

А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, **Г.Н. ИЗОТОВА**, к.б.н., **А.Ф. ЗАХАРОВА**, к.м.н., **П.Л. ЧУМАКОВ**,
ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ДВУСТОРОННЮЮ ТОНЗИЛЛЭКТОМИЮ

В статье проанализированы причины низкого уровня направления пациентов с различными формами хронического тонзиллита врачами амбулаторно-поликлинического звена на хирургическое лечение. Приведены механизмы действия и показана эффективность современного препарата из группы местных антисептиков Нео-ангина® при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и глотки, а также у пациентов после перенесенной тонзиллэктомии.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, классификация хронического тонзиллита, β-гемолитический стрептококк группы А, хирургическое лечение, местные антисептики, Нео-ангин®

Хронический тонзиллит (ХТ) продолжает оставаться одним из самых распространенных заболеваний в оториноларингологии, причем проблема ХТ актуальна как среди взрослой возрастной группы, так и среди детей. Заболеваемость ХТ у детей в возрасте 3 лет составляет 2–3%, а к 12 годам достигает 12–15%. Особенно высокая заболеваемость ХТ наблюдается в группе часто и длительно болеющих детей, где каждый второй ребенок страдает этим заболеванием. Среди взрослых на долю ХТ приходится 24,8–35,0% всех болезней лор-органов [1].

По единодушному мнению современных авторов, основным этиологическим фактором в развитии ХТ и его осложнений до настоящего времени остается β-гемолитический стрептококк группы А. По данным зарубежных и отечественных исследователей, в этиологии ХТ его доля составляет у детей 30%, у взрослых – 10–15%; значительно реже встречаются стрептококки серологических групп С и G. Накоплено немало данных о частой связи двух факторов при ХТ – стрептококковой инфекции и предрасположенности к ней. Действительно, в семьях больных ХТ отмечается более высокая частота носительства стрептококковой инфекции и распространенности ХТ, чем в популяции [2].

Далее по частоте встречаемости следуют золотистый стафилококк, гемолитический стафилококк и облигатно-анаэробные микроорганизмы. Отдельного внимания заслуживают также внутриклеточные и мембранные паразиты – хламидии и микоплазмы, также нередко выявляемые при ХТ.

На сегодняшний день подтверждена ведущая роль ХТ в развитии заболеваний других органов и систем. Наиболее выраженные изменения в организме наблюдаются при ХТ токсико-аллергической формы (ТАФ). Они обусловлены воздействием нервно-рефлекторного, бактериемического, токсинемического и аллергического факторов. На этом фоне определяется дисбаланс в иммунном статусе – перераспределение в содержании Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций, появление цирку-

лирующих иммунных комплексов, сенсбилизация гранулоцитов к бактериальным аллергенам. Циркулирующие иммунные комплексы (антиген – антитело) обладают хемотаксической активностью и повышают протеолитическую способность ферментов макрофагов, что приводит к лизису ткани миндалин, денатурации тканевых белков, которые в результате приобретают антигенные свойства и, попадая в кровь, вызывают образование аутоантител. Таким образом, небные миндалины (НМ) становятся местом перманентной сенсбилизации замедленного типа к антигенам стрептококка – микрофлоры, наиболее часто вегетирующей в их лакунах.

ХТ играет определенную роль в возникновении и течении коллагеновых заболеваний (системная красная волчанка, склеродермия, геморрагический васкулит, узелковый периартрит, дерматомиозит, полиартрит, гломерулонефрит). Доказана сходная антигенная структура некоторых коллагенозов и ХТ, например, геморрагический васкулит и ХТ имеют общие антигенные структуры [3].

По свидетельству многих современных исследований, общие сопряженные с ХТ заболевания в настоящее время протекают субклинически, что обуславливает выявление этих состояний только в декомпенсированную стадию [4]. Необходимо отметить, что органы сердечно-сосудистой, мочевыделительной и костно-мышечной систем наиболее часто становятся мишенями иммунокомпетентного воспаления, сформировавшегося в НМ. Это является следствием сходного антигенного строения основного возбудителя ХТ – β-гемолитического стрептококка группы А – и молекулярной структуры белков соединительной ткани, клубочков почек, мио- и эндокарда [5].

