

Б.Н. Біль, к.м.н., кафедра отоларингології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Міський центр ендоскопічної риноларингології; А.С. Кушнір, лікувально-діагностичний центр ADONIS; А.М. Назаренко, м. Київ

Місцеве лікування у хворих на запальні захворювання глотки

Біль у горлі є основним проявом запального процесу глотки, що спонукає звертатися до лікаря або вдаватися до самолікування. Провідне місце серед захворювань глотки, що супроводжуються боєм, займає тонзиліфарингіт. Він може як бути самостійним захворюванням, так і супроводжувати неспецифічні інфекції верхніх дихальних шляхів, а саме гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ).

Крім біологічних причин, виникнення запалення (вірусна, бактеріальна, грибкова мікрофлора), розвиток тонзиліфарингіту може бути спричинений механічними (попадання стороннього тіла, хірургічні маніпуляції), термічними (вживання дуже гарячої або холодної їжі, вдихання холодного повітря або гарячого пару), хімічними (кислоти, луги, спиртовмісні рідини) факторами. До цього слід додати промислове забруднення вдихуваного повітря, активне та пасивне куріння, а також алергічні реакції. Найчастіше причиною гострих тонзиліфарингітів є вірусні збудники (риновіруси, коронавіруси, респіраторно-синцитіальний вірус, аденовіруси, віруси грипу і парогрипу; близько 70% випадків). Запальний процес рідко обмежується лише задньою стінкою глотки і практично завжди тією чи іншою мірою поширюється на слизову оболонку піднебінних мигдаликів і дужок, що дозволяє говорити про гострий тонзиліфарингіт.

Бактеріальна інфекція, а саме гемолітичний стрептокок групи А (БГСА), зумовлює не більше 15% випадків гострого тонзиліфарингіту в дорослих. Диференціальна діагностика між гострим вірусним і бактеріальним тонзиліфарингітом важлива в плані вибору тактики лікування, адже загальна антибактеріальна терапія (АБТ) показана лише при гострому тонзиліфарингіті, асоційованому з БГСА. Визначення етіології захворювання на основі окремих клінічних проявів є достатньо суперечливим, оскільки жоден із симптомів, у тому числі наявність нальотів на мигдаликах, не є патогномонічним для бактеріального тонзиліту. Останніми роками набула поширення клінічна шкала бальної оцінки ймовірності стрептококової інфекції McIsaac, однак досвід її використання також вказує на відносну неточність. Найбільш достовірним є бактеріологічне дослідження матеріалу з поверхні піднебінних мигдаликів

і задньої стінки глотки, а також використання сучасних експрес-тестів на поверхневий антиген БГСА, специфічність яких досягає 94-97%.

Хронічні тонзиліфарингіти часто супроводжуються загальними порушеннями обміну речовин в організмі, запальними захворюваннями шлунка та кишечника, що вимагає комплексного підходу до діагностики та лікування. Класифікують хронічні тонзиліфарингіти не за етіологічними чинниками, а за характером морфологічних змін; розрізняють катаральну, гіпертрофічну й атрофічну форми. Тривалий біль у горлі може мати місце при системних захворюваннях крові, ВІЛ-інфекції, цукровому діабеті і т. ін.

Лікування гострих тонзиліфарингітів поділяється на:

- етіотропне, коли знешкоджується збудник за допомогою противірусних, антибактеріальних, протигрибкових засобів, антисептиків;
- патогенетичне, коли блокуються механізми розвитку захворювання з використанням в основному протизапальних й антигістамінних засобів;
- симптоматичне, а саме усунення головного прояву захворювання – болю, дискомфорту в горлі із застосуванням анальгетичних, місцевоанестезуючих медикаментів.

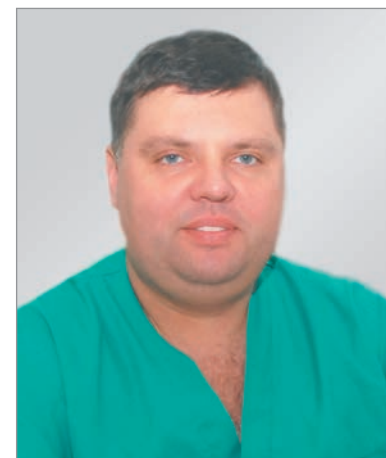
Помилково вважаючи, що системні антибактеріальні препарати (АБП) мають знеболювальний ефект, пацієнти без консультації з лікарем приймають антибіотики при лікуванні запальних процесів глотки. Однак ці лікарські засоби не купірують больовий синдром, а отже, використання системної АБТ із зазначеною метою неефективне та небезпечне.

