

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла носа и речи
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию »

УТВЕРЖДАЮ
Главный оториноларинголог
Минздрава России

**ПРИНЦИПЫ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ОСТРЫХ ФАРИНГИТОВ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург

Принципы этиопатогенетической терапия острых фарингитов: Методические рекомендации / Составитель: С.В.Рязанцев. - СПб.: - 32 с.

Методические рекомендации подготовлены заместителем директора Санкт-Петербургского НИИ уха, гола, носа и речи проф. С.В.Рязанцевым.

Рецензент – проф., докт. мед. наук Я.А. Накатис , зав. курсом оториноларингологии Медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета , Главный врач МСО-122.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Причины болезненных ощущений в области глотки	4
Этиология и классификация острых фарингитов	8
Острые вирусные фарингиты	8
Острые бактериальные фарингиты	9
Микотические поражения глотки	11
Клинические проявления острых фарингитов	13
Дифференциальная диагностика острых фарингитов.....	15
Принципы этиотропной терапии острых фарингитов.....	20
Роль воспаления в патогенезе острых фарингитов. Принципы противовоспалительной терапии	26
Значение антибактериальной терапии.....	30
Антисептики в терапии острых фарингитов.....	34
Антисептики Септолете и Септолете плюс в лечении острых фарингитов.....	36
Топические лизаты в терапии острых фарингитов	39
Список литературы	42

ПРИЧИНЫ БОЛЕЗНЕННЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ОБЛАСТИ ГЛОТКИ

Боль в горле (англ, sore throat) - чрезвычайно распространенная патология, которая заставляет пациентов обращаться за помощью к врачам общей практики, узким специалистам, а также прибегать к самолечению. Эта жалоба доминирует при острых инфекционных заболеваниях ротоглотки (фарингит, тонзиллит), а также часто сопровождает неспецифические инфекции верхних дыхательных путей или острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ).

Согласно исследованиям, проведенным в Великобритании, ежегодно диагноз ангины или острого фарингита ставят девяти из каждых ста человек, обратившихся к врачу.

5% всех обращений к врачу вызваны болью в горле. В Великобритании это третья по частоте жалоба, с которой приходится иметь дело врачам общей практики.

Но часто боль в горле может быть вызвана и другими причинами, не связанными с бактериальными или же вирусными агентами. Это может быть переохлаждение слизистой оболочки глотки (холодное питье, мороженное, разговор на морозе). Или, наоборот, ожог слизистой оболочки глотки, термический (горячей пищей) или химический (кислоты, щелочи) или же раздражение спиртосодержащими жидкостями. Иногда имеет место раздражение глотки чрезмерным употреблением пряностей, хрена, горчицы. Не следует забывать и про механические повреждение слизистой оболочки глотки, про загрязнение вдыхаемого воздуха (промышленное, табачный дым при активном и пассивном курении).

Ангина и острый фарингит распространены в раннем детском возрасте, но дети до 4 лет жалуются на боль в горле относительно редко.

Чаще всего на боль в горле жалуются дети старше 4 лет и подростки.

Боль в горле часто бывает у детей и подростков, а также у взрослых до 45 лет; после 45 лет она встречается редко. Самые частые причины боли в горле — вирусный фарингит и ангина, вызванная *Streptococcus pyogenes*.

Боль в горле может быть проявлением системных заболеваний — болезней крови, ВИЧ-инфекции, сахарного диабета (осложненного кандидозным стоматитом).

Одна из причин боли в горле — инфекционный мононуклеоз, который часто путают со стрептококковой ангиной и ошибочно лечат пеницилинами.

Все эти причины могут вызывать состояние, характеризующееся в англоязычной литературе понятием «sore throat». Дословно перевести этот термин нельзя, но по смысловому содержанию он ближе всего соответствует терминам «боли в горле», «рыхлая, воспаленная глотка».

В отечественной литературе это понятие в основном характеризует определение «острый фарингит» (от греческого *pharynx* (глотка) и *itis* (воспаление) – воспаление слизистой оболочки глотки).

И действительно, термин этот является вполне адекватным. Не стоит забывать, что бактерии, вирусы и грибы являются биологическими причинами воспаления. Но наряду с биологическими причинами, существуют еще три группы причинных факторов воспаления – механические, термические (ожоги и отморожения) и химические (кислоты, щелочи, спирты).

Таким образом, мы можем трактовать **острый фарингит** как **воспаление слизистой оболочки глотки, вызванное вирусной, бактериальной или микотической инфекцией, а также механическими, термическими и химическими поражениями глотки и сопровождающееся болями, першением или дискомфортом в горле.**

ЧТО ТАКОЕ БОЛЬ В ГОРЛЕ?

ощущение першения, дискомфорта, трудность при глотании, боль в горле – наиболее частые симптомы, возникающие:

- при инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки
- при воспалительных процессах, протекающих в слизистой оболочке глотки, вызванных неинфекционными факторами:
 - механическое повреждение
 - табачный дым
 - загрязнение воздуха
 - переохлаждение
 - ожог
 - перенапряжение голосового аппарата
 - чрезмерное употребление в пищу пряностей
 - и др.

Хотя глотка на всем своем протяжении от основания черепа до уровня VI шейного позвонка и является единым органом, все же воспалительные процессы в ней принято подразделять в зависимости от места наибольшей их выраженности – верхний отдел (носоглотка), средний (ротоглотка) и нижний (гортаноглотка). Однако деление это будет весьма условным, особенно при остром фарингите, из-за того, что острые вирусные и бактериальные инфекции диффузно поражают слизистую оболочку верхних дыхательных путей и носят мигрирующий, чаще нисходящий характер. Морфологические изменения слизистой оболочки при хроническом фарингите обычно имеют преимущественную локализацию в одном из анатомических отделов глотки, что позволяет с долей условности выделять отдельные нозологии, например, хронический назофарингит.

Острые воспаления слизистой оболочки среднего отдела глотки следует отличать от таковых зева (катаральной ангины) на том основании, что при последней изменения выражены больше в области небных миндалин, небных дужек и мягкого неба, тогда как при остром фарингите

воспалительная реакция на задней стенке глотки определяется в большей степени, чем в лимфаденоидных скоплениях зева. Кроме того, катаральная ангина нередко является лишь симптомом целого ряда инфекционных и других общих заболеваний, острый же фарингит чаще всего возникает в результате местного воздействия болезнетворных факторов.

Поэтому, встречающийся иногда, преимущественно в зарубежной литературе, термин тонзиллофарингит является не совсем корректным, так как смешивает поражения лимфоидной ткани миндалин и слизистой оболочки задней стенки глотки. В то же время стоит отметить, что при некоторых острых респираторно-вирусных инфекциях бывает трудно дифференцировать поражения глотки и миндалин.

В своей работе мы будем рассматривать преимущественное поражение задней стенки глотки и пользоваться термином «острый фарингит».

В основном мы будем рассматривать поражение среднего отдела глотки, ротоглотки. Клиника и лечение назофарингита имеет ряд особенностей и неотделима от поражения полости носа, точно также как поражение гортаноглотки тесно связано с острым ларингитом. Поэтому мы не будем отдельно разбирать эти нозологические формы.

ЭТИОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ФАРИНГИТОВ

По этиологическому фактору острые фарингиты можно разделить на вирусные, бактериальные, грибковые, аллергические, травматические (следствие попадания инородного тела или хирургического вмешательства) и вызванные воздействием раздражающих факторов (горячей жидкости или пара, кислот, щелочей, облучения и др.). Хронические фарингиты обычно классифицируют не по этиологическому признаку, а по характеру развивающихся в слизистой оболочке изменений: катаральный (простой), атрофический (субатрофический) и гипертрофический. Указанные формы хронического воспаления часто сочетаются. Так, наличие диффузных атрофических изменений в слизистой оболочке может сочетаться с очаговой гиперплазией лимфоидной ткани задней стенки глотки или тубофарингеальных валиков.

Таблица 1

Классификация фарингита

Острый

- Вирусный
- Бактериальный
- Грибковый
- Аллергический
- Травматический
- Вызванный воздействием раздражающих факторов

Острые вирусные фарингиты

Самой распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является катаральный фарингит при ОРВИ. Известно, что примерно 70% фарингитов вызываются вирусами, среди которых отмечают риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа. Наиболее типичным возбудителем

острого фарингита являются риновирусы. Исследования последних лет показывают, что их значение стремительно растет, и теперь риновирусы ответственны более чем за 80% случаев ОРВИ в период осенних эпидемий. Вирусное инфицирование часто является лишь первой фазой заболевания, и оно «прокладывает путь» для последующей бактериальной инфекции.

