

# Современные подходы к лечению и профилактике воспалительных заболеваний верхних отделов дыхательных путей

В.М.Свистушкин<sup>1</sup>, Д.М.Мустафаев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М.Сеченова Минздрава России;

<sup>2</sup>ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

## Резюме

Воспалительные процессы глотки относятся к наиболее частым причинам обращаемости пациентов к врачам разных специальностей. Клиническая эффективность лечения неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний глотки во многом определяется индивидуальным подходом к терапии и дифференцированным выбором лекарственного средства. Среди препаратов, применяемых в настоящее время для лечения заболеваний глотки, заметная роль принадлежит лекарственным средствам растительного происхождения (например, препарату Тонзилгон Н). Включение препарата в комплексную терапию целесообразно и способствует повышению ее эффективности, сокращению длительности заболевания.

**Ключевые слова:** тонзиллит, фарингит, лечение заболеваний глотки, Тонзилгон Н.

## Modern approaches to the treatment and prevention of inflammatory diseases of the upper respiratory tract

V.M.Svistushekin, D.M.Mustafayev

## Summary

Inflammations of the pharynx are among the most frequent causes of patients complaints to doctors of different specialties. Clinical efficacy of treatment of nonspecific infectious and inflammatory diseases of the pharynx is largely determined by individual approach to therapy and differentiated selection of the medication. Among the drugs currently used to treat diseases of the throat, a prominent role belongs to herbal medicines (eg. drug Tonsilgon N). The inclusion of the drug in the complex therapy is appropriate and enhances its efficiency, reducing the period of disease.

**Key words:** tonsillitis, pharyngitis, treatment of diseases of the pharynx, Tonsilgon N.

## Сведения об авторах

Свистушкин Валерий Михайлович – д-р. мед. наук, проф. клиники и каф. болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М.Сеченова Минздрава России. E-mail: svvt3@yandex.ru

Мустафаев Джаваншир Мамед-оглы – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. клиники оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского. E-mail: mjavansbir@mail.ru

Восенне-зимний период частота воспалительных заболеваний верхних отделов дыхательных путей резко возрастает. Причина – воздействие холода и сырости, приводящее к активизации возбудителей и одновременно вызывающее снижение эффективности защитных механизмов слизистой оболочки дыхательных путей [3, 9].

Современные представления о патогенезе воспаления в области верхних отделов дыхательных путей основаны на определении разных механизмов защиты, препятствующих проникновению возбудителя в толщу слизистой оболочки, колонизации и развитию сначала локального, а затем и диффузного воспалительного процесса. Среди этих механизмов ведущими являются мукоцилиарный барьер и иммунная защита. Существующие методы лечения острых респираторных заболеваний (ОРЗ) предполагают воздействие на разные звенья патологического процесса. В частности, применяющиеся в настоящее время препараты позволяют не только влиять непосредственно на возбудителя инфекции, но и модулировать воспалительный процесс, индуцировать местные и общие иммунные реакции, как специфические, так и неспецифические [3, 4, 22].

Острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к самым распространенным заболеваниям, которые на протяжении многих лет по числу случаев превосходят все другие инфекционные заболевания вместе взятые. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно регистрируется до 1 млрд случаев ОРВИ [3]. В России ежегодно регистрируется более 37 млн случаев ОРВИ [3, 15]. Столь частые заболевания респираторного тракта объясняются многообразием этиологических факторов (насчитывается более 300 возбудителей респираторных инфекций), а также быстротой и легкостью передачи возбу-

дителей (воздушно-капельный путь), их высокой контагиозностью и изменчивостью [9]. Наиболее распространены ОРВИ в детском возрасте. Их доля совместно с гриппом составляет не менее 70% в структуре всей заболеваемости у детей [3, 15].

В России удельный вес ОРВИ в общей структуре заболеваний дыхательной системы составляет 80–90% от всех регистрируемых инфекций. ОРВИ характеризуются высокой заболеваемостью в России: по данным 2010 г., зарегистрировано до 20 тыс. случаев на 100 тыс. населения [17]. Особенно неблагоприятно складывается ситуация в Москве: уровень заболеваемости превышает средние данные по стране в 1,3 раза у взрослых и в 1,4 раза у детей [3, 17]. В осенне-зимний период этот показатель составляет около 10% от общей заболеваемости населения, что в количественном отношении составляет порядка от 800 до 1 тыс. заболевших на 10 тыс. населения в неделю [3, 15].

