

Дифференцированный подход к диагностике и лечению сочетанной патологии глотки, гортани и риноорбитальной зоны: междисциплинарное взаимодействие

К.К. Баранов^{✉1,2}, Е.Н. Котова^{1,2}, Э.О. Вязьменов^{1,2}, А.А. Протасов^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины им. акад. Ю.М. Лопухина» ФМБА России, Москва, Россия

Аннотация

Обоснование. Основной жалобой пациентов с воспалительными заболеваниями глотки является боль в горле; риноорбитальная патология в свою очередь выражается симптомами, связанными с нарушением носового дыхания, слезоотведения и прочими офтальмологическими расстройствами. При патологии гортани нередко присутствует дисфония. Как правило, первично такие пациенты попадают в руки врачей общей практики, терапевтов и педиатров, реже – оториноларингологов, однако периодически клиническая ситуация требует привлечения иных специалистов и проведения дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. В статье приведен ряд клинических наблюдений пациентов с сочетанной патологией глотки, гортани и риноорбитальной зоны, первично обратившихся к оториноларингологу, потребовавших в дальнейшем командного подхода различных специалистов.

Цель. Продемонстрировать дифференцированный подход к диагностике и лечению сочетанной патологии глотки, гортани и риноорбитальной зоны в рамках междисциплинарного взаимодействия специалистов на основании клинических наблюдений пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 5 пациентов, первично обратившихся за консультацией оториноларинголога с жалобой на боль или дискомфорт в горле, нарушение носового дыхания, слезоотведения, зуд в области глаз, дисфонию.

Результаты. В статье приведены клинические случаи сифилиса, лептотрихоза ротоглотки, герпес-вирусной инфекции VI типа, инфекционного мононуклеоза, инфекционно-токсического пареза гортани, диагностика и лечение которых осуществлялось посредством междисциплинарного взаимодействия оториноларингологов с врачами других специальностей. Представленные наблюдения демонстрируют, что, несмотря на причину обращения, пациенты с сочетанной патологией глотки, гортани и риноорбитальной зоны нуждаются в помощи не только оториноларингологов, но и других специалистов, в первую очередь врачей-инфекционистов.

Заключение. В целях повышения качества диагностики, маршрутизации и лечения пациентов с сочетанной патологией глотки и риноорбитальной зоны необходимо развивать междисциплинарное взаимодействие, создавать условия для расширения профессиональной эрудиции врачей, занимающихся проблемами патологии одних и тех же анатомических областей.

Ключевые слова: воспалительные заболевания глотки, боль в горле, риноорбитальная патология, сифилис ротоглотки, лептотрихоз, инфекционный процесс, инфекционно-токсический парез гортани, междисциплинарное взаимодействие

Для цитирования: Баранов К.К., Котова Е.Н., Вязьменов Э.О., Протасов А.А. Дифференцированный подход к диагностике и лечению сочетанной патологии глотки, гортани и риноорбитальной зоны: междисциплинарное взаимодействие. Consilium Medicum. 2023;25(9):589–595. DOI: 10.26442/20751753.2023.9.202416

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

Актуальность

Воспалительные процессы глотки, гортани и риноорбитальной зоны могут являться предметом интереса врачей различных специальностей. При этом первыми жалобами пациента в большинстве случаев являются боль, дискомфорт в данных областях. С этими симптомами сталки-

ваются врачи широкого профиля (терапевты, педиатры, врачи и фельдшеры скорой медицинской помощи) и узкие специалисты, в первую очередь врачи-оториноларингологи. А в ряде случаев такие пациенты нуждаются в помощи инфекционистов, онкологов и гематологов, офтальмологов и прочих специалистов. Справедливо утверждать, что

Информация об авторах / Information about the authors

✉ Баранов Константин Константинович – канд. мед. наук, доц. каф. оториноларингологии педиатрического фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», зав. отд-нием оториноларингологии ФГБУ «ФКНЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина». E-mail: kkb333@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8268-815X

