

Ю.В. ЛУЧШЕВА, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, Г.Н. ИЗОТОВА,
ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии» ДЗМ

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ

ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФАРИНГИТА

Фарингит – острое или хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, которое сопровождается болями, першением или дискомфортом в горле. Фарингит – заболевание, встречающееся во всех возрастных группах и отличающееся устойчиво высоким уровнем заболеваемости с сезонной тенденцией к увеличению.

Ключевые слова: фарингит, слизистая оболочка глотки, микробная флора, Стрепсилс® Интенсив

Возникновению острой воспалительной патологии верхних дыхательных путей способствует большое количество внешних факторов. Среди них общее или локальное переохлаждение организма, существенно повышенная или пониженная влажность воздуха, курение, прием острой, горячей или холодной пищи. Неблагоприятная экологическая обстановка мегаполисов делает их жителей более подверженными острым инфекциям верхних дыхательных путей.

Также немаловажно и наличие сопутствующей патологии, приводящей к снижению барьерных свойств слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Вероятность развития острого воспаления слизистой оболочки выше у пациентов с хронической патологией носа и околоносовых пазух, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, дисбактериозом кишечника и др. [5].

Ввиду топографических особенностей носа и глотки их слизистая оболочка сталкивается с огромным количеством различных микроорганизмов, как патогенных, так и сапрофитных. Слизистая оболочка носа является фильтром, улавливающим из вдыхаемого воздуха мельчайшие пылевые частицы и обеспечивающим их удаление. Данный процесс осуществляется благодаря мукоцилиарной системе слизистой оболочки носа.

В слизистой оболочке глотки, лимфоидных элементах происходят начальные стадии иммунных реакций – распознавание антигенов чужеродных

микроорганизмов и их представление клеткам иммунной системы. Наряду с осуществлением иммунной функции, слизистая оболочка глотки является надежным барьером, препятствующим проникновению в организм различных возбудителей. Эта задача реализуется благодаря секреции обладающих бактерицидными свойствами лизоцима и лактоферрина, а также выработке секреторного IgA [8].

Фарингиты делятся на острые и хронические. Острые фарингиты делятся по этиологическому фактору, хронические фарингиты обычно классифицируют не по этиологическому признаку, а по характеру развивающихся в слизистой оболочке изменений (*рис.*).

Самой распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является катаральный фарингит при ОРВИ. Известно, что примерно 70% фарингитов вызываются вирусами, среди которых отмечают риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа. Наиболее типичным возбудителем острого фарингита являются риновирусы. Исследования последних лет показывают, что их значение стремительно растет, и теперь риновирусы ответственны более чем за 80% случаев ОРВИ в период осенних эпидемий. Вирусное инфицирование часто является лишь первой фазой заболевания, и оно «прокладывает путь» для последующей бактериальной инфекции [5].

Хронический фарингит (катаральный и гипертрофический) – полиэтиологическое заболевание, в генезе которого играют роль многочисленные

факторы, однако причиной обострения воспалительного процесса в глотке чаще является воздействие микроорганизмов [2, 3, 7]. Обоснованно заключение о том, что инфекция играет основную роль не в возникновении, но в хронизации фарингита [5]. В 90% случаев бактериальная флора задней стенки глотки представлена ассоциациями из 2–3 видов микробов.

Однако следует учитывать, что полиморфизм бактериальной обсемененности слизистой оболочки не дает оснований связывать возникновение и течение этого заболевания с каким-то одним видом микробов. Также следует отметить, что бактериальная флора представлена исключительно условно-патогенными бактериями, способными проявить вирулентность лишь в условиях сниженной общей или локальной резистентности организма. Это дает возможность думать, что в патогенезе фарингита микробной флоре не принадлежит роль ведущего и определяющего фактора, а первостепенное значение имеет нарушение защитных механизмов слизистой оболочки [1]. Такое заключение сделано исходя из неэффективности во многих случаях антибиотикотерапии [11].

Хронический атрофический (субатрофический) фарингит по своей сути не является воспалительным заболеванием. Это проявление дисфункции слизистой оболочки глотки в связи с истончением собственно эпителиального и подслизистого слоев, характеризующееся сухостью, плохим кровоснабжением, снижением объема и густоты вырабатываемой слизи.

Для клинической картины острого фарингита характерны першение, сухость, дискомфорт и боли в горле при глотании (особенно при пустом глотке), реже – общее недомогание, подъем температуры. При воспалении тубарных валиков боль обычно иррадирует в уши. При пальпации может отмечаться болезненность и увеличение верхних шейных лимфатических узлов. При фарингоскопии видна гиперемия задней стенки глотки и небных

дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные для ангины признаки воспаления небных миндалин.

Для клинической картины хронического фарингита (катаральная и гипертрофическая формы) не характерно повышение температуры и существенное ухудшение общего состояния. Ощущения характеризуются больными как сухость, першение и ощущение кома в горле, что вызывает желание откашляться. Кашель обычно упорный, сухой и легко отличимый от кашля, сопровождающего течение трахеита и бронхита. Дискомфорт в горле часто связан с вынужденной необходимостью постоянно проглатывать находящуюся на задней стенке глотки слизь, что делает больных раздражительными, мешает их обычным занятиям и нарушает сон.