Таблица 2

Вирусы – возбудители острого фарингита (в порядке убывания частоты):

Основные:

- Риновирусы
- Коронавирусы
- Аденовирусы
- Вирус гриппа
- Вирус парагриппа

Редко-встречающиеся:

- Респираторный синцитиальный вирус
- Вирусы простого герпеса (типы 1 и 2)
- Энтеровирусы
- Вирус Коксаки
- Вирус Эпштейна–Барра
- Цитомегаловирус
- Вирус иммунодефицита человека

Острые бактериальные фарингиты

Некоторые авторы делят острый фарингит на катаральную и гнойную формы. Катаральная форма характеризуется преимущественными жалобами на боли в области глотки, сопровождающимися субфебрильной температурой и умеренными явлениями ухудшения общего состояния. Катаральные фарингиты практически всегда бывают вирусной этиологии

Для гнойных фарингитов характерно более выраженное ухудшение состояния, подъем температуры до 37,5-38,0°C. При гнойных фарингитах чаще доминирует бактериальная этиология.

В целом, бактериальные фарингиты составляют не более 15% всех острых фарингитов.

Чаще всего бактериальные фарингиты вызываются β -гемолитическим стрептококком группы А (рис.1).

На рис. 1 и ниже приведены сведения об основных возбудителях острого фарингита.

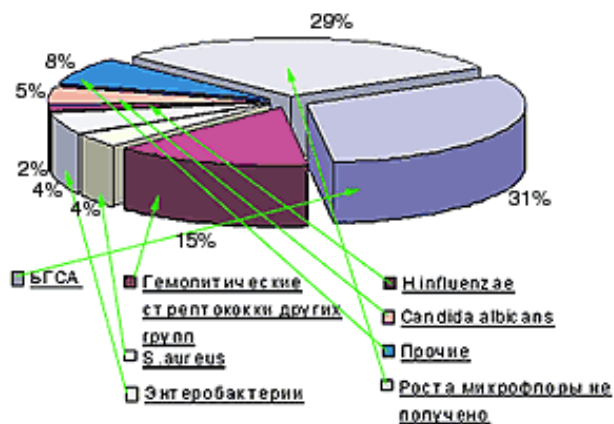


Рис. 1. Бактерии и грибки - возбудители острого фарингита (по С.А. Dagnelie, 1994)

Однако, некоторые другие бактериальные микроорганизмы могут также явиться причиной острых бактериальных фарингитов (табл.3).

Таблица 3

Микроорганизмы, вызывающие острые бактериальные фарингиты
(за исключением β -гемолитического стрептококка группы А)

Group C beta-hemolytic streptococcus
Group G beta-hemolytic streptococcus
Anaerobes (Peptostreptococcus, Fusobacterium, and Bacteroides spp.)
Arcanobacterium haemolyticum
Chlamydia pneumoniae
Corynebacterium diphtheriae
Corynebacterium haemolyticum
Mycoplasma pneumoniae
Neisseria gonorrhoeae
Francisella tularensis (tularemia)
Yersinia enterocolitica
Haemophilus influenzae (epiglottitis)

Бактериальные фарингиты, вызванные β -гемолитическим стрептококком группы А возникают преимущественно в конце зимы или начале весны. Для них характерно внезапное начало (инкубационный период от момента заражения составляет от 2 до 5 дней), выраженные боли в области глотки, увеличение и болезненность региональных лимфоузлов, ознобы, подъем температуры до 37,5-38,0°C. При фарингоскопии кроме резко выраженной гиперемии глотки можно видеть белые гнойные налеты на поверхности лимфоидных фолликулов.

Микотические поражения глотки

Микотические поражения ротоглотки занимают второе место в общей структуре грибковых поражений ЛОР-органов. Основным возбудителем микотического поражения ротоглотки являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*, вызывающие заболевание у 93% больных (В.Я.Кунельская, 1989). Причинами фарингомикозов могут быть самые разные представители рода *Candida*: *C.albicans*, *C.stellatoidea*, *C.parapsilosis*, *C.brumptii*, *C.intermedia*, *C.tropicalis*, *C.pseudotropicalis*, *C.guilliermondii* и др. Из всех этих видов наиболее патогенным является *Candida albicans*, встречающаяся в половине всех случаев. Значительных клинических отличий при поражении различными видами грибов рода *Candida* выявить не удастся. Разница в течении заболевания в основном зависит от реактивности организма.

Основной локализацией кандидозного поражения глотки является миндалина, при этом чаще встречаются двусторонний процесс, хотя в ряде случаев возможно и одностороннее поражение миндалин. Кандидозные ангины составляют 10% от всех форм ангин.

Кандидоз миндалин обычно начинается с несильных болевых ощущений или чувства дискомфорта глотки (першение, дисфагия, жжение, ощущение инородного тела). Общее состояние при этом меняется мало, отмечается недомогание, чувство разбитости, температура остается в пределах субфебрильной.

Объективная картина также помогает в дифференциальной диагностике с бактериальными поражениями миндалин. При микозах глотки воспалительные явления выражены слабо, слизистые оболочки миндалин лишь слегка гиперемированы, всегда наблюдаются множественные налеты небольших размеров серого или белого цвета. Налеты могут быть творожными, крошковатыми, пористыми, они обычно легко снимаются, обнажая гладкую слизистую оболочку, слегка гиперемированную.

Иногда, при выраженных процессах, налеты могут быть плотными и после их удаления обычно обнажается эрозированная и легкокровоточащая слизистая, что требует дифференциального диагноза с дифтерией.

Региональные лимфоузлы при кандидозах увеличиваются незначительно и малоблезненны.

Для кандидоза миндалин характерно распространение налетов за пределы миндалинковой ткани: на мягкое небо, на слизистую оболочку щек, корень языка, дужку, заднюю стенку глотки.

При кандидозе миндалин и слизистой оболочки полости рта наблюдаются периодические обострения, связанные со своеобразием жизнедеятельности гриба-возбудителя. Течение кандидоза миндалин чаще всего затяжное и носит подострый характер.

При плесневых микозах глотки, встречающихся несравнимо реже, чем кандидозы, клиническая картина несколько отличается, в основном характером патологических налетов и выраженностью местных симптомов.

Так, при аспергиллезе больных беспокоит сильная боль в горле, иногда иррадиирующая в ухо. Температура тела при этом остается субфебрильной. При аспергиллезе процесс, как правило, односторонний, миндалина обычно гиперемирована и увеличена в объеме. Налеты желтоватого или беловатого цвета покрывают миндалину и переднюю дужку и снимаются, хотя не так легко, как при кандидозе. При этом обнажается эрозивная слизистая. Лимфатические узлы при аспергиллезе чаще увеличены.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ФАРИНГИТОВ

Задняя стенка глотки едва ли не с момента рождения человека подвергается самым разнообразным неблагоприятным воздействиям: это и травмирующее воздействие грубой пищи, термические и химические факторы, никотин у активных и пассивных курильщиков, и различные пылевые частицы, пылевые и пыльцевые аллергены у лиц с затрудненным носовым дыханием, воздействие различных микроорганизмов и множество других раздражающих факторов. Несмотря на обилие крупных кровеносных сосудов, отходящих от аорты для кровоснабжения головы и шеи, кровоснабжение слизистой оболочки задней стенки глотки недостаточно. Пока лимфоидная ткань (носоглоточная, небные, язычная миндалины) молода и хорошо кровоснабжается, слизистая оболочка глотки легче переносит травмирующие факторы. Когда же начинается атрофия лимфоидной ткани в силу возрастных изменений, или после удаления небных миндалин, кровоснабжение задней стенки глотки прогрессивно ухудшается. Сухая слизистая легко травмируется, в микротрещины легко проникают микроорганизмы из глотки, носа и полости рта и вызывают воспаление.

