

# Местная терапия воспалительных заболеваний ротоглотки

А.В.Гуров<sup>1,2</sup>, М.А.Юшкина<sup>1,2</sup>, О.А.Гусева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный  
исследовательский медицинский  
университет им. Н.И.Пирогова, Москва

<sup>2</sup>Научно-исследовательский клинический  
институт оториноларингологии  
им. Л.И.Свержевского Департамента  
здравоохранения Москвы, Москва

Статья посвящена современным проблемам диагностики и лечения воспалительных заболеваний глотки. Авторы обсуждают основные причины возникновения синдрома боли в горле. Приведены данные об этиологии и патогенезе острого и хронического фарингитов, ангин, хронического тонзиллита. Рассмотрены основные причины и механизмы формирования хронического воспаления в глотке, влияние неблагоприятных факторов и гастроэзофагеального рефлюкса на возникновение стойкого болевого синдрома в горле. Обсуждается значение различных микроорганизмов – вирусов, бактерий и грибов в развитии воспалительных изменений глотки. Авторы указывают на ключевую роль β-гемолитического стрептококка группы А в возникновении острого и хронического воспаления глотки, а также развитию ревматических осложнений. В статье рассматриваются показания к местной терапии воспалительной патологии глотки. Авторы указывают на преимущества использования препарата Септолете® тотал. Подробно описан состав препарата, включающий такие вещества, как цетилпиридиния хлорид и бензидамин, а также механизмы противомикробного и противовоспалительного действия Септолете® тотал. Приводятся данные отечественных и зарубежных авторов о доказанной эффективности и безопасности применения Септолете® тотал, указывается его широкий спектр противомикробной активности, способность разрушать биопленки. Авторы делают вывод, что препарат Септолете® тотал может быть использован в качестве эффективной этиотропной и патогенетической терапии воспалительных заболеваний глотки.

**Ключевые слова:** боль в горле, воспаление, местная терапия, Септолете® тотал.

The article covers the modern problems of diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the pharynx. The authors discuss the main causes of the syndrome of pain in the throat. They give the data on the etiology and pathogenesis of acute and chronic pharyngitis, angina, and chronic tonsillitis. The article also considers the main causes and mechanisms of the formation of chronic inflammation in the pharynx, the influence of unfavorable factors and gastroesophageal reflux on the onset of persistent pain syndrome in the throat. The importance of various microorganisms – viruses, bacteria and fungi – in the development of inflammatory changes in the pharynx is discussed. The authors point out the key role of group A β-hemolytic streptococcus in the onset of acute and chronic inflammation of the pharynx, as well as the development of rheumatic complications. The article considers indications for local therapy of inflammatory pathology of the pharynx. The authors point out the advantages of using the drug Septotele® Total. The composition of the preparation is described in detail, including substances such as cetylpyridinium chloride and benzidamine, as well as the mechanisms of antimicrobial and anti-inflammatory action of Septotele® Total. The data of Russian and foreign authors on the proven effectiveness and safety of the use of Septotele® Total are given, its broad spectrum of antimicrobial activity, the ability to destroy biofilms are indicated. The authors conclude that the drug Septotele® Total can be used as an effective etiotropic and pathogenetic therapy for inflammatory diseases of the pharynx.

**Keywords:** sore throat, inflammation, topical therapy, Septotele® Total.

Воспалительные заболевания ротоглотки являются одной из самых частых причин обращения к оториноларингологам, терапевтам и врачам общей практики, поскольку ведущий клинический симптом – боль в горле – является крайне мучительным для пациентов состоянием, которое приводит к заметному ухудшению качества жизни, снижению работоспособности, а также, в ряде случаев, сигнализирует о возможности развития опасных осложнений. При этом необходимо понимать, что возникающий дискомфорт в горле не всегда свидетельствует о патологии именно ротоглотки, а может быть ассоциирован с заболеваниями других органов и систем, что требует от лечащего врача дифференцированного подхода к диагностике и лечению синдрома «боли в горле».

