

Гострі запальні захворювання глотки: несекретні матеріали про роль місцевої терапії

18 квітня у Києві під егідою Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика та групи компаній «МедЕксперт» відбувся семінар з міжнародною акредитацією для сімейних лікарів «Імплементация міжнародних протоколів у практиці сімейного лікаря».



З доповіддю на тему «Гострі запальні захворювання глотки у практиці сімейного лікаря» виступив академік Міжнародної академії оториноларингології, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри оториноларингології і офтальмології Української медичної стоматологічної академії, доктор медичних наук, професор Сергій Борисович Безшапочний.

Гострі запальні захворювання глотки – це причина чвертини всіх звернень до оториноларинголога, а у практиці сімейного лікаря ця патологія трапляється практично щоденно у будь-яку пору року. Основними причинами звернень пацієнтів є біль чи дискомфорт у горлі. Загалом це ціла група захворювань, яка охоплює такі стани: гострий тонзиліт (код МКХ-10 J03.0-J03.9), гострий фарингіт (J02.0-J02.9), гострий

ларингіт і трахеїт (J04.0, J04.1 відповідно); J04.2 – їх поєднання), гострий ларингофарингіт (J06.0), гострий назофарингіт (нежить J00), гострий аденоїдит (J35.2).

Гострий тонзиліт або ангіна – одноразовий або рідкісний епізод гострого запалення мигдаликів на тлі характерних клінічних симптомів вірусної чи бактеріальної інфекції, як от: підвищення температури тіла $\geq 38^\circ\text{C}$, інтоксикація та регіонарний лімфаденіт. За характером локальних симптомів розрізняють:

- катаральний тонзиліт – набряк і яскрава гіперемія мигдаликів, загальні симптоми виражені помірно, незначна інтоксикація;
- фолікулярний тонзиліт – на тлі гіперемії мигдаликів під слизовою оболонкою видно множинні нагноєні фолікули жовто-зеленого кольору; інтоксикація різко виражена, гарячка з ознобом, біль у м'язах і суглобах, різкий біль у горлі;
- лакунарний тонзиліт – на тлі катаральних явищ виявляються плівки

на мигдаликах у вигляді зливних нашарувань (відкладання фібрину), можливі прояви інтоксикації; у цьому випадку дуже важливо провести диференційний діагноз з дифтерією, особливо якщо плівки виходять за межі мигдаликів і не знімаються пінцетом або при зніманні з'являється кровотолива поверхня.

Найбільш частими збудниками гострого тонзиліту є віруси, дещо рідше – бактерії, насамперед стрептококи (табл.).

На сьогодні мазок з горла не має особливої діагностичної цінності для вирішення питання щодо лікування гострих інфекцій глотки, оскільки на результати однаково доводиться чекати 7 діб, за які більшість інфекцій проходять самостійно.

Іноді зустрічаються атипичні ангіни, як от ангіна Симановського-Венсана-Плаута (фузоспірохетоз) або грибок ангіна (фарингомикоз). У цих випадках ознаки запалення можуть бути мало вираженими, натомість характерна поява виразок на поверхні мигдаликів. При фузоспірохетозі процес часто однобічний з переважанням у запальному процесі явищ некрозу. Це завжди повинно викликати настороженість щодо наявності у пацієнта онкологічних чи онкогематологічних процесів, імунодефіцитних станів або специфічних інфекцій (туберкульоз, сифіліс), що вимагають ретельного обстеження і скерування до конкретних спеціалістів (онколога, гематолога, імунолога, фтизіатра чи венеролога).

Гострий фарингіт – запалення слизової оболонки задньої стінки глотки, що виникає внаслідок її пошкодження токсинами мікроорганізмів та супроводжується розширенням судин, набряком, гіперемією, інфільтрацією та підвищеною продукцією слизу. Основними клінічними проявами гострого фарингіту є загальні симптоми нездужання: слабкість, підвищення температури тіла до 38°C , зниження апетиту, що супроводжуються болем, першінням і подразненням у горлі.

Якщо більш точно описати локалізацію процесу, можна виокремити такі клінічні форми:

- назофарингіт (епіфарингіт, ринофарингіт) – гостре запалення верхнього відділу глотки (носоглотки); частіше зустрічається у дітей, особливо на фоні запалення гіпертрофованого глоткового мигдалика, може бути проявом ГРВІ;
- гострий аденоїдит або ангіна глоткового мигдалика – гостре запалення глоткового мигдалика при ГРВІ або

дитячих інфекціях (кір, краснуха, коклюш, скарлатина), що переважно є наслідком активації банальної флори носоглотки під впливом переохолодження, ослаблення локального імунітету внаслідок дії вірусу, ендокринних порушень, гіповітамінозу та інших факторів, які знижують захисні властивості організму; проявляється аденітом набряком та гіперемією глоткового мигдалика, іноді – появою на поверхні гнійних виділень, помірно інтоксикацією, значно утрудненим носовим диханням, можливим хрипінням під час сну; у цьому випадку сімейний лікар повинен скерувати пацієнта до оториноларинголога, оскільки цю ділянку важко оглянути без спеціального обладнання;

- мезофарингіт – гостре запалення середнього відділу глотки (ротоглотки), яке з однаковою частотою зустрічається у дітей і дорослих і може бути проявом ГРВІ.

