

Т.А. Полунина

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Место флурбипрофена в лечении паратонзиллита у детей

Контактная информация:

Полунина Татьяна Андреевна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, врач-оториноларинголог отделения восстановительного лечения детей с аллергическими болезнями и заболеваниями органов дыхания НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62. тел.: (499) 134-03-92

Статья поступила: 02.07.2011 г., принята к печати: 11.10.2011 г.

Воспалительные заболевания небных миндалин — широко распространенная патология в детском возрасте. В комплекс лечения паратонзиллитов, как правило, включаются спреи, растворы для полоскания, рассасывающиеся таблетки, леденцы или пастилки с содержанием различных противовоспалительных компонентов. Их применение уменьшает выраженность болевого синдрома и сокращает сроки лечения, но не исключает применение противовоспалительных препаратов системного действия.

Ключевые слова: фарингит, боль в горле, флурбипрофен.

143

Паратонзиллит — заболевание, характеризующееся воспалением паратонзиллярной клетчатки и окружающих ее тканей. Между капсулой миндалины и глоточной фасцией находится паратонзиллярная клетчатка, а за глоточной фасцией, латеральнее, располагается клетчатка парафарингеального пространства. Эти пространства заполнены клетчаткой, воспаление которой, а в конечной стадии и абсцедирование, определяют клинику указанного заболевания.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Паратонзиллит развивается вследствие проникновения инфекции в паратонзиллярную клетчатку при недостаточности общих и местных механизмов иммунологической защиты организма. Преимущественно это заболевание развивается в возрасте 7 лет и старше и чаще является осложнением перенесенной ангины или обострением хронического тонзиллита. Возникновению паратонзиллита способствует наличие кариеса зубов. На сопряженность паратонзиллита и хронической

одонтогенной патологии обратил внимание С. Georgalas и соавт. [1]. Анализируя на протяжении 3 лет состояние зубочелюстной системы у больных с паратонзиллитом, в 70% случаев была выявлена значимая периодонтальная патология, что достоверно выше, чем в группе больных с хроническим тонзиллитом, протекающим только с рецидивирующими ангинами.

Травмы и наличие инородных тел в миндалинах и окружающих ее тканях тоже играют роль в развитии паратонзиллита. Сравнительно редко встречается паратонзиллит после перенесенных инфекционных заболеваний, таких как скарлатина, дифтерия. Одним из существенных факторов, способствующих изменению состояния реактивности организма, является охлаждение. Как правило, паратонзиллит имеет выраженный сезонный характер — осень, зима. По мнению Г. Ф. Назаровой [2], при переохлаждении происходит изменение кровообращения в миндалинах, снижается функция мерцательного эпителия, резко меняется коллоидное состояние клеток. Указанные реакции ведут к снижению сопротив-

T.A. Polunina

Scientific Center of Children's Health RAMS, Moscow

Treatment of paratonsillitis in children with flurbiprofen in children

Inflammatory disorders of palatine tonsils are quite common in children. Usually complex treatment schemes of paratonsillitis include sprays, mouth rinses, soluble tablets and lozenges that contain various anti-inflammatory components. Their use decrease pain and duration of treatment, but doesn't exclude the use of systemic anti-inflammatory medications.

Key words: pharyngitis, sore throat, flurbiprofen.

ляемости организма, вследствие чего происходит активация патогенных возбудителей, создаются благоприятные условия для развития паратонзиллита.

При паратонзиллите воспалительный процесс может начинаться как на поверхности миндалин, так и в глубине лакун, но более часто инфекция проникает из верхнего полюса небных миндалин, где имеется тонкая капсула и рыхлая соединительнотканная клетчатка, а также глубокие и извилистые лакуны. Сначала в клетчатке развивается инфильтрация, отек с последующим образованием тромбоза мелких вен, некрозом тканей и образованием гнойной полости. В воспалительный процесс вовлекается также щечно-глоточная фасция, верхний констриктор глотки и покрывающая его фасция. В первую очередь страдает эпителий, который истончается и может отторгаться.

В своем развитии паратонзиллит проходит стадии экссудативно-инфильтративную, абсцедирования и инволюции. В зависимости от того, где находится зона наиболее интенсивного воспаления, различают передневерхний, передненижний, задний (ретротонзиллярный) и наружный (боковой) паратонзиллиты. Наиболее часто встречаются передневерхние (супратонзиллярные) абсцессы. Иногда они развиваются с обеих сторон. Тонзиллярный флегмонозный процесс в околоминдаликовой клетчатке может развиваться во время ангины или вскоре после нее.

