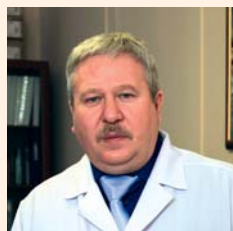


ОТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛИ В ГОРЛЕ

К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Проблема лечения оториноларингологических больных, жалующихся на боль в горле, на современном этапе является весьма актуальной. Частое и необоснованное использование системной антибиотикотерапии при оказании медицинской помощи, а во многих случаях самолечение привели к росту микробной резистентности и снижению эффективности лечения. Журнал «Медицинский совет» организовал беседу в формате круглого стола с обсуждением вопросов, касающихся дифференциальной диагностики боли в горле и повышения эффективности лечения.

Ведущий круглого стола – д.м.н., профессор С.В. Рязанцев, участники: д.м.н., профессор Н.В. Еремина, д.м.н., профессор Г.С. Мальцева, д.б.н., профессор Т.И. Шустова.



С.В. Рязанцев



Н.В. Еремина



Г.С. Мальцева



Т.И. Шустова

Вступительное слово ведущего круглого стола д.м.н., профессора С.В. Рязанцева:

– Боль в горле является одним из наиболее частых поводов для обращения пациентов за медицинской помощью или самостоятельного лечения. Эта жалоба является третьей по частоте в клинической практике семейного врача Великобритании. Врачами общей практики и педиатрами США ежегодно осуществляется до 15 млн консультаций в связи с болью в горле. По поводу боли в горле часто излишне и необоснованно назначается системная антибактериальная терапия, что является одной из причин роста микробной резистентности. Поэтому выбор лечебной тактики представляет собой сложную и ответственную задачу.

Для успешного решения этой задачи важно обсудить причины развития заболеваний, сопровождающихся болью в горле, и частоту их встречаемости в оториноларингологической практике, а также особенности дифференциальной диагностики и этиотропной терапии с использованием дополнительных методов культурального бактериологического исследования. С практической точки зрения наиболее интересным является знакомство с алгоритмом лечения больных и эффективностью современных лекарственных средств, направленных на купирование болевого синдрома и обладающих противовоспалительным действием и активностью в отношении наиболее распространенных патогенов.

Вопросы ведущего круглого стола д.м.н., профессора С.В. Рязанцева:

– Каковы причины возникновения боли в горле?

Н.В. Еремина: – Причинные факторы боли в горле условно можно подразделить на экзогенные и эндогенные. Среди экзогенных – механические, термические, химические повреждения, вирусные, бактериальные, грибковые внешние инфекции с местными проявлениями острого воспаления. Среди эндогенных факторов наиболее значимым является вторичное иммунодефицитное состояние организма, способствующее возникновению хронического воспаления слизистой оболочки глотки и лимфаденоидной ткани. Под влиянием различных триггерных факторов: переохлаждения, переутомления, психических и физических перегрузок – периоды относитель-

ного спокойствия (ремиссии) при хроническом воспалении чередуются с обострениями (рецидивами острого воспаления). Важную роль при этом играют персистирующие вирусные и бактериальные инфекции, внутриклеточное стрептококковое и стафилококковое носительство. Болевой симптом характерен для специфического воспаления при туберкулезе, меньше – при сифилисе. Боль в горле возникает при жизненно опасных заболеваниях сердечно-сосудистой системы (стенокардии, инфаркта миокарда), злокачественных новообразованиях ротоглотки и полости рта. Возможна иррадиирующая боль в глотке при патологии гортани, пищевода, шилоподъязычном синдроме, невралгии языкоглоточного и видиева нервов, крылоносового и коленчатого узлов, остром тиреоидите, болезнях позвоночника. Она

может быть проявлением побочного действия лекарственных препаратов, интоксикаций. Редкими причинами боли в горле являются системная склеродермия, саркоидоз, срединная гранулема лица. Учитывая многообразие причин симптома «боль в горле», частое сочетание в его патогенезе нескольких этиологических и триггерных факторов, первостепенную значимость приобретает глубокое исследование анамнеза, особенностей спонтанного развития и динамики под влиянием проводимого лечения, данных оториноларингологического, общего и дополнительного обследований пациента. Следовательно, диагностика при симптоме «боль в горле» является предметом профессионального междисциплинарного взаимодействия и предполагает проведение дифференцированного лечения.

– Какие заболевания, сочетающиеся с болью в горле, являются наиболее частыми в лор-практике?