Таким чином, запалення та біль – це найбільш часті прояви більшості гострих запальних захворювань глотки, що є основними чинниками дискомфорту пацієнта та безпосередніми причинами звернення за медичною допомогою. Переважну більшість цих захворювань викликають віруси, окрім деяких випадків ангіни, що значались вище.

За цих умов емпіричне призначення антибіотиків є безпідставним та неефективним, а при грибкових ураженнях – навіть шкідливим. При типових проявах ГРВІ у перші 7-10 днів хвороби на збудник реагує імунна система – бактерицидний вплив призводить до підвищення температури тіла, продукції мигдаликами інтерферону. Антибіотик негативно впливає на імунну систему, оскільки без шкідливого впливу організм набагато швидше справляється з вірусом. Навіть якщо хвороба викликана стрептококом, ефект від застосування антибіотиків настає лише через 16 годин.

Безпідставне призначення антибіотиків – це глобальна проблема і вагоми чинник підвищення антибіотикорезистентності мікроорганізмів. Двадцять п'ять тисяч європейців щороку помирають від антибіотикорезистентних інфекцій. Кожного року у США реєструють близько 99 тис. смертей від внутрішньолікарняних інфекцій, викликаних стійкими до більшості відомих на сьогодні антибіотиків збудниками. У Південній Азії антибіотикорезистентність мікроорганізмів, які викликають неонатальний сепсис, є причиною 300 тис. випадків дитячої смертності на рік.

У Фінляндії за період від 1997 до 2000 року внаслідок зменшення застосування антибіотиків резистентність

САНГІВА®

3-STOP ефекти при запальних захворюваннях ротоглотки*

Розчин
Місцеве лікування інфекцій ротової порожнини.

Спрей
Місцеве лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота та ротоглотки.

STOP Біль
Знеболення з першої хвилини до 6 годин¹.

STOP Запалення
Інгібування ЦОГ, зниження рівня прозапальних цитокінів до 8 годин².

STOP Інфекція
Швидка адгезія на слизовій оболонці та тривале вивільнення гексетидину. Вже з другої хвилини – до 65 годин – бактерицидна, протигрибкова та віруцидна дія^{3,4}.

Сангіва®
Солод: 1 мл розчину містить діючі речовини: гексетидину 1,0 мг; хлорну салицилату 5,0 мг; хлорбутанолу гемідрату, у перерахуванні на хлорбутанол 2,5 мг; допоміжні речовини: сахарин натрію, етанолю 96%, полісорбат 20, левоментол, анісова олія, лимонна олія, раймова олія, есенціалізована олія, метилсаліцилат, лимонна кислота моногідрат водн. р-н. Лікарська форма. Спрей та розчин для ротової порожнини. Фармакологічна група. Засоби, що застосовуються при захворюваннях горла. Антисептики. Код АТХ R02A A20. Показання. Спрей: місцеве лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота та ротоглотки. Розчин: місцеве лікування інфекцій ротової порожнини. Післяопераційний догляд у стоматології. Протипоказання: гіперчутливість до будь-якого компонента лікарського засобу. Побічні реакції. З боку імунної системи: реакції гіперчутливості, включаючи кропив'янку, ангіоневротичний набряк, ларингоспазм, бронхоспазм. Діти. Не застосовувати дітям до 6 років. Спосіб застосування та дози. Спрей. Дорослим та дітям віком від 15 років: 1 розпилення 4-6 разів на добу. Дітям від 6 до 15 років: 1 розпилення 2-3 рази на добу. Розчин. Дорослим та дітям віком від 15 років: від 2-4 до 4-6 полоскань на добу. Курс лікування – не довше 5 днів. Упаковка. Спрей – 50 мл у флаконі насадко-розпилювачем у паці. Розчин – 100 мл у флаконі з мірним стаканчиком у паці. Категорія відпуску. Без рецепта. РП МОЗ України Сангіва® розчин – № ЦА/16981/01/01; Сангіва® спрей – № ЦА/16981/02/01

Інформація наведена у скороченій, повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу

*Даний вираз є рекламним слогом і не свідчить про гарантований ефект від застосування даного лікарського засобу. Stop (англ.) – стоп (укр.)

**За результатами конкурсу словесних вигодобан «Вибір року» в Україні, 2016, 2017, 2018, www.choice-of-the-year.com.ua

¹Прем'єр С.Е., ТУ Інститут отоларингології ім. проф. А.І. Коломійченка НАМН України, «Місце препарату Півалекс в практиці отоларинголога», Журнал вушних, носових і горлових хвороб, №2, 2012.

²Мазур І. П., «Півалекс в профілактиці та лікуванні стоматологічних захворювань», Сучасна стоматологія, №1, 2012.

³D. B. Wile, J. R. M. Dinsdale & D. H. M. Joynson, Hexetidine: a report on its antibacterial and antifungal properties on the oral flora in healthy subjects, Current Medical Research and Opinion, Published online: 11 Aug 2008.

⁴Медведева М.Б., «Лікування гострих форм кандидозу слизової оболонки порожнини рота у осіб молодого віку», «Актуальні проблеми сучасної медицини», том 11, випуск 4.

ІНФОРМАЦІЯ ПРИЗНАЧЕНА ВИКЛЮЧНО ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАВАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ, А ТАКОЖ ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗИУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ.

