Возможности местной терапии при воспалительных заболеваниях горла

Острые инфекционно-воспалительные заболевания горла широко распространены во всех возрастных группах. В осенне-зимний период актуальность терапии першения и боли в горле значительно возрастает в связи с сезонным подъемом заболеваемости респираторными инфекциями. Одной из самых распространенных патологий этой группы является острый тонзиллит.

Распространенность патологии глотки в мире составляет от 2 до 15% всего населения. Особенно часто болеют дети школьного возраста и подростки. Боль в горле при респираторных инфекциях является второй по частоте жалобой после кашля. По данным А.Н. Машейко (2017), в Украине заболеваемость острым фарингитом и тонзиллитом среди детей за период 2011-2015 гг. возросла в среднем на 6%.

Врачу амбулаторного приема (педиатру, терапевту, семейному врачу) необходимо помнить, что в миндалинах физиологически протекает длительный воспалительный процесс, поэтому нельзя определять миндалины как инфицированные только на основании клинического осмотра. При превышении порога физиологического воспаления в патологический процесс вовлекаются окружающие миндалины ткани, появляются местные клинические симптомы и системные признаки воспаления (Пухлик С.М., 2016).

Острый тонзиллит в 70-95% случаев обусловлен вирусными инфекциями. Наиболее частые из них – аденовирус, вирус парагриппа, респираторно-синтициальный вирус, риновирус. Не исключена роль энтеровирусов (Коксаки В. и соавт.), вируса Эпштейна-Барр, ретровирусов и энтеровирусов. Риновирусы и респираторно-синцитиальный вирус в детском возрасте редко вызывают воспаление миндалин. Во взрослой популяции до 50% случаев острого тонзиллита вызываются рино- или коронавирусами. Бактериальные возбудители становятся причиной острого тонзиллита в 25-30% случаев. Среди бактериальных возбудителей ведущая роль принадлежит β-гемолитическому стрептококку группы А (БГСА), реже – стрептококкам групп С и G. Достаточно редко встречаются бактериальные тонзиллиты, вызванные *Haemophilus influenzae*, *Corynebacterium*, *Neisseria gonorrhoeae*, спирохеты, анаэробы (Шамшева О.В., Вальтц Е.А, 2016).

У пациентов с болью в горле с затрудненным глотанием или без него может быть установлен один из трех диагнозов: «острый тонзиллит», «острый фарингит», «острый тонзиллофарингит». Термин «острый тонзиллофарингит» отражает вовлечение в воспалительный процесс и миндалин, и окружающей их слизистой глотки. Отечественными экспертами-отоларингологами предложено использовать термин «острый тонзиллофарингит» для обозначения вирусных процессов и «острый тонзиллит» – для бактериальных тонзиллитов (ангин).

В последние годы возрастает значимость грибковой флоры в формировании острого, рецидивирующего и рекуррентного тонзиллитов. Общее ухудшение экологических условий, широкое и не всегда обоснованное использование антибиотиков и гормональных препаратов ведет к неуклонному росту роли грибковой инфекции. Грибковые поражения глотки стоят на втором месте после отомикозов и составляют порядка 10% от всех форм ангин (Пухлик С.М., 2016) В исследовании К.И. Нестеровой и соавт. (2016) при микробиологическом анализе отделяемого из небных миндалин 126 пациентов с хроническим тонзиллитом грибы получены в 33,3% случаев. При анализе структуры грибковых возбудителей грибы рода *Candida* составили 87,5%. В 49% случаев грибы получены в монокультуре, в 25% случаев – в ассоциации с двумя и более инфекционными агентами, в остальных случаях – с одним инфекционным агентом.

Этиологическая верификация возбудителя, безусловно, является опорным критерием назначения этиотропной терапии. Однако провести подобную верификацию на амбулаторном приеме не так просто. Несмотря на то что микробиологическое исследование мазка из глотки позволяет довольно точно определить микробного возбудителя, данный метод не дает быстрого результата. Поскольку острый тонзиллит, вызванный БГСА, опасен аутоиммунными осложнениями (острая ревматическая лихорадка, ревматический кардит и др.), скорейшее определение возбудителя и назначение этиотропной терапии имеет большое значение. Для дифференциальной диагностики стрептококковых и нестрептококковых тонзиллитов была предложена модифицированная шкала Centor/McIsaac (табл.). Однако даже при максимальном балле по данной шкале вероятность стрептококкового тонзиллита составляет лишь 53%. Альтернативным методом может служить экспресс-тестирование, которое позволяет выявить антиген БГСА достаточно быстро – буквально у постели больного. Ввиду высокой специфичности данный тест не может быть применен в отношении других возбудителей.