Глотка является полым мышечным органом, начальной частью дыхательного и пищеварительного трактов, стенка которого представлена тремя оболочками – слизистой, мышечной и фиброзной. Частое возникновение воспалительного процесса в глотке обусловлено, прежде всего, обилием лимфатической ткани, представленной глоточной, трубными, небными и язычной миндалинами, а также лимфоидными гранулами и боковыми валиками задней стенки глотки. Все перечисленные структуры составляют лимфаденоидное кольцо Пирогова-Вальдеера и выполняют защитную функцию, осуществляя реакции клеточного и гуморального иммунитета, а также лимфопоз. Образование лимфоцитов происходит в центре фолликулов миндалин, а затем, при созревании, они оттекают к периферии, откуда попадают в лимфатические пути, общий ток лимфы и на поверхность самих миндалин. Особое значение небных миндалин в становлении иммунитета обусловлено как особенностью их строения – наличием глубоких лагун, извилистых

## Local Therapy of Inflammatory Diseases of the Oropharynx

A.V.Gurov<sup>1,2</sup>, M.A.Yushkina<sup>1,2</sup>, O.A.Guseva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical  
University, Moscow

<sup>2</sup>Scientific research clinical Institute  
of Otorhinolaryngology n.a. L.I.Sverzhovsky,  
Moscow

крипт, псевдокапсулы, так и расположением на пути основных входных ворот для различных инфекционных агентов. Строение крипт, их узость и извилистость, и вследствие этого, увеличение общей поверхности их стенок, способствует более длительному контакту антигенов с лимфоретикулярной тканью миндалин, что благоприятствует не только формированию реакций иммунитета, но и развитию очага хронического воспаления [1].

Глотка богато колонизирована микроорганизмами, большая часть которых является представителями нормальной микрофлоры:  $\alpha$ -гемолитическими стрептококками, *S. epidermidis*, а также *Corynebacterium* spp. и *Neisseria* spp. [1]. Важную роль в обеспечении защитной функции играет сама слизистая оболочка глотки посредством образования секрета, в состав которого входят секреторные антитела (SIgA), а также неспецифические защитные факторы: лизоцим, лактоферрин, интерфероны и многие другие. Кроме того, образование секрета и колонизация слизистой оболочки представителями нормальной микрофлоры препятствует адгезии патогенных микроорганизмов, и, соответственно, развитию воспаления [1, 2].

Состав нормальной микрофлоры глотки может претерпевать значительные изменения у лиц, страдающих хроническими заболеваниями, вынужденных постоянно получать гормональную терапию, и часто использующих антибактериальные и антисептические средства. Так, у больных сахарным диабетом в составе биоценоза ротоглотки в 18% случаев идентифицируются грибы рода *Candida* и *Aspergillus*, а у 10% больных высевается *Staphylococcus aureus*, кроме того в подавляющем большинстве случаев (98%) микроорганизмы выделяются в составе ассоциаций [3].

Развитие выраженного болевого синдрома при воспалительных заболеваниях глотки обусловлено особенностями иннервации, а именно наличием на задней и боковых стенках нервного сплетения (plexus pharyngeus), обеспечивающего двигательную и чувствительную иннервацию глотки. Это сплетение образовано верхнечелюстным, языкоглоточным, добавочным, блуждающим нервами и симпатическим стволом. Двигательную иннервацию верхнего отдела глотки обеспечивает в основном языкоглоточный нерв (n. glossopharyngeus), среднего и нижнего отделов – возвратный гортанный нерв (n. laryngeus recurrens) – ветвь блуждающего нерва. Чувствительная иннервация верхнего отдела глотки осуществляется второй ветвью тройничного нерва, среднего – ветвями языкоглоточного нерва и нижнего – внутренней ветвью верхнегортанного нерва из системы блуждающего нерва [1].

Необходимо отметить, что выраженность болевого синдрома может зависеть от возраста пациента. В частности, интенсивность болевых ощущений при воспалении глотки уменьшается у пожилых людей, что связано со снижением общей контаминации слизистой оболочки вследствие возрастных субатрофических и атрофических изменений, а также в связи с возрастной инволюцией лимфоидной ткани глотки [1, 4].