Г.С. Мальцева: – В оториноларингологической практике наиболее частыми заболеваниями, характеризующимися болью в горле, являются острый фарингит и острый тонзиллит, или ангина. В соответствии с Международной классификацией 10-го пересмотра эти заболевания кодируются следующим образом:

J02.0 – Острый стрептококковый фарингит.

J02.8 – Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями.

J02.9 – Острый фарингит неуточненный.

J03.0 – Острый стрептококковый тонзиллит.

J03.8 – Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями.

J03.9 – Острый тонзиллит неуточненный.

Согласно МКБ-10 возможна двойная кодировка, указывающая на закономерную связь острого воспаления глотки с определенным заболеванием. Отдельными рубриками представлены «Перитонзиллярный абсцесс» – J36, «Ретро фарингеальный и парафарингеальный абсцесс» – J39.0, «Другой абсцесс глотки» – J39.1, часто развивающиеся как осложнения острого тонзиллита или декомпенсация хронического.

В последние годы все чаще стал использоваться термин «острый тонзиллофарингит», предполагающий одновременное острое воспаление слизистой оболочки и лимфаденоидных структур на уровне среднего отдела глотки (ротоглотки). Это наблюдается у маленьких детей и при некоторых инфекциях. Так, в МКБ-10 кодом B00.2 обозначается состояние при поражении вирусом простого герпеса – «герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит (вызванный вирусом простого герпеса)»; кодом B08.5 – воспалительная реакция глотки при инфекционном поражении вирусом Коксаки – «энтеровирусный везикулярный фарингит», или герпангина.

В продолжение терминологической дискуссии следует отметить, что дифференцирование понятий «острый фарингит» и «острый тонзиллит» имеет объективные этиологические и клинические основания и играет важную роль в построении диагностического алгоритма и выборе адекватной лечебной тактики.

Термином «острый фарингит» (pharyngitis acuta) в отечественной научной и учебной медицинской литературе обозначают острое заболевание, морфологическим субстратом которого является 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. Острый фарингит – частое проявление острых респираторных заболеваний и вирусных инфекций.

Острый тонзиллит (tonsillitis acuta), или ангина (angina), представляет собой общее инфекционно-аллергическое заболевание, обязательным проявлением которого является поражение элементов лимфаденоидного глоточного кольца, чаще – небных миндалин, tonsillae palatinae. Тем же термином обозначается острое воспаление язычной миндалины, tonsilla lingualis, и глоточной миндалины, tonsilla pharyngealis. В качестве синонима острого тонзиллита глоточной миндалины также используются термины «аденоидит», «острый аденоидит», «ретроназальная ангина». В отношении других элементов лимфаденоидной ткани – трубных миндалин, tonsillae tubariae, глоточных лимфоидных узелков, nodule lymphoidei pharyngeales, представляющих скопления лимфаденоидной ткани в области стенок глотки, обозначать острое воспаление как «тонзиллит» не принято. Многие оториноларингологи предлагают отказаться от термина «ангина» как не вполне отвечающего современным представлениям об этиологии, патогенезе острого тонзиллита, современным диагностическим алгоритмам и лечебным стандартам.

Учитывая многообразие причин симптома «боль в горле», частое сочетание в его патогенезе нескольких этиологических и триггерных факторов, первостепенную значимость приобретает глубокое исследование анамнеза, особенностей спонтанного развития и динамики под влиянием проводимого лечения, данных оториноларингологического, общего и дополнительного обследований пациента

– В чем состоят особенности дифференциальной диагностики и этиотропной терапии при боли в горле?

Н.В. Еремина: – Для боли в горле при остром фарингите характерен симптом «болезненного пустого глотка»: первый – «пустой», глоток слюны наиболее болезненный, чем последующие, а проглатывание жидкости или пищи уменьшает выраженность болевого симптома. При остром тонзиллите боль в горле постоянной интенсивности, пациенты жалуются, что «горло распухло», затруднено проглатывание твердой пищи и даже воды, слюны. Осмотр ротоглотки помогает диагностике. При остром фарингите выявляется поражение слизистой оболочки задней и боковых стенок глотки. Для острого тонзиллита характерны изменения небных миндалин: их инфильтрация и увеличение размеров, яркая гиперемия (катаральная

форма), налеты в области лакун (лакунарная форма), множественные белого или желтоватого цвета воспаленные фолликулы (фолликулярная форма), увеличение и болезненность регионарных – тонзиллярных, лимфатических узлов. При сочетании воспаления обеих локализаций определение основного диагноза и его кодировка проводится по области преобладающего воспаления. Четкая дифференцировка признаков острого тонзиллита и острого фарингита затруднена у маленьких детей из-за особенностей тканей детского организма и склонности к распространению местной воспалительной реакции.