При остром фарингите и обострении хронического (катаральная и гипертрофическая формы), не сопровождающихся выраженным ухудшением общего состояния, бывает достаточно симптоматического лечения, включающего щадящую диету, горячие ножные ванны, согревающие компрессы на переднюю поверхность шеи, молоко с медом, паровые ингаляции и полоскание горла. Курение следует прекратить.

Несмотря на результаты последних исследований, назначение системной антибактериальной

Рисунок. Классификация фарингитов

ОСТРЫЕ ФАРИНГИТЫ



- Вирусные фарингиты
- Бактериальные фарингиты
- Грибковые фарингиты
- Аллергические фарингиты
- Травматические (хирургическое вмешательство, попадание инородного тела) фарингиты
- Фарингиты, вызванные воздействием раздражающего фактора (горячие жидкости, кислоты, щелочи и др.)

ХРОНИЧЕСКИЕ ФАРИНГИТЫ



- Катаральные (простые) фарингиты
- Атрофические (субатрофические) фарингиты
- Гипертрофические фарингиты

терапии до сих пор считается чуть ли не обязательным при большинстве инфекционных заболеваний лор-органов. Однако системная антибактериальная терапия показана только при подтвержденной бактериальной этиологии фарингита. Согласно международным рекомендациям клинические критерии бактериальной этиологии фарингита следующие: воспаление миндалин, увеличение шейных лимфатических узлов, лихорадка и отсутствие кашля.

**■ По данным
ООО «ЦМИ "Фармэксперт"»
на 06.06.2012, Стрепсилс® Интенсив
является единственным в России
препаратом от боли в горле
с флурбипрофеном.
Он оказывает анальгезирующее
и противовоспалительное действие.**

Неосложненный фарингит обычно не требует системного назначения антибиотиков. В этой ситуации становится обоснованным проведение не системной, а местной антимикробной терапии, которая может быть назначена и в виде монотерапии.

Существует множество современных лекарственных препаратов для местного воздействия на слизистую оболочку глотки, и это дает возможность выбора оптимального метода лечения. Однако этот выбор подчас затруднителен из-за существования препаратов, обладающих сходным действием.

Все лекарственные препараты, используемые для местного лечения фарингита, можно условно разделить на 6 групп: местные антибиотики, антисептики, местные антимикотики, иммунокорректоры, местно-анестезирующие и противовоспалительные препараты, гомеопатические средства.

Как известно, антибиотик уничтожает микробную флору. Но природа не терпит пустоты, и на место микробов приходят грибы, особенно на фоне сниженного иммунитета. Поэтому назначение именно антисептиков – препаратов, препятствующих росту микроорганизмов, в т. ч. и грибов, позволяет решить эту проблему. Но злоупотребление

антисептиками, в свою очередь, приводит к гибели поверхностного слоя эпителия, выстилающего глотку, что само по себе усиливает дискомфорт пациента. Именно этот факт определяет противопоказание к использованию антисептиков при лечении атрофического фарингита. Лечение этой формы хронического фарингита проводится по другим схемам, что не является темой настоящего сообщения.

В состав местных противовоспалительных препаратов обычно входит одно или несколько антисептических средств (хлоргексидин, гексетидин, бензидамин, амбазон, тимол и его производные, спирты, препараты йода и др.), эфирные масла, местные анестетики (лидокаин, тетракаин, ментол), реже – антибиотики (фузафунжин, фрамицетин) или сульфаниламиды, дезодорирующие средства.

Главными требованиями к наносимым на слизистую оболочку препаратам являются широкий спектр антимикробного действия, желательно включающий противовирусную и противомикробную активность, отсутствие токсического эффекта и низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек, низкая аллергенность, отсутствие раздражающего действия на слизистую.

Врачу следует помнить о токсичности хлоргексидина, входящего в состав многих препаратов (Анти-ангин, Дрилл, Себидин, Элюдрил), и не допускать их неограниченного бесконтрольного приема пациентами, особенно детьми.

В последнее время значительно повысился интерес к использованию местных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для подавления болевого симптома в глотке.

Общеизвестно, что противовоспалительное и анальгетическое действие группы НПВП связано с угнетением активности фермента циклооксигеназы (ЦОГ). Существуют две формы ЦОГ: 1-я – конституциональная (ЦОГ-1), в результате деятельности которой образуются гомеостатические простагландины (I_2 , E_2 , тромбоксан A_2), и 2-я – индуцированная (ЦОГ-2), появляющаяся только при воспалении и также контролирующая синтез простагландинов, но провоспалительных, поддерживающих воспаление. Ингибированием ЦОГ-2 объясняются противовоспалительный и анальгетический эффект

ДВОЙНОЙ УДАР ПРОТИВ БОЛИ В ГОРЛЕ!