Воспалительный процесс в области глотки чаще всего имеет инфекционный генез, связанный с попаданием, адгезией и последующим размножением вирулентных микроорганизмов, чему в значительной мере благоприятствует снижение факторов общей и местной резистентности. Часто встречаемая патология и одна из основных причин боли в горле – острый фарингит (ОФ) – в 70% случаев имеет вирус-

ную этиологию, при этом наиболее значительную роль играют риновирусы, реже встречаются – коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа. Фарингит может протекать как самостоятельное заболевание или быть одним из симптомов ОРВИ. Среди бактериальных возбудителей наибольшее значение в генезе ОФ имеют *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus* spp., *Corynebacterium* spp. и *Streptococcus pneumoniae* [1, 2, 5].

При ОФ наиболее характерными жалобами являются боль в горле при глотании, сухость, жжение, першение, скопление вязкой слизи на задней стенке глотки, ощущение инородного тела в горле. Если имеет место распространение воспаления на область носоглотки, что сопровождается отеком слизистой оболочки слуховых труб, то пациенты могут отмечать заложенность и дискомфорт в ушах, а также затруднение носового дыхания и гнусавость, что особенно характерно для детей [1, 2, 5].

Для ОФ наиболее типичной картиной является гиперемия и отек слизистой оболочки задней стенки глотки, локальная десквамация эпителия, скопление слизи в области лимфоидных элементов. Кроме того, может отмечаться разная степень выраженности инфильтрация лимфоидных фолликулов задней стенки, а также гиперемия и отек боковых валиков глотки [1, 5]. Лечение ОФ предполагает соблюдение диеты с исключением острой пищи, горячих и холодных блюд, алкогольных и газированных напитков, цитрусовых фруктов, а также использование местных лекарственных форм для купирования воспалительного и болевого синдромов.

Хроническое воспаление слизистой оболочки глотки – хронический фарингит может быть результатом нерационального лечения часто повторяющегося острого воспаления или следствием длительного воздействия неблагоприятных факторов – никотина, алкоголя, острой пищи, раздражающих химических веществ. Хронический фарингит (ХФ) наиболее характерен для лиц среднего и пожилого возраста, нередко сопутствует хроническому тонзиллиту (ХТ), может возникать на фоне рецидивирующих заболеваний носа и околоносовых пазух. Морфологические изменения в слизистой оболочке глотки позволяют различить катаральную, гипертрофическую и атрофические формы ХФ. Для катаральной формы характерна диффузная стойкая венозная гиперемия и пастозность слизистой оболочки. При гипертрофической форме ХФ имеется утолщение всех слоев слизистой оболочки глотки, чаще локализованное в области задней стенки (гранулезный фарингит) или ее боковых отделов (боковой фарингит). Для атрофической формы характерно резкое истончение и сухость слизистой оболочки [1].

Частой причиной ХФ и, как следствие, болевого синдрома в горле, является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), возникающая в результате нарушения перистальтики органов эзофага-гастроудоденальной зоны с часто повторяющимися забросами в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, с удлинением времени экспозиции рефлюктата в пищеводе, приводящим к повреждению пищевода. При недостаточности сфинктеров пищевода содержимое желудка может попадать в различные отделы глотки и гортани, вызывая там химическое повреждение слизистых оболочек. Необходимо отметить, что для рефлюкс-ассоциированного фарингита характерной жалобой является боль в горле, которая чаще возникает в ночное время. Может отмечаться ощущение кома в



# Твое горло - твоя сила.

www.septolete.ru



- **Таблетки**  
детям с 6 лет
- **Спрей** с 12 лет



Уникальная комбинация антисептика и местного НПВС\* для комплексного лечения **боли в горле с тройным эффектом:**

- **обезболивающий**
- **противовоспалительный**
- **антисептический**

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

## Септолете® ТОТАЛ

www.krka.ru



Имеются противопоказания. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

горле, першение, постназальный затек. При осмотре можно видеть гиперемию слизистой оболочки задней стенки глотки, изменения в области межчерпаловидного пространства и грушевидных синусов, часто наблюдаются все признаки, характерные для простой формы хронического тонзиллита – казеозные пробки, признаки Гизе, Зака, Преображенского. В этой ситуации без устранения основной причины со стороны желудочно-кишечного тракта методы местной терапии ХФ малоэффективны, поэтому пациенты должны пройти необходимое обследование и лечение у гастроэнтеролога [6].