Установление причины острого воспалительного заболевания глотки важно для правильной организации лечения и назначения этиотропной терапии.

Долгое время считалось, что этиологическим фактором острого тонзиллита преимущественно является бактериальная инфекция – стрептококки (наибольшее значение имеет бетагемолитический стрептококк группы А, *Streptococcus pyogenes* гр. А – БГСА стафилококки, коринеформные бактерии, энтеробактерии, гемофильная палочка, симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта), что обосновывало назначение системной антибактериальной терапии. В меньшей мере в возникновении острого первичного тонзиллита отводилась роль вирусам (аденовирусы, ротавирус, вирусы Коксаки, ЕСНО, Эпштейна – Барр, энтеровирусы) и грибам, когда системная антибактериальная терапия не показана. Согласно клиническим рекомендациям Союза педиатров России (пересмотр 2016 г.), у детей острый тонзиллит в большинстве случаев является симптомом вирусной инфекции с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Ведущие этиологические факторы острого тонзиллита у детей – аденовирус, вирус Эпштейна – Барр, энтеровирус. Меньшую роль играют другие респираторные вирусы. Доля *Streptococcus pyogenes* (БГСА) в этиологии острого тонзиллита у детей «значительно уступает вирусным возбудителям» и составляет 15–30%. А у детей до 2 лет не превышает 3%.

У взрослых от 5 до 15% случаев острых тонзиллофарингитов обусловлено БГСА, что требует назначения системной антибактериальной терапии. У людей старше 45 лет вероятность стрептококковой этиологии воспаления глотки снижается. Роль других бактерий – стрептококков групп C, G, *Streptococcus pneumoniae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, анаэробов, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae* в формировании осложнений острого тонзиллита убедительно не доказана, необходимость проведения антибактериальной терапии рядом авторов считается сомнительной.

Анализ широко обсуждаемых на страницах научной печати шкал идентификации БГСА у больного с острой болью в горле убедил, что большее число баллов в методах МакАйзека, Сентора, Уолша, обусловлено характерной симптоматикой «тонзиллита». Об этом явно свидетельствует указание на «отечность или наличие экссудата в миндалинах», а также «увеличение и болезненность шейных лимфатических узлов». Отсутствие этих признаков наряду с наличием кашля свидетельствует в пользу «фарингита».

Согласно Клиническим рекомендациям педиатров России (пересмотр 2016 г.) шкала McIsaac в настоящее время имеет ограниченное применение в детской практике, поскольку не учитывает случаи тонзиллитов у пациентов младше 3 лет, составляющих большую часть госпитализированных по поводу острого тонзиллита детей. Отмечается, что «даже при максимальном количестве баллов, согласно шкале, БГСА-инфекцию можно подозревать лишь с вероятностью не более 53%». Указывается также низкая специфичность метода McIsaac – чувствительность менее 91%, специфичность 9% и менее.

Выраженность общих воспалительных реакций (гипертермия, повышение уровня маркеров воспаления при исследовании крови) у больных острым тонзиллитом большая, чем при остром фарингите. Однако для идентификации этиологии заболеваний глотки эти тесты непригодны. Согласно клиническим рекомендациям Союза педиатров России «повышение уровня маркеров воспаления само по себе не может быть критерием диагностики бактериального тонзиллита, а следовательно, поводом к назначению антибактериальной терапии». Острые вирусные тонзиллиты у детей часто протекают с длительной (до 5–7 дней) фебрильной температурой, высоким уровнем лейкоцитов крови ($15 \times 10^9/\text{л}$ и более), С-реактивного белка (более 60 мг/л) и прокальцитонина (более 2 нг/мл), что свидетельствует лишь о выраженности воспаления. Налеты на небных миндалинах также бывают при всех видах воспаления: бактериальном, вирусном и грибковом. Дифференциальной диагностике вирусного и бактериального воспаления при боли в горле может помочь наличие катаральных явлений в виде конъюнктивита и ринита (назофарингита), кашля, осиплости, диареи, афтозного поражения слизистой оболочки полости рта, экзантемы, характерных для вирусной инфекции с тонзиллитом. Следует учитывать и поражение миндалин у больных инфекционным мононуклеозом. Патология глотки вирусной этиологии не требует назначения антибактериальных препаратов. Единственным ранним клиническим симптомом, с большой вероятностью указывающим на стрептококковую природу острого тонзиллофарингита, является петехиальная сыпь (энантема) на мягком небе и языке.