Высокая заболеваемость ОРВИ приносит большой урон для экономики страны. Суммарные потери внутреннего валового продукта вследствие ОРВИ и ассоциированной с ними временной нетрудоспособности населения достигают 1,32% [3]. Кроме непосредственных затрат на лечение к указанным потерям относятся также потери вследствие нетрудоспособности по ОРВИ, потери по уходу за ребенком одного трудоспособного родителя и потери вследствие нетрудоспособности по острому синуситу [3].

Любая ОРВИ может вызвать осложнения как собственно вирусные, так и возникающие вследствие наложения бактериальной инфекции. Вероятность развития осложнений выше у детей до 3 лет, особенно до 1 года, лиц пожилого возраста, с тяжелой соматической патологией (сахарный диабет) и хроническими нарушениями кровообращения, после перенесенного хирургиче-

ского вмешательства, с иммунодефицитами (ВИЧ, врожденная патология иммунной системы) [15, 16, 19].

Наиболее частыми осложнениями являются острый тонзиллофарингит, постинфекционный риносинусит, острый средний отит и т.д.

### Тонзиллофарингит

Термин «тонзиллофарингит» пришел в отечественную медицину с Запада. В нашей стране принято разделять тонзиллит и фарингит как заболевания, хотя и имеющие сходный этиопатогенез, но значительно различающиеся по клинической картине и тяжести течения. Спектр возбудителей тонзиллита и фарингита отличается чрезвычайном разнообразием. Примерно в 90% случаев возбудителями тонзиллофарингита являются вирусы. Причиной вирусного острого фарингита и тонзиллита могут быть аденовирусы, риновирус, коронавирус, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпштейна–Барр, вирус Коксаки А и др. Гораздо реже встречаются бактериальные возбудители – это стрептококки группы С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского–Плаута–Венсана), крайне редко – микоплазмы и хламидии [1, 15, 16, 18].

Дифференциальный диагноз между вирусными и бактериальными тонзиллофарингитами достаточно труден. Критериями бактериального фарингита, вызванного β-гемолитическим стрептококком группы А, являются лихорадка, воспаление миндалин, увеличение передних шейных лимфатических узлов, отсутствие кашля. Если у пациента присутствуют все 4 критерия, то антибактериальная терапия может назначаться эмпирически до получения результатов бактериологического исследования при наличии эпидемиологических и клинических данных, указывающих на стрептококковую этиологию. Наличие двух или трех из перечисленных критериев + положительный тест на стрептококк группы А являются показанием к назначению антибиотиков.

Необходимо отметить, что наличие респираторных симптомов (кашель, ринит, охриплость и др.), а также сопутствующие конъюнктивит, стоматит или диарея, как правило, указывают на вирусную этиологию острого фарингита [1, 15, 16, 18].

Лечение тонзиллофарингитов вирусной этиологии в основном местное и состоит в исключении раздражающей пищи, назначении ингаляций и пульверизации теплых щелочных растворов. На сегодняшний день существует огромное количество препаратов для местного лечения воспалительных заболеваний глотки [1, 4, 5, 15, 16, 18].

При выраженном болевом синдроме, сопровождающем острый фарингит, системные анальгетики (нестероидные противовоспалительные препараты) часто оказываются малоэффективными и применяются лишь в качестве антипиретиков. Для снятия болевого синдрома в оториноларингологии чаще всего используются ацетилсалициловая кислота, парацетамол, ибупрофен или напроксен, сочетающие в себе как анальгетический, так и антипиретический эффект [1, 10, 15, 16, 18].

Бактериальное поражение верхних отделов дыхательных путей может быть первичным или развиваться как суперинфекция после перенесенной острой вирусной инфекции.

