

Войти

Регистрация (<https://passport.osp.ru/registration?by=lvrach&backToSite=www.lvrach.ru%2F2010%2F03%2F12363878%2F>)

(/)

[Новости \(/news/\)](/news/)[Свежий номер \(/latest/\)](/latest/)[Подписка \(/subscribe/\)](/subscribe/)

Актуальные вопросы дифференциальной диагностики и лечения острых фарингеальных инфекционно-воспалительных заболеваний

Одна из актуальных задач практического врача, в первую очередь терапевта, оториноларинголога, педиатра, — адекватное лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний глотки, эффективность которого, во многом, определяется своевременной квалифицирован

#03/10 (/2010/03/) Ключевые слова / keywords: **Актуальная тема (/rub/11000058/), Острые инфекционно-воспалительные заболевания глотки (/rub/11008621/), Системная антибактериальная терапия (/rub/11008624/), Топические иммуномодуляторы (/rub/11008623/), Топические лекарственные препараты (/rub/11008622/)**

С. В. Морозова (/author/4538669/)

Нравится 0



11906 прочтений

Одна из актуальных задач практического врача, в первую очередь терапевта, оториноларинголога, педиатра, — адекватное лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний глотки, эффективность которого, во многом, определяется своевременной квалифицированной постановкой клинического диагноза и рациональным применением фармакологических препаратов. Велика медико-социальная значимость распространенности фарингоалгий, высокого уровня заболеваемости (до 75%) людей молодого, трудоспособного возраста ангинами, острым и хроническим фарингитом [1, 4, 9]. Выраженные сезонные подъемы заболеваемости наблюдаются в весенний и осенний периоды. В этиологии острого тонзиллофарингита, по современным представлениям, важную роль играют инфекционные возбудители, преимущественно (до 70% у взрослых и до 40% у детей) вирусы (риновирусы, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа). Не менее велико значение бактериальной флоры, в первую очередь бета-гемолитического стрептококка группы А, золотистого стафилококка, гемофильной палочки (до 40% у взрослых и до 10% у детей). Определенное значение имеют дрожжеподобные грибки рода *Candida*, а также специфическая микрофлора.

К морфофункциональным нарушениям в слизистой оболочке и лимфоидной ткани глотки нередко приводят острые респираторные вирусные заболевания, протекающие на фоне локального иммунного дисбаланса [3, 6, 8]. Причиной тонзиллофарингита могут стать дисбиотические состояния полости рта и желудочно-кишечного тракта, курение, неблагоприятные профессиональные и бытовые факторы. Острое инфекционно-аллергическое поражение лимфаденоидной ткани глотки (ангина) чаще всего затрагивает небные миндалины. Гораздо реже поражаются глоточная, язычная, трубные миндалины. Возникновению ангины может способствовать локальное и общее переохлаждение (причем этот фактор актуален не только в холодное время года), несоблюдение санитарно-гигиенических мероприятий в силу высокой вероятности передачи инфекции воздушно-капельным путем. Не следует забывать о возможности алиментарного пути заражения при употреблении в пищу «зараженных» продуктов, а также эндогенного инфицирования при

наличии у пациента таких заболеваний, как кариес зубов, пародонтоз, риносинусит. В отечественной клинической практике наиболее часто используется клиническая классификация ангин, предполагающая их деление на первичные (банальные, вульгарные), вторичные (симптоматические) при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях крови, специфические ангины (ангина Симановского–Плаута–Венсана, грибковая ангина). Классификация не теряет актуальности, поскольку дает возможность клиницисту провести грамотную дифференциальную диагностику с учетом характера поражения лимфоидной ткани глотки, наглядных клинических признаков, тяжести состояния больного.

Поражение небных миндалин, сопровождающееся резко выраженным увеличением шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов, может стать одним из ранних проявлений острого лейкоза. При фарингоскопии на поверхности небных миндалин определяются изъязвления, покрытые «грязноватым» налетом, после удаления которого обнажается кровоточащая поверхность. При агранулоцитозе на небных миндалинах видны глубокие, обширные распадающиеся язвы, выходящие за их поверхность. Ангина при инфекционном мононуклеозе протекает по типу катаральной, лакунарной, ложнопленчатой (сходной с дифтерией), сопровождается увеличением всех групп лимфатических узлов, печени и селезенки. В гемограмме — повышение количества мононуклеаров до 50–90% от общего числа лейкоцитов. Ангина при «детских инфекциях» обычно бывает катаральной, однако при тяжелой форме скарлатины могут наблюдаться некротические изменения небных миндалин. Характерна выраженная четко отграниченная гиперемия миндалин, язычка и небных дужек, регионарный лимфаденит, ярко-красный язык, с выраженными сосочками («малиновый язык»). При локализованной в глотке форме дифтерии слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины отечны, увеличены в размерах, покрыты серыми, трудно удаляемыми фибринозными «налетами». Они могут быть сплошными (пленчатая форма дифтерии) или в виде островков (островчатая форма).