– Какие еще методы диагностики применяются на современном этапе?

Т.И. Шутова: – Выявлению БГСА помогают методы экспресс-диагностики и выделения возбудителя на культуральных средах. Современные экспресс-тесты (уровень убедительности рекомендаций 1, уровень достоверности доказательств А) обладают высоким уровнем чувствительности и специфичности, высокой скоростью получения результата, не требуют специальной лаборатории и выполняются врачом «у постели больного» в течение нескольких минут.

Культуральный метод бактериологического исследования (уровень убедительности рекомендаций 1, уровень достоверности доказательств А) обладает очень высокими чувствительностью и специфичностью и является

«золотым стандартом» диагностики. Предварительный ответ о росте *Streptococcus pyogenes* может быть получен уже в течение первых суток, для получения окончательно результата требуется 48–72 часа.

Положительные результаты бактериологического исследования или экспресс-теста служат основанием для назначения системной антибактериальной терапии. На точность результатов исследования могут повлиять ряд факторов: особенности забора, хранения и транспортировки материала, состав культуральных сред, проводимая антибактериальная терапия, прием пищи. Поэтому результаты исследования целесообразно учитывать в связи с данными анамнеза и клинической картины заболевания.

Для боли в горле при остром фарингите характерен симптом «болезненного пустого глотка»: первый – «пустой», глоток слюны наиболее болезненный, чем последующие, а проглатывание жидкости или пищи уменьшает выраженность болевого симптома

Определение уровня антистрептолизина-О (АСЛ-О) в плазме крови можно использовать только как метод ретроспективной диагностики, поскольку титр АСЛ-О повышается в конце первой недели стрептококковой инфекции, достигает наивысших значений через 3–6 недель и при отсутствии реинфекции снижается до нормы через 6–12 месяцев.

Острые грибковые поражения глотки (острый грибковый тонзиллит и острый грибковый фарингит) характеризуются меньшей выраженностью общих и местных симптомов воспаления, включая боль в горле, чем при вирусной и бактериальной инфекции. При орофарингеальном кандидозе налеты творожистые или крошковидные, могут выходить за пределы миндалин, при удалении налетов на пораженной слизистой оболочке определяется эрозированная поверхность. При аспергилезе боль в горле может быть сильная с иррадиацией в ухо. Диагностике помогает микробиологическое исследование грибка на культуральных средах.

Следовательно, одним из наиболее важных вопросов при дифференциации боли в горле является идентификация БГСА с помощью культурального посева и современных тестов экспресс-диагностики. В процессе предварительной оценки клинической ситуации наиболее значимыми являются возраст пациента, нозологическая форма, эпидемиологический анамнез, динамика симптомов под влиянием предшествующего лечения.

– Каким образом осуществляется лечение больных с болью в горле?

Г.С. Мальцева: – Лечение пациента с болью в горле, как правило, организуется на дому под наблюдением врача первичного звена (терапевта, педиатра, врача общей практики) с обязательным освобождением от работы или учебы, ограничением двигательной нагрузки. Тяжелое течение острого тонзиллита и острого тонзиллофарингита,

развитие осложнений, эпидемиологические показания, невозможность осуществления надлежащего ухода за пациентом требуют немедленной госпитализации. Лечение пациента с подозрением на общее инфекционное заболевание проводится в инфекционном стационаре, при остром вторичном тонзиллите на фоне заболевания крови лечение выполняется с участием гематолога.

Лечебные мероприятия при боли в горле направлены на устранение интоксикационного и местного синдромов, эрадикацию возбудителя и предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем.

Этиотропное лечение – противовирусное, противобактериальное, противогрибковое, проводится с учетом установленного или предполагаемого возбудителя.