Хотелось бы отметить, что при стрептококковом тонзиллофарингите могут возникать метатонзиллярные заболевания – ревматизм, инфекционно-аллергический миокардит и полиартрит, холецистохолангит, гломерулонефрит. Показано, что в 1/3 случаев ревматическая лихорадка является следствием стрептококкового тонзиллита, протекающего со стертой клинической симптоматикой (удовлетворительное общее состояние, температура тела нормальная или субфеб-

рильная, небольшое чувство першения в глотке, исчезающее через 1–2 дня), когда большинство больных не обращаются за медицинской помощью, а проводят лечение самостоятельно, без применения соответствующих антибиотиков. В этой связи лечение острого процесса необходимо проводить чрезвычайно тщательно под контролем специалиста [17].

В настоящее время общепризнано, что диагноз «стрептококковая ангина» или «стрептококковый фарингит» является показанием для проведения системной антибактериальной терапии. Больные ангиной независимо от тяжести состояния и периода болезни (даже в периоде выздоровления) нуждаются в антибактериальном лечении для предупреждения развития в последующем ревматизма, миокардита, гломерулонефрита [3, 13].

К сожалению, врачи часто «перестраховываются», назначая антибактериальную терапию при отсутствии показаний, при вирусном заболевании. Противомикробные средства системного действия, представленные самыми разнообразными антибиотиками, используются при воспалительных респираторных заболеваниях в течение многих десятилетий. Исследования показали, что более чем в 70% случаев больным, обращающимся в поликлинику по поводу ОРЗ, назначаются системные антибиотики.

Широкое применение системных антибиотиков без должных на то оснований, особенно с использованием неадекватно малых доз и недостаточное по продолжительности, приводит к появлению резистентных к данному антибиотику штаммов возбудителей, воздействие на которых в последующем потребует разработки новых, еще более эффективных антибактериальных средств [14, 21].

Антибиотикорезистентность является глобальной проблемой. Микроорганизмы с новыми механизмами устойчивости к антибиотикам могут легко распространяться между континентами. Мировые лидеры в области здравоохранения уже называют антибиотикорезистентные микроорганизмы «бактериями из ночного кошмара» и указывают, что они представляют «катастрофическую угрозу» для людей в каждой стране мира. Каждый год в Соединенных Штатах Америки, по крайней мере у 2 млн человек причиной заболевания становятся бактерии, устойчивые к одному или более антибиотикам. Примерно 23 тыс. из них умирают вследствие неэффективности лечения. Оценки дополнительных затрат США на лечение антибиотикорезистентных инфекций варьируются, предварительно называется цифра 20 млрд дол. США [23].

Проблема антибиотикорезистентности делает необходимым поиск лекарственных препаратов, с одной стороны обладающих комплексным действием для избежания полипрагмазии при острой респираторной инфекции (ОРИ), с другой – способствующих эффективной профилактике осложнений.

В настоящее время препарат растительного происхождения Тонзилгон® Н («Бионорика СЕ», Германия) успешно применяется при разных инфекционных заболеваниях у детей и взрослых пациентов. Тонзилгон® Н – аллопатический лекарственный растительный препарат комплексного действия для лечения и профилактики ОРИ и воспалительных заболеваний ротоглотки у детей от 1 года и взрослых. У часто болеющих детей препарат Тонзилгон® Н наиболее эффективен при назофарингите, остром и хроническом тонзиллите и фарингите [8, 11, 12, 20].

### Состав

В состав препарата Тонзилгон® Н входят корень алтея, трава одуванчика, хвоща и тысячелистника, цветки ромашки, листья грецкого ореха и кора дуба. Благодаря такому сочетанию препарат оказывает комплексное

действие: местное анальгезирующее/обволакивающее, противовоспалительное, местное антисептическое и иммуномодулирующее.

### Эффективность

Эффективность Тонзилгона Н в терапии ОРИ, в том числе его способность устранять воспаление и боль в горле и повышать иммунитет, была продемонстрирована в исследовании Г.И.Смирновой с участием часто болеющих детей. Были показаны более короткое и легкое течение ОРИ (без интоксикации и осложнений), а также уменьшение числа эпизодов ОРИ в 1,5 раза на фоне терапии Тонзилгоном Н. Иммуномодулирующее действие препарата подтверждено значимым возрастанием концентраций  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферона [20].