Условиями для развития воспалительных процессов в небных миндалинах являются не только патологические изменения в них, но и нарушение механизмов иммунного ответа [3, 4]. Исследование показателей иммунного статуса является одним из приоритетных современных направлений в изучении механизмов возникновения, течения и развития осложнений. Факторы врожденного иммунитета представляют первую линию защиты от возбудителя. Одним из таких защитных факторов являются дефензины — катионные пептиды, секретируемые фагоцитирующими клетками, и активные в отношении бактерий, грибов и многих вирусов. Роль катионных пептидов в регуляции процессов местного иммунитета все больше привлекает внимание исследователей [5, 6]. Основным механизмом действия дефензинов — нарушение целостности и функции цитоплазматической мембраны за счет формирования в ней ионных каналов. Кроме бактериоцидного эффекта, дефензины проявляют хемотаксическую и иммуномодулирующую активность и рассматриваются как одна из неотъемлемых частей врожденного иммунитета и антимикробного иммунного барьера слизистых оболочек. Участвуя в процессах адаптивного антимикробного иммунитета, дефензины потенциально усиливают накопление незрелых дендритных клеток (iDC) в очагах инфекции, формируя комплекс с убитым микроорганизмом, активируют процессы обработки антигена и антигенпрезентации.

Среди дефензинов выделяют две основные группы: альфа и бета. Альфа-дефензины (HNP 1–4) содержатся в азурофильных гранулах нейтрофилов. Три основных дефензина человека (HNP 1–3) составляют приблизительно 99% всех антимикробных пептидов данного типа. Они синтезируются только нейтрофилами, что позволяет считать их специфическими клеточными маркерами этих клеток. Активация нейтрофилов при инфекционных и воспалительных процессах приводит к быстрому высвобождению дефензинов, которые затем обнаруживаются в плазме и других жидкостях организма [5–9].

Среди причинных факторов развития паратонзиллярных абсцессов ведущее место занимают *Beta haemolytic streptococcus*, однако при проведении микробиологического исследования удается выделить негемолитический стрептококк, а также смешанную культуру, включающую *Staphylococcus aureus*, *Neisseria species*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterobacteria* и анаэробы [10].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В детском возрасте в 85–90% случаев встречается передневерхний абсцесс, который чаще всего носит односторонний характер [10]. С первых дней заболевания на фоне гипертермии (нередко 39–40°C), общей слабости, головной боли появляется сильная боль на стороне пораженной миндалины. Интенсивность боли нарастает, она иррадирует в область челюсти и уха. Возникает тризм — спазм жевательных мышц с резким ограничением открывания рта, что связано с вовлечением в воспалительный процесс глоточных мышц, височно-нижнечелюстного сустава и крылочелюстной связки. Боль настолько сильна, что ребенок принимает вынужденное положение головы: она наклонена в больную сторону и вперед. Также отмечается гиперсаливация, иногда нарушается функция мягкого неба, в связи с чем могут возникать изменения речи (гнусавость) и дисфагия с забрасыванием пищи или жидкости в носоглотку и полость носа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными при пальпации.

Фарингоскопическая картина при паратонзиллите зависит от стадии воспалительного процесса. При отечно-инфильтративной стадии на 2–3-е сут появляются отчетливая асимметрия зева, резкая гиперемия и выпячивание небных дужек и мягкого неба. Небные миндалины — одна или две — смещены медиально, могут появляться налеты. Нередко развивается отек мягкого неба и язычка (*uvula*). Стадия абсцедирования приходится на 5–7-е сут заболевания. Если это односторонний процесс, то небная миндалина смещена к центру глотки, возникает асимметрия зева. Миндалины покрыты гиперемированной и отечной небо-язычной дужкой, в верхних отделах которой появляется место выпячивания гнойника в виде возвышения.

Задний паратонзиллярный абсцесс в детском возрасте встречается в 5–8% общего числа случаев [10]. Симптомы общей интоксикации во многом сходны с симптомами передневерхнего абсцесса. При фарингоскопии локализация абсцесса ограничена задней небной дужкой и отсутствием тризма. Важным является то, что задний абсцесс потенциально опасен развитием отека и стеноза гортани, поэтому необходим осмотр гортани.

Нижний паратонзиллярный абсцесс у детей встречается крайне редко и, как правило, обусловлен одонтогенной патологией. Местная симптоматика определяется сильными болями при глотании и высовывании языка, иррадирующими в ухо, асимметрией зева, гиперемией и инфильтрацией нижних отделов миндалин. Максимально выраженные воспалительные изменения отмечаются у основания небо-язычной дужки и в борозде отделяющей миндалину от корня языка и язычной миндалины. Верхний полюс миндалин и верхняя часть небной дужки при данной форме абсцесса мало изменены.

Паратонзиллит следует дифференцировать от флегмонозных процессов, возникающих при заболеваниях крови, дифтерии, скарлатины, рожи глотки, абсцесса язычной миндалины, флегмоны языка и дна полости рта, опухолей.

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор метода лечения паратонзиллита определяется стадией развития воспалительного процесса и имеет три варианта: неоперативное, «полухирургическое» и хирургическое. Независимо от выбранной тактики лечения на всех стадиях заболевания применяется системная антибактериальная терапия.

В настоящее время в качестве стартовой терапии рекомендовано назначение антибиотиков широкого спектра действия из группы полусинтетических пенициллинов: амоксициллин/клавуланат в дозе 90 мг/кг в сут или цефотаксим — по 150 мг/кг в сут [11].