При вирусной инфекции назначаются противовирусные препараты и иммуномодуляторы, однако этот вопрос продолжает изучаться. Системная антибактериальная терапия при вирусном остром фарингите и остром тонзиллите (остром тонзиллофарингите) не проводится, поскольку не эффективна в отношении вирусной инфекции и не предотвращает бактериальную суперинфекцию. Назначение системного антибиотика больным вирусным тонзиллитом может сопровождаться индивидуальными нежелательными явлениями в виде токсикоаллергических реакций («ампициллиновая, амоксициллиновая сыпь» при инфекционном мононуклеозе), сужении спектра антибактериальных препаратов в течение 2–3 месяцев и роста антибиотикорезистентности на популяционном уровне.

Доказанная БГСА-инфекция или высокая вероятность подозреваемой стрептококковой этиологии острого тонзиллита обосновывают назначение системной антибактериальной терапии. На амбулаторно-поликлиническом этапе препаратами первого ряда являются пенициллины: феноксиметилпенициллин, амоксициллин. Второй ряд составляют цефалоспорины I – цефалексин, цефадроксил и цефалоспорины II – цефуроксим аксетил, цефаклор. Курс терапии для эрадикации БГСА составляет 10 дней. При непереносимости пенициллинов и перекрестной непереносимости цефалоспоринов, а также при остром тонзиллите, вызванном атипичными возбудителями, назначают макролиды: рокситромицин, кларитромицин, азитромицин (курс до 5 дней), спирамицин, джозамицин или линкозамиды: линкомицин, клиндамицин. При остром рецидивирующем тонзиллите, резистентности возбудителей к препаратам первого выбора, наличии атипичных штаммов показаны ингибиторзащищенные пенициллины – амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, цефалоспорины II–III, макролиды. В стационаре предпочтителен парентеральный путь введения антибиотиков. В случаях клинической неэффективности назначенного антибактериального препарата в виде сохранения лихорадки и выраженности болевого симптома в течение 48–72 часов обоснован пересмотр диагноза: ОРВИ, инфекционный мононуклеоз, с отменой антибиотика, а при уверенности в БГСА-инфекции – смена антибактериального препарата. Неназначение антибактериальной терапии при стрепто-

кокковом тонзиллите опасно из-за риска развития местных гнойных и системных осложнений.

Показаниями для системной противогрибковой терапии являются боли в горле при орофарингеальном кандидозе, не поддающемся лечению местными средствами, и при большой площади поражения. Препаратом выбора является флуконазол, препаратами резерва – интраконазол и кетоконазол. Альтернативное лечение осуществляется амфотерицином В, вориконазолом, позаконазолом, каспофунгином в стационарных условиях.

Из других средств системного действия при заболеваниях, сопровождающихся болью в горле, рекомендованы нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, при необходимости активной дезинтоксикации – растворы для инфузионной терапии, препараты комплексного действия – тонзилгон, тонзилотрен. Системные кортикостероиды при боли в горле применяют в редких случаях – при угрозе асфиксии у больных инфекционным мононуклеозом и у больных синдромом Маршала.

Одним из наиболее важных вопросов при дифференциации боли в горле является идентификация БГСА с помощью культурального посева и современных тестов экспресс-диагностики

Для быстрого уменьшения боли в горле, ослабления местных воспалительных реакций, усиления сопротивляемости и улучшения регенерации тканей используется большое число топических лекарственных препаратов с обезболивающим, антисептическим, иммуномодулирующим и регенерирующим действием. Рекомендуются лекарственные формы в виде спрея, раствора для полоскания горла, таблеток-пастилок для рассасывания. У детей имеются возрастные ограничения до 4–5 лет для растворов и таблеток для рассасывания в связи с отсутствием навыков полоскания горла, опасности аспирации и до 2,5–3 лет для спреев ввиду риска ларингоспазма. Рекомендуется строгое следование инструкции по использованию препарата в отношении кратности и длительности приема, выдерживания интервала до и после приема пищи, возрастных ограничений. При остром тонзиллите нельзя промывать миндалины, проводить давление на миндалины и энергичные смазывание, механически удалять налеты из-за риска распространения воспаления и генерализации инфекции.

Преимуществами местной лекарственной терапии при боли в горле являются быстрая доставка оптимальной дозы лекарственного вещества непосредственно на слизистую оболочку пораженной области, простота и доступность введения в область воспалительного очага, относительно небольшая доза, минимальный риск общих нежелательных явлений. Однако использование местных лечебных средств при остром БГСА-воспалении не заменяет системную антибактериальную терапию, поскольку не влияет на вероятность развития поздних аутоиммунных осложнений.