Таблица. **Модифицированная шкала Centor/McIsaac**

Критерий	Оценка	
Температура тела >38 °С	1	
Отсутствие кашля	1	
Увеличение и болезненность лимфоузлов	1	
Отечность миндалин и наличие экссудата	1	
Возраст, лет		
3-14	1	
15-44	0	
45 и более	-1	
Баллы	**Риск БГСА-инфекции, %**	**Тактика**
0	1-2	Обследование не требуется. Антибиотикотерапия не показана
1	5-10	
2	11-17	Рекомендовано бактериологическое обследование на БГСА. При положительном результате – антибиотикотерапия
3	28-35	
≥4	51-53	Эмпирическая антибиотикотерапия + бактериологическое исследование на БГСА

Становится понятным, что спектр возбудителей острого тонзиллита достаточно широк, а произвести быструю верификацию патогена сложно. В связи с этим местная терапия острого тонзиллита и тонзиллофарингита широко используется в клинической практике и не теряет своей актуальности. Несмотря на то что местная терапия в ряде случаев не может заменить системную антибактериальную, она оказывает местное антисептическое, противовирусное и противогрибковое действие (Шамшева О.В., Вальтц Е.А., 2016). Одним из мощных антисептиков для местной терапии воспалительных заболеваний горла является гексетидин.

Молекула гексетидина представляет собой производное пиримидина и обладает химической структурой, близкой по своему строению к фактору роста бактерий тиамину. Гексетидин вызывает конкурентное ингибирование тиамина, что приводит к торможению размножения микроорганизмов. Механизм действия объясняет широкий спектр активности молекулы гексетидина в отношении грамположительных, грамотрицательных бактерий, аэробов, анаэробов, а также некоторых грибов (дрожжеподобные грибы рода *Candida*, *Histoplasma* и др.). Противовирусная активность гексетидина подтверждена in vitro в отношении ряда респираторных вирусов. Вирулицидные свойства данного средства характеризуются стабильностью и способностью в нетоксических концентрациях в 100 и более раз подавлять инфекционную активность респираторных вирусов и вирусов герпеса (Дерябин П.Г., Галегов Г.А., 2014).

Высокая активность гексетидина в отношении различных бактерий и грибов была установлена в ряде исследований как in vitro, так и in vivo. В работе D.B. Wile и соавт. (1986) добавление гексетидина к слюне уже к концу 2-й минуты опыта уменьшало количество аэробных микроорганизмов на 86%, анаэробных – на 92%. Количество грибов рода *Candida albicans* уменьшалось на 91% на 30-й минуте опыта. Высокая антибактериальная эффективность гексетидина в отношении аэробных и анаэробных микроорганизмов была также подтверждена в работах Matula (1988) и N. Moneib и соавт. (1992). Группа исследователей под руководством D. Hones и соавт. (1997) доказала активность гексетидина в отношении грибов *Candida* путем уменьшения адгезии кандид к клеткам слизистой оболочки. В исследовании И.А. Эйдельштейн и соавт. (2014) определяли чувствительность клинических штаммов *Streptococcus pyogenes* – основного бактериального возбудителя острого тонзиллита – к системным антимикробным препаратам и гексетидину. Было определено 274 штамма *S. pyogenes*, выделенных из ротоглотки. Оценивались показатели $МПК_{50}$ и $МПК_{90}$, которые составили 8 и 16 мг/л соответственно. Гексетидин демонстрирует бактерицидную активность как в отношении *S. pyogenes* с низким уровнем МПК (4 мг/л), так и с высоким уровнем МПК (16 мг/л) через 24 часа инкубирования. При использовании 0,1 и 0,2% растворов гексетидина через 2 часа отсутствует рост *S. pyogenes* с МПК, равной 4 мг/л, а через 4 часа наблюдается угнетение роста *S. pyogenes* с МПК 16 мг/л.

Формирование биопленок патогенными микроорганизмами представляет собой значительную проблему, поскольку бактерии в составе биопленок устойчивы к воздействию иммунологических механизмов защиты. Матрикс биопленки может связывать, не пропускать и/или инактивировать антибиотики. Образование биопленок в небных миндалинах – возможная причина рецидивирующего и рекуррентного тонзиллита. Одним из преимуществ гексетидина является способность к разрушению и препятствию образования биопленок. На это указывают в своих работах S.P. Gorman и соавт. (2001), Н.А. Геппе, И.А. Дронов (2012). Благодаря способности разрушать биопленки гексетидин оказывает непосредственное антисептическое действие, а также усиливает эффективность системных антибиотиков (Полякова А.С., Таточенко В.К., 2014).