Одной из частых причин возникновения острой боли в горле является острый тонзиллит, более известный под термином «ангина», которая протекает как острое общее инфекционное заболевание с очагом воспаления преимущественно в небных миндалинах и реже в других миндалинах лимфаденоидного глоточного кольца. Среди различных видов ангин преобладают банальные – катаральная, фолликулярная, лакунарная и смешанная ангины. Реже встречаются ангины при инфекционных заболеваниях (кори, краснухе, скарлатине), ангины при заболеваниях крови (лейкозах) и атипичные (ангина Симановского-Плаута-Венсана, герпетическая, грибковая) [1].

Характерными особенностями банальных ангин, отличающих их от других форм, являются наличие симптомов интоксикации, патологические изменения в обеих небных миндалинах, а также длительность заболевания около 7 дней [1, 2].

В качестве этиологических факторов ангин могут выступать самые различные возбудители, включая стрептококки, стафилококки, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae* (дифтерия), анаэробы и спирохеты, вирусы герпеса и Эпштейн-Барра, а также примерно в 10–13% наблюдений – микоплазмы и хламидии. Среди бактериальных возбудителей ангины важнейшая этиологическая роль принадлежит β-гемолитическому стрептококку группы А (БГСА) [1, 2, 5].

Для БГСА характерен воздушно-капельный путь передачи, а в качестве источника инфекции обычно выступают больные или носители БГСА, если имеется тесный контакт или высокая степень обсемененности. Вспышки заболевания чаще бывают осенью или весной. Частота ангин, вызванных БГСА, у детей старше 5 лет и у взрослых составляет от 35 до 50% [5]. Классическая стрептококковая инфекция обычно протекает с выраженными явлениями интоксикации, значительной болью в горле и часто затруднением глотания, фебрильной лихорадкой, увеличением регионарных лимфатических узлов, появлением либо нагноившихся лимфоидных фолликулов небных миндалин, либо налетов, исходящих из лакун, но не распространяющихся за пределы миндалин.

Фарингоскопические изменения при ангине зависят от формы воспаления и обычно включают разлитую гиперемию и отек слизистой оболочки миндалин с распространением на края небных дужек, увеличение небных миндалин. При фолликулярной ангине на поверхности миндалин обычно появляются многочисленные округлые, возвышающиеся над поверхностью, желтовато-белые бугорки диаметром 1×3 мм. Эти образования представляют собой просвечивающие через слизистую оболочку нагноившиеся фолликулы миндалин, которые вскрываются на 2–4-й день болезни с образованием быстрозаживающей эрозии. При лакунарной форме ангины на гиперемированной поверхности слизистой оболочки миндалин в области устьев лакун ха-

рактерно появление некроза и слущивания эпителия в виде островков желтовато-белого налета. Отдельные участки фибринозного налета сливаются и покрывают всю миндалину или ее большую часть, но не выходя за ее пределы. При этом налет легко снимается шпательом без повреждения подлежащего слоя [1]. Основными клиническими симптомами при ангине является сильная боль в горле, фебрильная лихорадка, слабость, увеличение регионарных лимфатических узлов.

Выраженный болевой синдром при ангине диктует необходимость применения местных противовоспалительных и болеутоляющих средств, однако основу медикаментозного лечения ангин составляет системная антибактериальная терапия, которая преследует 2 основные цели: 1) уменьшение выраженности и длительности основных клинических симптомов и предотвращение развития гнойных осложнений (паратонзиллит и др.); 2) обеспечение полной эрадикации возбудителя для предупреждения развития поздних системных осложнений, наиболее тяжелыми среди которых являются острая ревматическая лихорадка с последующим ревматическим поражением сердца, суставов и почек [5].