С.В. Рязанцев: – Давайте остановимся подробнее на конкретных топических лекарственных препаратах, используемых при боли в горле.

– Их арсенал разнообразен. Наиболее широко применяются местные антисептические средства, включающие в состав амилметакрезол, бензалкония хлорид, биклотимол, гексэтидин, дихлорбензил, йод-содержащие препараты, мирамистин, хлоргексидин, цетилпиридиния хлорид. Некоторые из них при превышении рекомендованной дозировки могут проявлять токсические свойства (хлоргексидин) и вызывать аллергические реакции (препараты йода). Разрешенные для местного применения антибактериальные средства включают гидроксиметилхиноксалиндиоксид (диоксидин), грамидин С, сульфаниламиды, местные нестероидные противовоспалительные препараты – бензидамин, флурбирофен. Часто в своем составе лекарственные средства содержат ментол и эвкалиптол, природные антисептики (экстракты растений, продукты пчеловодства), синтезированные факторы неспецифической защиты слизистой оболочки (интерферон, лизоцим), лизаты бактерий, витамина (группы В, С).

При лечении боли в горле предпочтительны комплексные препараты, обеспечивающие быстрое купирование болевого симптома, обладающие противовоспалительным действием и активностью в отношении наиболее распространенных патогенов.

Линейка лечебного препарата при боли в горле «Септолете»: Септолете®, Септолете® тотал – использует широкий спектр антисептического действия препаратов бензалкония хлорида, цетилпиридиния хлорида и противовоспалительное, обезболивающее, местноанестезирующее действие бензидамина.

Бензалкония хлорид (Benzalkonium chloride), химическое название – алкилдиметил(фенилметил) аммония хлорид, четвертичное аммониевое соединение, применяется с 1930 г.

Бензалкония хлорид взаимодействует с мембранными липопротеидами микроорганизмов, повреждает мембраны, встраивается в клеточную оболочку, блокирует их барьерные функции и вызывает гибель клеток. Обладает противомикробным действием в отношении грамположительных (стрептококков, стафилококков) и грамотрицательных (кишечная палочка, синегнойная палочка, протей, клебсиелла) микроорганизмов, противогрибковым действием. In vitro активен в отношении *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia* spp., *Trichomonas vaginalis*, вируса Herpes simplex, тип 2, *Staphylococcus aureus*. Не влияет на *Mycoplasma* spp., слабо – на *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, *Haemophilus ducreyi*, *Treponema pallidum*. Несовместим с мылами и растворами йода. Входит в состав Септолете® (1 мг).

Цетилпиридиния хлорид (Cetylpyridinium chloride), химическое название – 1-гексадецилпиридиния хлорид, является четвертичным аммониевым соединением, относится к катионовым сурфактантам. Обладает противомикробной активностью в отношении грамположительных и в меньшей степени грамотрицательных бактерий, не

Твое горло - твоя сила.

www.septolete.ru



Уникальная комбинация антисептика
с местным НПВС* для комплексного
лечения **боли в горле:**

- Противовоспалительное действие
- Антисептическое действие
- Действие против боли в горле

* по данным ГРЛС на 01.10.2017 (НПВС - нестероидное
противовоспалительное средство)

www.krka.ru

Септолете® TOTAL



Наши инновации и опыт –
залог эффективных
и безопасных препаратов
высочайшего качества.

Имеются противопоказания. Перед применением
ознакомьтесь с инструкцией.

влияет на споры бактерий, обладает вариабельной противогрибковой активностью, эффективен в отношении некоторых вирусов. При длительном использовании возможно местное раздражение. Несовместим с мылами и другими анионовыми сурфактантами. Входит в состав Септолете® тотал (1,05 мг).

За счет высоких поверхностно активных свойств действующее вещество способно проникать в глубокие слои слизистой оболочки, лакуны и борозды миндалин, межзубные и околодесневые пространства, достигая самых отдаленных участков и обеспечивая высокий антисептический эффект. Деполяризуя клеточную мембрану, цетилпиридиния хлорид резко увеличивает ее проницаемость, что обеспечивает бактерицидный и фунгицидный эффекты. Противовирусное действие обеспечивается за счет прямого проникновения через оболочку благодаря эмульгационным свойствам, так и опосредованно за счет активации синтеза α -интерферонов и стимуляции местного иммунитета. Применение цетилпиридиния хлорида обусловлена его высокой активностью в отношении биопленок – показатель проникновения 71% и сохраняется на уровне 66% после отмывания солевым раствором.