Котова Елена Николаевна – канд. мед. наук, доц. каф. оториноларингологии педиатрического фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», врач-оториноларинголог ФГБУ «ФКНЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина». E-mail: enkotova@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0318-7179

Вязьменов Эдуард Олегович – канд. мед. наук, доц. каф. оториноларингологии педиатрического фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», врач-оториноларинголог ФГБУ «ФКНЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина». E-mail: hnodocor@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2880-4882

Протасов Артем Андреевич – аспирант каф. оториноларингологии педиатрического фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», врач-оториноларинголог ФГБУ «ФКНЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина». E-mail: artemprotasoff@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4333-6255

✉ Konstantin K. Baranov – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University, Lopukhin Federal Scientific and Clinical Center for Physical and Chemical Medicine. E-mail: kkb333@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8268-815X

Elena N. Kotova – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University, Lopukhin Federal Scientific and Clinical Center for Physical and Chemical Medicine. E-mail: enkotova@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0318-7179

Eduard O. Vyazmenov – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University, Lopukhin Federal Scientific and Clinical Center for Physical and Chemical Medicine. E-mail: hnodocor@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2880-4882

Artem A. Protasov – Graduate Student, Pirogov Russian National Research Medical University, Lopukhin Federal Scientific and Clinical Center for Physical and Chemical Medicine. E-mail: artemprotasoff@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4333-6255

Differentiated approach to diagnosis and treatment to combined pathology of the pharynx, larynx and rhino-orbital zone: interdisciplinary interaction

Konstantin K. Baranov^{✉1,2}, Elena N. Kotova^{1,2}, Eduard O. Vyazmenov^{1,2}, Artem A. Protasov^{1,2}

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

²Lopukhin Federal Scientific and Clinical Center for Physical and Chemical Medicine, Moscow, Russia

Abstract

Background. The main complaint of patients with inflammatory diseases of the pharynx is a sore throat; rhino-orbital pathology, in turn, is manifested by symptoms associated with impaired nasal breathing, lacrimal drainage and other ophthalmological disorders. With pathology of the larynx, dysphonia is often present. As a rule, such patients initially fall into the hands of general practitioners, therapists and pediatricians, less often otolaryngologists, however, periodically the clinical situation requires the involvement of other specialists and additional laboratory and instrumental studies. The article presents a number of clinical observations of patients with combined pathology of the pharynx, larynx and rhino-orbital zone, who initially turned to an otolaryngologist, who subsequently required a team approach from various specialists.

Aim. Demonstration of a differentiated approach to the diagnosis and treatment of combined pathology of the pharynx, larynx and rhino-orbital zone within the framework of interdisciplinary interaction of specialists based on clinical observations of patients.

Materials and methods. We observed 5 patients who initially sought consultation with an otorhinolaryngologist with complaints of pain or discomfort in the throat, impaired nasal breathing, lacrimal drainage, itching in the eye area, and dysphonia.

Results. The article presents clinical cases of syphilis, leptotrichosis of the oropharynx, herpesvirus infection type VI, infectious mononucleosis, infectious-toxic paresis of the larynx, the diagnosis and treatment of which was carried out through interdisciplinary interaction of otorhinolaryngologists with doctors of other specialties. The presented observations demonstrate that, despite the reason for treatment, patients with combined pathology of the pharynx, larynx and rhino-orbital zone require the help of not only otolaryngologists, but also other specialists, primarily infectious disease specialists.

Conclusion. In order to improve the quality of diagnosis, routing and treatment of patients with combined pathology of the pharynx and rhino-orbital zone, it is necessary to develop interdisciplinary interaction and create conditions for expanding the professional erudition of doctors dealing with the problems of pathology of the same anatomical areas.