Невиправдано широке і часто нерациональне призначення АБП хворим на гострі катаральні тонзиліфарингіти відбувається і за рекомендацією лікарів. Враховуючи відсутність можливості проведення бактеріологічних і вірусологічних досліджень, побоюючись

розвитку ускладнень, лікарі призначають АБП загальної дії без врахування їх впливу на мікрофлору, чутливості до засобів, що призводить до зростання поширеності резистентних штамів мікроорганізмів і порушує природний мікробіоценоз організму. Профілактика ускладнень гострого катарального запалення глотки при ГРВІ не є показанням для призначення АБП системної дії, вони можуть застосовуватися лише при розвитку таких ускладнень. Згідно з результатами останніх досліджень, у 90% хворих симптоми катарального фарингіту зникають через 1 тиждень незалежно від прийому системних АБП, а ймовірність повторного звернення до лікаря з приводу запалення в горлі в осіб, які приймали антибіотики, вища, ніж у тих, хто їх не застосовував.

Нині на фармацевтичному ринку представлена велика кількість препаратів для місцевого лікування запальних захворювань глотки у вигляді спреїв, полоскань, таблеток для розсмоктування тощо. До складу цих засобів зазвичай входять антисептики (декавалінію хлорид, гексетидин, хлоргексидин, тимол, амбазон, спирти, препарати йоду та ін.), що можуть комбінуватися з анестетиками (як-от лідокаїн, дибуканін, бензокаїн, тетракаїн), ефірними оліями, рослинними екстрактами; містити фактори неспецифічного захисту слизових оболонок (лізоцим), вітаміни групи В, аскорбінову кислоту і т. ін.

Причиною болю в горлі при тонзиліфарингіті є запалення, основним медіатором якого є простагландини. Синтез останніх підвищується в результаті активації циклооксигеназного шляху метаболізму арахідонової кислоти. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) блокують каскад медіаторних реакцій, інгібують синтез простагландинів, пригнічуючи активність циклооксигенази, перекисне окислення ліпідів, що забезпечує купірування основних симптомів запалення, таких як біль, набряк, розширення судин слизової оболонки.



Б.Н. Біль

Тому використання НПЗП є основою патогенетичного лікування запальних захворювань глотки. Найбільш доцільне використання препаратів місцевої дії, які чинять терапевтичний вплив безпосередньо у вогнищі запалення, що дозволяє уникнути системних побічних ефектів.

До активних інгібіторів синтезу простагландинів місцевої дії належить флурбіпрофен. На вітчизняному ринку нещодавно з'явився оригінальний препарат Стрепсилс інтенсив (Reckitt Benckiser Healthcare International, Велика Британія) у вигляді спрею, що містить флурбіпрофену 8,75 мг в одній дозі (3 розпилення). Цей засіб чинить протизапальну дію як при вірусній, так і при бактеріальній інфекції в горлі, має швидкий початок дії і забезпечує тривале знеболення. Варто відзначити, що він не містить спирту і цукру. У закордонних дослідженнях показано, що, крім протизапальної активності, флурбіпрофену притаманні протимікробні властивості, зокрема щодо епідермофітів, трихофітів, мікроспор.

Проводилося дослідження ефективності препарату Стрепсилс інтенсив у лікуванні гострих і хронічних запальних захворювань глотки.

Матеріали і методи

Обстежено 100 осіб з гострим тонзиліфарингітом та загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту. Вік учасників варіював від 18 до 65 років, більшість (72%) пацієнтів перебували у віковій категорії 20-35 років. Тривалість захворювання на момент звернення становила до 48 год. Гострий тонзиліфарингіт за даними клінічного та лабораторного (експрес-тести на стрептококову інфекцію) обстежень був спричинений вірусними чинниками. До складу основної групи входили 50 пацієнтів (32 – з гострим тонзиліфарингітом, 18 – із загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту), які отримували в монотерапії спрей Стрепсилс інтенсив по одній дозі (3 вприскування) кожні 3-6 год. Учасників контрольної групи було розподілено порівну для місцевого лікування антисептиком гексетидином у вигляді спрею (n=25; 16 – з гострим тонзиліфарингітом, 9 – із загостренням хронічного фарингіту) та спреєм бензидаміну гідрохлориду згідно з інструкцією виробника (n=25; 18 – з гострим тонзиліфарингітом, 7 – із загостренням хронічного фарингіту). Тривалість лікування не перевищувала 5-7 днів.

У дослідження не включалися пацієнти, які мали показання до призначення АБТ або отримували АБП у попередньому місяці, а також загальні та місцеві НПЗП.

