

Местное лечение острого фарингита у детей

А.А.Васина

Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

Боль в горле – одна из наиболее частых причин обращения к врачу. Этот симптом сопровождает до 80% острых и обострений хронических респираторных заболеваний. Факторами риска их развития у детей следует считать не только болезнетворные микроорганизмы и воздействие внешней среды, но и иммунодефицитные состояния, проявляющиеся несформированностью системы неспецифической фагоцитарной защиты, незрелостью гуморального ответа, обеспечивающих противовирусную защиту, высоким уровнем аллергологической реактивности организма и выраженной недостаточностью местного иммунитета слизистых оболочек.

Распространенность

По данным разных авторов, острый фарингит составляет порядка 6% всех посещений педиатра [1]. При этом симптом боли в горле может являться доминирующей проблемой, неизбежно отражаясь на качестве жизни ребенка [2]. Дети наиболее подвержены респираторным заболеваниям, они вдвое чаще страдают от боли в горле. Высокая частота заболеваемости связана с длительным пребыванием ребенка в организованном коллективе – детском саду или школе, т.е. в условиях, где важную роль играет теснота контакта. Немалое значение имеет ухудшение экологической обстановки, особенно в больших городах. Ослабление организма, переохлаждение, наличие хронических очагов инфекции (кариес) – факторы, которые также способствуют возникновению респираторных заболеваний.

Этиология

В большинстве случаев острые фарингиты вызваны вирусами, поражающими слизистую оболочку верхних дыхательных путей (до 70%), наиболее типичными из которых являются рино-, корона- и аденовирусы [3, 4]. Основным бактериальным агентом, вызывающим острый фарингит, является β-гемолитический стрептококк группы А, который обнаруживают в 15% случаев [3, 4]. Необходимо помнить, что острый фарингит может быть аллергической природы, быть вызван травмами (попадание инородного тела или хирургические вмешательства), воздействием раздражающих факторов (термических, химических, лучевых), а также может встречаться при системных заболеваниях и разных детских инфекциях (корь, краснуха, скарлатина) [5].

Клиническая картина и диагностика

Воспалительные процессы в глотке подразделяются в зависимости от их преимущественной локализации. Однако это деление весьма условно, особенно при остром фарингите, ввиду того что острые вирусные и бактериальные инфекции диффузно поражают слизистую оболочку верхних дыхательных путей. Слизистая оболочка глотки имеет большое число нервных окончаний, вследствие чего боль в горле сопровождается многочисленными проявлениями: ощущением сухости, инородного тела, дискомфортом. Наиболее частые жалобы при фарингите – боль в горле при глотании (причем глотание слюны обычно более болезненно, чем глотание пищи), першение, боль и зуд в ушах [6].

Острые воспалительные процессы слизистой оболочки глотки носят катаральный и гипертрофический характер. Диагноз фарингита ставят на основании данных фарингоскопической картины. При осмотре

Рис. 1. Фарингоскопическая картина острого стрептококкового тонзиллита.



Рис. 2. Фарингоскопическая картина острого тонзиллофарингита. Налеты на миндалинах отсутствуют.



Рис. 3. Фарингоскопическая картина обострения хронического тонзиллита. Отмечается выраженная гиперемия и инфильтрация небных дужек.



определяются гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные для ан-

гны признаки воспаления небных миндалин (рис. 1–3). При остром фарингите, не сопровождающемся выраженными расстройствами общего состояния, бывает достаточно симптоматического лечения, включающего щадящую диету (пища должна быть комнатной температуры, из рациона исключается кислое, соленое, копченое), ограниченный голосовой режим (не рекомендуется разговаривать даже шепотом, больше молчать), горячие ножные ванны, согревающие компрессы на переднюю поверхность шеи, полоскание горла растворами антисептиков.

Принципы назначения терапии

Оптимизация лечения заболеваний, сопровождающихся болью в горле у детей, – одна из основных задач врача. В настоящее время на рынке представлено немало схем лечения боли в горле у детей, и перед врачом встает вопрос выбора оптимального препарата.