Keywords: inflammatory diseases of the pharynx, sore throat, rhino-orbital pathology, oropharyngeal syphilis, leptotrichosis, infectious process, infectious-toxic laryngeal paresis, interdisciplinary interaction

For citation: Baranov KK, Kotova EN, Vyazmenov EO, Protasov AA. Differentiated approach to diagnosis and treatment to combined pathology of the pharynx, larynx and rhino-orbital zone: interdisciplinary interaction. *Consilium Medicum*. 2023;25(9):589–595. DOI: 10.26442/20751753.2023.9.202416

воспалительные заболевания глотки и элементов риноорбитального комплекса как минимум с теоретических позиций требуют междисциплинарного подхода.

Основную долю острых воспалительных заболеваний глотки и гортани занимают вирусные инфекции. В частности, по данным некоторых авторов, около 80% случаев воспаления небных миндалин имеют вирусную этиологию [1–4]. На бактериальные тонзиллиты, способные привести к местным и системным осложнениям, исходя из различия данных, приходится 15–30% случаев [5–7]. В случае неподтвержденной или маловероятной бактериальной природы воспаления рекомендуется использование симптоматических препаратов и местных антисептических средств [8, 9]. Тем не менее начальные проявления большинства воспалительных процессов глотки схожи по симптомам (гипертермия, боль, дискомфорт, першение в горле) и по данным фарингоскопического осмотра (гиперемия, отек). В таких случаях первичная диагностика бывает затруднена, для окончательного диагноза требуются лабораторно-инструментальные методы исследования, привлечение специалистов из других областей, а иногда и просто время, за которое продромальная стадия инфекционного процесса перейдет в основную.

В данной статье мы хотим кратко, с позиции оториноларингологов, представить несколько наблюдений больных, обратившихся к нам с сочетанной патологией глотки, гортани и риноорбитальной зоны.

Цель исследования – демонстрация дифференцированного подхода к диагностике и лечению сочетанной патологии глотки, гортани и риноорбитальной зоны в рамках междисциплинарного взаимодействия специалистов на основании клинических наблюдений пациентов.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились несколько пациентов. Все они первично обратились за консультацией

оториноларинголога, миновав терапевта или педиатра. В обследование больных входил стандартный оториноларингологический осмотр (отоскопия, передняя риноскопия, фарингоскопия), дополнительно при необходимости применялись эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, трансназальная видеофибrolарингоскопия, лабораторные методы диагностики (метод полимеразной цепной реакции и микробиологическое исследование материала, собранного с поверхности слизистой оболочки глотки; серологическое исследование крови пациентов), привлечены врачи – инфекционисты, офтальмологи.

Результаты

Клинический случай №1

Пациентка 18 лет. Жалобы: в течение нескольких недель – на ощущение уплотнения в области левой миндалины. При фарингоскопии на верхнем полюсе левой небной миндалины обнаружен безболезненный при пальпации дефект, похожий на глубокую эрозию, окруженную зоной пролиферативного воспаления (рис. 1). Со стороны полости носа отмечались воспалительные процессы слизистой оболочки. Учитывая атипичную картину и данные анамнеза, решено взять мазок методом полимеразной цепной реакции на *Treponema pallidum*, результат положительный. Описанные выше фарингоскопические изменения соответствовали твердому шанкру, который при локализации на миндалине проявляется в виде язвы, отечно-воспалительных явлений. Жалобы варьируют от дискомфорта при глотании до выраженного болевого синдрома [10].

В данной ситуации врач-оториноларинголог стал первым специалистом, запустившим диагностический поиск, а установление окончательного диагноза и назначение необходимого лечения потребовали привлечения врача-дерматовенеролога.

Диагноз – «первичный сифилис ротоглотки. Острый ринит».

Рис. 1. Первичный сифилис ротоглотки. Oropharyngeal syphilis.**Рис. 2. Лептотрихоз ротоглотки. Oropharyngeal leptotrichosis.**

Помимо терапии, назначенной дерматовенерологом, пациентке для предупреждения развития более выраженного воспалительного процесса и вторичного инфицирования эрозированных участков миндалин иной флорой рекомендовано орошение ротоглотки антисептическим средством – аэрозолем Митрасептин®-ПРО. Купирование отека слизистой оболочки проводили с помощью интраназального введения спрея с действующим веществом ксилонметазолин. Отмечалась положительная динамика лечения.