Таблиця 1. Динаміка об'єктивних показників у хворих на гострий тонзиліфарингіт і пацієнтів із загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту (за 4-бальною шкалою)

Група	Стрепсилс інтенсив, n=50			Гексетидин, n=25			Бензидамін, n=25		
	3-4 бали	1-2 бали	Відсутність ознак запалення	3-4 бали	1-2 бали	Відсутність ознак запалення	3-4 бали	1-2 бали	Відсутність ознак запалення
1-й	43 (86%)	7 (14%)	0	20 (80%)	5 (20%)	0	21 (84%)	4 (16%)	0
2-й	3 (6%)	36 (72%)	11 (22%)	14 (56%)	10 (40%)	0	8 (32%)	17 (68%)	0
3-й	0	3 (6%)	47 (94%)	5 (20%)	6 (24%)	13 (52%)	4 (16%)	5 (20%)	16 (64%)

Таблиця 2. Динаміка об'єктивних показників у хворих на гострий тонзиліфарингіт і пацієнтів із загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту (за 4-бальною шкалою)

Результат	Стрепсилс інтенсив, n=50			Гексетидин, n=25			Бензидамін, n=25		
	Відмінний і хороший	Задовільний	Відсутність результату	Відмінний і хороший	Задовільний	Відсутність результату	Відмінний і хороший	Задовільний	Відсутність результату
Гострий тонзиліфарингіт	32	–	–	13	2	1	16	1	1
Загострення хронічного фарингіту	15	3	–	–	4	5	–	4	3
Усього	47 (94%)	3 (6%)	–	13 (52%)	6 (24%)	6 (24%)	16 (64%)	5 (20%)	4 (16%)

Оцінку ефективності лікування проводили на основі суб'єктивних показників та об'єктивних критеріїв. Звертали увагу на місцеві симптоми, а саме біль у горлі в спокої та при ковтанні, дискомфорт (подразнення, відчуття сухості), а також загальні симптоми інтоксикації (слабкість, втомлюваність, пітливість, головний біль, дискомфорт в очах, сльозотеча, підвищення температури тіла). Суб'єктивні показники оцінювалися за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою, де 0 балів означає відсутність прояву, а 10 – його максимальну вираженість. З об'єктивних критеріїв при фарингоскопії звертали увагу на гіперемію, набряк слизової оболонки задньої стінки глотки і піднебінних мигдаликів, м'якого піднебіння, наявність гіпертрофованих гранул слизової оболонки задньої стінки глотки, гіперемії і потовщення бокових валиків глотки, виділення. Дані огляду оцінювалися за 4-бальною системою: 1 бал – відсутність симптомів, 2 бали – слабка вираженість симптомів, 3 – помірна і 4 – сильна вираженість симптомів. Динаміку скарг та об'єктивних симптомів оцінювали при зверненні пацієнта (1-й візит), на 3-й (2-й візит) і 5-й (3-й візит) день лікування.

Результати та обговорення

Дані обстеження пацієнтів з гострим тонзилофарингітом та загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту перед проведенням лікування свідчать, що вираженість запального процесу була практично однаковою в 3 групах (табл. 1). В основній групі, де призначався Стрепсилс інтенсив, у 43 (86%) осіб мали місце вражена гіперемія та набряк слизової оболонки (3-4 бали). Такий же ступінь об'єктивних змін визначався у 20 (80%) пацієнтів 1-ї контрольної групи, які отримували гексетидин, і у 21 (84%) – 2-ї контрольної, які застосовували бензидаміну гідрохлорид. Динаміка показників болю в горлі представлена на рисунку.

Як видно з наведених даних, більш швидко та значне зниження больових відчуттів спостерігалось в пацієнтів основної групи, які застосовували препарат Стрепсилс інтенсив. Зменшення болю в горлі хворі відмічали вже через 5-10 хв після застосування спрею Стрепсилс інтенсив. Стійке зменшення болю в горлі відзначалося в період до 60 хв у 38 (76%) осіб. При цьому ефективність препарату не знижувалася на тлі зменшення вираженості симптомів. На 2-му візиті в переважній більшості (n=41, 82%) пацієнтів залишався помірний дискомфорт у горлі, що не перевищував 1-3 балів. Зменшення больового синдрому підтверджувалося об'єктивно значним зменшенням (1-2 бали) запальних явищ глотки при орофарингоскопії в 36 (72%) осіб на 3-тю добу лікування, а в 11 (22%) пацієнтів, які отримували Стрепсилс інтенсив, були відсутні гіперемія та набряк слизової оболонки. До кінця лікування із застосуванням препарату Стрепсилс інтенсив у 47 (94%) пацієнтів зникли ознаки запалення. У 3 (6%) учасників із загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту відмічалось виражене покращення, значно зменшилися лімфоїдні гранули на задній стінці глотки й інфільтрація бокових валиків глотки. У 46 (92%) осіб були відсутні больові

