

Б.Н. Біль, к.м.н., кафедра отоларингології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; А.С. Кушнір, к.м.н., М.О. Овсієнко, Медична група компанії «Адоніс»; А.М. Назаренко, Міський науково-практичний центр ендоскопічної риноларингології, м. Київ

# Застосування препарату Деквадол для місцевого лікування запальних захворювань глотки



Б.Н. Біль

**Запальні захворювання ротоглотки, що є одними з найпоширеніших у структурі патології ЛОР-органів, характеризуються певним сезонним підвищенням частоти в осінньо-зимовий і весняний період. Це пов'язано зі зростанням циркуляції вірусів серед населення, особливо у великих містах, а також такими чинниками, як переохолодження, недостатньо повноцінне харчування, стресове навантаження, порушення режиму сну і відпочинку, втомлюваність, що знижують загальну опірність і реактивність організму і сприяють інвазії та розмноженню вірусних агентів у слизовій оболонці глотки.**

Гострі вірусні катаральні фарингіти є найчастішою патологією глотки. Досить часто в запальний процес, крім задньої стінки глотки, залучаються й мигдалики, тобто виникає гострий тонзилофарингіт. Відомо, що близько 70% гострих фарингітів мають вірусну етіологію (найчастіше зумовлені рино-, корона-, аденовірусами, респіраторно-синцитіальним вірусом, вірусами грипу і парогрипу). Бактеріальні збудники представлені β-гемолітичним стрептококом групи А (БГСА) в 15-30% випадків захворювання у дітей і в 5-17% — у дорослих; приблизно в 10% випадків причинними патогенами є гриби і мікст-інфекції.

Реплікація вірусів у слизовій оболонці ротоглотки відбувається дуже швидко, адже період подвоєння їх популяції (репродукції) триває лише декілька хвилин. Уже в продромальному періоді гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), коли хворий відчуває лише незначну сухість і першіння в горлі, а об'єктивні ознаки ще відсутні або виражені слабко (у вигляді ін'єкції судин слизової оболонки чи локальної гіперемії м'якого піднебіння), кількість вірусів у зоні ураження зростає в геометричній прогресії. Унаслідок вірусної життєдіяльності руйнується велика кількість епітеліальних клітин з виділенням мукополісахаридів й інших речовин, що є поживним середовищем для розмноження бактеріальних мікроорганізмів. Тому вже в перші години гострого фарингіту, що виникає на тлі ГРВІ, відмічається зростання титрів умовно-патогенних бактерій у слизовій оболонці глотки. Цей процес особливо виражений, якщо ГРВІ розвивається на фоні хронічних запальних захворювань ротоглотки (як-от хронічні тонзилофарингіти), коли місцева резистентність слизової оболонки знижена через недостатній уміст лізоциму та секреторного IgA в складі глоткового слизу і слини, а також з огляду на інші фактори

місцевого захисту. Це вимагає призначення місцевої антибактеріальної терапії у випадку ГРВІ.

Біль у горлі, зумовлений запаленням, є найчастішою скаргою хворих на гострі запальні захворювання слизової оболонки глотки. Виражений больовий синдром при гострому фарингіті пояснюється значною іннервацією глотки, що забезпечується із глоткового сплетіння, яке формується гілками язиково-глоткового і блукаючого нервів, а також симпатичними волокнами верхнього шийного ганглію. Вони відповідають за чутливу, рухову і вегетативну іннервацію глотки.

Розрізняють етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування гострих фарингітів. Помилково вважаючи, що системні антибактеріальні препарати мають знеболювальний ефект, пацієнти без консультації з лікарем застосовують антибіотики (АБ). Однак вираженість больового синдрому не залежить від прийому засобів цього класу, а отже, використання системної антибактеріальної терапії в цьому разі є неефективним і необґрунтованим.