- ❶ Уникальный препарат с Флурбипрофеном* — НПВС местного действия
- ❷ Обладает противовоспалительными и анальгезирующими свойствами



- Показан при боли в горле вирусного, бактериального и воспалительного происхождения.**
- Обеспечивает быструю доставку активного компонента в очаг воспаления, даже в участки, недоступные для спреев и полосканий.***

Способ применения:

- Взрослым и детям старше 12 лет по 1 таблетке по мере необходимости
- Не применять более 5 таблеток в сутки
- Не применять более 3 дней

* по данным ООО «ЦМИ "Фармэксперт"» на 06.06.2012 г. Стрепсилс Интенсив является единственным в России лекарственным средством от боли в горле с флурбипрофеном

** Sedinkin AA, Balandin AV and Dimova AD. Results of an open prospective controlled randomized comparative trial of efficacy and tolerance of sublingual tablets flurbiprofen (Strepfen) and paracetamol in patients with throat pain in acute infectious-inflammatory diseases of the upper respiratory tracts Vestn Otorhinolaryngol 2004;5:52-3

*** Limb M, Connor A, Pickford M et al. Scintigraphy can be used to compare efficacy of sore throat formulations. Int J Clin Pract 2009; 63: 606-12

ты препаратов, в то время как блокирование ЦОГ-1 создает предпосылки для возникновения их побочных действий.

Чтобы избежать системного действия НПВП и при этом обеспечить непосредственный контакт лекарственного средства со слизистой оболочкой полости рта и глотки, разработаны препараты группы НПВП в виде таблеток для рассасывания с содержанием низких доз активного вещества в лекарственной форме [6]. Примером такой лекарственной формы может служить НПВП местного действия для симптоматического лечения боли в горле – флурбипрофен по 8,75 мг в виде таблеток для рассасывания.

В последние годы хорошо себя зарекомендовал Стрепсилс® Интенсив (ранее известный под торговым наименованием Стрепфен®) с действующим веществом флурбипрофеном из фармакологической группы НПВП. Стрепсилс® Интенсив является уникальным препаратом с флурбипрофеном (по данным ООО «ЦМИ "Фармэксперт"» на 06.06.2012, Стрепсилс® Интенсив является единственным в России препаратом от боли в горле с флурбипрофеном). Этот препарат оказывает анальгезирующее и противовоспалительное действие. Ингибирует ЦОГ-1 и ЦОГ-2 с последующим угнетением синтеза простагландинов – медиаторов боли. Выпускается в

виде таблеток для рассасывания. Таблетку необходимо рассасывать до полного растворения, равномерно перемещая ее по всей полости рта во избежание повреждения слизистой оболочки в месте рассасывания. Стрепсилс® Интенсив начинает действовать через 2 минуты, максимальное развитие эффекта отмечается через 30 минут после начала рассасывания таблетки и продолжается 2–3 часа [10]. Взрослые и дети старше 12 лет могут применять по 1 таблетке по мере необходимости, но не более 5 таблеток в течение 24 часов и не более 3 дней.

Наш опыт применения препарата Стрепсилс® Интенсив свидетельствует об эффективности использования при остром фарингите и обострении хронического фарингита как у взрослых, так и у детей (старше 12 лет) с минимумом побочных эффектов. Ценными качествами препарата являются быстрое начало действия, выраженный обезболивающий эффект без системного влияния НПВС, что обеспечивает высокий профиль безопасности. Невозможно уронить препарат и разбить стеклянный флакон, т. к. выпускается он в форме таблеток для рассасывания, упакованных в легкую блистерную упаковку, что позволяет носить Стрепсилс® Интенсив с собой, не прерывая лечения, а значит, быстро вернуться в трудоспособное состояние.



ЛИТЕРАТУРА

1. Графская Н.А. Коррекция микробного дисбаланса глотки при хронических фарингитах // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2002. №1. С. 6–8.
2. Гуров А.В., Лучихин Л.А., Полякова Т.С. Возможности использования препарата ИРС19 в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. 2007. №3. С. 56–58.
3. Крюков А.И., Сединкин А.А. Материалы Российской конференции оториноларингологов. М., 2002. С. 362–363.
4. Лучшева Ю.В., Изотова Г.Н. Местная терапия при фарингите // РМЖ. 2011. Т.19, №6 (400). С. 420–426.
5. Лучшева Ю.В. Боль в горле и способы ее коррекции местными препаратами // РМЖ. 2011. №24. С. 1468–1470.
6. Овчинников Ю.М., Левин А.М., Фитилев С.Б. Местная антибактериальная терапия в лечении острых респираторных заболеваний // Лечащий врач. 2000. №4. С. 2–5.
7. Туровский А.Б., Кудрявцева Ю.С. Современный подход к лечению боли в горле // РМЖ. 2012. №9. С. 471–474.
8. Del Mar C.B., Glasziew P.P. Do antibiotics shorten the illness of sore throat. Oxford: Cochrane Collaboration. 1997.
9. Orrling A., Karlsson E., Melhus A. et al. Ann. Otol., Rind., Laryngol. 2001. 110 (7). P. 690–5.
10. Onset of demulcent and analgesic activity of flurbiprofen lozenge. Schachtel et al 2012, Benrimoj et al 2001