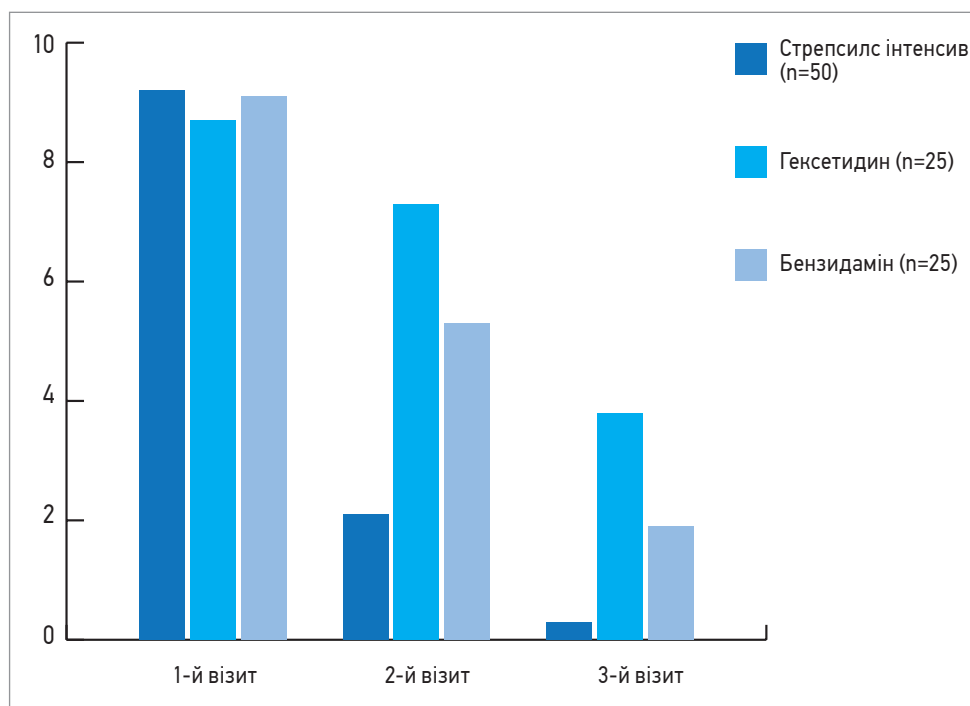


Рис. Динаміка вираженості больового синдрому та фарингеального дискомфорту в пацієнтів із гострим тонзилофарингітом / загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту (за 10-бальною шкалою)

відчуття і явища фарингеального дискомфорту, в 4 (8%) залишалося незначне подразнення в горлі.

У 1-й контрольній групі (терапія гексетидином) на 3-й день лікування зменшення болю в горлі до рівня 4-6 балів спостерігалось в 10 (40%) осіб, у 14 (56%) пацієнтів не відмічено особливих змін больового симптому, в 1 (4%) учасника болі посилюлися, йому було змінено лікування, він вибув із дослідження. Запальні зміни на рівні 3-4 балів при об'єктивному обстеженні зафіксовані в 14 (56%) хворих. На 5-й день лікування нормалізація фарингоскопічної картини спостерігалась в 13 (52%) учасників із гострим тонзилофарингітом, у 2 (8%) осіб з гострим тонзилофарингітом мало місце покращення, в 4 (16%) – зменшення гранул на задній стінці глотки і набряку, гіперемії бокових валиків глотки. У 5 (20%) пацієнтів із загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту гіперемія, інфільтрація, набряк бокових валиків глотки і гранули задньої стінки глотки залишилися без змін; цим хворим було призначено інше лікування.

В іншій контрольній групі, де застосовувався бензидаміну гідрохлорид, на 2-му візиті в 13 (52%) пацієнтів відзначалося зменшення інтенсивності больових відчуттів у глотці до рівня 4-6 балів, у 4 (16%) осіб залишався незначний дискомфорт (1-3 бали), у 8 (32%) хворих больові відчуття залишалися на вихідному рівні. Виразена гіперемія слизової оболонки задньої стінки глотки спостерігалась у 8 (32%) учасників. На 3-му візиті відсутність скарг на больові відчуття в горлі зафіксовано в 15 (60%) пацієнтів, у 6 (24%) хворих залишався помірний дискомфорт у горлі (1-3 бали), в 4 (16%) больові відчуття і фарингеальний дискомфорт не зазнали суттєвих змін. При об'єктивному обстеженні в 16 (64%) пацієнтів ознаки запалення слизової оболонки глотки були відсутні. У 4 (16%) осіб із загостренням хронічного гіпертрофічного фарингіту зменшилися гіперемія, набряк бокових валиків глотки, а також гранули на задній стінці глотки. У 3 (12%) учасників зазначені прояви залишалися на вихідному рівні. Цим хворим, а також 1 (4%) пацієнту з гострим тонзилофарингітом, у яких не спостерігалось ефекту від проведеного лікування (зберігалися ознаки

результатів терапії не було зареєстровано; в усіх пацієнтів спостерігалась хороша переносимість цього лікарського засобу.