Рациональная антибактериальная терапия предусматривает назначение препарата с целью максимально быстрого клинического и бактериологического выздоровления. К препарату, который назначается эмпирически, предъявляются определенные требования:

1. Спектр действия препарата должен соответствовать вероятному возбудителю инфекции.
2. Препарат должен преодолевать возможно имеющиеся у микроорганизма механизмы резистентности.
3. Должен создавать максимальную концентрацию в очаге инфекции.

Назначение системных антибиотиков при остром фарингите показано только при инфекции, вызванной β-гемолитическим стрептококком группы А. Результаты многочисленных исследований, основанных на принципах доказательной медицины, свидетельствуют о необходимости избегать применения антибиотиков при терапии острых фарингитов нестрептококковой этиологии [7, 8]. Тем не менее, несмотря на некоторое снижение частоты применения антибиотиков по поводу острого фарингита в последние годы, их продолжают назначать (45–60% наблюдений) [9, 10]. Более того, системные антибиотики при фарингите, в том числе и вирусной этиологии, используют именно для купирования боли в горле, а не с целью эрадикации возбудителя [11]. Как следствие, необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию резистентности к антибиотикам, а также возникновению нежелательных реакций на лекарство.

У 90% пациентов симптоматика купируется в течение 5–7 дней независимо от приема антибактериальных препаратов, но следует отметить, насколько негативное воздействие оказывает боль в горле на маленьких пациентов и как трудно ребенку переносить эти ощущения по сравнению со взрослым человеком. Таким образом, ощущение боли в горле у детей требует назначения симптоматической терапии, обеспечивающей купирование основной симптоматики и улучшающей качество жизни ребенка.

Выбор лекарственных форм

На фармацевтическом рынке представлен широкий выбор средств для местного лечения воспалительных заболеваний глотки, которые в зависимости от лекарственной формы можно разделить на 3 группы: растворы для полоскания, аэрозоли, таблетки для рассасывания. Существуют работы, свидетельствующие о преимуществах использования таблеток для рассасывания над лекарственным аэрозолем и раствором для полоскания [12]. По данным гамма-сцинтиграфии, лекарственное вещество, помеченное радиоизотопом, дольше сохраняется на слизистой оболочке глотки и полости рта при использовании таблетки для рассасывания, чем при применении аэрозоля и особенно раствора для полоскания. Кроме того, площадь эффективного воздействия препарата и его концентрация достигают максимальных значений именно при использовании таблеток для рассасывания [12].

Такая лекарственная форма является оптимальной для использования в детском возрасте и, кроме того, обладает рядом преимуществ:

1. Увеличение слюноотделения при рассасывании таблетки обеспечивает смягчающий и успокаивающий эффект в очаге воспаления, способствует смыванию патогенных микроорганизмов с поверхности слизистой оболочки.
2. Со слюной выделяется лизоцим – природный антисептик, обладающий, помимо активности в отношении грамположительных, грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов, иммуномодулирующим действием.
3. Растворение таблетки в ротовой полости происходит постепенно, что обеспечивает длительное воздействие на очаг воспаления, в том числе на труднодоступные участки.

Доставка активного компонента непосредственно в очаг воспаления обеспечивает быстрый эффект.

Септолете® Нео

В педиатрической практике необходимо учитывать особенности действия препаратов на растущий организм и выбирать самые безопасные и высокоэффективные. В настоящее время прослеживается тенденция к преимущественному использованию антисептических препаратов для лечения воспалительных заболеваний полости рта и глотки.

