

Применение топических комбинированных антисептических и анальгезирующих препаратов при лечении фарингита

С.А.Карпищенко, С.В.Баранская✉

ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова Минздрава России. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8

Фарингит является частой патологией верхних дыхательных путей. Рациональное назначение лекарственных препаратов позволяет существенно сократить сроки лечения и предотвратить развитие осложнений. Применение системных антибиотиков в большинстве случаев не требуется. Основано использование топических антимикробных средств. Высокую эффективность показали комбинированные препараты с антисептическим и анальгезирующим действием.

Ключевые слова: фарингит, боль в горле, топические антибактериальные средства.

✉sv-v-b@yandex.ru

Для цитирования: Карпищенко С.А., Баранская С.В. Применение топических комбинированных антисептических и анальгезирующих препаратов при лечении фарингита. Consilium Medicum. 2015; 3: 75–78.

The use of topical antiseptic and analgesic combination drugs for the treatment of pharyngitis

S.A.Karpischenko, S.V.Baranskaya✉

I.P.Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197022, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. L'va Tolstogo, d. 6/8

Pharyngitis is a common pathology of the upper respiratory tract. Rational prescription drugs can significantly reduce the time of treatment and prevent complications. Systemic antibiotics in most cases, not required. Justified the use of topical antimicrobial agents. High efficiency showed a combination of drugs with antiseptic and analgesic action.

Key words: pharyngitis, sore throat, topical antibacterials.

✉sv-v-b@yandex.ru

For citation: Karpischenko S.A., Baranskaya S.V. The use of topical antiseptic and analgesic combination drugs for the treatment of pharyngitis. Consilium Medicum. 2015; 3: 75–78.

Фарингит – полиэтиологическое заболевание глотки, в развитии которого могут принимать участие как инфекционные, так и неинфекционные агенты. В большинстве случаев патология глотки возникает под воздействием микроорганизмов – вирусов, бактерий и грибов. Выделяют острые и хронические формы заболевания [1, 2].

Большинство инфекционных фарингитов имеет вирусную природу, включающую возбудителей гриппа, коронавируса, риновируса, аденовируса, энтеровируса, вирус иммунодефицита человека, вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус и вирус герпеса простого типа [3].

К основным бактериальным микроорганизмам относятся следующие возбудители: *Streptococcus α-haemolyticus*, *β-haemolyticus*, *γ-haemolyticus*; *Staphylococcus aureus*, *coagulase-negative Staphylococci*; *Neisseria* spp.; *Haemophilus* spp.; *Corynebacterium* spp. [2–4]. Из грибковой флоры наиболее часто высеиваются *Candida* и филаментозные грибы. Грибковая этиология фарингита может рассматриваться у иммунокомпрометированных пациентов [5].

Помимо инфекционных агентов причины развития воспалительных процессов в глотке могут быть и неинфекционные. К последним относятся: пыль, газы, пары, метеорологические факторы, радиация, химиотерапия, табачный дым, и многое другое [6].

Фарингит также становится проявлением других заболеваний органов и систем. Очень часто поражение глотки может быть проявлением болезни Кавасаки, синдрома Стивенса–Джонсона, системной красной волчанки, рецидивирующего афтозного стоматита, заболеваний щитовидной железы, злокачественных новообразований, лейкемии [2, 7]. Ярким примером является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), при которой возникает фаринголарингеальный рефлюкс. По данным международного научно обоснованного соглашения (Монреаль,

2005), к взаимосвязанным с ГЭРБ синдромам относятся кашель, ларингит и фарингит рефлюксной природы. При этом изменения слизистой оболочки глотки и гортани в 1,5–2 раза чаще встречаются у пациентов с ГЭРБ, чем у лиц без кислотной агрессии желудочного сока [8].

При фарингите больной жалуется на саднение или боли в глотке, першение, сухость, осиплость, а при осмотре отмечаются гиперемия слизистой всех отделов глотки, скопление вязкой слизи на задней стенке, иногда геморрагического характера. Общие симптомы – слабость, лихорадка, дискомфорт.

Боль в горле при фарингите имеет медицинское и социальное значение. В США в 2007 г. более чем 15 млн амбулаторных пациентов обратились за медицинской помощью с фарингитом [3].

Принципы терапии

Лечение фарингита консервативное. При остром фарингите или обострении хронического, без существенного расстройства общего состояния, достаточно применения симптоматической терапии. Облегчение симптомов, особенно боли, является целью лечения. Симптоматическая терапия включает щадящую диету, согревающие компрессы, ингаляции, полоскание рта и ротоглотки, использование таблеток для рассасывания и спреев. Неосложненный фарингит обычно не требует назначения системных антибактериальных средств, используется топическая антимикробная терапия, в том числе и в качестве монотерапии [1, 9]. Системная антибактериальная терапия показана только при подтвержденной бактериальной этиологии фарингита. Применение антибиотиков оправдано при инфекциях, вызванных β-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), из-за развития вероятных осложнений. Выделяют факторы риска развития инфекций, вызванных

БГСА: сгруппированные коллективы (учебные учреждения, армия), наличие в семье пациентов с хронической ревматической болезнью сердца и гломерулонефритом, наличие у больного не менее 3 из 4 клинических критериев Centor (повышение температуры тела, увеличение и болезненность при пальпации подчелюстных лимфатических узлов, гнойно-экссудативные явления в области глотки, отсутствие кашля) [2]. Риск развития БГСА зависит от возраста и состояния местного иммунитета. Более чем 30% детских фарингитов вызваны БГСА. Пенициллин применяется в качестве антибиотика выбора для лечения фарингита, вызванного БГСА [3].