Воспаление задней стенки глотки, называемое фарингитом, имеет разные проявления, чаще всего встречаются гипертрофические или гранулезные и субатрофические. Гранулезные, как правило, бывают у детей, подростков, людей молодого возраста. Воспалительная реакция у них протекает бурно, на задней стенке глотки появляется большое количество грануляций среднего и крупного размера. При этом больного беспокоит боль в глотке при глотании, причем, слюну проглотить больнее, чем пищу, характерно ощущение инородного тела в глотке, может повышаться температура тела до 37-37,5 градусов. Субатрофические фарингиты протекают длительно, вяло, температура не поднимается. Больного беспокоит сухость и першение в глотке, болезненность при глотании, сухой

кашель. Это, разумеется, связано с состоянием слизистой оболочки задней стенки глотки. Она истонченная, сухая, с мелкими грануляциями, нередко имеется инъеция сосудов. Такие фарингиты чаще наблюдаются у лиц более старшего возраста. Чаще ими страдают курильщики, лица, перенесшие тонзиллэктомию, работники вредных производств (связанных с пылью, агрессивными химическими веществами, термическими факторами), лица «речевых» профессий: преподаватели, работники детских дошкольных учреждений, дикторы и другие. В последние годы субатрофические фарингиты стали встречаться и у лиц молодого возраста.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ФАРИНГИТОВ

Итак, для клинической картины острого фарингита характерны першение, сухость, дискомфорт и боли в горле при глотании (особенно при пустом глотке), реже – общее недомогание, подъем температуры. При воспалении тубофарингеальных валиков боль обычно иррадирует в уши. При пальпации может отмечаться болезненность и увеличение верхних шейных лимфоузлов. При фарингоскопии видны гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные для ангины признаки воспаления небных миндалин. Следует помнить, что острый фарингит может быть первым проявлением некоторых инфекционных болезней: кори, скарлатины, коревой краснухи.

Фарингит часто развивается при постоянно затрудненном носовом дыхании. Он может быть вызван не только переходом на дыхание через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают там ненужный анемизирующий эффект. Симптомы фарингита могут присутствовать при так называемом постназальном синдроме. В этом случае дискомфорт в горле связан со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Помимо постоянного покашливания данное состояние может вызывать у детей появление свистящих хрипов, что требует дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой.

При упорных, не поддающихся обычной терапии болях в горле требуется проведение дифференциальной диагностики с рядом синдромов, развивающихся при некоторых системных заболеваниях и болезнях нервной системы. Синдром Plummer–Vinson возникает у женщин в возрасте от 40 до 70 лет на фоне железодефицитной анемии. Синдром Шегрена – аутоиммунное заболевание, сопровождающееся, помимо выраженной сухости слизистой оболочки желудочно–кишечного тракта, диффузным

увеличением слюнных желез. Для синдрома Eagle (стигалгии) характерны сильные постоянные, часто односторонние боли в горле, вызванные удлинением шиловидного отростка, который расположен на нижней поверхности височной кости и может прощупываться над верхним полюсом небной миндалины. Целый ряд невралгий (языкоглоточного или блуждающего нерва) также может быть причиной болей в горле, особенно у пожилых людей.

В таблице 4 представлена дифференциальная диагностика различных состояний, которые могут быть причинами болей в горле.

В дифференциальной диагностике острых фарингитов большое значение имеет целенаправленный сбор анамнеза и уточнение характера жалоб.

Уточняют локализацию (шея, глотка) и характер боли (поверхностная болезненность, першение, распирание, давление). Просят указать место наибольшей болезненности. Расспрашивают о других симптомах — лихорадке, инфекциях верхних дыхательных путей, кашле, боли в ушах, затруднении носового дыхания, выделениях из носа, металлическом привкусе во рту.

Выясняют, страдает ли больной бронхиальной астмой (и пользуется ли ингаляциями кортикостероидов), курит ли, не работает ли с раздражающими веществами. Выясняют, против каких заболеваний проводилась иммунизация, особо уточняют, проводилась ли иммунизация против дифтерии.

Анамнез помогает дать ответ на главный вопрос: вызвана ли боль в горле фарингитом или нет.

При осмотре больного оценивают общее состояние, обращают внимание на бледность кожных покровов (при лейкозе), затруднение носового дыхания (при инфекционном мононуклеозе), характерный запах изо рта (при стрептококковой ангине).

Дифференциальная диагностика при боли в горле

<p>Самая вероятная причина Вирусный фарингит</p> <p>Наиболее опасные заболевания, симулирующие острые фарингиты Сердечно-сосудистые (ирадикация болей в области глотки)</p> <ul style="list-style-type: none"> · стенокардия · инфаркт миокарда <p>Злокачественные новообразования</p> <ul style="list-style-type: none"> · рак ротоглотки и полости рта <p>Инфекции</p> <ul style="list-style-type: none"> · острый эпиглоттит (дети до 4 лет) · перитонзиллярный абсцесс · окологлоточный и заглоточный абсцессы · дифтерия · ВИЧ-инфекция <p>Болезни крови</p> <ul style="list-style-type: none"> · агранулоцитоз, острый лейкоз <p>Источники неверного диагноза Инородные тела Инфекционный мононуклеоз Кандидозный стоматит</p> <ul style="list-style-type: none"> · у грудных детей · при ингаляциях кортикостероидов <p>Болезни, передающиеся половым путем</p> <ul style="list-style-type: none"> · фарингит, вызванный <i>Neisseria gonorrhoeae</i> · фарингит, вызванный вирусом простого герпеса 2 типа · сифилис <p>Острый тиреоидит Раздражение верхних дыхательных путей (табачным дымом, химическими веществами) Дыхание ртом Редкие причины</p> <ul style="list-style-type: none"> · системная склеродермия · саркоидоз · срединная гранулема лица · туберкулез <p>Состояния, вызывающие боли в горле Сахарный диабет (кандидозный стоматит) Побочное действие лекарственных средств и интоксикация Анемия Болезни щитовидной железы (острый тиреоидит) Болезни позвоночника</p> <p>Психические нарушения и симуляция</p>
--

При пальпации проверяют, есть ли болезненность и увеличение регионарных лимфоузлов. Исследуют ушные раковины и области

придаточных пазух носа. После этого осматривают полость рта, небные миндалины и дужки, заднюю стенку глотки. Отмечают язвы, объемные образования, налет на миндалинах, отечность и гиперемию мягкого неба, небных миндалин, язычка и дужек, глотки.

Небольшие молочно-белые пятна на слизистой рта и мягком небе характерны для кандидозного стоматита. Большие желтоватые пленки, покрывающие небные миндалины, наблюдаются при инфекционном мононуклеозе. Обширный отек и гиперемия слизистой рта, налет на миндалинах наблюдаются при ангине, вызванной *Streptococcus pyogenes*

Установить правильный диагноз и назначить лечение не всегда просто. При постановке диагноза прежде всего следует опираться на клинические и эпидемиологические данные.

Поставить диагноз только по внешнему виду слизистой глотки и небных миндалин очень трудно. Разлитая гиперемия задней стенки глотки и отечные небные миндалины, покрытые налетом, наблюдаются как при стрептококковой, так и при вирусной инфекции.

Следует помнить, что примерно в 70% случаев причина боли в горле — вирусный фарингит. При вирусных инфекциях воспаление менее выражено, налета на небных миндалинах обычно нет.

Для уточнения диагноза проводят следующие лабораторные исследования:

- микроскопия мазка с поверхности небных дужек и задней стенки глотки,
- общий анализ крови,
- для исключения сахарного диабета определяют уровень глюкозы плазмы.

Мнения по вопросу «Делать ли мазок?» различны. Одни авторы считают, что мазок с поверхности небных дужек и задней стенки глотки нужен во всех случаях. Другие полагают, что мазки делать не нужно, и ставят диагноз на основании клинической картины. Третьи проводят мазки

только в сомнительных случаях. Мы согласны скорее с последними и проводим мазки только при подозрении на дифтерию, или на стрептококковую ангину.

При определении *Streptococcus pyogenes* чувствительность посева с поверхности небных дужек и задней стенки глотки составляет 90%.