Водночас лікарі невинувато широко і часто нерационально призначають АБ хворим на гострі катаральні фарингіти. Враховуючи відсутність можливості проведення бактеріологічних і вірусологічних досліджень, побоюючись розвитку ускладнень, лікарі рекомендують прийом АБ системної дії без урахування їхнього впливу на мікрофлору, а також чутливості останньої до цих засобів, що призводить до зростання поширеності резистентних штамів мікроорганізмів і порушує природний мікробіоценоз організму. Профілактика ускладнень гострого катарального фарингіту при ГРВІ не є показанням для призначення АБ системної дії, ці засоби можуть застосовуватися лише при розвитку таких ускладнень. Згідно з результатами останніх досліджень, у 90% хворих симптоми катарального фарингіту

знижують через тиждень незалежно від прийому системних АБ, а ймовірність повторного звернення до лікаря з приводу запалення глотки в осіб, які приймали АБ, вища, ніж у тих, хто не застосовував таку терапію.

Нині відповідно до рекомендацій фахівців Академії отоларингології та хірургії голови і шиї (ААО-HNS, США) виправданим є призначення АБ системної дії тільки в разі розвитку гострого тонзилофарингіту, спричиненого БГСА. Симптоми, що дозволяють запідозрити стрептококову інфекцію, включають персистуючу гарячку, озноб, нічну пітливість, чутливість лімфовузлів під час пальпації, тонзилофарингеальний ексудат, скарлатиноподібний висип, петехії на піднебінні та набряк мигдаликів. Пацієнти із симптомами, що свідчать про бактеріальну етіологію хвороби, мають пройти обстеження на стрептокок групи А за допомогою швидкого тесту визначення антигену, посіву з горла чи з використанням обох варіантів.

Не слід забувати, що призначення АБ системної дії супроводжується значним ризиком побічних ефектів. За даними Державного експертного центру, сьогодні в Україні саме АБ найчастіше зумовлюють розвиток побічних реакцій та ускладнень (алергічних, фармакотоксичних, імунобіологічних), частота яких досягає 25,9%. Лікування цими медикаментами особливо небезпечне в дитячому віці. В останніх дослідженнях показано, що часте курсове призначення системних АБ дітям перших років життя з ГРВІ порушує процес становлення повноцінного імунологічного захисту через затримку Т-хелперної відповіді. Остання сприяє виникненню повторних вірусних інфекцій у дитини. При цьому різко зростають імовірність розвитку полірезистентності бактеріальних збудників та алергізації організму, провокується імуносупресія. За даними

В.К. Таточенко (2004), алергічну налаштованість дитячого організму найчастіше потенціює низка АБ, які призначаються при гострих респіраторних інфекціях без певних показань.

З урахуванням вищесказаного при неускладнених формах гострих катаральних фарингітів і тонзилофарингітів на фоні ГРВІ перевага надається препаратам місцевої дії. Їх умовно поділяють на 6 груп: місцеві АБ, антисептики, імунокоректори, місцеві анестетики, проти-запальні препарати і гомеопатичні ліки. Ці засоби випускаються у вигляді розчинів для полоскання, спреїв і таблеток для розсмоктування.

Сьогодні до препаратів, які використовуються для місцевого лікування запальних захворювань ротоглотки, висувають такі вимоги:

- широкий спектр антибактеріальної і протигрибкової активності;
- відсутність резистентності мікроорганізмів до діючої речовини препарату;
- тривала експозиція активних речовин (залежить від форми випуску препарату);
- здатність усувати біль;
- мінімальний ризик подразнювальності дії і системних побічних ефектів.

Доведено, що при застосуванні таблеток для розсмоктування експозиція активних речовин на слизовій оболонці ротоглотки є тривалішою, ніж при використанні спреїв і полоскань. Крім того, при розсмоктуванні таблетки збільшується продукція слини із захисними компонентами (лізоцим, інтерферон).