Клинический случай №2

Пациент 14 лет. Жалобы – на дискомфорт и зуд в горле, нарушение носового дыхания. В анамнезе имеет длительный курс антибиотикотерапии по поводу обострения хронического тонзиллита, хронический гастрит (тип В). При фарингоскопии на верхнем полюсе левой небной миндалины, передней левой и задних небных дужках обнаружены конусовидные белые элементы (рис. 2). По результатам микробиологического исследования выявлена *Leptothrix buccalis*, бактерия-сапрофит ротовой полости, при определенных условиях вызывающая развитие лептотрихоза. Возникновению лептотрихоза способствуют дисбиоз, системные заболевания крови, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, он-

Рис. 3. Афтозный стоматит. Aphthous stomatitis.

кологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), продолжительная антибактериальная терапия. Ведущий клинический признак: образование конусовидных выростов плоского эпителия поверх лимфаденоидной ткани вследствие гиперкератоза [11, 12].

Лечение лептотрихоза занимает продолжительное время, до нескольких месяцев, поэтому в целях минимизации влияния предрасполагающих факторов пациент направлен к гастроэнтерологу, предписавшему повторный курс эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*. В дальнейшем консервативное лечение привело к заметному улучшению фарингоскопической картины.

Диагноз – «хронический тонзиллит. Лептотрихоз. Хронический гастрит. Острый ринит».

Консервативная терапия состояла из следующих звеньев: использование топического деконгестанта, орошение ротоглотки антисептиком Митрасептин®-ПРО, прием пробиотиков, а также иммуностимулирующего препарата (местного применения) бактериального происхождения, включающего поливалентный антигенный комплекс, смесь лизатов бактерий (состав соответствовал возбудителям, наиболее часто вызывающим воспалительные процессы в полости рта и глотки). Отмечалась положительная динамика лечения.

Клинический случай №3

Пациент 7 лет. Обратился с жалобами на умеренную боль в горле, зуд в области глаза, слизистые выделения из полости носа в течение нескольких дней. При фарингоскопии выявлены гиперемия и афты передних небных дужек и на небе слева (рис. 3). Учитывая фарингоскопическую картину, пациент направлен на консультацию врача-инфекциониста. По рекомендации инфекциониста проведена лабораторная диагностика герпес-вирусных инфекций, выявлены герпес-вирусы I и VI типов. На фоне проводимого консервативного лечения местный процесс купирован, дальнейшее наблюдение осуществлялось врачом-инфекционистом.

Диагноз – «афтозный стоматит. Персистирующая герпес-вирусная инфекция I и VI типа. Острый ринит. Острый конъюнктивит».

Со стороны оториноларинголога пациенту назначены орошение ротоглотки аэрозолем антисептика Митрасептин®-ПРО, а также топические деконгестанты. Отмечалась положительная динамика лечения.

Рис. 4. Инфекционный мононуклеоз (герпес-вирус IV типа). Human herpesvirus 4 (HHV-4).



Клинический случай №4

Пациент 13 лет. Жалобы: субфебрильная температура, затруднение носового дыхания, боль в горле, гнойные выделения из правого глаза, дисфония вплоть до афонии, кашель при приеме жидкой пищи. При передней риноскопии патологических изменений слизистой и отделяемого не выявлено, носовое дыхание резко затруднено. При фарингоскопии – гиперемия стенок зева, обширные наложения грязно-белого цвета на миндалинах (рис. 4). С целью уточнения причины нарушения носового дыхания по стандартной методике проведено эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки: выявлена отечная лимфаденоидная ткань глоточной миндалины, покрытая аналогичными грязно-белыми наложениями, перекрывающая просвет хоан более чем на 2/3. Также выполнена трансназальная видеоларингоскопия с оценкой глотания: выявлены правосторонний парез гортани, микроаспирация жидкого болюса (рис. 5). Проведен осмотр регионарных лимфоузлов – все они увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающей клетчаткой. В дальнейшем лабораторно подтверждено наличие вируса Эпштейна–Барр. Пациент направлен к инфекционисту и офтальмологу для дальнейшего лечения.