Боль в горле у детей имеет ряд особенностей. Обычно боль в горле у детей — это проявление вирусной инфекции (реже — бактериальной). Другие причины боли в горле у детей:

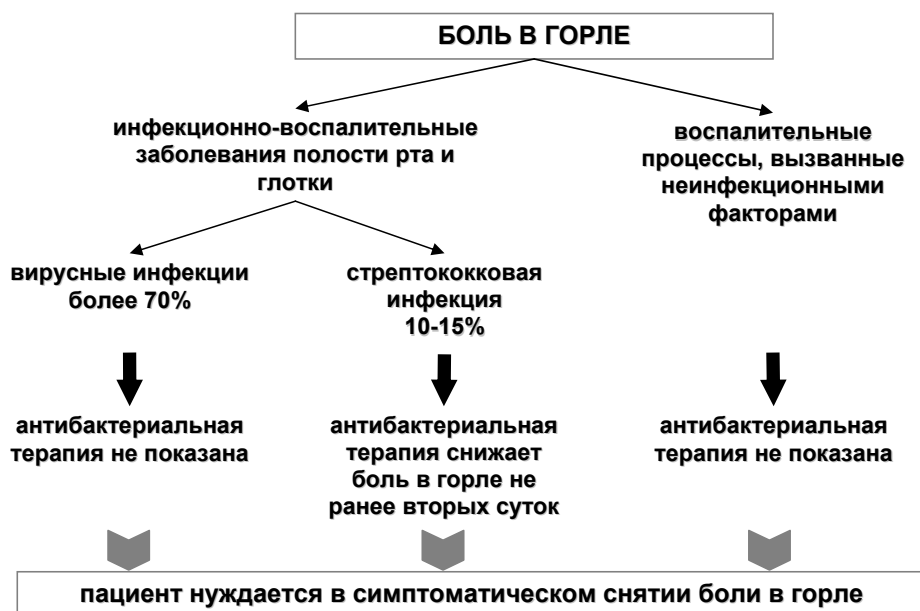
- стоматит (особенно герпетический и афтозный),
- острый эпиглоттит,
- острый трахеит или ларинготрахеит (круп),
- ларингит,
- кандидозный стоматит (характерен металлический привкус во рту),
- инородные тела в верхних дыхательных путях,
- стекание отделяемого из носа по задней стенке глотки, например при остром аденоидите,
- раздражение слизистой верхних дыхательных путей:
 - сухим воздухом,
 - дымом, в том числе при пассивном курении.

Боль в горле у пожилых также имеет некоторые специфические черты

У пожилых тоже распространены вирусные инфекции верхних дыхательных путей. Однако жалобы на боль в горле в этом возрасте требуют от врача большой настороженности. В каждом случае необходимо тщательное обследование для исключения рака ротоглотки: для него характерны боль при глотании, иррадиирующая в ухо, и охриплость голоса. Другие причины боли в горле у пожилых:

- опоясывающий лишай (сыпь обычно появляется и на лице),
- кандидозный стоматит (характерен металлический привкус во рту, обязательно исключают сахарный диабет).

ПРИНЦИПЫ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ФАРИНГИТОВ



Лечение острых фарингитов складывается из этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Основные направления терапии острых фарингитов:

- Устранение болевого синдрома
- Устранение явлений дисфагии
- Устранение явлений першения, раздражения глотки, сухого кашля
- Ликвидация других явлений воспаления

В качестве этиотропной применяют группу антисептиков и антибиотиков, хотя роль последних, учитывая преимущественно вирусный характер фарингитов, весьма сомнительна.

В качестве патогенетической терапии используются в основном противовоспалительные препараты.

Наиболее полно представлена симптоматическая терапия, заключающаяся в основном в назначении анальгезирующих и местноанестезирующих препаратов.

Традиционная терапия острых фарингитов:

- Местные антисептические препараты
- Местноанестезирующие препараты
- Противовоспалительные препараты
- Системные антибиотики

Сложность ситуации с терапией острых фарингитов заключается в том, что до сих пор отсутствуют стандарты лечения данной патологии, четко регламентирующие назначения того или иного препарата, той или иной схемы лечения. Основная группа лекарственных средств, выпускаемых для лечения острых фарингитов, относится к группе безрецептурного отпуска и применяется пациентами самостоятельно, без согласования с врачом. Врачу также бывает трудно ориентироваться в безбрежном море препаратов для купирования боли в горле.

Основные препараты для местной антимикробной терапии, представленные на российском рынке, перечислены в табл. 5. В состав этих препаратов обычно входит одно или несколько антисептических средств (хлоргексидин, гексетидин, бензидамин, амбазон, тимол и его производные, спирты, препараты йода и др.), эфирные масла, местные анестетики (лидокаин, тетракаин, ментол), реже – антибиотики (фюзафюнгин, фрамицетин) или сульфаниламиды, дезодорирующие средства. Препараты также могут содержать лизаты бактерий (Имудон), природные антисептики (экстракты растений, продукты пчеловодства), синтезированные факторы неспецифической защиты слизистых оболочек, обладающие еще и противовирусным действием (лизоцим, интерферон), витамины (аскорбиновая кислота).

Препараты для лечения острых фарингитов

N	Название	Производитель	Международное название
1.	Септолете Д (пастилки) без сахара	KRKA	Бензалкония хлорид + Ментол + эфирные масла
2.	Септолете (пастилки)	KRKA	Бензалкония хлорид + Ментол + эфирные масла
3.	Септолете плюю (пастилки)	KRKA	Цетилпиридиния хлорид + Бензокаин
4.	Астрасепт пастилки апельсин/ментол, вишня/ментол, медово- лимонный, ментол/эвкалипт	Fermentapharma Biotech Ltd	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
5.	Биопарокс инг.	Servier	Fusafungine
6.	Вокадин, Раствор	Wockhardt	Povidone-iodine
7.	Гексализ таблетки для рассасывания	Laboratories Bouchara- Recordati	Biclotymol + dliozyme + enoxolone
8.	Гексаспрей, Аэрозоль	Laboratories Bouchara- Recordati	Biclotymol (производное тимола)
9.	Гексорал, Аэрозоль, раствор	Parke-Davis	Hexetidine
10.	Горпилс пастилки апельсиновые, клубничные, лимонно-медовые, лимонные, ментолово- эвкалиптовые	Gepach Int.	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
11.	Граммидин с анестетиком таблетки д/рассасывания	Щелковский витам.з-д	Gramicidin S
12.	Дрилл, Пастилки	Pierre Fabre	Clorhexidine + tetracaine
13.	Имудон, Таблетки	Solway Pharma	Смесь лизатов бактерий
14.	Ингалипт аэрозоль	Мосхимфармпрепараты Фармстандарт (ICN) Октябрь г. Санкт-Петербург Алтайвитамины Випис-Мед	
15.	Йокс, Аэрозоль	Galena	Povidone-iodine + allantoin
16.	Каметон аэрозоль	Мосхимфармпрепараты Алтайвитамины Фармстандарт (ICN) Октябрь г. Санкт-Петербург	Camphore + Menthol + Chlorbuthanol + Eucalyptus oleum
17.	Камфомен, Аэрозоль	Мосхимпрепараты	Nitrofuril, menthol, растит.масла
18.	Колдакт лорпилс таблетки д/рассасывания апельсин, лимон	Ranbaxy	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
19.	Колдреск Лари Плюс, Пастилки	GlaxoSmithKline	Dlclonine
20.	Коризалия таблетки п/о гомеопатические	Boiron Laboratoires	
21.	Ларипронт, Таблетки	Heinrich Mack	Dequalinium chloride + lysozime
22.	Лизобакт таблетки д/рассасывания	Акрихин	