Останнім часом заслуженою популярністю користуються комбіновані лікарські препарати для місцевого застосування, які містять як антисептик (етіотропна терапія), так і знеболювальний компонент (симптоматичне лікування). Одним із таких засобів є Деквадол у формі таблеток для розсмоктування. Це комбінований лікарський препарат, що містить протимікробну речовину — деквалінію хлорид (0,25 мг) і знеболювальний складник — дибукаїну гідрохлорид (0,03 мг). Як бактерицидний агент деквалінію хлорид має широкий

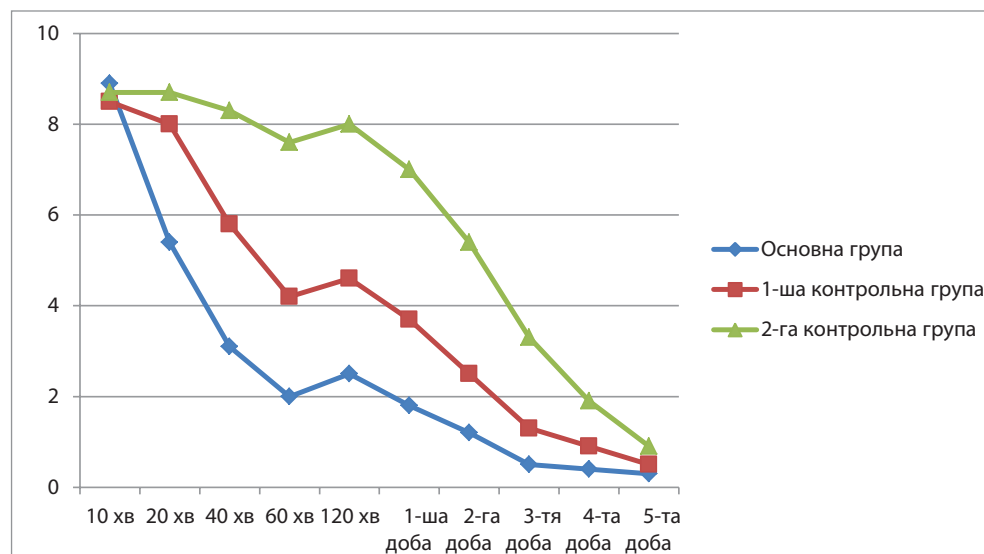


Рис. 1. Регрес больової симптоматики у хворих на гострий фарингіт

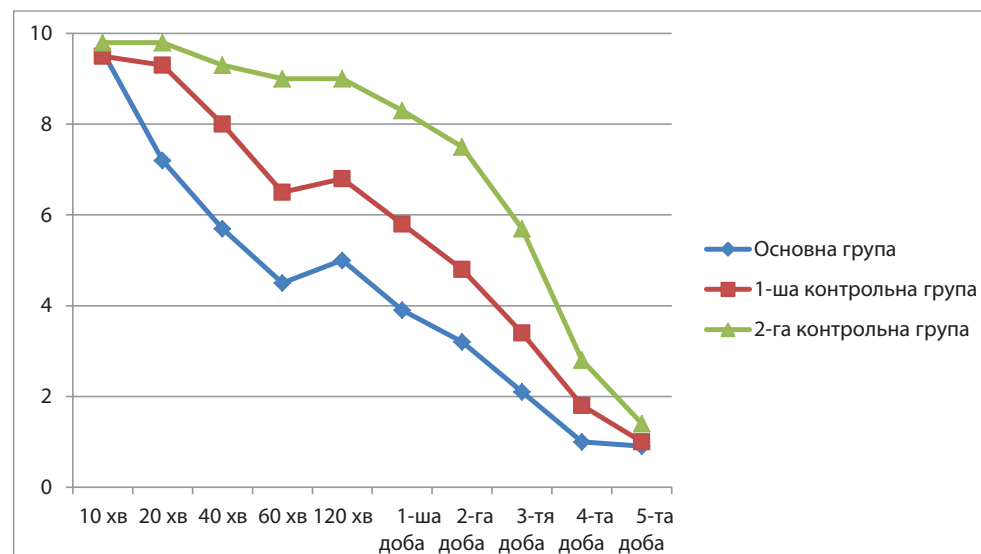


Рис. 2. Регрес фарингеального дискомфорту у хворих на гострий фарингіт



спектр дії стосовно грампозитивних і грамнегативних бактерій, у тому числі спірохет, що спричиняють змішані інфекції ротової порожнини і глотки. Він також виявляє протигрибкову дію стосовно *Candida albicans*, деяких видів *Trichophyton* та епідермофітів. Мікроорганізми, стійкі до впливу деквалінію хлориду, невідомі. Таким чином, препарат Деквадол позиціонується як місцевий антисептик і анестетик одночасно.

Застосування Деквадолу показано при ГРВІ, які супроводжуються симптомами тонзилофарингіту, для попередження розвитку бактеріального запалення, оскільки при вірусному ураженні слизової оболонки глотки створюються умови для розмноження умовно-патогенної бактеріальної мікрофлори, що підтверджується наростанням титрів уже в перші години захворювання.

Метою дослідження було вивчити ефективність препарату Деквадол у лікуванні пацієнтів із гострими запальними захворюваннями глотки.

### Матеріали і методи

Під спостереженням перебували 155 дорослих пацієнтів віком від 18 до 65 років із явищами запального процесу в ротоглотці, що супроводжувався болем у горлі і клінічно верифікувався як гострий фарингіт. Усім хворим проводилося комплексне обстеження, що включало загальний клінічний і спеціальний огляд (орофарингоскопію і непряму ларингоскопію), мікробіологічні дослідження мікрофлори ротоглотки до та після лікування, загальноклінічне дослідження крові, у частини хворих виконували імунологічні дослідження сироватки крові. До складу основної групи увійшли 55 пацієнтів, у двох контрольних групах було по 50 осіб у кожній.

