

В.И. Нестерчук, к.м.н., научный сотрудник отдела клинической аллергологии ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», г. Киев

Местная антибактериальная терапия: максимум эффективности в очаге поражения, минимум негативных системных эффектов



В.И. Нестерчук

Клинические подходы к назначению антибактериальных средств базируются на двух принципах: эмпирическом и этиотропном. Естественно, проведение дополнительного обследования (микробиологическое исследование, анализ микрофлоры на чувствительность к антибактериальным препаратам и др.) помогает разобраться в истинной причине заболевания, что в свою очередь позволяет назначить эффективное лечение. Однако во многих случаях врач ориентируется только на жалобы и данные, полученные во время осмотра, так как дополнительное обследование не всегда возможно (например, в амбулаторных условиях) и ограничено такими факторами, как длительный временной интервал, финансовые возможности пациента и др.

Эмпирический подход основан на целой системе данных, полученных из различных источников: опыте и знаниях врача, эпидемиологических данных о резистентности микроорганизмов, результатах клинических исследований относительно чувствительности микрофлоры к тем или иным антибактериальным средствам. К главным преимуществам эмпирической терапии можно отнести возможность раннего начала лечения и уменьшение затрат на проведение дополнительного обследования.

Неоспоримым фактом является то, что частота обращений к врачу и эпидемиологическая распространенность инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей намного превышают аналогичные показатели по другим нозологиям. Например, в период вирусных респираторных эпидемий в США ежедневно регистрируют 6-8 случаев заболеваний на 1 тыс. населения (что составляет около 1 млн 800 тыс. человек в день), в другое время этот показатель также остается достаточно высоким и составляет 2-3 человека на 1 тыс. Основная доля этих пациентов приходится на амбулаторные звенья оказания медицинской помощи, где эмпирические подходы к назначению лечения преобладают. Однако в современных условиях выбор оптимального средства лечения, несмотря на разнообразие лекарственных средств, для врача остается непростым.

Системную антибактериальную терапию назначают при таких заболеваниях, как острый риносинусит и обострение хронического, тонзиллофарингит, эпиглоттит, паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. Антибактериальные средства системного действия широко представлены антибиотиками разнообразных групп и имеют длительную историю использования. Несмотря на это, необходимо также учитывать, что даже при этих заболеваниях системная антибиотикотерапия назначается при наличии определенных условий.

В ряде исследований было показано, что системную антибиотикотерапию назначают в более чем 70% случаев при амбулаторном обращении пациентов с заболеваниями верхних дыхательных путей и носоглотки. Однако эти назначения далеко не всегда были оправданы. Следует учитывать, что наряду с полезным бактерицидным или бактериостатическим действием системной антибиотикотерапии часто наблюдаются побочные явления. В настоящее время уже доказан иммуносупрессивный эффект некоторых антибактериальных препаратов, связанный с воздействием бактериальных токсинов, образующихся при гибели бактериальных клеток.

В результате использования ряда системных антибиотиков широкого спектра происходит резкое угнетение биохимической активности кишечной микрофлоры, сопровождающееся выраженным нарушением микробиотенноза кишечника и развитием дисбиотического состояния. Восстановление этих нарушений затягивается на многие месяцы и требует специальной корректирующей терапии. В то же время широкое применение системных антибиотиков при

отсутствии должных для этого показаний, зачастую с использованием неадекватно малых доз и недостаточное по продолжительности, приводит к появлению резистентных к ним штаммов возбудителей.

Для примера: основным показанием для назначения системной антибиотикотерапии при остром тонзиллофарингите служит обнаружение бета-гемолитического стрептококка группы А (*Streptococcus pyogenes*) во время бактериологического обследования, который встречается только в 15-30% случаев. Наиболее частой причиной возникновения острого тонзиллофарингита являются вирусы (риновирусы – 20% случаев, коронавирусы – 5%, аденовирусы – 5%, вирусы парагриппа и др.). В 30% случаев этиологию острого тонзиллофарингита установить не удается. Вирусное инфицирование слизистых оболочек верхних дыхательных путей часто является первой фазой заболевания, способствуя присоединению бактериального воспаления, которое чаще всего и обуславливает тяжесть заболевания.

Принципы местной антибактериальной терапии

В таких условиях является обоснованным назначение местной антибактериальной терапии. Показания для этого чаще всего возникают при следующих заболеваниях:

- острый и хронический риносинусит;
- острый и хронический аденоидит;
- острый фарингит и тонзиллит (ангина);
- хронический тонзиллит;
- острый и хронический ларингит или ларинготрахеит;
- хронический атрофический ринофарингит;
- паратонзиллярный и заглоточный абсцесс;
- специфические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (озена, склерома и др.);
- опухоли верхних дыхательных путей (лечение вторичной инфекции);
- состояния после операций на ЛОР-органах (околоносовых пазухах, перегородке носа, глоточной и небных миндалинах и т.д.).

В настоящее время существует большая группа лекарственных средств для местной антибактериальной терапии, действующие вещества которых влияют на различные звенья патологического процесса.

Выбор препарата должен строиться на следующих принципах:

1. Спектр действия препарата – основные вероятные возбудители данного заболевания.
2. Форма выпуска и способ доставки лекарственного средства должны обеспечивать достаточную его концентрацию против конкретного возбудителя.
3. Отсутствие токсического эффекта и низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек.
4. Низкая аллергенность.
5. Отсутствие раздражающего действия на слизистую оболочку и угнетающего действия на мукоцилиарный транспорт.