N	Название	Производитель	Международное название
23.	Лорпилс таблетки д/рассасывания со вкусом ананаса, апельсина, лимона	Lotus Laboratories Pvt.Ltd	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
24.	Мирамистин, Раствор	Инфамед	Myramistin
25.	Нео-ангин Н таблетки д/горла без сахара, с сахаром	Divapharma-Knufinke	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol + Menthol
26.	Октенисепт, Раствор	Schulke-Maуr	Octenisept
27.	Повидон-йод, Раствор	Zorka Pharma	Povidone-iodine
28.	Пропосол, Аэрозоль	Мосхимпрепараты	Прополис + глицерин + этиловый спирт
29.	Ринза Лорсепт таблетки д/рассасывания апельсиновые, лимонные, медово-лимонные, черносмородиновые	Unique Pharmaceutical Lab.	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
30.	Ромазулан, Раствор	Biofarm	Экстракт и масло ромашки аптечной
31.	Ротокан, Раствор	Вилар	Экстракты ромашки, календулы, тысячелистника
32.	Себедин, таблетки	Polfa	Clorhexidine + ascorbic acid
33.	Септогал, таблетки	Jadran	Bensalconium chloridum + menthol + эфирные масла
34.			
35.			
36.			
37.	Стопангин раствор, спрей	Galena	
38.	Стрепсилс Плюс спрей фл., леденцы, медово-лимонный леденцы, ментол/эвкалипт леденцы, с витамином С леденцы, с лимоном и травами леденцы б/сахара	Boots Healthcare	Amylmetacresol + Dichlorobenzyl alcohol
39.	Тантум верде, арозоль	CSC	Benzidamine
40.	Трависил сироп фл. таблетки д/рассасывания лимонные, мятные, мандариновые	Plethico Pharmaceuticals Ltd	
41.	Фалиминт, драже	Berlin-Chemie	Acetylamino-nitropropoxybenzene
42.	Фарингомед карамель апельсин, банан, малина, мед-лимон	Материя Медика	
43.	Фарингосепт таблетки д/рассасывания со вкусом лимона	Terapia S.A. Акрихин	Ambazone
44.	Фитолор пастилки от кашля апельсин, лимон	Mareechi Exports Pvt.	
45.	Фурацилин, раствор	Татхимпрепараты	Nitrofurals
46.	Шалфей Доктор Тайсс раствор д/местного применения таблетки	Dr.Theiss Naturwaren GmbH	Salviae officinalis foliorum extract
47.	Шалфей пастилки, таблетки	Natur Produkt Europe B.V.	
48.	Эвкалимин, раствор	Вилар	Экстракты листьев и побегов эвкалипта

N	Название	Производитель	Международное название
49.	Эвкалипт-М пастилки, таблетки д/рассасывания	Natur Produkt Europe B.V.	Eucalypti folia
50.	Элюдрил, раствор	Pierre Fabre	Chlorhexidine + chlorbutanole + docusate sodium + chlorophormium

Помимо фармакотерапии, в лечении острых фарингитов большое значение продолжают играть традиционные средства домашней и народной медицины.

При остром и обострении хронического фарингита, не сопровождающихся выраженными расстройствами общего состояния, бывает достаточно симптоматического лечения, включающего щадящую диету, горячие ножные ванны, согревающие компрессы на переднюю поверхность шеи, молоко с медом, паровые ингаляции и полоскание горла. Курение следует прекратить.

Отношение к традиционному полосканию горла далеко не однозначное. По статистике больше 90% пациентов, обращающихся к врачу с фарингитом, сами многократно энергично полоскали глотку раствором соды, соли, в лучшем случае, настоями трав.

Слизистая оболочка глотки в норме должна вырабатывать слизь и должна быть покрыта слизью. Это нормальное физиологическое состояние данной ткани организма. Слизь является важным компонентом организма и, в частности, слизистой оболочки глотки. У слизи много предназначений. Самое элементарное из них - механическая защита эпителия слизистой от повреждающих факторов, попадающих в глотку. Например, микробы, попадая в толщу слизи, теряют активность и даже погибают из-за отсутствия там свободного кислорода. Также известно, что слизистая оболочка глотки, небные миндалины, вырабатывают интерферон, лизоцим, иммуноглобулины, что, по сути является местным иммунитетом. Слизь содержит различные иммунокомпетентные клетки, в частности, лимфоциты.

Пациенты, которые для лечебных, по их мнению, целей полощут глотку, используют различные прижигающие жидкости, наносят большой

вред слизистой оболочке глотки и организму в целом. Воспаленная, сухая, покрытая микротрещинами слизистая глотки не в состоянии защитить организм от проникновения в глубжележащие ткани и кровеносное русло болезнетворных микробов. Это способствует распространению инфекции в организме, нарушениям в иммунной системе, особенно страдает местный иммунитет, способствует возникновению вторичного иммунодефицита.

Все вышесказанное в первую очередь касается агрессивных антисептических растворов (концентрированного перманганата калия, фурацилина), концентрированных растворов соли или даже соды.

В то же время элиминация патогенного возбудителя при полоскании может принести определенную пользу.

Полоскание растворами или же свежими настоями таких трав и растений как мята, ромашка, календула, эвкалипт приводит к купированию явлений воспаления и облегчению симптомов острого фарингита.

В традиционной терапии острых фарингитов издавна использовалось полоскание глотки морской водой.

Терапевтическую (лечебную) ценность морской воды определяют ее физико-химические особенности. При этом ее следует рассматривать как естественный раствор, находящийся в эквilibрированном (уравновешенном) состоянии, то есть когда токсичность отдельных солей погашается присутствием других солей.

В солевом составе морской воды преобладают хлориды, в речной больше карбонатов и органических соединений. Соленый вкус воды зависит от содержания в ней хлористого натрия, иначе поваренной соли, горький вкус формируют хлористый магний, сульфаты натрия, магния.

Недавно появившийся на фармакологическом рынке препарат Аква Марис спрей для горла, сохраняя все положительные свойства морской воды, является гипертоническим раствором воды Адриатического моря. Вследствие этого, препарат оказывает осмотическое и тканевое давление на микрофлору, в результате нарушается функция клеточных мембран, вызывая,

таким образом, гибель патогенных агентов. Помимо гибели патогенных микроорганизмов из-за действия гипертонического раствора на клеточные бактериальные мембраны, препарат оказывает антисептический эффект за счет йода и хлорида натрия. Кроме того, Аква Марис смывает вирусы и бактерии с миндалин и задней стенки глотки.

Следовательно, антибактериальное действие спрея для горла Аква Марис складывается из элиминации микроорганизмов, антисептического действия йода и хлорида натрия и разрушающего осмотического действия гипертонического раствора на клеточные мембраны микроорганизмов. Кроме антибактериального эффекта, спрей для горла Аква Марис увлажняет слизистую оболочку глотки, а также повышает местный иммунитет благодаря стимуляции ретикуляции эпителия крипт и ионами магния и калия.

Роль воспаления в патогенезе острых фарингитов.

Принципы противовоспалительной терапии

Как известно, воспаление является нормальной реакцией слизистой оболочки околоносовых пазух, направленной на уничтожение вирусов и бактерий. Это сложная комплексная местная сосудисто-тканевая защитно-приспособительная реакция целостного организма на действие патогенного раздражителя.

Основными компонентами воспаления являются:

- альтерация с выделением медиаторов
- сосудистая реакция с экссудацией
- пролиферация

После фагоцитоза макрофагом бактериального антигена, происходит его разрушение, сопровождающееся выделением свободных радикалов и повреждение ими тканей.

В ответ на это высвобождаются медиаторы воспаления, в свою очередь вызывающие пролиферацию лейкоцитов, активацию Т-лимфоцитов и дальнейшее усиление воспаления.

К основным медиаторам воспаления (а в настоящий момент их известно более 50) относят гистамин, простагландины, лейкотриены и цитокины. И простагландины и лейкотриены являются конечным продуктом метаболизма фосфолипидов клеточной мембраны. На первом этапе под воздействием фосфолипазы A_2 происходит метаболизм фосфолипидов клеточной мембраны до арахидоновой кислоты. В дальнейшем циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты приводит к образованию простагландинов и тромбксана, а липооксигеназный - к образованию лейкотриенов.

К провоспалительным цитокинам воспаления относятся интерлейкины ($IL_1, IL_3, IL_4, IL_5, IL_6$), фактор некроза опухолей (TNF_6).

Противовоспалительная терапия направлена в первую очередь на блокаду каскада медиаторных реакций, усиливающих воспалительную реакцию. Это ведет к купированию таких основных симптомов воспаления при острых фарингитах как боль, отек, расширение сосудов слизистой оболочки. Поэтому противовоспалительная терапия должна являться неизменным звеном терапии острых фарингитов.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) ингибируют биосинтез простагландинов, угнетают активность циклооксигеназы, угнетают перекисное окисление липидов, влияют на кининовую систему. Все это делает их мощным средством в комплексном лечении острого фарингита.

Нестероидные противовоспалительные средства по механизму своего действия делятся на две группы.

Первая группа - активные ингибиторы синтеза простагландинов (ибупрофен, флурбипрофен, диклофенак). Они наиболее активны при остром воспалении.

Вторая группа - сравнительно слабые ингибиторы синтеза простагландинов (индометацин, пироксикам, фенилбутозан). Эти препараты мало активны при остром воспалении, но весьма эффективны при хроническом.

Естественно, при лечении острых фарингитов предпочтение отдается препаратам первой группы.