Хворим основної групи призначався препарат Деквадол для розсмоктування по 1 таблетці кожні 2 год на початку захворювання, але не більше 10 таблеток на добу. При покращенні стану інтервал між прийомом збільшували до 3-4 год. Тривалість лікування Деквадолом не перевищувала 5-7 днів. Пацієнти першої контрольної групи отримували препарат флурбіпрофену (8,75 мг) у формі таблеток для розсмоктування згідно з інструкцією виробника; учасникам другої контрольної групи призначався декаметоксин (0,2 мг). Крім цього, усі включені в дослідження отримували фізіотерапевтичні процедури (УФО, інгаляції), десенсибілізуючі засоби, полівітаміни, а також здійснювали полоскання ротоглотки настоями трав.

Оцінку ефективності лікування проводили на основі суб'єктивних показників та об'єктивних критеріїв. Суб'єктивні скарги хворих, а саме біль і дискомфорт у горлі, оцінювали за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою, де 0 балів — відсутність ознаки, а 10 — її максимальна вираженість.

### Результати та обговорення

Серед пацієнтів із гострим фарингітом сильний біль у горлі спостерігали у 91 випадку, помірний — у 48 випадках, слабкий — у 16. Усі учасники до лікування відмічали парестезії в глотці (сухість, першіння, покашлювання, садіння) різної інтенсивності: сильні — в 65 випадках, помірні — в 73 і слабкі — у 17. Вираженість основних симптомів запалення глотки в пацієнтів усіх досліджуваних груп була практично однаковою.

Зворотну динаміку показників болю і фарингеального дискомфорту представлено на рисунках 1 і 2. Як свідчать дані діаграм, більш швидко і значне зниження болевих відчуттів спостерігалося у хворих

на гострий фарингіт основної групи, які отримували препарат Деквадол. За показником регресії болю в горлі пацієнти основної групи навіть дещо випереджали учасників з першої контрольної групи, які приймали нестероїдний протизапальний препарат флурбіпрофен. Водночас у хворих другої контрольної групи, яким було призначено декаметоксин, поступове полегшення спостерігалося переважно на 3-5-ту добу лікування.

