

Ацетамінофен можна призначати кожні 4–6 годин за необхідності, але не більше 5 разів на 24-годинний проміжок. Його не можна застосовувати дітям до 3-місячного віку без попередньої консультації лікуючого лікаря. Доза розраховується відповідно до ваги дитини.

Ібупрофен можна вживати кожні 6 годин. Протипоказаний дітям до 6-місячного віку. Доза розраховується відповідно до ваги дитини.

Аспірин не рекомендований дітям до 18 років у зв'язку з ризиком виникнення потенційно важкого ускладнення – синдрому Рея.

<http://www.uptodate.com/contents/sore-throat-in-children-beyond-the-basics>