Эффективность гексетидина in vivo в своем клиническом исследовании оценили О.В. Шамшева и Е.А. Вальтц (2016). В данной работе под наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 3 до 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «острое респираторное заболевание», протекавшее у всех детей с клиническими проявлениями острого тонзиллофарингита, у половины детей – с явлениями ринита, а также ларинготрахеита, трахеобронхита и бронхита. В группе детей, получающих гексетидин, отмечалось достоверно более быстрое, по сравнению с контрольной группой, уменьшение продолжительности таких симптомов, как гиперемия и боль в горле. Эти данные могут служить аргументом для включения препаратов на основе гексетидина в комплексную терапию острого тонзиллита, тонзиллофарингита.

Одним из таких препаратов является Стоматидин®, который хорошо известен украинским врачам как мощный орофарингеальный антисептик. Препарат прежде всего хорошо известен в стоматологии. Также начинает обретать популярность в области лечения боли в горле. Его все чаще назначают врачи при инфекционно-воспалительных заболеваниях горла, острых респираторных вирусных инфекциях. Это обусловлено в первую очередь широким спектром антибактериальной, противовирусной и противогрибковой активности, а также высоким профилем безопасности препарата. Универсальный механизм действия лекарственного средства Стоматидин®, его широкий спектр активности в отношении распространенных возбудителей тонзиллита и данные клинических наблюдений позволяют рекомендовать Стоматидин® для местного лечения острого тонзиллита вирусной, бактериальной или грибковой природы.

Таким образом, под острым тонзиллитом понимают воспаление миндалин, превышающее физиологический порог и сопровождающееся характерной клинической симптоматикой. Термином «острый тонзиллофарингит» принято обозначать вирусные процессы, а термином «острый тонзиллит» – бактериальные. В связи с трудностями быстрой этиологической верификации возбудителя оправданным является применение местных орофарингеальных антисептиков. Стоматидин® – препарат гексетидина с широким спектром действия в отношении основных возбудителей тонзиллита, хорошей переносимостью и высокой репутацией.

Подготовила ***Мария Марчук***

СТОМАТИДИН®

ЯКЩО ТРЕБА ГОРЛО ПОЛОСКАТИ!

- ПРОЯВЛЯЄ:
  - ✔ *АНТИБАКТЕРІАЛЬНУ ДІЮ*
  - ✔ *ПРОТИГРИБКОВУ ДІЮ (в т.ч. роду Candida)*
  - ✔ *ПРОТИЗАПАЛЬНУ ДІЮ**
- АКТИВНА КОНЦЕНТРАЦІЯ У ВОГНИЩІ ЗАПАЛЕННЯ – ДО 10 ГОДИН
- ЗАСТОСОВУЮТЬ 2 РАЗИ НА ДОБУ!

з 6 років

*Svirin V.V., Bogdanova V.O., Ardatskaya M.D. «Study of the state of microbiocenosis of the mouth cavity in infl ammatory diseases of periodontum and evaluation of the possibility of its correction with the help of Stomatidine», Farmateka, 2009 .19 page 56-63.

СТОМАТИДИН® (STOMATIDIN®). Розчин для ротової порожнини 200 мл. **Склад:** 1 мл розчину містить гексетидину 1 мг. **Фармакотерапевтична група.** АТХ A01A B12. Протимікробні та антисептичні препарати для місцевого застосування у стоматології. **Показання.** Незначні інфекції ротової порожнини, включаючи кандидоз; як допоміжний засіб для профілактики та лікування гінгівіту; при лікуванні болю у горлі та рецидивуючих афтозних виразок; для усунення неприємного запаху із рота; до і після проведення хірургічних операцій в стоматології. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до гексетидину або до допоміжних компонентів препарату; атрофічний фарингіт. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Р.П. UA/2792/01/01 від 20.03.2015. Повна інформація наведена в інструкції з медичного застосування лікарського засобу. Перед призначенням та застосуванням необхідно ознайомитись з інструкцією по використанню, яка додається до лікарського засобу. **Виробник: Босналек д.д./Bosnalijek d.d. Боснія і Герцеговина, Сараєво, Юкічева, 53.**

Інформація про безрецептурний лікарський засіб призначена виключно для спеціалістів у сфері охорони здоров'я, для розповсюдження та розміщення на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах та в спеціалізованій пресі з медичної тематики. Інформація виключно для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за адресою або телефоном: 04050 м.Київ, вул. М. Пимоненка, 13, а/с 14 тел/факс +38 (044) 594 70 00; +38 (044) 569 57 03. office@bosnalijek.com.ua. 2-05-STOMATIDIN-0618

BOSNALIJEK