Диагноз – «инфекционный мононуклеоз. Гипертрофия аденоидов 3–1-й степени. Аденоидит. Правосторонний острый дакриоцистит. Инфекционно-токсический правосторонний парез гортани».

В связи с состоянием гортани пациент проходил курс нейрофониатрической реабилитации. По поводу аденоидита интраназально применялся топический антибактериальный препарат. Проводилось 4-кратное орошение ротоглотки аэрозолем Митрасептин®-ПРО по 3–4 раза в сутки в течение 10 дней. Отмечалась положительная динамика лечения.

Клинический случай №5

Пациент 16 лет. В анамнезе: несколькими месяцами ранее имелся эпизод перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), наблюдение у врача-оториноларинголога по поводу хронического тонзиллита. Присутствовали жалобы на боль в горле, парестезии и покалывания в языке, нарушение вкусовых ощущений, слизисто-гнойные выделения из полости носа. В течение нескольких дней отме-

Рис. 5. Инфекционно-токсический правосторонний парез гортани.



Рис. 6. Обострение хронического тонзиллита.



чалась фебрильная температура тела. В ходе диагностики выявлены антитела класса G к вирусу герпеса I и II типов. По результатам микробиологического обследования выявлено присутствие β -гемолитического стрептококка группы А. Рентгенологическое исследование околоносовых пазух во фронтальной проекции указывало на наличие уровня жидкости в верхнечелюстных пазухах. По результатам общего анализа крови выявлены лейкоцитоз, повышение СОЭ. При фарингоскопии – гиперемия слизистой оболочки глотки, миндалин, расширенные лакуны (рис. 6).

Диагноз – «обострение хронического тонзиллита, двусторонний верхнечелюстной синусит».

Лечение: топическая терапия включала интраназальные деконгестанты, орошение ротоглотки аэрозолем Митрасептин®-ПРО (4-кратное орошение по 3–4 раза в сутки в течение 10 дней), системно использовался Амоксициллин+Клавулановая кислота ЭКСПРЕСС (по 875 мг/125 мг 2 раза в сутки 7 дней). Отмечалась положительная динамика лечения.

Обсуждение

Диагностика и лечение различной сочетанной патологии глотки, гортани и риноорбитальной зоны относятся к компетенции как врачей-оториноларингологов, так и терапевтов, педиатров и врачей-инфекционистов, офтальмологов.

Однако большинство пациентов при боли в горле, нарушении носового дыхания, дисфонии, сочетанных офтальмологических и ринологических симптомах любой этиологии обращаются к наиболее доступному в рутинных

условиях врачу, а именно участковому терапевту, педиатру, реже – к оториноларингологу. Таким образом, любой ЛОР-специалист может столкнуться с сугубо инфекционным заболеванием, а участковый терапевт – с какой-либо хирургической патологией ЛОР-органов, орбитальной зоны.

Отдельным вопросом, требующим углубленного изучения, является специфичность лечения сочетанной патологии глотки, гортани и риноорбитальной зоны. Приведенные клинические примеры отражают течение так называемой коинфекции, а именно сочетанного инфекционного процесса, вызванного различными возбудителями (вирусы, бактерии, грибы и др.). Коинфекции являются актуальной медико-экономической проблемой, до 17% людей во всем мире ежегодно страдают от данной патологии. Наиболее частые коинфектанты – бактерии и вирусы, ассоциация которых способствует осложнению течения заболевания. Немаловажными для понимания актуальности указанного являются следующие факты: более 30 млн человек в Российской Федерации ежегодно переносят острую респираторную инфекцию, 65% из них – бактериально-вирусную коинфекцию, а частота развития осложнений достигает 69% [13–16].