При распространенной форме дифтерии налеты распространяются за пределы небных миндалин. Для токсической формы дифтерии характерен, помимо обширных налетов, резкий отек небных миндалин, небных дужек, язычка, мягкого и твердого неба. Ангина Симановского–Плаута–Венсана протекает как одностороннее изъязвление небной миндалины, дно язвы покрыто плотным желтовато-белым фибринозным налетом. Регионарные лимфатические узлы на стороне поражения увеличены и несколько болезненны при пальпации. При кандидозной ангине встречается поражение различной степени выраженности — от поверхностного (беловато-желтоватый налет на небных миндалинах) до глубокого (распространенное язвенно-пленчатое поражение слизистой оболочки глотки, полости рта, гортани и пищевода). Неблагоприятной, с точки зрения развития возможных осложнений, является топографо-анатомическая особенность глотки, заключающаяся в наличии в непосредственной близости от нее пространств, заполненных рыхлой соединительной тканью. При инфекционно-воспалительных болезнях глотки возможно инфицирование парафарингеальных пространств с развитием угрожающих жизни пациента осложнений: гнойный медиастинит, массивные аррозивные кровотечения.

Вследствие богатой чувствительной иннервации слизистой оболочки глотки, острый тонзиллофарингит сопровождается интенсивной болью при глотании, ощущением саднения и першения в горле. Зачастую именно по наличию и выраженности этих проявлений пациенты определяют тяжесть своего состояния, возможность лечиться самостоятельно и необходимость обращения за медицинской помощью. В то же время общепризнано, что боль в глотке — симптом многих заболеваний, различных по этиопатогенетическому признаку, течению, тяжести и влиянию на качество жизни пациента. Именно поэтому при фарингеальной боли необходим тщательный анализ всех аспектов клинической картины и индивидуальных особенностей организма больного, поскольку причины боли в горле крайне многообразны: инфекционные заболевания: дифтерия, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-

инфекция; онкологические заболевания, в первую очередь рак ротоглотки и рак гортани; сердечно-сосудистые заболевания: стенокардия, инфаркт миокарда, остеодистрофические изменения шейного отдела позвоночника, болезни щитовидной железы (тиреоидит). Распространенная причина боли в глотке — гастрофарингеальный симптомокомплекс, включающий изменения слизистой оболочки глотки при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь, дисбактериоз полости рта и кишечника, гастроэзофагеальный рефлюкс, холецистит, панкреатит и др.). Фарингеальная боль может быть обусловлена механическим, химическим воздействием, инородным телом глотки и пищевода. Фарингоалгия нередко встречается при невралгии языкоглоточного нерва, психических нарушениях [2, 5, 7, 10].

Эффективность лечения в значительной степени определяется рациональным подбором лекарственных препаратов и немедикаментозных способов лечения, предполагающих активное воздействие на этиопатогенетические и симптоматические слагаемые клинической картины болезни. В комплексе лечебных мероприятий при острых инфекционно-воспалительных болезнях глотки, в том числе при сочетанном поражении глотки и полости рта, важная роль принадлежит топическим лекарственным препаратам, перечень которых достаточно широк и включает препараты, обладающие противовоспалительным, антибактериальным, противовирусным, противогрибковым, анальгезирующим, иммунокорректирующим, дезодорирующим действием [8, 9]. В лечении используют топические иммуномодуляторы — лизаты основных инфекционных возбудителей патологических процессов в верхних дыхательных путях и глотке, топические лекарственные фитопрепараты, обладающие антисептическим, смягчающим, дезодорирующим действием. Основные лекарственные формы: спрей, раствор, таблетка дают возможность воздействовать на слизистую оболочку глотки и полости рта путем орошения, полоскания и рассасывания. Системная антибактериальная терапия обоснована при остром тонзиллофарингите, вызванном пиогенным стрептококком или бета-гемолитическим стрептококком группы А. Применяют антибиотики пенициллинового ряда, в качестве альтернативных антибактериальных препаратов рассматривают пероральные цефалоспорины I поколения, при аллергии на пенициллины — макролиды.