Для купирования болевого синдрома применяются симптоматические средства. К числу таких препаратов относятся прежде всего неопиоидные анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) — парацетамол, ибупрофен, напроксен и кетопрофен. Эти препараты считаются наиболее безопасными, в связи с чем разрешены для безрецептурного отпуска. Детям при боли в горле рекомендованы только парацетамол и ибупрофен, относящиеся к препаратам безрецептурного отпуска в педиатрии. Применения ацетилсалициловой кислоты, напротив, следует избегать, поскольку повышается риск развития синдрома Рея — серьезного, а во многих случаях и угрожающего жизни осложнения, проявляющегося острой энцефалопатией и жировой дегенерацией печени.

Тем не менее, системные анальгетики и НПВС не получили широкого применения при боли в горле из-за наличия раздражающего действия на слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта и риска развития системных побочных эффектов.

Альтернативой системным НПВС являются местные лекарственные формы анестетиков и НПВС, которые выпускаются в форме спрея или таблеток для рассасывания.

Наряду с основным действующим веществом они могут содержать ментол, бензокаин, бензиловый спирт, гексилрезорцинол и другие вещества с дезинфицирующим, смягчающим и/или способствующим уменьшению раздражения действием.

К наиболее эффективным и безопасным препаратам данной группы относится флурбипрофен — фторированное производное ибупрофена, обладающее выраженными противовоспалительными и анальгезирующими свойствами [12, 13]. На российском рынке он представлен препаратом Стрепсилс Интенсив в форме таблеток для рассасывания, содержащих 8,75 мг флурбипрофена.

Флурбипрофен относится к хорошо изученным НПВС, а его эффективность и безопасность доказаны в ходе многочисленных клинических исследований [12–15].

Лекарственная форма в виде таблеток для рассасывания обеспечивает эффективную доставку флурбипрофена в патологический очаг. Она медленно растворяется, приводя к постепенному высвобождению активных компонентов в полость рта, что позволяет, с одной стороны, достичь быстрого развития эффекта за счет непосредственного воздействия на слизистую оболочку ротоглотки, а с другой — обеспечить достаточную длительность действия препарата.

Помимо противовоспалительного и анальгезирующего эффекта Стрепсилс Интенсив оказывает смягчающее и успокаивающее влияние на поврежденную слизистую оболочку полости рта и глотки, начиная действовать уже с первых минут рассасывания таблетки [15].

Таким образом, Стрепсилс Интенсив предоставляет принципиально новые возможности для лечения болевого синдрома при воспалительных заболеваниях ротоглотки и может рекомендоваться в составе комплексной терапии паратонзиллитов у детей старше 12 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Georgalas C., Kanagalingam J. et al. The association between periodontal disease and peritonsillar infection: a prospective study // *Otolaryngol. Head. Neck. Surg.* — 2002; 126 (1): 91–94.
2. Назарова Г.Ф. Флегмонозная ангина (острый флегмонозный тонзиллит) и пери- и паратонзиллит с патогистологической и клинической точек зрения // *Вестник оториноларингологии.* — 1962; 4: 75–83.
3. Гофман В.Р. Клиническая иммунология хронического тонзиллита. — СПб.: Наука, 1998. — 133 с.
4. Господарь М.А. Токсико-аллергические проявления при хроническом тонзиллите и паратонзиллите (клинико-иммунологические и морфологические исследования). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 24 с.
5. Schneider J.J., Unholzer A., Schaller M. et al. Human defensins // *J. Mol. Med.* — 2005; 83 (8): 587–595.
6. Кокряков В.Н. Биология антибиотиков животного происхождения. — СПб.: Наука, 1999. — 162 с.
7. Ганковская Л.В., Богомильский М.Р., Рахманова И.В. и соавт. Экспрессия противомикробных пептидов слизистой оболочки носа при гипертрофии аденоидных вегетаций // *Вестник Уральской медицинской академии наук.* — 2010; 2 (29): 108–109.
8. Бобров В.М., Шишкин С.А. Опыт лечения паратонзиллярных абсцессов // *Казан. мед. журн.* — 1990; 71 (4): 301.

9. Yang D., Biragyn A., Hoover D.M. et al. Multiple roles of antimicrobial defensins, cathelicidins and eosinophil-derived in host defense // *Ann. Rev. Immunol.* — 2004; 22: 181–215.
10. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология (том I). Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2005. — С. 308–322, 660.
11. Таточенко В.К. Противомикробная терапия, справочник педиатра. — ИПК: КОТИНЕНТ-Пресс, 2010. — С. 36–40, 160.
12. Benrimoj S.I. et al. Efficacy and tolerability of the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8.75 mg in the treatment of sore throat — a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Clin. Drug. Invest.* — 2001; 21 (3): 183–193.
13. Warson N., Nimmo W.S., Christian J. et al. Relief of sore throat with the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8.75 mg: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety // *Int. J. Clin. Pract.* — 2000; 54 (8): 490–496.
14. Sultan A., McQuay H.J., Moore R.A., Derry S. Single dose oral flurbiprofen for acute postoperative pain in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2009; (3).
15. Балабанова Р.М., Степанец О.В. Исследование эффективности и безопасности Стрепфена (флурбипрофена) при болях в горле в сравнении с парацетамолом // *Consilium medicum.* — 2004; 3: 44–45.