Особняком от двух перечисленных групп системных противовоспалительных препаратов стоит фенспирид. Он обладает сильным противовоспалительным действием, которое обусловлено блокадой H_1 -рецепторов и антагонизмом с медиаторами воспаления, снижением выработки провоспалительных веществ (цитокины, TNF_{α} , метаболиты арахидоновой кислоты, свободные радикалы).

Механизм действия фенспирида направлен непосредственно на метаболизм арахидоновой кислоты, что позволяет одновременно блокировать как образование простагландинов, так и лейкотриенов, в отличие от нестероидных противовоспалительных средств, влияющих только на циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты и не препятствующих образованию такого сильного воспалительного медиатора, чем лейкотриены.

Фенспирид, не являясь стероидным противовоспалительным средством, лишен упомянутых выше неблагоприятных побочных механизмов глюкокортикостероидов.

По месту своего приложения, фенспирид разработан специально для слизистых оболочек дыхательных путей, и поэтому при выборе средств системной противовоспалительной терапии острых фарингитов имеет преимущества перед другими противовоспалительными препаратами.

Из противовоспалительных препаратов системного действия в лечении острых фарингитов имеет значение только фенспирид (эриспал). В последние годы он все чаще используется для лечения острых фарингитов.

В противовоспалительной терапии фарингитов чаще используются топические противовоспалительные препараты, преимущественно нестероидные.

Таблица 6.

Противовоспалительные и анальгезирующие свойства НПВП

<p>По силе противовоспалительного действия различные НПВП могут быть расположены в следующей последовательности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>индометацин</i> • <i>флурбипрофен</i> • <i>диклофенак натрия</i> • <i>пироксикам</i> • <i>кетопрофен</i> • <i>напроксен</i> • <i>ибупрофен</i> • <i>амидопирин, аспирин</i> 	<p>По анальгезирующему эффекту НПВП располагаются в несколько иной последовательности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>диклофенак натрия</i> • <i>индометацин</i> • <i>флурбипрофен</i> • <i>амидопирин</i> • <i>пироксикам</i> • <i>тирпрофен</i> • <i>напроксен</i> • <i>ибупрофен</i> • <i>аспирин</i> • <i>кетопрофен</i>
--	---

Флурбипрофен входит в состав препарата Стрепфен, выпускаемого в виде таблеток для рассасывания. Флурбипрофен относится к классу нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Содержание его в одной таблетке составляет 8,75 мг. Результаты исследований четко продемонстрировали, что данная однократная доза флурбипрофена является оптимальной для достижения клинической эффективности при сохранении хорошего профиля безопасности.

Стрепфен рекомендуется применять взрослым и детям старше 12 лет по одной таблетке каждые 3-6 часов. Таблетки необходимо рассасывать в полости рта до полного растворения. Не следует употреблять более пяти таблеток в течение 24 часов. Не следует принимать таблетки более 3-х дней. При рассасывании следует перемещать таблетку по всей полости рта, во избежание повреждения слизистой оболочки в месте рассасывания.

Противовоспалительное действие, а значит и анальгезирующий эффект флурбипрофена наступает через 15 минут и длится не менее трех часов.

Другим препаратом, базирующимся на топическом противовоспалительном действии НПВП является Тантум Верде, выпускаемый в виде жидкости для полоскания или спрея.

В состав Тантум Верде входит НПВП бензидамина гидрохлорид, обладающий не только противовоспалительным действием без раздражающего эффекта, но и анальгезирующим и местноанестезирующим, а также антисептическим.

Для Тантум Верде характерно быстрое болеутоляющее и противовоспалительное действие, улучшение трофики слизистой оболочки, отсутствие системного действия, возможность применения у детей, стариков и беременных, а также применение у больных сахарным диабетом (не содержит сахара). Кратность применения: от 1 до 8 раз в сутки.

К группе топических противовоспалительных препаратов следует отнести и Биопарокс (фузафунгин). Этот антибиотик грибкового происхождения обладает выраженной противовоспалительной активностью за счет подавления деятельности цитокинов (интерлейкина 1, интерлейкина 6, TNF и некоторых других), а также снижения количества свободных радикалов.

Значение антибактериальной терапии

При лечении пациентов с болью в горле в медицинской практике разных стран мира по-прежнему широко применяют антибиотики. В американском руководстве по рациональному применению антибиотиков при остром фарингите у взрослых отмечается, что в США антибиотики назначают примерно 75% взрослых пациентов с острым фарингитом, хотя этиология острого фарингита в большинстве случаев вирусная, и лишь примерно у 5-15% взрослых пациентов заболевание вызвано (β -гемолитическим стрептококком группы А (group A β -hemolytic

streptococcus/GABHS). Только в последнем случае антибиотикотерапия при боли в горле оправдана.

Учитывая чрезвычайную актуальность проблемы повсеместного роста резистентности к антибиотикам, обусловленной прежде всего их широким и нерациональным применением, важность отказа от антибактериальных средств у иммунокомпетентных взрослых пациентов с острым фарингитом без тяжелой коморбидности красной нитью проходит в современных доказательных клинических рекомендациях по ведению пациентов с болью в горле.

Согласно систематическому обзору Кокрановского сотрудничества¹ боль в горле — очень частая причина обращения за медицинской помощью. Однако при этом заболевании ремиссия происходит спонтанно, так что выздоровление не зависит от лечения. Тем не менее при боли в горле и других инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей врачи общей практики, как правило, назначают антибиотики. В отношении применения антибиотиков при боли в горле эксперты Кокрановского сотрудничества пришли к следующим выводам: применение антибиотиков при боли в горле имеет ряд относительных преимуществ, однако абсолютные преимущества их применения при этой патологии умеренные; в развитых странах Запада предупредить возникновение гнойных и негнойных осложнений при боли в горле можно лишь путем назначения антибиотиков большому количеству пациентов, которым они не показаны (высокий показатель NNT²); в развивающихся странах, где частота возникновения, к примеру ревматической лихорадки, выше, показатель NNT при приеме антибиотиков может быть значительно ниже; применение антибиотиков при боли в горле способствует незначительному уменьшению

¹ Кокрановское сотрудничество — международная организация, цель которой — помощь в принятии основанных на достоверной информации решений по вопросам здоровья. Для этого Кокрановское сотрудничество занимается подготовкой, обновлением и обеспечением доступности систематических обзоров о пользе и риске медицинских вмешательств.

² NNT (number needed to treat) — число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного периода, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного.

продолжительности заболевания — в среднем на 1 день в первой половине заболевания (время максимального эффекта) или примерно на 16 ч в целом с учетом всей длительности заболевания.

Чрезвычайно важно учитывать и отношение пациентов к этой проблеме. Установлено, что, во-первых, пациенты в меньшей степени, чем врачи, склонны считать, что такие симптомы, как боль в горле, являются «самоограничивающимися», или, другими словами, характеризуются склонностью к спонтанной (без лечения) ремиссии; во-вторых, пациенты в значительно большей степени по сравнению с врачами склонны считать, что при кашле и боли в горле необходимо применение антибиотиков, которые, по их мнению, способствуют ускорению выздоровления.

Применять антибиотики с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания не следует, в большинстве случаев достаточной бывает адекватная анальгезия. Учитывая высокий риск развития побочных эффектов при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), не рекомендуется применять их рутинно при боли в горле.

Рекомендуется применение симптоматических средств — анальгетиков/антипиретиков, а также домашних средств — полоскания, леденцы, лед и другие отвлекающие методы.

В ряде случаев, при бактериальных фарингитах, возможно назначение местной антибактериальной терапии.

Примечание [M1]: Заменить на
пастилки

В чем преимущества местной антибактериальной терапии
острых фарингитов?

- Непосредственное воздействие на очаг инфекции
- Оптимальная концентрация лекарственного препарата в очаге
- Отсутствие системного воздействия
- Меньший риск селекции резистентных штаммов нормальной микрофлоры

В отличие от антисептиков, количество местных антибактериальных препаратов очень ограничено. Для лечения острых фарингитов может быть использован только местный ингаляционный антибиотик «Биопарокс».

В состав Биопарокса входит уникальный ингредиент – фузафунгин, антибиотик грибкового происхождения, единственный представитель своего класса. Он имеет хорошо адаптированный антибактериальный спектр от грамположительных кокков к более специфическим микроорганизмам – грамотрицательным коккам, грамположительным и грамотрицательным палочкам, анаэробным возбудителям, микоплазмам и даже плесневым грибкам.