Лекарственные средства, применяющиеся для местного лечения, можно разделить:

- по сложности состава: одно- и многокомпонентные;
- по виду используемых в их составе компонентов: фитопрепараты, антибиотики, сульфаниламиды, местные анестетики, антисептики, кортикостероиды, неспецифические факторы защиты слизистых оболочек, витаминные комплексы;
- по способу введения: полоскания, инсуффляции, ингаляции, таблетки и леденцы для рассасывания.

В настоящее время из группы лекарственных средств для местного применения необходимо выделить препараты, содержащие гексетидин. Гексетидин является производным пиримидина и в отличие от хлоргексидина малотоксичен, что позволяет использовать его даже у детей грудного возраста. Препарат оказывает бактерицидное и бактериостатическое влияние на широкий спектр микроорганизмов (актиномицеты, стрептококки, стафилококки, микобактерии, клостридии, протей). Антибактериальный эффект обусловлен способностью гексетидина замещать тиамин, необходимый для роста бактериальной флоры. Кроме того, он нарушает синтез веществ, формирующих защитную мембрану грибковых микроорганизмов. Действуя преимущественно бактериостатически на аэробные микроорганизмы и оказывая выраженный бактерицидный эффект на штаммы анаэробов, гексетидин, кроме того, проявляет фунгицидную активность относительно микроорганизмов родов *Trichophyton*, *Histoplasma*, *Microsporum* и *Blastomyces*, угнетает рост и размножение более 40 штаммов грибов *Candida*. Несмотря на 50-летнюю историю применения препарата, он и сегодня считается достаточно эффективным. Имеются данные о том, что штаммы микроорганизмов с приобретенной чувствительностью к антибактериальным средствам на протяжении длительного времени остаются чувствительными к гексетидину (до 5 мес лечения). Отмечена способность гексетидина вступать в связь с протеинами слизистой оболочки полости рта, длительное время сохраняя активную концентрацию и демонстрируя пролонгированный эффект.

Гексетидин обладает кровоостанавливающим и анальгезирующим действием, что обосновывает его использование не только после тонзиллэктомии и вскрытия паратонзиллярного абсцесса, но и при обширных вмешательствах на глотке и гортани (ларингэктомии, операциях при синдроме обструктивного апноэ сна и др.). Сочетание упомянутых выше эффектов с дезодорирующим действием препарата благоприятно у пациентов с опухолями верхних дыхательных путей и носоглотки, в частности получающих лучевую терапию. Кроме того, гексетидин оказывает обволакивающее действие на слизистую оболочку. Действие препарата длится 10-12 часов.

Препарат выпускается как в виде раствора для полоскания, так и в форме аэрозоля, а также в качестве антибактериального компонента входит в состав комбинированных препаратов.

В большинстве случаев инфекционно-воспалительные процессы в глотке и гортани протекают с выраженным болевым синдромом, сопровождаются отеком местных тканей и гиперемией. В таких ситуациях необходимо назначение средств, способных уменьшить выраженность вышеперечисленных явлений, так как они доставляют дискомфорт и являются главной причиной обращения пациентов за помощью к врачу.

Холина салицилат – один из немногих противовоспалительных препаратов, который при местном применении в течение короткого времени всасывается в слизистой оболочке ротовой полости и проникает к нервным окончаниям, блокирует циклооксигеназу и ингибирует биосинтез медиаторов воспаления и болевой чувствительности. Лечебный эффект наступает быстро (через 2-3 минуты) и длится 2-3 ч.

Необходимо заметить, что применение однокомпонентных препаратов отходит на второй план и целесообразно только в случаях выраженной непереносимости комбинированных лекарственных средств. Так как одним из требований современной медицины является воздействие на все звенья патологического процесса, в схемы лечения пациентов включается целый комплекс хирургических и терапевтических мероприятий. Поэтому комбинированные препараты, в состав которых входит сразу несколько субстанций, сочетающихся и по взаимодействию друг с другом, и по действию на организм пациента, завоевывают все большую популярность у врачей и их пациентов.

Среди комбинированных лекарственных средств, в состав которых входит гексетидин и холина салицилат, можно выделить препарат **Хепилор (ОАО «Фармак»)**, который наряду с высокой эффективностью в лечении инфекционных заболеваний ротовой полости и глотки имеет дополнительное преимущество в виде демократичной цены. Кроме перечисленных компонентов, в его составе присутствует хлорбутанола гемигидрат и другие второстепенные компоненты, которые усиливают и пролонгируют анальгезирующее действие препарата.

Всегда необходимо помнить о том, что при местном применении любого комбинированного лекарственного средства возможны проявления аллергических реакций или непереносимости к одному из компонентов, в случае появления которых необходимо отменить препарат.

Заключение

Таким образом, сегодня существуют комбинированные препараты для местного применения при различных инфекционных заболеваниях ротовой полости и глотки, которые могут быть эффективными преимущественно на начальных этапах развития инфекционного процесса, для профилактики вторичного бактериального и грибкового поражения.

Конечно, местное лечение пока что не заменяет в полной мере системную антибиотикотерапию, однако может включаться в схемы комплексного лечения, а также в качестве приемлемой альтернативной терапии применяться при антибиотикорезистентности, непереносимости и аллергии на системную антибиотикотерапию.