Учитывая особенности течения заболеваний, представленных в клиническом примере, потребовалось прибегнуть к назначению пациентам сочетанной терапии топическим антисептическим средством Митрасептин®-ПРО (бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний) совместно с системным антибактериальным препаратом Амоксициллин+Клавулановая кислота ЭКСПРЕСС.

Митрасептин®-ПРО при местном применении оказывает: вирулицидное действие, предотвращая проникновение вируса в клетки организма, фунгицидное действие даже в отношении резистентных к антимикотикам грибов, бактерицидное действие даже против полирезистентных к антибиотикам госпитальных штаммов. При топическом использовании в сочетании с антибиотиками препарат расширяет спектр активности противомикробной терапии, повышает эффективность антибактериальной терапии (особенно β -лактамовой группы), увеличивая проницаемость микробной клеточной стенки для антибиотиков [17].

Можно отметить явные преимущества совместного применения препаратов Митрасептин®-ПРО и Амоксициллин+Клавулановая кислота ЭКСПРЕСС, повышающие шансы пациента на выздоровление. Согласно инструкции Митрасептин®-ПРО уничтожает бактерии, вирусы и грибы, снижает резистентность возбудителей к противомикробным препаратам и подавляет ее формирование при применении с β -лактамами. Добавление аэрозоля Митрасептин®-ПРО к системным антибиотикам способствует усилению эффективности и универсальности терапии даже при коинфекции. Именно сочетанная терапия снижает риск рецидива, улучшая прогноз течения заболевания. Митрасептин®-ПРО при местном применении предотвращает дальнейшую колонизацию микроорганизмами воспаленной слизистой оболочки, предотвращает негативное влияние антибиотиков на клетки иммунной системы, способствует более эффективному иммунному ответу на инфекцию за счет локального усиления активности фагоцитов, что ускоряет элиминацию патогенов. Механизм бактерицидного, противовирусного и противогрибкового действия препарата Митрасептин®-ПРО хорошо известен. Суперкапсид вирусов и клеточная стенка грибов выполняют стабилизирующую и защитную функции, обеспечивая жизнедеятельность микроорганизмов. За счет положительного заряда Митрасептин®-ПРО способен взаимодействовать с отрицательно заряженными молекулами вирусного суперкапсида и клеточной стенки грибов. Средство уничтожает вирусы и грибы, разрыхляя и разрушая их внешнюю оболочку. Воздействие на бактериальную клетку

заключается в том, что препарат взаимодействует с фосфатными группами мембранных липидов, нарушая осмотическое равновесие в клетке, что в итоге приводит к ее гибели.

В свою очередь Амоксициллин+Клавулановая кислота ЭКСПРЕСС является современным антибиотиком с улучшенными фармакокинетическими свойствами в форме диспергируемых таблеток, которые состоят из множества спрессованных микрочастиц, содержат действующее вещество и вспомогательные наполнители. Амоксициллин – полусинтетический антибиотик широкого спектра действия, обладающий активностью против многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Клавулановая кислота – ингибитор β -лактамаз, структурно родственная пенициллинам, обладает способностью инактивировать широкий спектр ферментов – β -лактамаз. К свойствам препарата относятся: быстрое высвобождение и оптимальное распределение действующего вещества при приеме таблетки, большая площадь контактной поверхности в кишечнике при всасывании, растворимость в воде с образованием суспензии, легкость и удобство дозирования, стабильность лекарственной формы при комнатной температуре.

