

Е.Н. Котова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Местная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний ротоглотки

Контактная информация:

Котова Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Адрес: 117997, Москва, Островитянова, д. 1, тел.: (495) 936-90-24, e-mail: enkotova@yandex.ru

Статья поступила: 01.10.2012 г., принята к печати: 05.10.2012 г.

Для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний ротоглотки нередко используют антибактериальные препараты, хотя известно, что примерно в 80% случаев эта патология в детском возрасте имеет вирусную природу. Неоправданное назначение антибиотиков — одна из причин роста резистентности к указанному классу препаратов. В статье рассматривается возможность использования местной терапии для лечения воспалительных заболеваний ротоглотки. Приведены рекомендации по применению у детей препарата местного действия с антисептическим и обезболивающим эффектом.

Ключевые слова: дети, фарингит, тонзиллит, ротоглотка, боль в горле, местная терапия.

(Вопросы современной педиатрии. 2012; 11 (5): 168–170)

Острые респираторные инфекции (ОРИ) устойчиво занимают одно из ведущих мест среди инфекционно-воспалительных заболеваний у детей. В дошкольном возрасте регистрируют в среднем от 3 до 6 эпизодов ОРИ в год. Затем частота заболеваемости постепенно снижается, составляя у взрослых 1–2 случая в год [1]. Высокая заболеваемость ОРИ наносит существенный экономический и социальный урон обществу, что является одной из основных причин интенсивного поиска наиболее эффективных методов терапии этих заболеваний.

Острое воспаление слизистой оболочки глотки часто сопровождается воспалением верхних дыхательных путей. Боль, першение в горле — наиболее частые жалобы больных с острым фарингитом, тонзиллитом, ларингитом [2].

Особенностью ОРИ у детей является то, что они представляют собой довольно обширную и разнород-

ную группу заболеваний респираторного тракта, подавляющее большинство которых (до 80%) имеет вирусную природу, однако при этом для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний ротоглотки нередко используют антибактериальные препараты [3–6].

По данным различных авторов, именно симптом «боль в горле» является наиболее частой причиной применения антибактериальных препаратов. Неоправданное назначение антибиотиков — одна из возможных причин роста резистентности к данному классу препаратов [7, 8].

Таким образом, для решения вопроса о целесообразности системной антибактериальной терапии у конкретного больного необходима идентификация возбудителя, причем в первые часы или дни заболевания, что оказывается невозможным, поскольку результаты культурального исследования врач может получить лишь через 5–7 дней.

E.N. Kotova

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Topical therapy of oropharyngeal infectious and inflammatory diseases

Antibacterial drugs are frequently used for the treatment of oropharyngeal infectious and inflammatory diseases despite the fact that in 80% of all the cases these diseases in childhood have viral etiology. Unjustified application of the antibiotics is one of the causes increasing in antibacterial resistance. The author considers the possibility of topical medicines usage in treatment of oropharyngeal inflammatory diseases. The recommendations on topical drug with antiseptic and anaesthetic effects are given in the article.

Key words: children, pharyngitis, tonsillitis, oropharynx, sore throat, topical therapy.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2012; 11 (5): 168–170)

Таблица. Шкала Мак-Айзека для отбора детей, которым показана антимикробная терапия

Критерий	Оценка, баллы
Температура тела выше 38°C	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст: • 3–14 лет • 15–18 лет	1 0

Примечание. С изменениями По А.А. Баранову и соавт., 2007.

На практике стартовую антимикробную терапию обычно начинают эмпирически, до получения результатов микробиологического исследования, при наличии клинических данных, указывающих на стрептококковую этиологию инфекционно-воспалительных заболеваний ротоглотки. При этом препаратами первого ряда являются незащищенные пенициллины. Для отбора детей, которым показана антимикробная терапия, рекомендуется использовать шкалу Мак-Айзека (для детей старше 3 лет, табл.) и соответствующий алгоритм (рис.) [9].

