



Сучасні погляди на етіологію, діагностику та лікування гострих тонзилофарингітів

Запальні захворювання ЛОР-органів мають надзвичайно велику розповсюдженість. Кожна людина хоча б раз у житті хворіє на те чи інше запальне захворювання носа та глотки. Особливо поширена ця група захворювань серед пацієнтів дитячого віку, тому питання діагностики та лікування гострих тонзилітів і фарингітів актуальні в практиці не лише оториноларинголога, а й педіатра, сімейного лікаря. Серед 20 найбільш частих діагнозів, пов'язаних із захворюваннями ЛОР-органів, перше місце займає гострий риносинусит (25,1%), друге – гострий тонзиліт і гострий фарингіт (загалом 14%).



В.І. Попович

Гострі тонзилофарингіти належать до групи гострих респіраторних захворювань (ГРЗ), які мають різну етіологію, але при цьому характеризуються спільним патогенезом і схожими клінічними проявами. Найчастішим збудником гострих запальних захворювань ЛОР-органів є віруси (85% випадків). Вони відрізняються за спорідненістю до епітеліальної та лімфоїдної тканин: рино- та коронавіруси уражають переважно слизову оболонку порожнини носа, реовіруси – носа та глотки; віруси грипу і парагрипу – гортані і трахеї, риносинцитіальний вірус – бронхи та бронхіоли, аденовіруси – лімфоїдну тканину глотки, кон'юнктиву. Рео- та аденовіруси є найчастішими збудниками запальних процесів глотки та глоткових мигдаликів.

Типова клінічна форма гострого вірусного тонзиліту – гострий катаральний тонзиліт (катаральна ангіна). Натомість гострий фолікулярний тонзиліт і лакунарний тонзиліт (ангіна) є бактеріально залежними паренхіматозними процесами. Основним бактеріальним збудником гострого тонзиліту (фолікулярного та лакунарного) вважається β-гемолітичний стрептокок групи А, наявність якого підтверджується у більшості хворих. Серед інших можливих патогенів – гемолітичні стрептококи інших груп, золотистий стафілокок, ентеробактерії, гемофільна паличка, характерні для хронічного тонзиліту в стадії загострення.

Сучасний підхід до лікування базується на положенні, що гострий тонзилофарингіт у більшості випадків є вірусіндукованим захворюванням і не потребує антибактеріальної терапії. Щоб визначитися зі стратегією лікування, необхідно провести диференційну діагностику вірусного тонзилофарингіту з гострим стрептококовим лакунарним або фолікулярним тонзилітом (ангіною), який потребує

антибактеріальної терапії. На жаль, чіткої межі в клініці бактеріального та вірусного тонзилофарингіту не існує, що призводить до гіпердіагностики бактеріального процесу та необґрунтованого призначення антибіотиків.

Відповідно до міжнародних рекомендацій виділяють такі клінічні критерії бактеріальної етіології тонзилофарингіту: запалення мигдалин, збільшення шийних лімфатичних вузлів, лихоманка й відсутність кашлю (McIsaac W.J., 2010). Наявність двох або трьох із перерахованих вище критеріїв з одночасним позитивним тестом на стрептокок групи А з великою імовірністю свідчить про бактеріальну етіологію захворювання. Але якщо бактеріальна природа тонзилофарингіту не підтверджена, то таке захворювання вважають вірусним і з огляду на це призначають відповідне лікування.

Незважаючи на те що переважна кількість ГРЗ викликана вірусами, терапія синтетичними противірусними препаратами показана лише при тяжкому перебігу інфекції (відповідно до наказу МОЗ України від 16.07.2014 р. № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях»). Що стосується призначення антибактеріальних препаратів, то вони рекомендовані виключно в разі бактеріального тонзилофарингіту; застосування цих засобів у випадку небактеріальних форм захворювання є помилковим.

У клінічній картині гострих вірусних тонзилофарингітів провідним є так званий горловий синдром, що проявляється відчуттям садіння та першіння в горлі, спонтанним боєм у горлі, боєм при ковтанні. Ці симптоми значно погіршують якість життя пацієнта. Особливого значення вони набувають у дітей, які

можуть відмовлятися від пиття та їжі через неприємні відчуття в горлі при ковтанні. Незважаючи на те що гострий вірусний тонзилофарингіт часто завершується спонтанним одужанням і не потребує етіотропної терапії, симптоматичне лікування може значно покращити якість життя пацієнта. У клінічних рекомендаціях з лікування інфекцій верхніх дихальних шляхів Американського товариства інфекційних хвороб зазначається, що високий рівень доказовості мають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Призначення НПЗП хворим на гострий тонзиліт і фарингіт сприяє усуненню болю та запалення, більш швидкому одужанню, попередженню подальшого розповсюдження запального процесу.

Механізм дії класичних НПЗП пов'язаний із впливом на метаболізм арахідонової кислоти. Унаслідок блокування ферменту циклооксигенази (ЦОГ) арахідонова кислота не перетворюється на простагландини і запальна реакція переривається. Але цей механізм не впливає на вивільнення прозапальних цитокінів – фактору некрозу пухлини (ФНП) та інтерлейкіну 1β. Альтернативою можуть слугувати препарати, що переривають процес синтезу простагландинів та прозапальних цитокінів на етапі активації MAP-кінази (рис. 1). Такою молекулою є бензидаміну гідрохлорид.