Учитывая представленное, возможно выделить ряд преимуществ, которые имеют диспергируемые таблетки перед обычными формами суспензий и таблетированных антибактериальных препаратов [18–20]:

- равномерное нарастание и достижение более высокого уровня концентрации препарата в крови – высокая биодоступность;
- больше действующего вещества всасывается в окне абсорбции – меньше остаточная концентрация препарата в ЖКТ;
- удобство применения в связи с отсутствием необходимости проглатывания крупных таблеток целиком;
- уменьшение времени нахождения препарата в ЖКТ – минимальное воздействие на микрофлору и слизистую оболочку кишечника;
- снижение риска ошибок дозирования (передозировки или использования меньшей дозы);
- не требует хранения в холодильнике в отличие от готовых суспензий.

Положительные стороны применения Амоксициллин+Клавулановая кислота ЭКСПРЕСС: высокая клиническая эффективность препарата, прогнозируемое терапевтическое действие за счет абсорбции оптимальной дозы, возможность применения у пациентов с затрудненным глотанием, детей, пожилых и лежачих больных, меньшая частота развития нежелательных реакций со стороны ЖКТ – хорошая переносимость лечения, удобство хранения препарата, а также снижение рисков (развитие нежелательных реакций, недостаточный терапевтический эффект) [18–20].

Заключение

В целях повышения качества диагностики, маршрутизации и лечения пациентов с сочетанной патологией глотки, гортани и риноорбитальной зоны необходимо развивать междисциплинарное взаимодействие, создавать условия для расширения профессиональной эрудиции врачей, занимающихся проблемами патологии одних и тех же анатомических областей. Рациональная и эффективная терапия подобных заболеваний, особенно со сложным и нестандартным клиническим течением, основывается на комплексном использовании препаратов с различными свойствами, охватывающими весь спектр патогенеза данных состояний, что в настоящем исследовании продемонстрировано сочетанным применением топического средства Митрасептин®-ПРО и системного антибиотика Амоксициллин+Клавулановая кислота ЭКСПРЕСС.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациентов на анализ и публикацию медицинских данных и фотографий.

Consent for publication. The authors obtained written consent from the patient's legal representatives to analyze and publish medical data and photographs.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» №180 от 17 декабря 2018 г. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции.

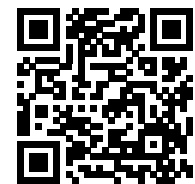
Ethics approval. The study was approved by the local ethics committee of Pirogov Russian National Research Medical University (protocol №180 of 17.12.2018). The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