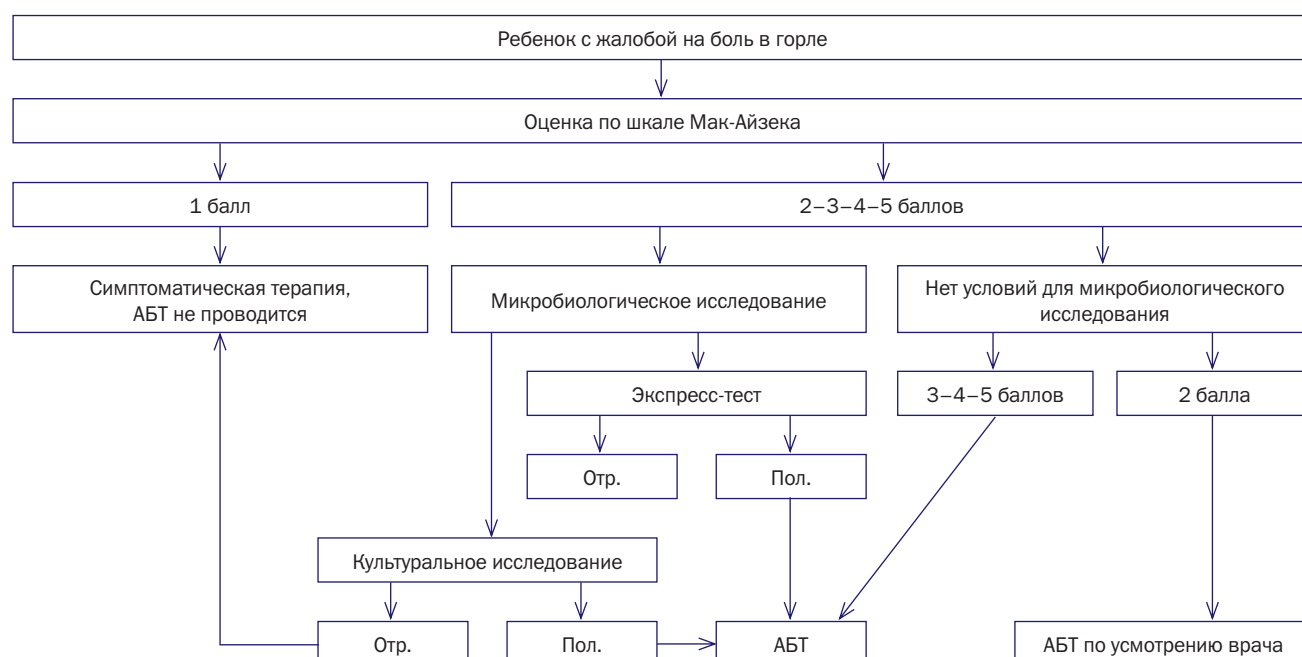
При отсутствии показаний к назначению антибактериальной терапии основным подходом будет назначение симптоматических препаратов. С патогенетической точки зрения наиболее целесообразно назначение комбинированных препаратов местного действия, содержащих антисептический и обезболивающий компонент. При этом могут быть использованы различные лекарственные формы (растворы для полоскания, спреи, капли, таблетки, пастилки).

В качестве одного из таких средств следует отметить Септолете Плюс и Септолете Плюс мед и лайм, активными компонентами которых являются бензокаин, цетилпири-

диния хлорид, левоментол, эфирные масла мяты перечной и листьев эвкалипта.

Пастилки содержат цетилпиридиния хлорид, который является антимикробным средством широкого спектра действия. Это антисептик из группы четвертичных соединений аммония. Механизм действия препарата основан на его эмульгационных свойствах. Являясь поверхностно-активным катионом, он деполяризует цитоплазматическую мембрану, увеличивает ее проницаемость для аминокислот и нуклеотидов, действует бактерицидно на грамположительные и грамотрицательные бактерии, липофильные вирусы, оказывает фунгицидное действие. Высокая поверхностная активность цетилпиридиния хлорида позволяет антисептику быстро проникать даже в недоступные места слизистой оболочки, в борозды, лакуны небных миндалин, что важно для профилактики вторичных инфекций и способствует формированию достаточной концентрации антисептика в очаге воспаления. Входящие в состав компоненты растительного происхождения — левоментол, эфирные масла — увеличивают активность антисептика. Эфирное масло эвкалипта уменьшает секрецию слизи

Рис. Алгоритм отбора детей, которым показана антимикробная терапия



в верхних отделах дыхательных путей и облегчает дыхание. Ментол и эфирное масло мяты перечной оказывают умеренное обезболивающее и противовоспалительное действие, а также обладают обволакивающим и дезодорирующим эффектом.

Содержащийся в препарате анестетик бензокаин способствует купированию сильной боли при инфекционно-воспалительных заболеваниях ротоглотки. Бензокаин начинает действовать через 15–30 с, а максимальный обезболивающий эффект наступает уже через 15 мин. Бензокаин обладает плохой абсорбцией и растворимостью, т.е. не оказывает системного действия. Этот факт немаловажен, т.к. применение многих средств местного действия у детей связано с риском развития ряда побочных эффектов.

Применение местных препаратов в виде растворов для полоскания может вызывать сложности у детей, т.к. требуется умение задержать дыхание и не проглатывать препарат во время полоскания горла. Пастилки рассчитаны на рассасывание, что значительно уменьшает вероятность системного действия препарата. Кроме того,

длительное рассасывание пастилки приводит к активному слюноотделению и, как следствие, более длительному воздействию активных компонентов на слизистые оболочки, что благоприятно сказывается на эффективности действия препарата. Риск развития побочных эффектов или передозировки минимален.