Основным критерием для назначения системных антимикробных средств должно стать культуральное исследование или проведение тестов, подтверждающих наличие патогенных микроорганизмов в глотке. В настоящее время разработаны экспресс-тесты по определению стрептококковых антигенов.

В качестве обезболивания при фарингите рекомендуется использование ацетилсалициловой кислоты или нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у взрослых и НПВП у детей. Исследования показали, что НПВП облегчают симптомы фарингита лучше, чем ацетаминофен [3].

Местные лекарственные средства

Широко себя зарекомендовали топические препараты для терапии фарингита: полоскания рта и ротоглотки, спреи, аэрозоли, таблетки и пастилки для рассасывания [1]. Наиболее продолжительный эффект наблюдается при использовании местных антисептиков в виде спреев и таблеток для рассасывания по сравнению с полосканием. Преимущества таблеток для рассасывания обусловлены медленным высвобождением компонентов препарата. При этом лекарственное средство на протяжении более длительного времени находится на поверхности слизистой оболочки. Также отмечено, что при использовании таблеток для рассасывания усиливаются слюноотделение и секреция лизоцима, обладающего бактерицидным действием [2].

Топические препараты для терапии фарингитов и синдрома боли в горле содержат большой спектр веществ. К этой группе относятся антисептические средства (хлоргексидин, цетилпиридиния хлорид, бензоксоний, тимол, йод), анестетики (лидокаин, ментол, бензокаин, тетракаин), эфирные масла и антибактериальные вещества (фрамицетин, фюзафюнжин, сульфаниламиды), противовирусные агенты (интерферон) и витамины (аскорбиновая кислота) [1, 2].

Задача местной терапии при фарингите – эрадикация возбудителя и купирование боли. Комбинированный препарат с антисептическим и анальгезирующим действием Септолете® плюс полностью соответствует требованиям, предъявляемым к топическим антимикробным средствам, и является эффективным препаратом при лечении воспалительных заболеваний ротоглотки.

Септолете® плюс содержит в качестве антисептического компонента – цетилпиридиния хлорид и бензокаин в качестве анестетического. Цетилпиридиния хлорид принадлежит к группе четвертичных соединений аммония. Это вещество связывается с поверхностью бактериальных клеток, проникает через нее и соединяется с цитоплазматической мембраной микроорганизмов. Нарушается функция клетки, и происходит ее апоптоз. Цетилпиридиния хлорид обладает широким спектром противомикробного действия. В большей степени противомикробная активность направлена на грамположительные бактерии (*Staphylococcus*). Грамотрицательные микроорганизмы умеренно чувствительны к веществу, некоторые штаммы *Pseudomonas* устойчивы. Противогрибковая активность проявляется в отношении *Candida* и *Saccharomyces*. Цетилпиридиния

хлорид также обладает некоторым противовирусным действием применительно к вирусам с оболочкой. Проведенные исследования подтверждают широкий антисептический спектр цетилпиридиния хлорида и его активность против возбудителей заболеваний полости рта и глотки.

Бензокаин блокирует проводимость нервных импульсов, включая болевые импульсы, таким образом устраняя болевые ощущения. Блокирование проводимости болевых импульсов происходит благодаря снижению проницаемости мембран нервных клеток для ионов натрия.

Данные о фармакокинетике цетилпиридиния хлорида получены из исследований на лабораторных животных. Четвертичные соединения аммония плохо абсорбируются (10–20%), а неабсорбируемая часть в неизменном виде выводится с калом. Местные анестетики, включая бензокаин, плохо растворимы в воде, поэтому абсорбция этой группы веществ минимальна. Усвоенный бензокаин гидролизруется главным образом холинэстеразами и в меньшей степени метаболизируется в печени. Продукты распада выводятся с мочой.

Формы выпуска Септолете® плюс включают в себя спрей и пастилки. Эффективен при лечении инфекций полости рта и глотки (фарингиты, ларингиты), воспалении языка и слизистой оболочки полости рта (стоматиты, гингивиты), простуде и гриппе.

Рандомизированные контролируемые исследования проводились с целью оценки лечебной эффективности продукции Септолете® плюс.