Зменшення інтенсивності болю в горлі хворі відмічали після прийому першої дози Деквадолу, знеболювальний ефект зберігався понад 60 хв. При цьому ефективність препарату з полегшенням симптомів не знижувалася. До кінця лікування із застосуванням Деквадолу в усіх обстежуваних хворих неприємні відчуття повністю зникли.

У 12 пацієнтів із гострим фарингітом було відзначено порушення голосу (дисфонію) внаслідок приєднання катарального запалення гортані. У результаті використання препарату Деквадол лише в 3 осіб через збереження дисфонії виникла необхідність додаткового лікування у вигляді внутрішньогортанних вливань розчину АБ з гідрокортизоном.

Об'єктивним показником позитивної динаміки запального процесу в ротоглотці є зникнення патогенної й умовно-патогенної мікрофлори після проведеного лікування та відсутність дисбактеріозу у віддаленому періоді. У таблиці представлено результати дослідження складу мікрофлори з вогнища запалення до та після лікування хворих на гострий фарингіт в основній і контрольних групах.

Як свідчать результати бактеріологічного дослідження, застосування препарату Деквадол забезпечує елімінацію багатьох представників умовно-патогенної мікрофлори ротоглотки. При цьому у віддаленому періоді (спостереження через 1 міс після лікування) не було зареєстровано випадків дисбактеріозу, що часто спостерігається при застосуванні системних АБ. Порівняння результатів дослідження мікрофлори ротоглотки до та після лікування показало, що у хворих на гострий фарингіт, які отримували препарат Деквадол, ерадикаційний ефект був більш вираженим, ніж у контрольних групах, особливо це проявлялося стосовно *S. aureus*.

Продовження на стор. 46.



**Широкий спектр дії**

**з 4-х років**

**Без цукру**

**Полегшує біль в горлі**

**Лікує горло та полегшує біль<sup>1</sup>**



Регістраційне посвідчення МОЗ України №UA/14989/01/01 від 16.03.2016.  
Реклама лікарського засобу. Перед застосуванням обов'язково ознайомитися з інструкцією по застосуванню препарату та проконсультуватися з лікарем. Зберігати в місцях недоступних для дітей.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу "Деквадол"

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я!



**Б.Н. Біль**, к.м.н., кафедра отоларингології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; **А.С. Кушнір**, к.м.н., **М.О. Овсієнко**, Медична група компаній «Адоніс»; **А.М. Назаренко**, Міський науково-практичний центр ендоскопічної риноларингології, м. Київ

## Застосування препарату Деквадол для місцевого лікування запальних захворювань глотки

Продовження. Початок на стор. 44.

Проведені імунологічні дослідження в деяких пацієнтів показали, що у змивах ротоглотки на третю-четверту добу після прийому препарату Деквадол відмічалася збільшення частоти завершеного фагоцитозу, зберігалися на достатньому рівні концентрації секреторного імуноглобуліну А, лізоциму, інтерферону. На нашу думку, це пояснюється збільшенням продукції слини з її захисними факторами під впливом розсмоктування таблеток Деквадол.

Запальний процес у ротоглотці переважно супроводжується вираженим больовим синдромом. Як показали результати дослідження, застосування лише місцевих антисептичних засобів (декаметоксин) не забезпечує швидкого зменшення больових відчуттів і фарингального дискомфорту, що вимагає додаткового призначення засобів із знеболювальним впливом. Однак використання нестероїдних протизапальних засобів (як системної, так і місцевої дії, зокрема флурбіпрофену), має часові і вікові обмеження; до того ж ці медикаменти не реалізують протимікробний вплив.