Пастилки следует медленно рассасывать до полного растворения — по 1 пастилке каждые 4 ч. Детям в возрасте старше 6 лет рекомендуется принимать до 4 пастилок в сут; детям в возрасте от 12 лет — по 1 пастилке каждые 2–3 ч, но не более 8 пастилок в сут.

Таким образом, препарат обладает бактерицидным, фунгицидным и противовирусным эффектом, облегчает боль при глотании. Безопасные и эффективные активные компоненты препарата, легкий режим дозирования и удобная в применении форма выпуска позволяют рекомендовать Септолете Плюс и Септолете Плюс мед и лайм как препараты симптоматической терапии при острых фарингитах, тонзиллитах, ларингитах и других острых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, сопровождающихся сильной болью в горле.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Самсыгина Г.А. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. М.: Миклош. 2008.
2. Исследование мнения провизоров и фармацевтов России Pharma-Q. М. 2011.
3. Свистушкин В.М. Эмпирическая антибактериальная терапия при острых воспалительных заболеваниях верхних отделов дыхательных путей. *РМЖ*. 2005; 13 (4): 216–219.
4. Sun J., Keh-Gong W., Hwang B. Evaluation of the etiologic agents for acute suppurative tonsillitis in children. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 2002; 65 (5): 212–217.
5. Dominguez O., Rojo P., de Las Heras S. Figueira D., Contreas J.R. Clinical presentation and characteristics of pharyngeal

adenovirus infections. *Pediatr. Infect. Dis J.* 2005; 24 (8): 733–734.

6. Brook I., Dohar J.E. Management of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngotonsillitis in children. *J. Fam. Pract.* 2006; 55 (12): 1–11.
7. McIsaac W.J., White D., Tannenbaum D., Low D.E. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ*. 1998; 158 (1): 75–83.
8. Nash D.R., Harman J., Wald E.R., Kelleher K.J. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2002; 156 (11): 1114–1119.
9. Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Вып. 2. Смоленск: МАКМАХ. 2007. 608 с.

Из истории медицины



Карл Ландштейнер

Группы крови

В 1900 г. в Вене доктор Карл Ландштейнер (1868–1943), наблюдая своих пациентов в больнице, которым переливали одну и ту же кровь в лечебных целях, заметил, что не вся кровь одинакова, так как одни больные выздоравливали, а другие умирали.

В то время врачи не знали, почему люди умирали и с чем были связаны

осложнения, спровоцированные переливанием крови. Ландштейнер поставил точку в этом вопросе в 1900-х годах, когда открыл группы крови человека. Группы — это типы крови, которые различаются по иммунологическим признакам.

После получения медицинского диплома Ландштейнер в течение пяти лет изучал химию. Затем приступил к изучению иммунологии, которая только становилась научной дисциплиной: бактериолог Эмиль фон Беринг открыл иммунитет к заболеваниям (1890), возникающий после вакцинации или перенесенной болезни. Он объяснял это тем, что в организме начинают вырабатываться антитела, взаимодействующие с проникающими в него болезнетворными микроорганизмами или их токсинами и тем самым обезвреживающие их.

Позже другой ученый — бельгийский иммунолог и бактериолог Жюль Борде, проводя опыты с переливанием животного одного вида крови животного другого вида, обнаружил, что этот процесс приводит к склеиванию и разрушению эритроцитов. Борде понял, что такие эффекты вызываются антителами, вырабатываемыми у

животного-реципиента и атакующими белки или антигены крови животного-донора.

Работая на кафедре патологической анатомии Венского университета в качестве ассистента профессора Антона Вейхсельбаума (ученого, обнаружившего возбудителей менингита и пневмонии), Ландштейнер провел более 3000 тысяч вскрытий, благодаря которым отлично изучил не только медицину изнутри, но и патологию. Профессор Вейхсельбаум позволил молодому ученому работать в области физиологии и иммунологии. В 1900 г. он опубликовал статью, в которой раскрыл сущность агглютинации. Этот процесс происходит при смешивании плазмы (жидкой части крови, остающейся после удаления ее форменных элементов) одного человека и эритроцитов крови другого человека. Ландштейнер обозначал, что реакция агглютинации — физиологическое явление. Позже он описал простой способ разделения крови человека на три группы: А, В и С (последняя группа в дальнейшем стала обозначаться как О). А затем появилась и четвертая группа — АВ.

Впоследствии также было доказано, что группы крови передаются по наследству.