В исследовании Т.И.Гаращенко и Е.Ю.Радциг также была подтверждена эффективность препарата в терапии острых заболеваний верхних отделов дыхательных путей и хронического тонзиллита. Исследователи отметили значимое снижение числа рецидивов острых заболеваний и хронического тонзиллита после терапии Тонзилгоном Н [7].

При обострении хронических фарингитов Тонзилгон® Н также эффективно борется с местным воспалением, быстро снижая интенсивность боли в горле и выраженность парестезий (першение, саднение, сухость в горле), и уменьшает частоту рецидивов [2].

Профилактика респираторных заболеваний остается актуальной задачей современной медицины. Методы профилактики основаны на повышении местной и общей резистентности организма [19–21]. Важно учитывать, что эффективное предупреждение воспалительных заболеваний верхних отделов дыхательных путей наряду с методами медикаментозной профилактики возможно только в сочетании с испытанными традиционными средствами: закаливанием, своевременной санацией очагов инфекции и др., а также исключением вредных привычек (курения, алкоголя и др.).

Тонзилгон® Н показал высокую эффективность по защите детей школьного возраста от гриппа и ОРВИ. Так, в период эпидемии из получавших Тонзилгон® Н заболели только 16% детей, тогда как в группе школьников, не получавших профилактику, заболели 58%. Заболеваемость по сравнению с группой детей, не получавших профилактических препаратов, уменьшилась в 3,6 раза [6].

В заключение следует отметить, что при неосложненных респираторных инфекциях предпочтение должно отдаваться средствам местного воздействия на слизистую оболочку верхних отделов дыхательных путей. Однако появление признаков осложнений требует проведения комплексной терапии с использованием адекватного системного антибактериального лечения, а также препаратов, позволяющих воздействовать на разные звенья патологического процесса.

### Список использованной литературы

1. Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А. Иммунологические аспекты хронического тонзиллита. *Вестн. оториноларингологии*. 2013; 4: 4–9.
2. Арефьева Н.А., Васяева А.А. Иммунотерапия при хронических фарингитах: показания, результаты. *РМЖ*. 2010; 18 (30): 1864–9.
3. Беляев А.Л., Слепушкин А.Н. Современное состояние проблем гриппа и острых респираторных заболеваний (ОРЗ). *РЭТ-инфо*. 2004; 4: 29–33.
4. Бобров М.В. Клинико-экономическое обоснование этиотропного лечения респираторных вирусных инфекций. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006.
5. Вялов С.С., Кузнецов В.И. Острые респираторные вирусные инфекции: как лечить и предупреждать эффективно? *Поликлиника*. 2009; 5: 28–31.
6. Гаращенко М.В., Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И. Тонзилгон в сезонной профилактике ОРВИ и их осложнений в организованных детских коллективах. *Вестн. педиатрической фармакологии и нутрициологии*. 2005; 2 (4): 57–9.
7. Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю. Эффективность консервативной терапии хронических тонзиллитов у детей препаратом

Тонзилгон Н. IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство».

8. Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Дьякова Ф.Н. Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом Тонзилгон Н. *Детский доктор*. 2001; 1: 67–9.

9. Евстропов А.Н. Возбудители острых респираторных вирусных инфекций человека. *Клин. антимикробная химиотерапия*. 2001; 3 (1–20).

10. Ершов Ф.И., Касьянова Н.В., Полонский В.О. Возможна ли рациональная фармакотерапия гриппа и других ОРВИ? *Cons. Med. Инфекция и антимикробная терапия*. 2003; 6 (50): 56–9.

11. Климова И.И., Баженов Д.В. Эффективность препарата Тонзилгон Н в лечении детей с хроническим аденоидитом. *Вестн. оториноларингологии*. 2014; 2: 75–8.

12. Кривоносов С.П. Оптимизация лечения респираторных инфекций у детей. Современные возможности фитотерапии на основе концепции фитониринга. *Здоровье Украины*. 2007; 18: 73.

13. Лучихин Л.А., Полякова Т.С. Возможности снижения антибиотического прессинга в ЛОР-практике с использованием иммуномодуляторов. *Вестн. оториноларингологии*. 2004; 5: 49–51.