Лекарственная форма в виде спрея испытывалась у пациентов с болью в горле (от умеренной до выраженной) при заболеваниях верхних дыхательных путей, в том числе при тонзиллофарингите. Испытуемые применяли Септолете® плюс в форме спрея на протяжении 5 дней. Оценка эффективности выполнялась с помощью визуальной-аналоговой шкалы, по которой учитывались интенсивность боли в горле, ощущение тяжести, сложности при глотании и ощущение отека в горле. При этом использовались баллы – от 0 до 6, где 0 – отсутствие симптома, 6 – резко выраженное его проявление. Применялась шкала STPI, визуализирующая интенсивность боли на разных временных интервалах от начала применения спрея. По шкале DS оценивалась трудность при глотании на временных интервалах – 15, 30, 45 и 60 мин. Осмотр врача проводился дважды – в 1-е и на 5-е сутки лечения. По данным исследования отмечен хороший результат. На терапию спреем Септолете® плюс ответили 96,9% испытуемых. Купирование боли в горле отмечено после первого использования спрея в 33% случаев, полное излечение к 5-м суткам в 87,5% случаев.

Клинические исследования показали высокую эффективность и хорошую переносимость Септолете® плюс при терапии боли в горле. Анальгетический эффект пастилок Септолете® плюс начинается через 15 мин и длится около 2–3 ч. Полное выздоровление или улучшение симптомов, по данным исследований, наблюдалось в 90–100% случаев при использовании пастилок. Присоединение вторичной инфекции произошло не более чем в 3,8% случаев. Выраженное сокращение числа микроорганизмов отмечено у пациентов, получавших пастилки и спрей Септолете® плюс.

Применение Септолете® плюс с выраженным антимикробным, противогрибковым и противовирусным действием оправдано при лечении воспалительных заболеваний ротоглотки и в качестве обезболивания при фарингите невоспалительного происхождения.

Необоснованная терапия инфекций верхних дыхательных путей, вызванных негемолитическим стрептококком группы А, наиболее частая причина неоправданного использования антибиотиков. Пациенты ожидают не антибиотикотерапии, а облегчения болей, надежности и ин-

формативности проводимого лечения. Именно поэтому врач должен подходить к терапии рационально и применять обоснованный подход при лечении фарингита.

Литература/References

1. Карпищенко С.А., Колесникова О.М. Местное применение нестероидных противовоспалительных препаратов в лечении острого фарингита. *Врач.* 2012; 12: 34–38. / Karpishchenko S.A., Kolesnikova O.M. Mestnoe primeneniye nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov v lechenii ostrogo faringita. *Vrach.* 2012; 12: 34–38. [in Russian]
2. Старостина С.В. Боль в горле: эффективность топической терапии. *РМЖ.* 2014; 9: 666–9. / Starostina S.V. Bol' v gorle: effektivnost' topicheskoi terapii. *RMZh.* 2014; 9: 666–9. [in Russian]
3. Weber R. Pharyngitis. *Prim Care* 2014; 41 (1): 91–8.
4. Почуева Т.В., Ямпольская Е.Е. Особенности микробиологического статуса небных миндалин у детей с сопутствующим кариесом зубов. *Folia otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2014; 20 (3): 104–10. / Pochueva T.V., Iampol'skaia E.E. Osobennosti mikrobiologicheskogo statusa nebykh mindalin u detei s soputstvuiushchim kariesom zubov. *Folia otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2014; 20 (3): 104–10. [in Russian]
5. Карпищенко С.А. и др. Синуситы у детей и подростков после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. *Врач.* 2012; 11: 47–9. / Karpishchenko S.A. i dr. Sinusity u detei i podrostkov posle transplantatsii gemopoeticheskikh stvolovykh kletok. *Vrach.* 2012; 11: 47–9. [in Russian]
6. Профессиональные болезни верхних дыхательных путей и уха. Руководство для врачей. Под ред. В.И.Бабияка и Я.Н.Накатиса. СПб.: Гиппократ, 2009; с. 384–92. / Professional'nye bolezni verkhnikh dykhatel'nykh putei i ukha. *Rukovodstvo dlia vrachei.* Pod red. V.I.Babiiaka i Ya.N.Nakatisa. SPb.: Gippokrat, 2009; s. 384–92. [in Russian]
7. Steed A, Stappenbeck T. Role of viruses and bacteria-virus interactions in autoimmunity. *Curr Opin Immunol* 2014; 31: 102–7.
8. Нестерова К.И. и др. Кислотозависимые заболевания желудочно-кишечного тракта в практике оториноларинголога. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2014; 20 (3): 76–9. / Nesterova K.I. i dr. Kislotozavisimye zabolovaniia zheludochno-kishechnogo trakta v praktike otorinolaringologa. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2014; 20 (3): 76–9. [in Russian]
9. Kapse A. Pharyngitis: Certain clinic-pictorial differentiators. *Indian Academy of Pediatrics* 2013; 5 (4): 198–203.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Карпищенко Сергей Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии с клиникой ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. И.П.Павлова

Баранская Светлана Валерьевна – клин. ординатор каф. оториноларингологии с клиникой ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. И.П.Павлова. E-mail: sv-v-b@yandex.ru