Септолете® Нео – один из препаратов для лечения острого тонзиллофарингита. Основным действующим веществом данного препарата является цетилпиридиния хлорид, антисептик из группы четвертичных аммониевых соединений. Он работает как катионный детергент. Ионы аммония проникают через поверхность бактериальной клетки и связываются с микробной цитоплазматической мембраной. После чего цитоплазматическая мембрана становится проницаема для низкомолекулярных компонентов, в частности ионов калия. Затем компоненты четвертичного аммония проникают в бактериальную клетку, вызывая окончательное разрушение ее функций, что приводит к гибели клетки.

Цетилпиридиния хлорид проявляет бактерицидное действие в отношении грамположительных и грамотрицательных возбудителей, а также противовирусный и противогрибковый эффекты. Пастилки Септолете® Нео содержат 1,2 мг действующего вещества. Показаниями к их применению являются:

- инфекционно-воспалительные заболевания ротоглотки – острый процесс и обострение хронического фарингита, ларингита, тонзиллита, сопровождающиеся зудом, першением, болью в горле, осиплостью;
- воспаление десен и слизистой оболочки полости рта – стоматит, гингивит.

Способ применения Септолете® Нео: 1 пастилку медленно рассасывать в полости рта каждые 2–3 ч. Детям старше 4 лет рекомендуется принимать по 4 пастилки в день, детям старше 10 лет – по 6 пастилок в день. Взрослым и детям старше 12 лет рекомендован прием 8 пастилок в день.

Помимо выраженного антисептического действия Септолете® Нео представлен в 3 наиболее популярных у детей вкусах – черешневом, лимонном и яблочном – и с удовольствием принимается маленькими пациентами. Таким образом, препарат Септолете® Нео может быть рекомендован в качестве симптоматической терапии острого тонзиллофарингита для детей старше 4 лет.

Литература

1. Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю., Котова Е.Н., Ермилова Н.В. Местная терапия воспалительной патологии гортаноглотки у детей. *Вестн. оториноларингол.* 2010; 2: 63–5.
2. Гаращенко Т.И., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОР-заболеваний в детском возрасте. *Детская ото-*

- риноларингология: Рук-во для врачей. Т. II. Под ред. МР.Богомилского, ВР.Чистяковой. М.: Медицина, 2005; с. 275–317.
3. Boccazzi A, Garotta M, Pontari S, Agostoni CV. Streptococcal tonsillopharyngitis: clinical vs. microbiological diagnosis. *Infez Med* 2011; 19 (2): 100–5.
4. Vranjes Z, Katic V, Vinter-Repalust N et al. Acute infections of the upper respiratory tract – factors that contribute to diagnosis and antibiotic prescription decisions. *Acta Med Croatica* 2007; 61 (1): 83–90.
5. Отавагин ИВ, Соколов НС. Современные аспекты диагностики инфекций, вызванных стрептококками группы А. *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотерапия*. 2011; 13 (3): 223–30.
6. Park SY, Gerber MA, Tanz RR et al. Clinicians management of children and adolescent with acute pharyngitis. *Pediatrics* 2006; 117 (6): 1871–8.
7. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM. Practice guideline for diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis* 2002; 35 (2): 113–25.
8. Carapetis JR, Steer AC et al. The global burden of group A streptococcus disease. *Lancet Infect Dis* 2005; 5: 685–94.
9. Zaotis T, Attia M, Gross R, Klein J. The role of group C and group G streptococci in acute pharyngitis in children. *Clin Microb Infect* 2004; 10 (1): 37–40.
10. Солдатский ЮЛ, Онуфриева ЕК, Гаспарян С.Ф. и др. Выбор оптимального средства для местного лечения фарингита у детей. *Вопр. соврем. педиатрии*. 2012; 11 (2): 94–7.
11. Ochoa Sangrador C, Vilela Fernandez M, Cueto Baelo M et al. Appropriateness of treatment of acute pharyngotonsillitis according to the scientific evidence. *Ann Pediatr (Barc)* 2003; 59 (1): 31–40.
12. Portier H, Grappin M, Chavanet P. New strategies for angina case management in France. *Bull Acad Natl Med* 2003; 187 (6): 1107–16.
13. Поляков Д.П. Принципы антибактериальной терапии стрептококкового тонзиллофарингита. *Вопр. соврем. педиатрии*. 2014; 13 (3): 83–8.
14. Егорова ОА. Значимость местных противовоспалительных препаратов при лечении заболеваний ЛОР-органов. *Cons. Med.* 2013; 15 (3): 114–8.