Частой причиной воспалительных явлений в глотке являются респираторные и лимфотропные вирусы человека: вирус Эпштейн-Барра, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа и др. При этом необходимо помнить, что инфекция, вызванная вирусом Эпштейн-Барра, помимо местных проявлений (боль в горле, резкое увеличение небных, язычной миндалин, гиперплазии гранул задней стенки и боковых столбов глотки, сероватых налетов на миндалинах), сопровождается выраженными системными проявлениями: увеличением регионарных и отдаленных лимфатических узлов, гепато- и спленомегалией, повышением уровня лимфоцитов и моноцитов в крови, а также появлением их атипичных форм (атипичных мононуклеаров) [1].

Наиболее распространенной хронической патологией глотки является хронический тонзиллит (ХТ) – общее хроническое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором в небных миндалинах под влиянием снижения иммунитета формируется очаг инфекции [1, 2]. Качественный состав микрофлоры лакун и поверхности небных миндалин отличается полиморфизмом и включает в себя более тридцати сочетаний различных форм микроорганизмов. Чаще всего при бактериологическом исследовании обнаруживают гемолитические стрептококки, зеленящие стрептококки, энтерококки и стафилококки. Важное значение имеет внутриклеточная персистенция возбудителей, а также их способность формировать бактериальные биопленки.

Следует отметить возможность связи хронического тонзиллита с активизацией непатогенной сапрофитной микрофлоры верхних дыхательных путей при нарушении защитно-приспособительных механизмов организма. С этой точки зрения, хронический тонзиллит можно отнести к так называемой группе собственно аутоинфекционных заболеваний, обусловленных эндогенной инфекцией [1]. В патогенезе хронического тонзиллита играют роль многие факторы. Обычно заболевание возникает после повторных ангин. Обратное развитие острого воспаления (ангины) в силу общих или местных причин не всегда приводит к полному выздоровлению, и болезнь переходит в хроническую форму. Предпосылками к возникновению и развитию ХТ служат анатомо-топографические и гистологические особенности небных миндалин, создающие



благоприятные условия для вегетирования микрофлоры и развития очага инфекции.

Ключевым этиологическим фактором ХТ принято считать  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (БГСА), далее по частоте встречаемости следует *S. aureus*, *S. pneumoniae*, облигатно-анаэробные микроорганизмы и атипичная микрофлора [1, 2].

Наиболее характерный клинический признак ХТ – ангины, которые могут быть относительно редкими – 1 раз в 2–3 года, или частыми – до 4–5 раз в год.

Диагностика ХТ возможна только в период ремиссии, при фарингоскопии отмечаются местные признаки – наличие гноя и казеозных пробок в лакунах, спайки миндалин с небными дужками, признаки Гизе, Зака, Преображенского. В основе определения формы ХТ и соответствующей тактики лечения, помимо местных признаков заболевания, необходимо учитывать наличие или отсутствие токсико-аллергических проявлений и общих и местных сопряженных с ХТ заболеваний, а также частоту обострений ХТ [1, 5].

При лечении ХТ используют консервативные и хирургические методы. Эффективность лечения хронического тонзиллита оценивают следующими признаками: ликвидацией или уменьшением количества обострений (ангин), исчезновением или уменьшением выраженности фарингоскопических признаков, исчезновением или уменьшением токсико-аллергических симптомов ХТ. Консервативная терапия включает методы местного воздействия на небные миндалины и общеукрепляющую терапию. Наиболее распространенный и эффективный метод лечения ХТ – промывание лакун миндалин с последующей обработкой поверхности антисептиками. Такое лечение нередко дополняют различными физиотерапевтическими воздействиями (УФО-тубус, УВЧ, лазеротерапия). При неэффективности консервативной терапии показано хирургическое лечение – тонзиллэктомия.