Большое число опубликованных результатов исследований и клинических наблюдений отражает клинические аспекты применения антисептического препарата для местного применения при инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки и полости рта — Терафлю Лар. Активное действие препарата обеспечивают его основные компоненты: бензоксония хлорид (четвертичного аммония: N-бензил N-додецил N, N-ди (2-гидроксиэтил) аммония хлорид) и лидокаина гидрохлорид. Важной фармакокинетической характеристикой препарата является то, что бензоксония хлорид практически не абсорбируется: в крови активное вещество не определяется, в тканях организма его накопление не обнаружено; лишь около 1% дозы бензоксония хлорида, полученной пациентом, обнаруживается в моче. Катионная структура бензоксония хлорида обеспечивает его мембранотропную активность, благодаря которой происходит активное антибактериальное воздействие на широкий спектр патогенных аэробных грамположительных микробов и на грамотрицательные микроорганизмы (в меньшей степени). Важным является наличие, помимо антибактериальной, также антимикотической и противовирусной активности, в том числе в отношении мембранных вирусов гриппа, парагриппа и герпеса. Второй активный компонент препарата — лидокаин — абсорбируется через слизистую оболочку полости рта и метаболизируется при «первом прохождении» через печень.

Метаболиты лидокаина выводятся вместе с мочой, менее 10% активного вещества выводится в неизменном виде. Лидокаин как локальный анестетик устраняет или уменьшает боль в глотке при глотании, а также болевые и неприятные ощущения в глотке и полости рта. Препарат Терафлю Лар имеет две формы выпуска: таблетки для медленного

рассасывания и спрей для местного применения — распыления в ротоглотке и полости рта. Спрей содержит активные компоненты: бензоксония хлорид 2 мг, лидокаина гидрохлорид 1,5 мг, вспомогательные вещества, в том числе масло мяты перечной. В таблетках содержится: бензоксония хлорид 1 мг, лидокаина гидрохлорид 1 мг, вспомогательные вещества, в том числе апельсиновый ароматизатор. Препарат Терафлю Лар, благодаря двойной формуле, оказывает мощное двойное действие, объединяющее антисептический и анестезирующий эффект. Эффективность препарата повышает дополнительная терапевтическая активность, которой обладают вспомогательные компоненты. Входящая в состав спрея мята перечная богата эфирным маслом, основным компонентом которого является ментол, оказывающий антисептическое и местное обезболивающее действие. Он также придает препарату характерный освежающий вкус и аромат. Дезодорирующий эффект таблеток для рассасывания обеспечивает апельсиновый ароматизатор, улучшающий их вкусовые качества.

Терафлю Лар назначают при фарингите, катаральной ангине, стоматите, гингивите, в том числе в педиатрической практике. Взрослым следует принимать препарат по 1 таблетке для рассасывания каждые 2–3 часа (не более 10 таблеток в сутки) или в виде спрея по 4 распыления (приблизительно 0,5 мл) 3–6 раз в сутки. При выраженных симптомах заболевания возможно применение по 1 таблетке каждые 1–2 часа.

Детям в возрасте 4 лет и старше назначают по 1 таблетке для рассасывания каждые 2–3 часа (не более 6 таблеток в сутки) или в виде спрея по 2 распыления 3–6 раз в сутки. Необходимая длительность курса лечения, как правило, не превышает пяти дней. Препарат хорошо переносится, побочные явления регистрируются крайне редко. Возможно кратковременное местное раздражение, аллергические реакции. При длительном постоянном применении (свыше двух недель) вероятно появление обратимой коричневой окраски языка и зубов. При назначении препарата Терафлю Лар следует учитывать следующие противопоказания: первый триместр беременности; период лактации и грудного вскармливания, детский возраст до 4 лет, повышенную чувствительность к лидокаину или аммиачным соединениям. Назначать препарат во втором и третьем триместрах беременности не рекомендуется. Во время применения препарата не следует употреблять алкоголь. Необходимо принимать во внимание, что эффективность Терафлю Лар снижается при одновременном использовании анионно-активных средств, включая зубную пасту. Препарат разрешен к применению в качестве средства безрецептурного отпуска.

Высокая эффективность и безопасность препарата наглядно продемонстрированы клиническими испытаниями — наблюдениями, проведенными в ряде европейских стран (Италия, Греция, Швейцария, Австрия). В качестве примеров можно привести результаты трех рандомизированных, плацебо-контролируемых исследований, имевших целью изучение клинической эффективности и переносимости сочетанного применения двух активных компонентов — бензоксония хлорида и лидокаина гидрохлорида. В них приняли участие свыше 200 взрослых пациентов [12, 13, 14]. У всех пациентов был диагностирован острый тонзиллофарингит. Лечебный курс включал местное использование бензоксония хлорида и лидокаина гидрохлорида 6 раз в день в течение 4–10 дней. Критериями клинической эффективности лечения служили фарингоскопическая картина и субъективные ощущения пациента (в первую очередь, спонтанная боль в горле и боль при глотании). Согласно полученным авторами результатам, «положительная динамика» зарегистрирована в 85% случаев, в том числе «выраженная положительная динамика» — в 68–77% случаев, при хорошей переносимости назначенного лечения подавляющим большинством больных [11, 12, 14].