Бензидаміну гідрохлорид – це місцевий нестероїдний цитокінпрігнічуючий протизапальний препарат, доступний на вітчизняному ринку під назвою Тантум Верде®. Місцевий засіб Тантум Верде® зменшує вивільнення медіаторів запалення і продукцію вільних радикалів, перериває запальний процес на початкових етапах розвитку, що зумовлює його надзвичайно високу клінічну ефективність. Завдяки механізму дії, відмінному від

такого класичних НПЗП, бензидамін краще пригнічує синтез прозапальних цитокінів порівняно з класичними НПЗП (рис. 2). Протизапальна дія бензидаміну виявляється не тільки блокуванням синтезу прозапальних цитокінів. Бензидамін зменшує проникність капілярів і стабілізує лізосомальні мембрани, гальмує продукцію АТФ та інших макроергічних сполук у процесах окисного фосфорилювання, гальмує синтез або інактивує гістамін, брадикініни, фактори комплементу та інші неспецифічні ендogenous фактори. Також він блокує взаємодію брадикініну з тканинними рецепторами, відновлює порушену мікроциркуляцію і знижує больову чутливість у вогнищі запалення. Бензидаміну притаманна стабілізуюча дія на клітинні мембрани нейтрофілів, мастоцитів, еритроцитів і тромбоцитів.

Важливе місце в лікуванні гострого вірусного тонзилофарингіту посідає не тільки боротьба із запаленням, а й усунення больового синдрому. При місцевому застосуванні препарат добре абсорбується через слизові оболонки і проникає в запалені тканини. Анальгезуюча дія обумовлена непрямим зниженням концентрації біогенних амінів, що мають альгогенні властивості, і збільшенням порогу больової чутливості рецепторного апарату. Структура молекули бензидаміну подібна до такої місцевих анестетиків, тому місцево-анестезуюча дія розвивається вже в перші хвилини після застосування і триває до 1,5 год. При місцевому використанні зменшуються набряк слизової оболонки, гіперсекреція слизу, проникність судинної стінки, біль (у т. ч. післяопераційний) у горлі, а також знижується ризик бактеріальних ускладнень. Цим пояснюються ефективність препарату Тантум Верде® при вірусній етіології захворювання та підсилююча дія при системній



Рис. 1. Механізм дії НПЗП



Рис. 2. Ступінь впливу різних НПЗП на рівень ФНП



антибактеріальній терапії гострого стрептококового тонзиліфарингіту, а також після втручань на лімфоїдному апараті глотки.

Доведено, що Тантум Верде® здійснює бактерицидний вплив на 110 видів бактерій, у т. ч. на *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* та ін. (Prats G., 2001). Механізм антибактеріальної дії бензидаміну полягає у швидкому проникненні через мембрани мікроорганізмів з подальшим ушкодженням клітинних структур, порушенням метаболічних процесів і лізисом клітини. Тантум Верде® реалізує фунгіцидну дію проти 20 штамів грибів роду *Candida* (*C. albicans* і non-*C. albicans*) шляхом структурних модифікацій клітинної стінки грибів і метаболічних ланцюгів міцетів, таким чином перешкоджаючи їхній репродукції.

Особливе значення для оториноларинголога має післяопераційне знеболення. Нерідкою є ця проблема і в практиці сімейних лікарів, коли доводиться вести пацієнтів після тонзилектомії, лікування паратонзиллярного абсцесу та ін. Курація раннього післяопераційного періоду після хірургічних втручань на лімфоїдному кільці глотки полягає в максимально швидкому усуненні больового синдрому та запальних проявів, а також у попередженні мікробної контамінації післяопераційної рани.

У дослідженні протизапальних засобів у ранньому післяопераційному періоді було продемонстровано вищу клінічну ефективність Тантум Верде®, ніж у препаратів порівняння (Молочек Ю.А., 2013). Так, у випробування було включено 60 дітей: 40 пацієнтам (16 хлопчиків і 24 дівчинки) була виконана тонзилотомія, 20 (7 хлопчиків і 13 дівчаток) — тонзилектомія. Вік пацієнтів варіював від 4 до 17 років. Було сформовано 4 групи по 15 дітей у кожній. Учасникам першої групи в післяопераційному періоді призначали препарат Тантум Верде®, другої та третьої груп — інші антисептичні та місцевоанестезуючі засоби. У четвертій групі (контрольній) протизапальна терапія не проводилася.