Стойкий антибактериальный эффект обеспечивается также активацией интрелейкина-2, что в свою очередь повышает активность натуральных киллеров.

Помимо антибактериального действия, фузафунгин обладает и местным противовоспалительным действием вследствие ограничения продукции свободных радикалов и снижения высвобождения провоспалительных цитокинов.

Благодаря своей сильной местной противовоспалительной активности фузафунгин довольно быстро и эффективно купирует основные симптомы воспаления глотки – боль и дисфагию.

Антисептики в терапии острых фарингитов

Гораздо чаще, чем антибиотики, в терапии острых фарингитов используют химические соединения, обладающие антимикробным действием – антисептики.

Антисептики могут назначаться в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и леденцов для рассасывания. Главными требованиями к наносимым на слизистую оболочку препаратам являются:

- широкий спектр антимикробного действия, желательна включающий противовирусную активность;
- отсутствие токсического эффекта и низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек;
- низкая аллергенность;
- отсутствие раздражающего действия на слизистую.

В таблице 7 представлены основные группы антисептиков, используемых для терапии острых фарингитов.

Таблица 7

Антисептики

СОСТАВ
Бензалкония хлорид
Гекситидин
Дихлорбензил, амилметакрезол
Хлоргексидин

Следует помнить о токсичности хлоргексидина, входящего в состав многих препаратов (антиангин, дринл, себидин, элюдрил) и не допускать их неограниченного бесконтрольного приема пациентами (особенно детьми).

Назначение ряда лекарств ограничивает их высокая аллергенность и раздражающее действие. Сюда относятся препараты, содержащие производные йода (йодиол, йокс, вокадин, повидон–йод), прополис

Примечание [M2]: Заменить на пастилки

(пропосол), сульфаниламиды (бикарминт, ингалипт). Препараты, содержащие растительные антисептики и эфирные масла, эффективны и безвредны, но их назначение противопоказано у пациентов, страдающих аллергией к пыльце растений, а количество лиц с этим заболеванием в некоторых географических зонах составляет до 20% в популяции.

Разумеется, самые эффективные местные препараты не заменят полностью потребности в системном введении антибиотиков при ангине и фарингитах, вызванных бета-гемолитическим стрептококком.

Гексетидин (Гексорал) выпускается как в виде раствора для полоскания, так и аэрозоля. В отличие от хлоргексидина препарат малотоксичен. Он активен в отношении большинства бактерий – возбудителей фарингита и тонзиллита, а также грибов. Помимо антимикробного, гексетидин обладает кровоостанавливающим и анальгезирующим действием, что обосновывает его использование не только после тонзиллэктомии и вскрытия паратонзиллярного абсцесса, но и после обширных операций в глотке (например, операций при синдроме обструктивного апноэ сна и др.). Сочетание упомянутых выше эффектов с дезодорирующим действием препарата выгодно у больных с опухолями верхних дыхательных путей, в частности, получающих лучевую терапию.

Антисептик для слизистых оболочек **октенисепт** обладает, пожалуй, наиболее широким спектром антимикробного действия, охватывающим грамположительные и грамотрицательные бактерии, хламидии, микоплазмы, грибки, простейшие, а также вирусы простого герпеса, гепатита В и ВИЧ. Действие препарата начинается уже через минуту и длится в течение часа. Октенисепт не оказывает токсического действия и не всасывается через неповрежденную слизистую оболочку. Оториноларингологи используют раствор октенисепта, распыляя данный раствор на слизистые оболочки при помощи инсуфлятора. Безусловно, главным недостатком данного препарата является то, что он не выпускается в формах, удобных для самостоятельного

применения, и его использование в основном ограничено пока практикой специализированных отделений.

Среди антисептиков следует упомянуть и биклотимол, производное бифенолов, обладающее бактериостатическим и бактерицидным действием и очень низкой токсичностью. Биклотимол обладает также местным обезболивающими и противовоспалительным эффектом.

Биклотимол выпускается в виде аэрозоля (**Гексаспрей**), а также входит в состав таблеток для рассасывания **Гексализ**, содержащих помимо биклотимола природный антисептик лизоцим.

Для лечения острых фарингитов широко используется препарат **Стрепсилс Плюс** – комбинированный антисептик с аппликационным анальгетиком лидокаином. В качестве антисептика в препарате стрепсилс плюс используется комбинация амилметакрезола и 2,4-Дихлорбензилового спирта.

Антисептики Септолете и Септолете плюс в лечении острых фарингитов

Пастилки **Септолете** содержат хлорид бензалкония, который с 1930 года используется в качестве противомикробного средства широкого спектра действия и является антисептиком из группы четвертичных соединений аммония. Благодаря эмульгационным особенностям он деполаризует цитоплазматическую мембрану микробной клетки, и таким образом увеличивает ее проницаемость и способствует распаду.

Хлорид бензалкония в виде раствора или пастилок часто применяется для лечения инфекций полости рта и глотки.

Как уже было показано выше, анатомические условия в полости рта и глотке крайне неблагоприятны для проникновения антисептика. Микроорганизмы проникают в наиболее глубокие слои слизистой оболочки, в зубные карманы, и, главным образом, в борозды миндалин. Вещества, плохо проникающие в слизистую оболочку, вообще не достигают этих слоев или достигают в слишком малых концентрациях. Благодаря высокой

поверхностной активности хлорид бензалкония быстро проникает даже в недоступные места слизистой, например, в шероховатую поверхность миндалин, что является очень важным при лечении инфекций полости рта и глотки, а также для профилактики вторичных инфекций.

Хлорид бензалкония обладает широким спектром действия. Он эффективен прежде всего в отношении **грамположительных бактерий**, но оказывает также мощное фунгицидное действие на *Candida albicans* и на некоторые липофильные вирусы.

В таблице 8 указаны типичные минимальные подавляющие концентрации хлорида бензалкония. Эти концентрации были определены для отдельных патогенных микроорганизмов, вызывающих инфекции рта и глотки.

Таблица 8

Вид микроорганизма	МПК (мг/мл)	Концентрация хлорида бензалкония в слюне после принятия одной таблетки СЕПТОЛЕТЕ (мг/мл)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1,25-6,25	33,3
<i>Staphylococcus aureus</i>	1,25-4	33,3
<i>Candida albicans</i>	12,5	33,3

Концентрация в слюне рассчитана на основании того, что одна таблетка Септолете (1 мг хлорида бензалкония) растворяется во рту в течение 15 минут. В течение этого времени выделяется 30 мл слюны и, таким образом, после приема 1 таблетки Септолете, концентрация хлорида бензалкония в слюне составляет 33,3 мг/мл. Из таблицы видно, что концентрация хлорида бензалкония в слюне значительно выше, чем МПК для вышеперечисленных микроорганизмов.

Таблетки Септолете являются комбинацией антисептика широкого спектра действия хлорид бензалкония и активных субстанций растительного происхождения эфирных масел мяты перечной и эвкалипта, а также ментола и тимола, которые увеличивают активность антисептика и улучшают его вкус.

Примечание [М3]: Как

Примечание [М4]: Так и грамотрицательных

Пастилки оказывают антисептическое и незначительное анестезирующее действие. Препарат действует непосредственно на микроорганизмы, инфицирующие полость рта и горло, предотвращая распространение инфекции и эффективно снимая орофарингеальное воспаление, оказывает бактерицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, фунгицидное действие на *Candida albicans*. Ментол и эфирное масло мяты перечной действуют в качестве мягкого местноанестезирующего и охлаждающего агента, обладают дезодорирующим эффектом. Тимол оказывает дополнительное антисептическое действие. Эвкалиптовое эфирное масло оказывает противовоспалительное и дезинфицирующее действие, облегчает отделение вязкого секрета, скапливающегося в верхних отделах дыхательных путей.

Пастилки Септолете эффективны при местном лечении легких форм фарингита, так как облегчают симптомы и предотвращают развитие бактериальных суперинфекций.

Каждые 2-3 часа следует рассасывать по одной пастилке. Взрослым рекомендуется принимать 6-8 пастилок в сутки. Детям старше 4 лет рекомендуется принимать 4 пастилки в сутки, а детям старше 10 лет по 6 пастилок в сутки.

Пастилки Септолете не вызывают побочных явлений, если принимаются в рекомендуемых дозах.

Беременные женщины и кормящие грудью матери могут принимать Септолете только по рекомендации врача.