На сучасному етапі все частіше перевага надається лікарським засобам, які містять у своєму складі антисептичний і знеболювальний компоненти. Застосування комбінованого місцевого препарату, яким є Деквадол, дозволяє уникнути використання кількох лікарських

засобів у хворих на запальні захворювання глотки, що підвищує економічність терапії. Переваги препарату Деквадол порівняно з іншими засобами зумовлені ефектами його компонентів, а саме активністю дієвого протимікробного чинника (деквалінію хлориду) і результативною знеболювальною дією дибукіну гідрохлориду.

Таким чином, результати обстеження хворих на гострий фарингіт показують, що вже в перші години прийому препарату Деквадол відбувається значне зниження інтенсивності основних симптомів захворювання. Це пояснюється

вираженим знеболювальним і антисептичним впливом лікарського засобу, що забезпечує усунення запалення і, як наслідок, покращення якості життя пацієнта. При цьому відмінні і хороші результати лікування зафіксовано в усіх обстежених хворих. У всіх пацієнтів спостерігалася хороша переносимість препарату Деквадол. Жодних побічних ефектів та ускладнень терапії не зареєстровано, що свідчить про високий профіль безпеки цього лікарського засобу. Деквадол є ефективним і безпечним засобом для раціонального місцевого антибактеріального лікування хворих

на запальні захворювання слизової оболонки глотки.

### Висновки

1. Запалення слизової оболонки глотки найчастіше зумовлене вірусною інфекцією, яка створює умови для швидкого розмноження патогенної і умовно-патогенної бактеріальної мікрофлори. Тому використання препарату Деквадол показано при гострих вірусних катаральних фарингітах і тонзилофарингітах з метою попередження розвитку бактеріальних ускладнень.

2. Препарат Деквадол характеризується вираженим антибактеріальним впливом на збудників запальних захворювань ротоглотки і при цьому не викликає явищ дисбактеріозу. Його застосування дає змогу уникнути необґрунтованого використання у хворих на гострі фарингіти системних АБ з їх можливими побічними впливами, розвитком антибіотикорезистентності. У разі необхідності системної антибактеріальної терапії при гострих тонзилітах Деквадол можна застосовувати одночасно з АБ як комбінований місцевий протимікробний і знеболювальний засіб, прийом якого може значно покращити якість життя пацієнта.

3. Висока ефективність, швидкий і тривалий знеболювальний вплив, зручна форма застосування, що забезпечує тривалу експозицію активних лікарських речовин на слизовій оболонці глотки, високий профіль безпеки дозволяють розглядати препарат Деквадол як засіб першої лінії для терапії запальних захворювань глотки і дають підстави рекомендувати його до широкого застосування у хворих із цієї патологією.

Список літератури знаходиться в редакції.

| Таблиця. Характеристика мікрофлори ротоглотки у хворих на гострий фарингіт |                                                              |                  |                       |                 |                       |                 |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| Вид мікроорганізмів                                                        | Частка хворих, у яких було виділено штами мікроорганізмів, % |                  |                       |                 |                       |                 |
|                                                                            | Основна група                                                |                  | 1-ша контрольна група |                 | 2-га контрольна група |                 |
|                                                                            | До лікування                                                 | Після лікування  | До лікування          | Після лікування | До лікування          | Після лікування |
| <i>S. aureus</i>                                                           | 32,8                                                         | немає зростання* | 30,6                  | 10,2            | 29,1                  | 4,1             |
| <i>S. epidermidis</i>                                                      | 16,3                                                         | 3,6              | 18,4                  | 8,1             | 16,7                  | 8,3             |
| <i>K. pneumoniae</i>                                                       | 12,7                                                         | немає зростання  | 14,3                  | немає зростання | 12,5                  | немає зростання |
| <i>E. faecalis</i>                                                         | 14,5                                                         | немає зростання  | 12,2                  | немає зростання | 14,6                  | немає зростання |
| <i>E. coli</i>                                                             | 10,9                                                         | немає зростання  | 10,2                  | немає зростання | 12,5                  | немає зростання |
| <i>H. influenzae</i>                                                       | 5,5                                                          | зростання        | 6,1                   | 4,1             | немає зростання       | немає зростання |
| <i>C. albicans</i>                                                         | 7,3                                                          | немає зростання  | немає зростання       | немає зростання | 8,3                   | 6,2             |

Примітка: \* кількість популяцій мікроорганізмів значно нижча за критичний рівень або має місце повна відсутність зростання колоній.