На тлі прийому препарату Тантум Верде® мала місце найбільш виражена і швидка (через 15-20 с після застосування) знеболювальна дія, яка була стійкою при регулярному використанні засобу в післяопераційному періоді. У інших препаратів знеболювальний ефект розвивався пізніше і був нетривалим. Так, у першій групі в 13 з 15 дітей больові відчуття зникали до кінця 1-ї доби терапії препаратом Тантум Верде®, біль при ковтанні — на 2-3-тю добу, тобто в середньому

на 1-3 дні раніше, ніж у другій, третій і контрольній групах. Основні об'єктивні ознаки запалення — гіперемія і набряк слизової оболонки піднебінних мигдаликів та м'якого піднебіння — зникали на 2-3-й день терапії препаратом Тантум Верде®; натомість у другій групі — в середньому на 4-й день, у третій та контрольній групах зазначені явища зберігалися понад 5 днів після оперативного втручання (рис. 3).

Таким чином, проведено дослідження демонструє значну ефективність і високу безпеку препарату Тантум Верде® при використанні його у дітей, яким проводили

оперативне втручання на ротоглотці. Препарат має виражений знеболювальний і протизапальний ефекти, полегшує перебіг післяопераційного періоду після тонзилотомії та тонзилектомії, дозволяє скоротити тривалість використання системних протизапальних препаратів та анагетиків, що в педіатричній практиці особливо актуально. Цей препарат представлений декількома лікарськими формами: розчин для зовнішнього та місцевого застосування й аерозоль для місцевого застосування. Об'єм однієї дози (одне розпилення) становить 0,17 мл, що відповідає 0,255 мкг бензидаміну

гідрохлориду. Тантум Верде® у вигляді спрею застосовується з 4-річного віку, дітям 4-6 років призначають одне розпилення на кожні 4 кг маси тіла до максимальної дози, еквівалентної 4 розпиленням, 2-6 р/добу; дітям віком 6-12 років — 4 розпилення 2-6 р/добу; дорослим — 4-8 розпилень 2-6 р/добу.

Використання місцевого НПЗП бензидаміну гідрохлориду (Тантум Верде®) сприяє покращенню етіопатогенетичного лікування фарингітів, забезпечує високий терапевтичний ефект, полегшує перебіг післяопераційного періоду.

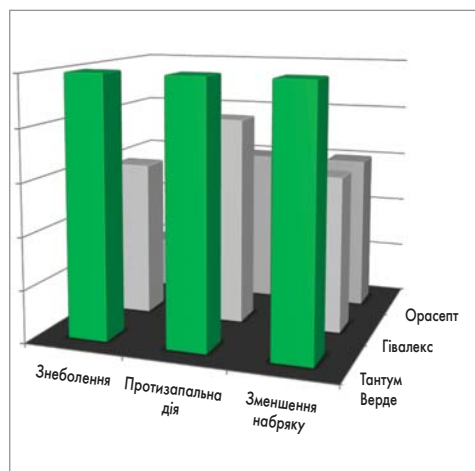


Рис. 3. Порівняльна характеристика місцевих протизапальних засобів у ранньому післяопераційному періоді (Молочек Ю.А., 2013)

ТАНТУМ ВЕРДЕ®

БЕНЗИДАМИН

БЫСТРОЕ ИЗБАВЛЕНИЕ ОТ БОЛИ И ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА И ГОРЛА

БЫСТРЕЙШЕЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ^{1,2}

- Фарингит
- Тонзиллит
- Ларингит

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ^{1,3}

- Гингивит
- Стоматит
- Афтозные язвы

Краткая характеристика лекарственного средства Тантум Верде®.
 Состав: 100 мл раствора для ротовой полости содержит 0,15 г бензидамина гидрохлорида; 100 мл спрея для ротовой полости содержит 0,15 г бензидамина гидрохлорида. Тантум Верде® является нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП) с обезболивающими и антиэкссудативными свойствами. При местном применении Тантум Верде® действует как дезинфицирующее средство. Применяется для симптоматического лечения раздражающе-воспалительных заболеваний ротоглотки: боли, обусловленной гингивитом, стоматитом, фарингитом в стоматологии после экстракции зуба или с целью профилактики. Как правило, Тантум Верде® хорошо переносится. Сообщений о побочных реакциях при применении препарата в рекомендованных дозах не было. Иногда возникает ощущение онемения или жжения в области нанесения, что связано с присутствием этанола в составе препарата. Полный перечень возможных побочных эффектов указан в инструкции для медицинского применения препарата.

1. Effect of chlorhexidine gluconate and benzydamine hydrochloride mouth spray on clinical signs and quality of life of patients with streptococcal tonsilopharyngitis: multicentre, prospective, randomised, double-blinded, placebo-controlled study. C Cingi, M Songua, A Urala, N Erdogmus, M Yildirim, H Caldia and C Bala. The Journal of Laryngology & Otology/Volume 125/Issue 06/June 2011, pp 620-625. 2. Giacomelli F, Pastore F, Zangari M, Marchiori C, Soranzo GP "Tonsillectomy: terapia e postoperatoria con Tantum Verde Nebulizzatore". Gazz. Med. Ita. 1984; 143: 639-44. 3. Whiteside M: "Report on an open assessment of Diffam spray in young patients in general practice". Macclesfield, Cheshire, England.

Информация о лекарственном средстве. Информация для специалистов здравоохранения для использования в профессиональной деятельности.
 04119, г. Киев, ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404. тел.: (044) 538-0126, факс: (044) 538-0127