Болевой синдром в горле характерен и для грибковых заболеваний глотки, значительная часть которых обусловлена дрожжевыми грибами рода *Candida* (93% случаев). Предрасполагающими к фарингомикозу факторами являются длительные курсы антибактериальной терапии, использование ингаляционных кортикостероидов при лечении бронхиальной астмы, наличие сахарного диабета, особенно при плохой компенсации основных показателей углеводного обмена, а также различные системные и онкологические заболевания [1,3]. Стоит помнить, что грибковое поражение может быть одним из признаков ВИЧ-инфекции.

Микотические очаги в глотке и полости рта могут располагаться на небных миндалинах, небных дужках, языке мягкого неба, задней стенке глотки, языке, слизистой оболочке щек. При осмотре часто наблюдается яркая гиперемия слизистой оболочки глотки, а также белесоватые, творожистые наложения на поверхности миндалин, других элементах глотки, языка, щек. Лечение грибковых поражений должно осуществляться только после обязательного микологического исследования и идентификации вида гриба и его чувствительности к антимикотическим препаратам.

Подытоживая все выше сказанное, становится очевидным, что заболевания глотки могут быть обусловлены самыми разными причинами, что нередко затрудняет диагностику и диктует необходимость дифференцированного подхода к назначаемому лечению, однако ключевой симптом – боль в горле – в той или иной степени сопровождает практически всю воспалительную патологию глотки. В связи с этим, од-

ним из основных методов терапии указанных состояний, является использование препаратов, механизм действия которых направлен на устранение болевого синдрома, что успешно достигается благодаря применению местных комбинированных лекарственных форм. При этом одним из важных требований, предъявляемых таким препаратам, является комплексное воздействие с наличием собственной активности в отношении предполагаемых возбудителей воспаления. Лекарственные средства для местной терапии болевого синдрома в горле широко представлены на современном фармацевтическом рынке и разобраться в таком изобилии нередко бывает сложно не только пациентам, но и лечащим врачам.

С нашей точки зрения, наиболее оптимальным вариантом в качестве местной терапии воспалительных заболеваний глотки является препарат Септолете® тотал, давно зарекомендовавший себя как эффективное и безопасное средство для лечения боли в горле. Данный препарат содержит цетилпиридиния хлорид, который обладает антибактериальным, противогрибковым и вирулицидным действием. Цетилпиридиния хлорид является четвертичным аммонийным соединением с высокими поверхностными свойствами, что позволяет действующему веществу проникать в глубокие слои слизистой оболочки глотки, миндалин, десневых карманов и т. д., достигая, таким образом, самых отдаленных и защищенных анатомических участков, которые являются прекрасной средой для размножения патогенных микроорганизмов. Цетилпиридиния хлорид действует как поверхностно-активный катион (положительно заряженный ион) и, благодаря эмульгационным свойствам, деполяризует мембрану микроорганизмов, резко увеличивая ее проницаемость, приводя к гибели микроорганизма, обуславливая бактерицидный и фунгицидный эффекты [7, 8].

Проведенные исследования по влиянию цетилпиридиния хлорида на микрофлору в очаге поражения слизистой оболочки глотки свидетельствуют о том, что он обладает выраженной активностью как в отношении грамположительных микроорганизмов, включая стафилококков и стрептококков, так и грамотрицательных возбудителей, включая представителей семейства энтеробактерий [9]. Необходимо отметить и тот факт, что цетилпиридиния хлорид является высокоактивным и в отношении микробных биопленок. Так, данное вещество имеет высокий показатель проникновения в биопленку (71%) и в отличие от других препаратов сохраняет его высокий уровень (66%) после отмывания солевым раствором. Данные результаты свидетельствуют о прочном связывании цетилпиридиния хлорида с экзополисахаридами матрикса биопленки. На основании проведенных исследований, после воздействия 0,075% раствора цетилпиридиния хлорида на содержащую различные виды микроорганизмов биопленку, 72,7% бактерий погибли и были повреждены, тогда как после воздействия стерильного солевого раствора этот показатель составил всего 25,7% ( $p < 0,001$ ). Обработка раствором цетилпиридиния хлорида в концентрации 0,50–0,05% приводила к уничтожению или повреждению большинства бактериальных клеток в биопленке, а ее толщина уменьшалась на 34,5–43,0%, что обеспечивает еще одно значимое преимущество препарата Септолете® тотал в терапии воспалительных заболеваний глотки [10].