Показания к назначению иммуномодуляторов в практической оториноларингологии

Л.В.Луцс
ФГБУ ГНЦ Институт иммунологии ФМБА России, Москва

Несмотря на многочисленные публикации и дискуссии о роли иммуномодуляторов в комплексном лечении разных соматических заболеваний, многие вопросы клинического использования иммуномодулирующей терапии в общеклинической практике остаются нерешенными. Практическому врачу, в том числе оториноларингологу, назначая иммуномодуляторы, прежде всего необходимо четко представлять, что такое иммуностропная терапия, что такое иммуномодуляторы, какие существуют показания и противопоказания к их назначению.

Имуностропная терапия – это метод лечения, направленный на уменьшение или устранение клинических признаков, обусловленных нарушениями в системе иммунитета, и регуляцию дисфункции иммунной системы.

Различают специфические и неспецифические методы регуляции иммунной системы. Специфические методы регуляции иммунных реакций, в частности вакцинация, введение специфических иммуноглобулинов и сывороток и др., направлены на регуляцию иммунного ответа только в отношении определенного антигена и/или конкретных групп антигенов. Для неспецифической регуляции иммунных реакций наиболее часто используется терапия иммуномодуляторами.

Роль иммунных реакций в механизмах развития болезни, особенностях их клинического течения, адекватности ответа на стандартную терапию и прогнозе болезни совершенно очевидна [1].

Иммунная недостаточность (ИН) подразумевает дефицит способности распознавать, элиминировать из внутренней среды организма и запоминать агенты чужеродной генетической природы, прежде всего инфекционные, и имеет важное значение в развитии повышенной восприимчивости к инфекциям и другим иммунопатологическим состояниям.

Среди иммунодефицитных состояний выделяют первичные и вторичные. **Вторичная ИН (ВИН)**, в отличие от первичной, характеризуется расстройством функционирования иммунной системы, не связанным

с генетическими дефектами, и развивается у детей в постнатальном периоде или у взрослых. Важнейший признак ВИН – повышенная инфекционная заболеваемость. **Клинические признаки ВИН:** хронические вялотекущие, рецидивирующие, инфекционно-воспалительные процессы любой этиологии (вирусы, грибы, бактерии) и локализации (ЛОР-органы и бронхолегочная система, желудочно-кишечный, урогенитальный тракт, кожа и др.), торпидность к проводимой этиотропной терапии и др. [2].

Однако необходимо учитывать, что сезонные колебания температуры, влажности, атмосферного давления также могут оказывать влияние на особенности клинического течения заболеваний и частоту обострений. Например, осеннее похолодание непосредственно связано со снижением влажности в отапливаемых помещениях, что способствует высушиванию слизистых оболочек, снижает их защитные функции в борьбе с инфекцией и способствует всплеску острых респираторных заболеваний в этот период. В таких случаях нужна не иммуностропная терапия, а проведение соответствующих профилактических мероприятий по снижению негативного влияния факторов внешней среды и связанной с этим заболеваемости.

В терминологии и тактике ведения пациентов с ВИН существует множество мифов, разногласий и разночтений, что является причиной назначения неадекватной терапии и отсутствия желаемого клинического эффекта.

1-й миф, самый распространенный: ВИН встречается часто, и необходимо всем заболевшим назначать иммуномодуляторы и иммуностимуляторы. Это глубокое заблуждение, и связано оно с проблемой гипердиагностики ВИН.

Основные причины гипердиагностики ВИН:

- Неадекватная терапия основного заболевания и сопутствующей патологии.
- Неадекватная оценка иммунологических показателей.