Следует отметить, что во многом именно с биологическими свойствами, присущими данному возбудителю, связаны особенности клинической картины, наблюдаемой у каждого конкретного пациента. Именно эти клинические признаки, наиболее часто наблюдаемые при хронической тонзиллярной патологии, были учтены и описаны в классификации ХТ Б.С. Преображенского – В.Т. Пальчуна [6]. Выделяют простую форму ХТ, характеризующуюся местными признаками в ротоглотке, – ТАФ I, отличительной чертой которой является проявление токсического воздействия на организм больного антиге-

нов возбудителей, и ТАФ II – форму с развитием осложнений местного (паратонзиллит, парафарингит) или системного характера (острая ревматическая лихорадка, гломерулонефрит).

Классификация содержит научно обоснованные диагностические критерии для установления различных степеней ТАФ ХТ. Несмотря на это, некоторые врачи рассматривают данные признаки как необязательные и, следовательно, предполагают возможность дальнейшего консервативного лечения данной патологии, пренебрегая при этом необходимостью проведения радикального хирургического лечения – тонзиллэктомии, направленной на элиминацию хронического очага инфекции и тем самым устранение постоянной интоксикации организма и предотвращение развития грозных осложнений [7].

Начиная с 2004 г. по поручению Департамента здравоохранения г. Москвы коллективом нашего центра проводится исследование состояния поликлинической лор-службы города. Сотрудниками отдела эпидемиологии и научного прогнозирования проведено анкетирование врачей-оториноларингологов амбулаторно-поликлинического звена. В анкетировании приняли участие 230 врачей-оториноларингологов из 126 поликлиник города и 3 консультативно-диагностических центров (КДЦ). Основными вопросами анкеты были жалобы пациента, анамнез заболевания, форма ХТ и характер проводимого обследования и лечения. Всего проанализировано 2 100 заполненных врачами-оториноларингологами анкет пациентов в возрасте старше 14 лет. В результате проведенного анализа выявлено, что из всего арсенала применяемых санационных мероприятий в поликлиниках города наибольшее распространение при всех формах ХТ имеет промывание лакун НМ (в 99% случаев при ХТ ТАФ I, в 53,89% – при простой форме ХТ и в 49,35% – при ХТ ТАФ II), а также полоскание горла растворами антисептиков (в 68,71% случаев при простой форме, в 66,73% – при ТАФ I форме и в 41,88% – при ТАФ II). Хирургическое лечение этим пациентам рекомендуют недопустимо редко: в 17,5% случаев пациентам с ХТ ТАФ I и 36,8% – пациентам с ХТ ТАФ II (рис. 1).

При обострении ХТ наиболее распространенными антибактериальными препаратами, назначаемыми больным, по результатам анкетирования врачей-оториноларингологов являются защищенные и незащищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения и макролиды, что соответствует спектру чувствительности вышеуказанных препаратов в отношении β-гемолитического стрептококка группы А [8].

Одной из причин столь низкого уровня направления пациентов на хирургическое лечение при объективных к нему показаниях является длительное нахождение пациентов на диспансерном учете. Нами выявлено, что более 50% пациентов имеют несанированный очаг инфекции на протяжении 2 и более лет (от 2 до 4 лет – 24,9%, более 4 лет – 34,19%), что является показателем слабого проведения диспансеризации.

Другой немаловажной причиной является боязнь пациентов хирургического лечения, а именно возникновения выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде. В этом случае, безусловно, именно от врача амбулаторно-поликлинической практики требуется определенная разъяснительная работа с пациентом о необходимости хирургиче-