Диабетики должны учитывать, что в каждой пастилке содержится 0,64 г сахара, а Септолете Д – 0,8 г мальтитола, поэтому лучше назначить пастилки Септолете Д.

В состав Септолете Плюс (Septolete Plus) входят:

Примечание [M5]:

Цетилпиридиния хлорид	1 мг
Бензокаин	5 мг

Примечание [М6]: Убрать данный абзац

Пастилки **Септолете плюс** оказывают местное обезболивающее и противомикробное действие. Дезинфицируют ротовую полость и глотку, оказывают местноанестезирующее действие. Антисептик цетилпиридиния хлорид хорошо проникает во все отделы ротовой полости и слизистой оболочки глотки, угнетая рост некоторых бактерий, грибов и вирусов. Бензокаин оказывает местноанестезирующее действие, купируя боль, часто сопровождающую воспалительные процессы в полости рта и глотке. Пастилки **Септолете плюс** не содержат сахара и могут назначаться больным сахарным диабетом.

Взрослым и детям старше 12 лет рекомендуют рассасывать по 1 пастилке каждые 2–3 ч, до 8 пастилок в сутки. Детям в возрасте от 6 до 12 лет рекомендуют рассасывать по 1 пастилке каждые 4 ч, до 4 пастилок в сутки.

Пастилки **Септолете плюс** не рекомендуется принимать перед едой. *Таким образом, в отличие от классических пастилок Септолете, Септолете Плюс обладает, помимо антисептического действия, выраженным анальгезирующим эффектом, купируя боль, являющуюся наиболее выраженным проявлением острого фарингита.*

Топические лизаты в терапии острых фарингитов

Имудон принципиально отличается от всех препаратов, применяющихся для местного лечения фарингита. Он представляет собой поливалентный антигенный комплекс, в состав которого входят лизаты 10 бактерий, а также двух возбудителей грибковых инфекций (*Candida albicans* и *Fusiformis fusiformis*), чаще всего вызывающих воспалительные процессы в полости рта и в глотке. Имудон активирует фагоцитоз, способствует увеличению количества иммунокомпетентных клеток, повышает содержание

лизоцима и секреторного IgA в слюне. Получены данные, свидетельствующие о том, что назначение имудона при остром, а также катаральной, гипертрофической и субатрофической формах хронического фарингита более эффективно, чем традиционные методы лечения, такие как ингаляции щелочных и антибактериальных препаратов, прижигание гранул раствором нитрата серебра и применение других противовоспалительных и анальгезирующих препаратов. При необходимости имудон хорошо сочетается с местными или системными антибиотиками, способствуя сокращению сроков выздоровления и поддержанию местной иммунной защиты, что особенно важно при антибиотикотерапии. Имудон выпускается в форме таблеток для рассасывания.

Биологическая терапия острых фарингитов

Биологическая терапия острых фарингитов, основанная на рациональном использовании комплексных гомеопатических препаратов (Хеель, Германия), несомненно, представляется важным направлением в различных программах лечения данной патологии. Доказанный иммунноопосредованный механизм действия этих средств позволяет на практике осуществить не только чисто симптоматическое лечение, но и способствует оптимизации общей резистентности организма посредством цитокиновой регуляции воспалительного процесса в различных органах и тканях. Важной общей характеристикой такой терапии является практически абсолютная ее безопасность для различных возрастных категорий пациентов, страдающих острым фарингитом.

В качестве «универсального противовирусного средства», как свидетельствует клинический опыт, целесообразно использовать препарат **Энгистол** (сублингвальные таблетки), который назначается параллельно с противоангинозным средством **Ангин – Хель CD** (сублингвальные таблетки) весьма перспективен в патогенетической терапии острых симптомов заболевания. При этом препараты должны приниматься пациентом в режиме

инициирующей терапии, соблюдая возрастные дозировки (для взрослых - 1 табл. под язык через 15 мин. в течение 2 часов - в первый день лечения, в последующие – сохраняется 3-х разовый прием в день). Противовирусную терапию может усилить биологический спрей **Эуфорбиум композитум Назентропфен С**, распыляемый не только интраназально, но и в полости рта (для восстановления защитных функций слизистой задней стенки глотки за счет специфического биостимулирующего эффекта компонента *mucosa nasalis*). Последний – репарационный – аспект биологического лечения острых фарингитов, особенно в устойчивых к терапии случаях, может быть дополнен пратентеральным курсовым введением препарата **Мукоза композитум** (ампулы, на курс –10, в режиме 2 внутримышечные инъекции в неделю). Данное средство возможно применять и способом «питьевых ампул», растворяя 1 ампулу в 1 стакане воды и выпивая весь раствор в течение дня вне еды мелкими глотками, за 8-16 приемов.

Нельзя не отметить также в качестве важного составляющего компонента в комплексной биологической терапии острых фарингитов использование гомеопатических препаратов, относящихся к группе «биологических антибиотиков» - **Эхинацея композитум СН** (ампулы), **Траумель С** (капли, таблетки и ампулы). Первый препарат весьма эффективен при стафилококковых и стрептококковых инфекционных процессах, а второй – проявляет не только антибактериальную активность в отношении *Staph. Aureus*, но и оказывает антимикотическое действие на грибы рода *Candida albicans*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология / В.И.Бабияк, Я.А.Накатис – СПб: Гиппократ, 2005 – Часть 4. Глотка – с.412-445.
2. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита. /А.С.Лопатин // РМЖ, Том 9 № 16-17, 2001 – с.58-61
3. Овчинников А.Ю. Острый и хронический фарингит // Вестн. оторинолар. – 1991 - №4 – с.8-10
4. Соболев И.М. Острые и хронические неспецифические воспалительные заболевания глотки, гортани и трахеи // Руководство по оториноларингологии – Медгиз, 1963 – том 3, глава 9 – с.228-255
5. Фарингит / М.С.Плужников, Н.В. Панова, М.Я.Левин и др. – СПб: Диалог, 2006, - 120 с.
6. Юрьев К.Л. Новый подход к симптоматическому лечению при боли в горле / К.Л. Юрьев // Украинский медицинский часопис - №6 (50) – XI/XII 2005 - стр.65-69.
7. Antibiotics for sore throat. / C.B.Del Mar, P.P.Glasziou, A.B.Spinks / The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD 000023. pub2.
8. Cowan D.L. Acute and chronic infection of the pharynx and tonsils / D.L.Cowan, J.Hibbert /- Scott-Brown's Otolaryngology, Sixth edition – Oxford, 1997 – vol.5 – chapter 4 – p.1-24.
9. Dagnelie C.F. Sore Throat in General Practice. A Diagnostic and Therapeutic Study. / C.F. Dagnelie // Thesis. Rotterdam, 1994.
10. Gwaltney J.M. Pharyngitis. / J.M. Gwaltney // In: Mandell G.L., Bennet J.E., Dolin R., editors, Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th Edition. NY: Churchill Livingstone – 1996, 566–9.

11. Hansaker D.H. Etiology of Infectious Diseases of the Upper Respiratory Tract. / D.H.Hansaker, J.L.Boone // In: Ballenger J.J., Snow J.B., editors, Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. 15th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, 69–83.
12. Bloomington M.N. Acute pharyngitis. / M.N. Bloomington // Institute for Clinical Systems Improvement (SCSI), Institute for Clinical Systems Improvement (2005) - 33 - 50p.
13. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. / Cooper R.J., Hoffman J.R., Bartlett J.G. et al. // American Academy of Family Physicians; American College of Physicians — American Society of Internal Medicine; Centers for Disease Control (2001) *Ann. Intern. Med.*, 134(6): 509—517.
14. Ressel G. Principles of appropriate antibiotic use: Acute pharyngitis. Part IV. *Am. Fam. Physician* / G. Ressel // Centers for Disease Control and Prevention, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, American Academy of Family Physicians, Infectious Diseases Society of America (2001) 64(5): 870-875.
15. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), SIGN Publication – 1999, Number 34, p.23
16. Snow V., Mottur-Pilson C., Cooper R.J., Hoffman J.R.; Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. *Ann. Intern. Med.*, 2001, 134(6): 506-508.
17. van Duijn H., Kuyvenhoven M., Welschen I., den Ouden H., Slootweg A., Verheij T. Patients' and doctors' views on respiratory tract symptoms. *Scand. J. Prim. Health Care* 2002, 20(4): 201-202.