Препарат Септолете® тотал характеризуется и противовирусным эффектом за счет способности цетилпиридиния хлорида проникать через оболочку вируса благодаря эмульгационным свойствам, а

также в результате опосредованного воздействия на вирусные частицы путем активации синтеза  $\alpha$ -интерферонов и стимуляции местного иммунитета.

Помимо цетилпиридиния хлорида, Септолете® тотал содержит бензидамин, который является нестероидным противовоспалительным средством. Препарат обладает болеутоляющим, противовоспалительным, местным анестезирующим и жаропонижающим свойствами и широко используется по всей Европе уже почти 40 лет. Местное применение бензидамина повышает его болеутоляющий и противовоспалительный эффекты в большей мере, чем местное применение других противовоспалительных препаратов. Из двух действующих веществ (цетилпиридиния хлорид и бензидамин) через слизистые оболочки всасывается только бензидамин, поэтому цетилпиридиния хлорид не вступает в фармакокинетическое взаимодействие с бензидамином на системном уровне. Всасывание бензидамина через слизистые оболочки полости рта и глотки было показано посредством выявления действующего вещества в сыворотке крови, количество которого было недостаточно для оказания системного действия. Таким образом, бензидамин обладает крайне низкой системной токсичностью в сравнении с аналогичными местными анестетиками [11].

Необходимо отметить, что прием препарата не вызывает анестезию языка и других дискомфортных ощущений у пациента, включая системные эффекты (например, кардиотоксические, характерные для других анестетиков и др.) [11]

По данным недавно проведенного плацебо-контролируемого исследования эффективности и безопасности препарата Септолете® тотал у 402 пациентов с инфекцией верхних дыхательных путей с вовлечением миндалин были продемонстрированы выраженный терапевтический и болеутоляющий эффекты [8]. Отмечено быстрое начало действия, что сопровождалось уменьшения интенсивности боли и дискомфорта в горле на протяжении первого 15-минутного интервала после приема препарата. В исследовании было продемонстрировано статистически значимое уменьшение боли в горле на протяжении как минимум 3 ч по сравнению с плацебо [8].

Помимо этого, препарат Септолете® тотал не содержит сахара, что позволяет свободно принимать его больным сахарным диабетом и пациентам с нарушением толерантности к глюкозе без коррекции дозы сахароснижающих препаратов, при этом безсахарная среда увеличивает активность антисептического средства.

Немаловажным является и тот факт, что препарат Септолете® тотал, обладая клинически доказанными эффективностью и широким спектром активности, хорошо переносится пациентами: клиническое обследование больных не обнаружило патологических изменений в лабораторных и иммунологических показателях [10].

Септолете® тотал выпускается в форме таблеток для рассасывания и в форме спрея. Таблетки Септолете® тотал предназначены для взрослых и детей старше 6 лет. Септолете® тотал спрей может применяться для взрослых и детей старше 12 лет. Рекомендуемый режим приема: 1 таблетка каждые 3–6 ч (не более 4 таблеток в сутки) или 1 распыление каждые 2 ч (не более 3–5 раз в сутки).

Таким образом, Септолете® тотал является оптимальным препаратом выбора для этиотропной и патогенетической терапии воспалительного и болевого синдрома в ротоглотке, чья эффективность и безопасность подтверждена результатами доказательных исследований [7–12].