Таким образом, острые инфекционно-воспалительные заболевания глотки требуют четкой клинической диагностики и адекватной фармакотерапии, позволяющей сократить сроки и уменьшить тяжесть течения заболевания. Некорректные лечебные мероприятия или их отсутствие могут привести к хронизации процесса, стать причиной развития ранних (гнойных) осложнений: синусит, отит, паратонзиллярный абсцесс, а также поздних «тонзиллярных» осложнений (инфекционный полиартрит, миокардит, гломерулонефрит). Своевременно и правильно проведенная фармакотерапия обеспечивает завершение патологического процесса, сохранность функции защитных факторов слизистой оболочки глотки, сохранение активности лимфаденоидного глоточного кольца Пирогова–Вальдейера как важного фактора локального и системного иммунитета. Эффективность и комплаентность медикаментозной терапии повышает беседа врача с пациентом, напоминающая о важности для выздоровления отказа от курения и алкоголя; соблюдения щадящей сбалансированной диеты; применения традиционных «народных» методов в домашних условиях: обильное теплое питье, ножные ванны, компрессы и согревающие сухие повязки на шею. Важное профилактическое значение имеют устранение неблагоприятных профессиональных факторов, санация хронических очагов инфекции, здоровый образ жизни [6].

Литература

1. Весяева А. А. Лечение хронического фарингита, сопряженного с патологией желудочно-кишечного тракта. Материалы XVII съезда оториноларингологов России, г. Нижний Новгород, июнь 2006 г., с. 165–166.
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М.: Практика, McGraw-Hill Libri Italia srl, 1998, с. 643.
3. Колобухина Л. В. Вирусные инфекции дыхательных путей // РМЖ, 2000, т. 8, № 13–14 (114–115), с. 559–564.
4. Крюков А. И., Сединкин А. А. Адекватность антимикробной терапии острого бактериального воспаления в оториноларингологии. Материалы XII съезда оториноларингологов России, 2006, с. 527.
5. Лазебник Л. Б. Междисциплинарные аспекты гастроэнтерологии. XIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», Москва, сентябрь 2006, лекции для практикующих врачей «Медико-социальные аспекты отечественного здравоохранения. Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней», Москва, 2007, с. 121–127.
6. Лопатин А. С. Топические лизаты: опыт применения в оториноларингологии // Лечащий Врач. 2006, № 4, с. 7–8.
7. Морозова С. В. Боль в глотке: причины и возможности медикаментозной терапии // РМЖ. Т. 13, № 21, 2005, с. 1447–1452.
8. Рязанцев С. В., Кочеровец В. И. Принципы этиопатогенетической терапии острых фарингитов. Методические рекомендации. СПб, 2007, 40 с.
9. Рязанцев С. В., Кочеровец В. И. Этиопатогенетическая терапия заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Методические рекомендации. СПб, 2008, 98 с.
10. Doris-Maraa Denk-Linnet, Gudrun Mancusi. Current diagnostics of swallowing disorders: the ENT specialists and phoniatricians role // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck. Vol. 264, Suppl. 1, June 2007, HIC 5, s. 6.
11. Eggleston S. T., Lush L. W. Understanding allergic reactions to local anaesthetics // Ann Pharmacother. 1996; 30: 851–857.
12. De Haller R., Grosgrin P. Study in sore throat patients comparing the efficacy of gelsollets containing ZY 15021 to gelsollets containing placebo. Report, Cantonal Hospital, University of Geneva, Switzerland. 17.12.1985.
13. Kienzler J. L., Tixier C., Donazzolo Y., Magnette J. Open multicentre acceptability trial of Orofar CL Gelsolet taken in sore throat outpatients. Report, N° Zy 17789 A-GES-01–98, Novartis Consumer Health, Nyon, Switzerland 2000.
14. Serafmi I. Clinical study of ZY 15021. Report, Hospital of Vittorio Veneto, Italy. 23.01.1986.

С. В. Морозова, доктор медицинских наук, профессор

ММА им. И. М. Сеченова, Москва

Контактная информация об авторе для переписки: doctormorozova@mail.ru
(<mailto:doctormorozova@mail.ru>)