14. Овчинников Ю.М., Левин А.М., Фитилев С.Б. Местная антибактериальная терапия в лечении острых респираторных заболеваний. *Лечащий врач*. 2000; 4: 74–5.

15. Ратникова Л.И., Стенько Е.А. Новый подход в терапии острых респираторных вирусных инфекций и гриппа. *Поликлиника*. 2009; 2: 70–2.

16. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Овчинников А.Ю. Тонзиллофарингит как одно из клинических проявлений острых респираторных вирусных инфекций. *Cons. Med.* 2005; 10: 824–7.

17. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Оториноларингология. Фармакотерапия без ошибок. Руководство для врачей. Под ред. В.Т.Пальчуна, А.И.Крюкова. М.: Е-нот, 2013.

18. Сидоренко С.В., Гучев И.А. Тонзиллофарингит: вопросы диагностики и антибактериальной терапии. *Cons. Med.* 2004; 6 (4): 120–6.

19. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Место муколитических препаратов в комплексной терапии болезней органов дыхания. *Рос. мед. вестн.* 2001; 2 (4): 9–18.

20. Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей. *Детский доктор*. 2001; 1: 25–9.

21. Туровский А.Б. Роль симптоматической терапии при заболеваниях носа и околоносовых пазух. *Вестн. оториноларингологии*. 2006; 3: 49–52.

22. Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. *U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention*; p. 44.

## Антибактериальная терапия и профилактика обострений хронической обструктивной болезни легких

А.А.Зайцев<sup>1</sup>, А.И.Синопальников<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГКУ Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко Минобороны России;

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва

### Резюме

В публикации рассматриваются современные подходы к антибактериальной терапии и профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Представлены эпидемиология заболевания, этиология обострений, показания к антибактериальной терапии и тактика назначения антибиотиков с учетом современных клинических рекомендаций. Особое внимание уделено вопросам профилактики инфекционных обострений ХОБЛ, в том числе представлены исследования, посвященные анализу профилактической эффективности бактериальных лизатов у больных ХОБЛ.

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, обострение, антибактериальная терапия, профилактика.

### *Antibacterial therapy and prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*

AAZaytsev, AISinopalnikov

### Summary

The article reviews current approaches to antibiotic therapy and prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and presents the epidemiology of the disease, the etiology of exacerbations, indications for antibiotic therapy and tactics antibiotics with current clinical guidelines. Particular attention is paid to the prevention of infectious exacerbations of COPD, including the presented research on the analysis of the prophylactic efficacy of bacterial lysates in patients with COPD.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, exacerbation, antibiotic therapy, prevention.

### Сведения об авторах

Зайцев Андрей Алексеевич – д-р мед. наук, гл. пульмонолог Минобороны России, нач. пульмонологического отд-ния ФГКУ ГВКГ им. Н.Н.Бурденко Минобороны России. E-mail: a-zaitsev@yandex.ru

Синопальников Александр Игоревич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. пульмонологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения ввиду широкой распространенности с отчетливой тенденцией к увеличению числа больных и роста смертности. Так, по данным эпидемиологических исследований, ХОБЛ страдают 4–15% взрослого населения развитых стран [1–4], а ежегодное число умерших достигает 3 млн человек [5]. Кроме всего прочего, ХОБЛ является лидером по величине расходов на ведение больных среди всех заболеваний органов дыхания. Так, в США ежегодные расходы здравоохранения на лечение больных ХОБЛ в 2002 г. составили 18 млрд дол. США, а общий экономический ущерб от заболевания превысил 32 млрд дол. США [6].

### Обострения болезни

Важнейшим фактором, определяющим темпы прогрессирования бронхиальной обструкции, а также качество жизни пациентов с ХОБЛ и величину экономических затрат, является частота обострений заболевания [7–9]. Лица с ХОБЛ переносят от 1 до 4 обострений и более в течение года, при этом в более чем 1/2 случаев требуется лечение в условиях стационара. Стоит отметить, что риск смертности среди пациентов с обострением ХОБЛ, требующих госпитализации, выше по сравнению с амбулаторными больными и увеличивается в случае частых повторных обострений [10–11]. Так, в исследовании J.Soler-Cataluña и соавт. (2005 г.) отмечено, что частые обострения заболевания являются