**Науково-практична конференція з міжнародною участю**

**17-19 АКАДЕМІЧНИЙ СИМПОЗИУМ**  
**березня 3 ПЕДІАТРІЇ**  
**2017 року**

**Трускавець, готель «РІКСОС-ПРИКАРПАТТЯ»**

**НАУКОВІ НАПРЯМКИ:**

- педіатрія;
- дитяча гастроентерологія;
- дитяча пульмонологія;
- дитяча алергологія;
- дитяча нефрологія;
- дитяча дерматологія;
- дитяча отоларингологія;
- дитяча ортодонція;
- дитячі інфекційні хвороби;
- невідкладні стани у дітей;
- інше.

Доповіді, майстер-класи, клінічні дуелі, сателітні симпозиуми, засідання з інтерактивною методикою викладання під керівництвом провідних вітчизняних та іноземних експертів з Німеччини та Польщі.

Оргкомітет:  
+380632404374, +380508760789, +380988784012  
mamo.director@gmail.com



## НОВИНИ МОЗ

### Міжнародний день онкохворої дитини – день суспільної підтримки

15 лютого – Міжнародний день онкохворої дитини. Його основна мета – покращити інформування суспільства про проблеми дитячих онкологічних захворювань, нагадати, що дитячий рак може бути виліковним і що кожен маленький пацієнт має право на найкраще та своєчасне лікування і догляд. Це день суспільної підтримки та допомоги тим, хто цього потребує.

У всьому світі дитяча онкологія – особлива галузь медицини. Організація цієї служби – індикатор зрілості суспільства.

В Україні щороку реєструють близько 1200 нових випадків онкологічних захворювань у дітей. Завдяки впровадженню сучасних підходів до лікування понад 70-80% дитячих онкологічних захворювань виліковні, однак украї важливо діагностувати онкохворобу на ранній стадії.

Забезпечення сучасного рівня медичної допомоги дітям зі злоякісними новоутвореннями є пріоритетним завданням для держави.

У 2017 р. для закупівлі лікарських засобів та медичних виробів для лікування дітей з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями збільшили фінансування до 558 млн грн.

Централізована закупівля лікарських засобів та виробів медичного призначення, у тому числі найважливіших препаратів супроводу, для лікування дітей зі злоякісними новоутвореннями дасть змогу забезпечити сучасний рівень програмної хіміотерапії та позитивно вплинути на показник 5-річної виживаності.

Дитячий рак, як правило, починається з неочевидних ознак і симптомів, тому батькам потрібно бути уважними до змін, що виникають у дитини.

Основними тривожними симптомами є:

- тривала і безпричинна втрата ваги;
- часті головні болі, що супроводжуються ранковим блюванням;
- набряки, постійні болі в кістках, суглобах, у ділянці спини або в ногах;
- ущільнення в ділянці живота, шиї, грудей, таза або пахв, збільшення лімфовузлів;
- поява синців на тілі або висипу на шкірі;
- часті інфекційні захворювання;
- біляста смужка за зинцею в оці дитини;
- постійна нудота або блювання без нудоти;
- постійна втома і помітна блідість шкіри;
- видимі раптові зміни у фізичному стані дитини, які не зникають;
- періодичне або постійне підвищення температури тіла без очевидних причин.

Якщо помітили в дитини один або кілька таких симптомів, варто негайно звернутися до педіатра і здати аналіз крові.

За інформацією прес-служби МОЗ України