Бензидамин (Benzydaminum), химическое название – N,N-Диметил-3-[[1-(фенилметил)-1P-индазол-3]окси]-1-пропанамин (и в виде гидрохлорида), относится к группе индазолов, является нестероидным противовоспалительным средством. Обладает болеутоляющим, противовоспалительным, местными анестезирующими, жаропонижающими свойствами и антисептической активностью. При местном применении и проникновении через слизистую оболочку концентрация бензидамина в сыворотке крови недостаточна для оказания системного действия.

При лечении боли в горле предпочтительны комплексные препараты, обеспечивающие быстрое купирование болевого симптома, обладающие противовоспалительным действием и активностью в отношении наиболее распространенных патогенов

Бензидамин стабилизирует клеточные мембраны, ингибирует циклооксигеназу, угнетает выработку простагландинов. Антисептическая активность выражена в отношении *Gardnerella vaginalis*. Легко проходит через слизистую оболочку, быстро проникая в воспаленные ткани. Побочные явления проявляются чувством онемения и жжения во рту (при рассасывании таблеток), сухости слизистой оболочки (при использовании спрея), возможна сонливость, аллергические реакции в виде кожной сыпи.

Сочетание в новой форме Септолете® тотал бензидамина хлорида (3 мг), цетилпиридиния хлорида моногидрата (1,05 мг) обеспечивает комплексное действие на причину инфекции, устраняя симптомы воспаления – боль, покраснение, отек, раздражение в горле и затруднение при глотании, и обосновывает его применение при остром фарингите и остром тонзиллите (остром тонзиллофарингите) любой этиологии.

Из двух основных действующих веществ способностью всасываться через слизистую оболочку обладает только бензидамин, однако количество его невелико для оказания системного действия. Цетилпиридиния хлорид не всасывается и не вступает в фармакокинетическое взаимодействие с бензидамином на системном уровне.

Септолете® тотал выпускается в форме таблеток для рассасывания для детей старше 12 лет и взрослых. Препарат содержит полиолы (мальтитол и маннитол) и не содержит сахара, что позволяет использовать Септолете® тотал у пациентов с сахарным диабетом и с нарушениями толерантности к глюкозе.

Рекомендуемый режим дозирования Септолете® тотал в таблетках для взрослых и детей старше 12 лет – по 1 таблетке 3–4 раза в сутки с интервалами 3–6 часов.

Не следует принимать препарат одновременно с другими антисептиками, при повышенной чувствительности к ацетилсалициловой кислоте и другим НПВС, а также непосредственно до и после чистки зубов и одновременно с молоком. При беременности и в период грудного вскармливания прием препарата возможен, если польза для матери превышает потенциальный риск для плода и ребенка. Препарат не влияет на способность выполнять потенциально опасные виды деятельности, требующие повышенного внимания и быстрых реакций. Длительность приема Септолете® тотал не должна превышать 7 дней.

В научной литературе приводятся данные исследования эффективности и безопасности Септолете® тотал у пациентов с поражением миндалин на фоне инфекции верхних дыхательных путей. Отмечено статистически значимое по сравнению с плацебо уменьшение интенсивности боли в горле после приема препарата в течение первых 15 минут и продолжающееся как минимум в течение 3 часов. К третьему визиту (завершение курса лечения Септолете® тотал) в основной группе у 90% пациентов выявлено значительное уменьшение выраженности симптомов тонзиллофарингита.

У пациентов, принимавших Септолете® тотал в рекомендованных дозировках, не было обнаружено патологических изменений по данным лабораторных и иммунологических исследований, только 1,6% пациентов после приема Септолете® тотал почувствовали незначительный дискомфорт в ротоглотке.

Таким образом, дифференциальная диагностика боли в горле как неспецифического симптома воспаления предполагает установление этиологического фактора – вирусного или бактериального. Боль в горле, обусловленная БГСА-инфекцией, требует назначения системной антибактериальной терапии, при вирусной и грибковой патологии системная антибактериальная терапия не показана. Местная терапия комплексными препаратами с противовоспалительным, обезболивающим, местноанестезирующим, антисептическим действием уменьшает выраженность воспаления, предотвращает активизацию вторичной бактериальной флоры, облегчает состояние больного и показана при всех видах инфекции.