НЕО-АНГИН® – эксперт по боли в горле

НЕО-АНГИН® представлен в 3-х формах



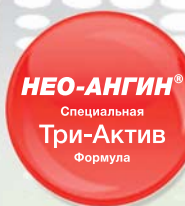
НЕО-АНГИН®
Вишневые
Без сахара № 24

НЕО-АНГИН®
Без сахара № 16

НЕО-АНГИН®
Классический № 24

- ✓ **Быстро избавляет от боли в горле, сокращая продолжительность заболевания**
 - В течение 24 часов после начала лечения, 85 % пациентов отмечают отсутствие боли в горле или проблем при глотании¹
- ✓ **Борется с инфекцией**
 - Уменьшает количество патогенных микроорганизмов (бактерии, грибы) в ротовой полости²
 - Оказывает противовирусное действие против многих респираторных вирусов³
- ✓ **Снимает воспаление**
 - Ингибирует синтез медиаторов воспаления и боли⁴
- ✓ **Без сахара – может применяться при сахарном диабете**
- ✓ **Улучшенные вкусовые качества НЕО-АНГИНА® Вишня**

Активные ингредиенты НЕО-АНГИНА® объединены в уникальную «Три-Актив» формулу



Применяется:

У ДЕТЕЙ старше 6-ти лет и взрослых
1 таблетка каждые 2-3 часа
Максимальная суточная доза – 8 таблеток

Состав:

2,4 – дихлорбензиловый спирт (1,2 мг)
Амилметакрезол (0,6 мг)
Левоментол (в формах без сахара - 5,72 мг в форме с сахаром - 5,9 мг)

1. Изучение скорости наступления эффекта и переносимости Neo-ангина без сахара у пациентов с неосложненными формами простудных заболеваний. (Берлин Март 2006)
2. Всестороннее доказательство эффективности препарата для лечения заболеваний горла Rainer H. Bubenzler Nr. 5 / 03.02.2005 145. Jahrgang I Deutsche Apotheker Zeitung 1624 | 114
3. Ин-витро противовирусная активность Neo-ангина против панели 15 респираторных вирусов (18 Февраля 2009)
4. Ин-витро противовоспалительное действие ингредиентов Neo-ангина (25 Марта 2008) Германия

www.neo-angin.ru

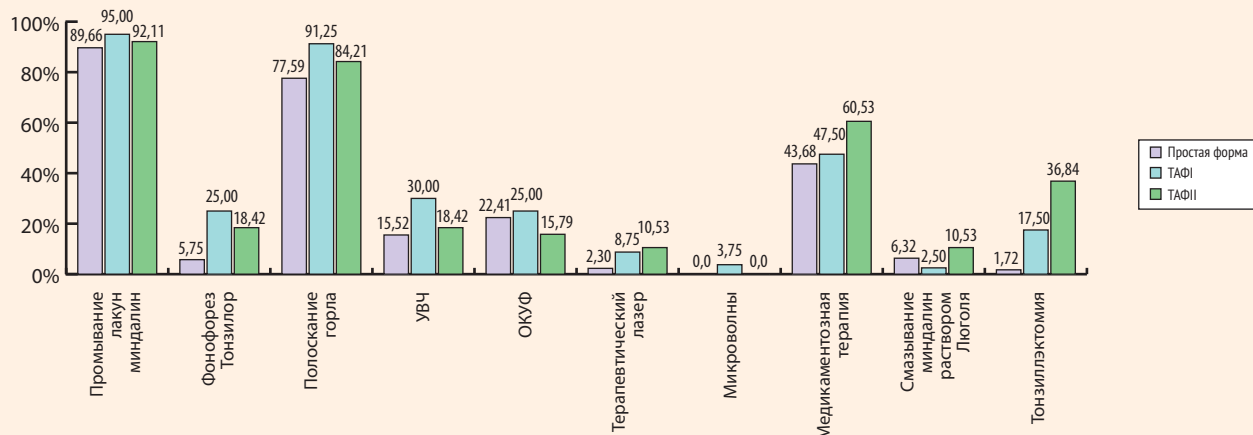
«МКМ Кластерфрау Фертрибс ГмбХ» Германия
(Представительство в России ООО «ЭмСиЭл-фарма»),
117246, Москва, Научный проезд, д. 8, стр.1, тел. (495) 332-34-30



Реклама. Рег. уд.: П № 013046/02, П № 013046/02, П № 013046/01

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Рисунок 1. Лечебные мероприятия, выполняемые при лечении хронического тонзиллита в поликлиниках Москвы (сравнение в процентах)



ского лечения, особенностях послеоперационного течения и о возможных рисках прогрессирования заболевания в случае отказа от предложенной операции.