Литература/References

- Поляков Д.П. Принципы антибактериальной терапии стрептококкового тонзиллофарингита. *Вопросы современной педиатрии*. 2014;13(2):83-8 [Polyakov DP. Principles of antibacterial therapy of streptococcal tonsillopharyngitis. *Current Pediatrics*. 2014;13(2):83-8 (in Russian)].
- Свистушкин В.М. Эмпирическая антибактериальная терапия при острых воспалительных заболеваниях верхних отделов дыхательных путей. *РМЖ*. 2005;13(4):216-9 [Svistushkin VM. Empiricheskaia antibakterial'naiia terapiia pri ostrykh vospalitel'nykh zabolovaniakh verkhnikh otdelov dykhatel'nykh putei. *RMZh*. 2005;13(4):216-9 (in Russian)].
- Sun J, Keh-Gong W, Hwang B. Evaluation of the etiologic agents for acute suppurative tonsillitis in children. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 2002;65(5):212-7.
- Dominguez O, Rojo P, de Las Heras S, et al. Clinical presentation and characteristics of pharyngeal adenovirus infections. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24(8):733-4.
- Brook I, Dohar JE. Management of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngotonsillitis in children. *J Fam Pract*. 2006;55(12):1-11.
- Kanji K, Saati D, Rao GG, et al. Antibiotics for tonsillitis: should the emergency department emulate general practice? *J Clin Pathol*. 2016;69(9):834-6. DOI:10.1136/jclinpath-2016-203808
- Sayyahfar S, Fahimzad A, Naddaf A, Tavassoli S. Antibiotic Susceptibility Evaluation of Group A Streptococcus Isolated from Children with Pharyngitis: A Study from Iran. *Infect Chemother*. 2015;47(4):225-30. DOI:10.3947/ic.2015.47.4.225
- Котова Е.Н. Местная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний ротоглотки. *Вопросы современной педиатрии*. 2012;11(5):168-70 [Kotova EN. Topical therapy of oropharyngeal infectious and inflammatory diseases. *Current Pediatrics*. 2012;11(5):168-170 (in Russian)].
- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. IDSA Guideline for GAS Pharyngitis, Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;3:1-17.
- Блоцкий А.А. Поражение ЛОР-органов при специфических заболеваниях. Методическое пособие. Благовещенск, 2010; с. 96-101 [Blotskii AA. Porazheniie LOR-organov pri spetsificheskikh zabolovaniakh. Metodicheskoe posobie. Blagoveshchensk, 2010; p. 96-101 (in Russian)].
- Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Руководство по практической оториноларингологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2011 [Pal'chun VT, Luchikhin LA, Magomedov MM. Rukovodstvo po prakticheskoyi otorinolaringologii. Moscow: Meditsinskoie informatsionnoie agentstvo, 2011 (in Russian)].
- Флейшер Г.М., Воронцова Э.Л., Фомичев И.В. Клинический случай проявления лептотрихоза языка. *Проблемы стоматологии*. 2014;6:24-6 [Fleisher GM, Vorontsova EL, Fomichev IV. Klinicheskii sluchai proiavlennia leptotrikhoza iazyka. *Problemy stomatologii*. 2014;6:24-6 (in Russian)].
- Балмасова И.П., Малова Е.С., Сепиашвили Р.И. Вирусно-бактериальные коинфекции как глобальная проблема современной медицины. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2018;22(1):29-42 [Balmasova IP, Malova ES, Sepiashvili RI. Virusno-bakterial'nyie koinfeksii kak global'naia problema sovremennoi meditsiny. *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina*. 2018;22(1):29-42 (in Russian)].
- Griffiths EC, Pedersen AB, Fenton A, Petchey OL. The nature and consequences of coinfection in humans. *J Infect*. 2011;63(3):200-6.
- Tiseo G, Suardi LR, Giusti L, et al. Predictors and outcomes of respiratory bacterial coinfections in patients with COVID-19 admitted to hospital: An observational prospective study. *Respirology*. 2022;27(11):987-90.
- Voiriot G, Visseaux B, Cohen J, et al. Viral-bacterial coinfection affects the presentation and alters the prognosis of severe community-acquired pneumonia. *Crit Care*. 2016;20(1):375.
- Osmanov A, Farooq Z, Richardson MD, et al. The antiseptic Miramistin: a review of its comparative in vitro and clinical activity. *FEMS Microbiol Rev*. 2020;44(4):399-417.
- Мухина М.А., Леонова М.В. Новые пероральные лекарственные формы антибиотиков. *Лечебное дело*. 2012;1:16-22 [Mukhina MA, Leonova MV. New oral dosage forms of antibiotics. *Lechebnoie delo*. 2012;1:16-22 (in Russian)].
- Карпов О.И., Рязанцев С.В., Тихомирова И.А. Путь повышения эффективности и переносимости антибиотикотерапии при синусите у детей. *Детские инфекции*. 2006;5(3):53-6 [Karpov OI, Riazantsev SV, Tikhomirova IA. Put' povysheniia effektivnosti i perenosimosti antibiotikoterapii pri sinusite u detei. *Detskie infektsii*. 2006;5(3):53-6 (in Russian)].
- Зырянков С.К., Байбулатова Е.А. Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии. *Антибиотики и химиотерапия*. 2019;64(3-4):81-91 [Zyrianov SK, Baibulatova EA. The Use of New Dosage Forms of Antibiotics as a Way to Improve the Effectiveness and Safety of Antibiotic Therapy. *Antibiotics and Chemotherapy*. 2019;64(3-4):81-91 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 01.09.2023

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.09.2023



OMNIDOCTOR.RU