Таким чином, Стрепсилс інтенсив спрей забезпечує швидкий і виражений знеболювальний ефект завдяки протизапальній дії безпосередньо у вогнищі запалення і дозволяє уникнути додаткового застосування анестетиків і протизапальних засобів, а отже, покращити якість життя пацієнта, його прихильність до лікування і водночас зменшити вартість фармакотерапії.

Висновки

Запальні процеси глотки найчастіше зумовлені вірусною інфекцією і супроводжуються вираженим больовим синдромом. АБП не впливають на віруси і не чинять знеболювальної дії. Застосування місцевого препарату Стрепсилс інтенсив, який містить флурбіпрофен, забезпечує протизапальну дію і за рахунок цього знеболювальний ефект, тобто його застосування є патогенетично та симптоматично обумовленим. Це дає змогу уникнути необґрунтованого використання у хворих на гострий катаральний тонзилофарингіт системних АБП з їх можливими побічними впливами і розвитком антибіотикорезистентності. Висока ефективність, швидке і тривале знеболення, зручна форма застосування, хороший профіль безпеки дозволяють рекомендувати препарат Стрепсилс інтенсив до широкого застосування у хворих із запальною патологією глотки.

Список літератури знаходиться в редакції.



СПРЕЙ* СТРЕПСІЛС® ІНТЕНСІВ

ВИЯВЛЯЄ ПОТУЖНУ ПРОТИЗАПАЛЬНУ ДІЮ – ЗАБЕЗПЕЧУЄ НЕОБХІДНЕ ПОЛЕГШЕННЯ

Початок дії з 5-хвилини¹

Тривале полегшення болю до 6-ти годин¹

Дієвий як при вірусній так і бактеріальній інфекції²

Не містить спирту¹

Не містить цукру¹

КОМУ? + Дорослі 18+

КОЛИ? Для лікування гострого болю в горлі пацієнтам, які шукають: + швидкого полегшення та тривалого ефекту до 6 годин + зручного використання

ЯК? + 1 доза (3 розпилення) кожні 3 – 6 годин, але не більше 5 доз на добу

+ полегшення незалежно від етіології (бактеріальна чи вірусна інфекція) + надають перевагу лікарській формі спреїв

Відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Стрепсилс® Інтенсив, спрей оромукозний, розчин. Р.П. №UA/15692/01/01. Наказ МОЗ №2237 від 30.11.2018. 2. Shepherd A. Efficacy of flurbiprofen 8.75 mg lozenges for streptococcal and non-streptococcal sore throat: pooled analysis of two randomised, placebo-controlled studies. Poster presented at the 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 27–30 April 2013, Berlin, Germany, P2085 https://www.escmid.org/escmid_publications/escmid_library/

*Стрепсилс® Інтенсив – спрей оромукозний, розчин. 1 доза (3 розпилення) містить флурбіпрофену 8,75 мг. Показання: для короткотривалого симптоматичного полегшення гострого болю в горлі у дорослих. Протипоказання, побічні реакції: детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Категорія відпуску: без рецепта. Реєстраційне посвідчення: Р.П. № UA/15692/01/01. Наказ МОЗ №2237 від 30.11.2018. Виробник: Рекітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Ноттінгем сайт, Тейн Роуд, Ноттінгем, NG90 2DB, Велика Британія. Представник заявника в Україні: ТОВ «РЕКІТТ БЕНКІЗЕР УКРАЇНА», Україна, 04073 Київ, пр. Степана Бандери, 28А, літерз Г, оф. 80, тел.: +38 (044) 390 50 41. У випадку виникнення побічних реакцій звертайтеся за тел.: 0 800 300 338 або електронною адресою: contact_ua@rb.com. Дзвінки зі стаціонарних телефонів по Україні безкоштовні. Вартість дзвінків з мобільних телефонів визначається згідно з тарифами мобільного оператора. Матеріал призначений для спеціалістів сфери охорони здоров'я.

Здоров'я України

21