Для купирования болевого синдрома и профилактики местных воспалительных осложнений в послеоперационном периоде после тонзиллэктомии назначаются местные анальгетирующие, антисептические препараты.

Установлено, что современный препарат из группы местных антисептиков Нео-ангин® обладает антисептическим и местным анальгезирующим действием вследствие комбинации трех активных компонентов: 2,4-дихлорбензилового спирта, амилметакрезола и левоментола. Антисептики активны в отношении патогенных микроорганизмов: стафилококков, пневмококков, фузобактерий, и особенно *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Branhamella catarrhalis*, инфицирующих слизистую оболочку полости рта и глотки. Основной эффект 2,4-дихлорбензилового спирта и амилметакрезола обусловлен активностью на поверхности слизистой, оба вещества взаимодействуют с липидами клеточных мембран, что объясняет эффективность против бактерий и грибов. Левоментол дополняет действие двух других активных веществ, оказывая анестезирующий эффект, основанный на стимуляции холодовых рецепторов слизистой оболочки.

Имея в составе три активных компонента, препарат Нео-ангин® используется для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и глотки, а также у пациентов после перенесенной тонзиллэктомии. Активные компоненты препарата вызывают местный антисептический и местный анальгезирующий эффект по мере медленного рассасывания таблетки во рту. Адгезия активных компонентов к слизистой способствует пролонгированию действия на слизистую оболочку полости рта и глотки.

Таким образом, из вышесказанного можно сделать следующие выводы:

- пациенты с ХТ на амбулаторно-поликлиническом уровне крайне редко направляются на хирургическое лечение (двустороннюю тонзиллэктомию) вследствие длительного нахождения пациентов на диспансерном учете, а также из-за отсутствия проведения должной разъяснительной работы с пациентами врачами-оториноларингологами поликлиник;
- для купирования болевого синдрома и профилактики местных воспалительных заболеваний пациентам, перенесшим двустороннюю тонзиллэктомию, эффективно назначение препаратов, которые обладают антисептическим и местным анальгезирующим действием. Всем этим требованиям удовлетворяет препарат из группы антисептиков Нео-ангин®.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гуров А.В., Мужичкова А.В., Набиева Т.Т. Клинико-иммунологическое обоснование применения бактериальных лизатов оториноларингологии. *Вестник оториноларингологии*, 2012, 2: 102-103.
2. Крюков А.И., Изотова Г.Н., Захарова А.Ф., Чумаков П.Л., Киселева О.А. Актуальность проблемы хронического тонзиллита. *Вестник оториноларингологии*, 2009, 5: 4-6.
3. Крюков А.И., Аксенова А.В., Шостак Н.А., Брико Н.И., Гуров А.В., Клейменов Д.А., Гусева О.А., Набиева Т.Т. Особенности клинико-лабораторных показателей активности стрептококковой инфекции при тонзиллярной патологии. *Вестник оториноларингологии*, 2013, 3: 17-20.
4. Крюков А.И., Шостак Н.А., Туровский А.Б., Жуховицкий В.Г., Елисеев О.В. Анализ эффективности консервативного лечения простой формы хронического тонзиллита. *Вестник оториноларингологии*, 2005, 3: 50-51.
5. Bisno AL. Acute pharyngitis. *N. Engl. J. Med.*, 2001 Jan 18, 344(3): 205-11.
6. Гуров А.В., Гусева О.А., Руденко В.В., Ордер Р.Я., Резаков Р.А. Современные возможности терапии хронических очагов бактериальной патологии глотки типичной и атипичной природы. *Лечащий врач*, 2013, 3: 62-65.
7. Пальчун В.Т. О клинической классификации хронического тонзиллита. *Журн. ушн., нос и горл. бол.*, 1974, 4: 80-84.
8. Крюков А.И., Аксенова А.В., Захарова А.Ф., Чумаков П.Л., Жук Л.Г. Особенности эпидемиологии хронического тонзиллита в современных условиях оказания специализированной ЛОР-помощи. *Вестник оториноларингологии*, 2013, 3: 4-7.