## Литература

1. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. М.: ГЭОТАР-медиа, 2007; 288. / Pal'chun V.T., Luchikhin L.A., Krjukov A.I. Vospalitel'nye zabolovaniya glotki. M.: GJeOTAR-media, 2007; 288. [in Russian]
2. Хронический тонзиллит. Клиника и иммунологические аспекты. / М.С.Плужников, Г.В.Лавренова, М.Я.Левин, П.Г.Назаров, К.А.Никитин. СПб.: Диалог, 2010; 224. / Khronicheskij tonzillit. Klinika i immunologicheskie aspekty. / M.S.Pluzhnikov, G.V.Lavrenova, M.Ja.Levin, P.G.Nazarov, K.A.Nikitin. SPb.: Dialog, 2010; 224. [in Russian]
3. Гуров А.В., Юшкина М.А. Особенности микробного пейзажа и проблемы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний ЛОР-органов у больных сахарным диабетом. Вестник оториноларингологии. 2018; 83 (1): 59–61. / A. V. Gurov, M. A. Jushkina. Osobennosti mikrobnogo pejzazha i problemy antibakterial'noj terapii vospalitel'nykh zabolovaniy LOR-organov u bol'nykh sakharnym diabetom. Vestnik otorinolaringologii. 2018; 83 (1): 59–61. [in Russian]
4. Sigal L.N., Ron J. Immunology a inflammation. Me Grow – Hill. Jnc. 1994; 4: 37–42.
5. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Аксенова А.В., Гусева О.А. Современные представления о токсико-аллергических проявлениях хронической тонзиллярной патологии, его этиологическая и патогенетическая роль в возникновении и течения общих заболеваний. Вестник оториноларингологии. 2012; 2: 5–12. / Pal'chun V.T., Gurov A.V., Aksenova A.V., Guseva O.A. Sovremennye predstavlenija o toksiko-allergicheskikh pojavlenijakh khronicheskoy tonzilljarnoj patologii, ego jetiologicheskaja i patogenecheskaja rol' v vozniknovenii i techenii obshhikh zabolovaniy. Vestnik otorinolaringologii. 2012; 2: 5–12. [in Russian]
6. Косяков С.Я., Лоранская И.Д., Анготоева И.Б., Мулдашева А.А. Ларингофарингеальный рефлюкс: вчера, сегодня, завтра. Медицинский совет. 2016; 6: 78–80. / Kosjakov S.Ja., Loranskaja I.D., Angotoeva I.B., Muldashева A.A. Laringofaringeal'nyj refljuks: vchera, segodnja, zavtra. Medicinskij sovet. 2016; 6: 78–80. [in Russian]
7. Ko ir P. Clinical experience with Septolete plus products in the treatment of sore throat. Krka Med Farm. 2014; 26 (38): 136–143.
8. Ko ir P. A comparison of therapeutic equivalence between test and reference formulations of the fixed combination of 3 milligrams benzydamine hydrochloride and 1 milligram cetylpyridium chloride in the treatment of sore throat associated with upper respiratory tract infections. Med Razgl. 2015; 54 (Suppl 3): 433–42.
9. Final report. A comparative study of the efficacy and safety of Septolete plus oromucosal spray 1.5 mg +0.3 mg/dose in subjects with sore throat associated with the reference product TheraFlu LAR, Phase III study.
10. Zabolotnyy D.I. et al. Treating of chronic pharyngitis at the stage of aggravation: clinical, immunological and microbiological aspects. Zdorovja Ukraini. The Medical Journal. 2007; 19 (176): 1–3.
11. Bulc M et al. Clinical trials with Septolete plus in Slovenia. Otorinolaryngologičny, 2007. Available on: www.magazynorl.pl
12. Славский А.Н., Мейтель И.Ю. Боль в горле: обоснование оптимального выбора препарата. Медицинский совет. 2016; 18: 129–132. / Slavskij A.N., Mejt'el' I.Ju. Bol' v gorle: obosnovanie optimal'nogo vybora preparata. Medicinskij sovet. 2016; 18: 129–132. [in Russian]

## Сведения об авторах:

**Гуров Александр Владимирович** – д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии лечебного факультета, профессор кафедры микробиологии и вирусологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

**Юшкина Марина Алексеевна** – к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

**Гусева Ольга Александровна** – к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва