

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ В ГОРЛЕ

С. Карпищенко, доктор медицинских наук, профессор,
О. Колесникова, кандидат медицинских наук
Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
E-mail: olga_lozo@mail.ru

У 90% пациентов боль в горле носит инфекционный характер. Выбирая способ ее лечения, исходят из клинической оценки состояния в целом, данных вспомогательных тестов и анамнеза. Лечение, как правило, – симптоматическое. Антибактериальная терапия при острой боли в горле необходима только 10–20% больных, но в нашей стране ее назначают гораздо чаще.

Ключевые слова: боль в горле, острый фарингит, Стрепсилс Интенсив.

На боль в горле часто жалуются и дети, и взрослые при визите к врачу; на ее долю приходится 1–2% всех амбулаторных обращений.

Основные причины острой боли в горле:

- вирусные инфекции; их частота при боли в горле – до 90% у взрослых и 50–80% – в популяции в целом; наиболее часто встречаются инфекции, вызванные аденовирусом, энтеровирусом, риновирусом, коронавирусом и вирусом гриппа [16];
- бактериальные инфекции; чаще всего выявляются β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА): в 5–10% случаев у взрослых и в 20–35% – у детей [16];
- эпиглотит – острое воспаление надгортанника, часто вызываемое *Haemophilus influenzae* типа В [16];
- инфекционный мононуклеоз; он встречается при острой боли в горле у 1% взрослых; заболевание вызывает вирус Эпштейна–Барр [16];
- дыхание через рот из-за затрудненного носового дыхания, вызывающее сухость слизистой оболочки глотки;
- сухость в горле как побочный эффект при приеме ряда препаратов (антигистаминных средств, антидепрессантов, диуретиков, средств от диареи и тошноты);
- мышечное перенапряжение в результате крика, разговора в шумном помещении, длительного пения;
- травма: механическое повреждение слизистой оболочки глотки, химическая и термическая травма в результате воздействия некоторыми жидкостями и газами;
- раздражение слизистой оболочки различными раздражителями, способными вызвать сухость в горле (например, табачным дымом), α-адреномиметиками, затекающими в глотку при лечении насморка; при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни слизистую оболочку глотки раздражает желудочное содержимое.

Необходимо помнить, что боль в горле может быть симптомом заболеваний, развивающихся в других органах, что связано с особенностями иннервации глотки. Богатство ее нервных связей объясняет возможность иррадиации боли в глотку при заболеваниях уха, нижней челюсти, щитовидной железы и т.д. [3].

При обращении к врачу пациент хочет понять причину болезни, получить облегчение и узнать, как долго будет длиться заболевание. Уже говорилось, что боль в горле в большинстве случаев носит инфекционный характер (в $\leq 90\%$ случаев – вирусный, в остальных – бактериальный). Фарингоскопическая картина при ней характерная (наблюдаются яркая гиперемия и отек слизистой оболочки глотки), что дает основание диагностировать острый фарингит или острый тонзиллофарингит. За рубежом, если воспаление затрагивает только слизистую оболочку задней стенки глотки, ставят диагноз фарингита, если гиперемия и инфильтрация распространяется еще и на миндалины – тонзиллофарингита. На начальных этапах болезни практически невозможно дифференцировать вирусное поражение глотки от бактериального из-за схожести клинических проявлений. Для уточнения причины боли в горле, не связанной с инфекцией, могут потребоваться дообследование и тщательный сбор анамнеза (профессиональные вредности, принимаемые лекарственные препараты и т.д.). В период ожидания лабораторных данных и уточнения причины заболевания больные должны получать **симптоматическое лечение**.

Считается, что только при стрептококковой глоточной инфекции, обусловленной БГСА, требуется системная антибактериальная терапия (АБТ), так как есть риск развития острой ревматической лихорадки, постстрептококкового гломерулонефрита и гнойного осложнения в виде паратонзиллярного абсцесса [14]. Для принятия решения о целесообразности назначения антибиотика при острой боли в горле предлагается ориентироваться на клинические критерии Centor (оцениваются температура, кашель, шейные лимфатические узлы и состояние миндалин); при этом каждый признак увеличивает вероятность инфициро-

вания БГСА [6, 9]. Позже, помимо клинических критериев Centor, при принятии решения об АБТ предложили ориентироваться еще и на возраст пациента (табл. 1), так как частота бессимптомного носительства БГСА с возрастом снижается и у младших школьников составляет 20%, в возрасте 14 лет – 10,9%, у лиц от 15 до 44 лет – 2,3%, после 45 лет – 0,6% [10].

Риск инфицирования БГСА возрастает по мере увеличения суммы баллов по критериям Centor (табл. 2).

Если сумма баллов по критериям Centor ≥ 3 , необходимо рассмотреть вопрос о назначении АБТ.

За рубежом более целесообразным считается выполнение экспресс-диагностического теста для выявления антигена к БГСА [15]; тестирование проводится у всех лиц, обратившихся с жалобой на боль в горле. Чувствительность теста достигает 90%, специфичность – 97%. Только после подтверждения инфицирования БГСА назначается АБТ. В России экспресс-диагностика на антиген к БГСА недоступна во многих амбулаторных учреждениях, подтвердить наличие БГСА можно только с помощью бактериологического исследования мазка из глотки. Поскольку получить результат такого исследования быстро невозможно, данный метод диагностики не может быть рекомендован к применению [9]. Для носителей БГСА разработаны критерии, которые необходимо оценить и только после этого назначить лечение. К таким критериям относятся [7]:

- рецидивирующий фарингит без кашля или наличие патологического содержимого в лакунах миндалин;
- наличие острой ревматической лихорадки или постстрептококкового гломерулонефрита;
- вспышка острого фарингита, вызванного БГСА, в закрытых сообществах (казармы, интернаты);
- возникновение у членов семьи острой ревматической лихорадки;
- повторение подтвержденных эпизодов β -гемолитического стрептококкового фарингита в семье в течение нескольких недель, несмотря на лечение;
- чрезмерное беспокойство пациента, связанное с носительством БГСА;
- при отсутствии эффекта от консервативного лечения показана тонзиллэктомия.

Если из 7 критериев выявлены 2, показано консервативное лечение (АБТ) или оперативное.

Боль в горле не следует лечить антибиотиком только для того, чтобы предотвратить осложнения бактериального фарингита. Известно, что паратонзиллярный абсцесс развивается в 2 из 10 тыс. случаев острой инфекции верхних дыхательных путей, а негнойные осложнения (ревматизм и гломерулонефрит) встречаются крайне редко [12]. К тому же около 25% пациентов с β -гемолитическим стрептококковым воспалением глотки остаются культуропозитивными даже после адекватной АБТ [18]. Однако если принято решение о лечении антибиотиками, препаратами 1-го ряда должны быть пенициллины и защищенные аминопенициллины [9].

Очень часто боль в горле без всяких на то оснований лечат антибиотиками, хотя в большинстве случаев она имеет вирусное происхождение и у 85% больных самоизлечение наступает за 7 дней [13]. Назначение АБТ при острой боли в горле показано ≤ 10 –20% больных [5]. Однако по данным фармакоэпидемиологических исследований, реально антибактериальные препараты выписываются 70% пациентам [11]. Результаты этого – все больший рост бактериальной ре-

Таблица 1
Данные, учитываемые при принятии решения о назначении АБТ

Критерий	Балл
Температура $>38^{\circ}\text{C}$	1
Отсутствие кашля	1
Передний шейный лимфаденит	1
Отек миндалин или наличие экссудата на миндалинах	1
Возраст от 3 до 14 лет	1
Возраст от 15 до 44 лет	0
Возраст >44 лет	-1

Таблица 2
Риск инфицирования БГСА в зависимости от критериев Centor

Сумма баллов	Риск инфицирования БГСА, %
≥ 4	51–53
3	28–35
2	11–17
1	5–10
≤ 0	1–2,5

зистентности, борьба с побочными явлениями АБТ и сокращение числа назначаемых антибактериальных препаратов из так называемой группы резерва.

Если больному рекомендована АБТ, он все равно нуждается в симптоматическом лечении, поскольку клинический эффект от АБТ может наступить только через 1 сутки, а боль необходимо облегчить.

Ряд клиницистов рекомендуют использовать термин «простая боль в горле», обозначая так состояние, при котором ослабление выраженности симптоматики происходит за 3–5 дней. Но если на фоне симптоматического лечения состояние такого больного ухудшается или остается без динамики, следует пересмотреть терапевтический подход к лечению и, возможно, назначить АБТ. Таким образом, эти авторы рекомендуют воздержаться от назначения АБТ на 5 дней при острой боли в горле и проводить симптоматическое лечение [4].

Хотя причины острой боли в горле могут быть разными, в основе ее развития лежит воспаление, которое носит септический или асептический характер. Воспалительный процесс проходит 3 фазы:

- альтерации;
- экссудации;
- пролиферации.

Значение этиологических факторов воспаления сводится в основном к индукции 1-й фазы тканевых изменений – фазы повреждения, или альтерации. Интенсивность и длительность альтерации определяет характер всех последующих сосудисто-тканевых расстройств – экссудации и пролиферации, а также нарушений регионарного кровотока и микроциркуляции в виде спазма, артериальной и венозной гиперемии и стаза.

Длительность течения воспалительного процесса в значительной мере определяется соотношением интенсивности образования медиаторов воспаления и их инактивации. Метаболиты арахидоновой кислоты являются главными медиаторами воспаления. Один из них – простагландин (ПГ), вызывающий вазодилатацию, повышение проницаемости микрососудов, ощущение боли, а при резорбции – лихорадочную реакцию [1]. Синтез ПГ может снижаться нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). НПВП ингибируют фермент циклооксигеназу и снижают синтез ПГ из арахидоновой кислоты, воздействуя тем самым на фазу альтерации воспалительного процесса, способствуют сокращению сроков лечения, уменьшают воспалительные изменения, что ведет к облегчению симптоматики. Поэтому НПВП рекомендованы для симптоматического лечения острой боли в горле [9].

Таким образом, пациенты с болью в горле до выяснения причины заболевания нуждаются в симптоматическом лечении, так как боль в горле снижает качество жизни.

НПВП флурбипрофен характеризуется широким диапазоном противовоспалительного и анальгетического действия как при системном, так и при местном применении. В случае его применения местно не создается его высоких концентраций в крови и не возникает системных побочных эффектов, поэтому местное его применение предпочтительнее системного [8]. Местная терапия НПВП состоит в полоскании, применении спрея и таблеток для рассасывания. Полоскание эффективно при лечении полости рта и основания корня языка. Применение спрея позволяет орошать заднюю стенку глотки, однако оно не рекомендовано детям до 6 лет и больным бронхиальной астмой. При оценке эф-

фективности лекарственных препаратов в форме таблеток для рассасывания отмечено, что концентрация активных ингредиентов лекарств в слизистой оболочке глотки выше, чем при применении спрея и полоскания, и слизистая оболочка очищается от лекарства медленнее, что обеспечивает поддержание высокой концентрации препарата в очаге воспаления [17].

Для лечения острой боли в горле в качестве средства симптоматического лечения, способствующего ослаблению воспалительных явлений, может быть рекомендован препарат Стрепсилс® Интенсив, который относится к группе НПВП местного действия и выпускается в форме таблеток для рассасывания. Стрепсилс® Интенсив – уникальный препарат с флурбипрофеном, воздействующий на фазу альтерации воспалительного процесса, способствующий сокращению сроков лечения, уменьшающий выраженность воспалительных изменений и облегчающий симптоматику (по данным ООО «ЦМИ «Фармэксперт» на 15.03.13, Стрепсилс® Интенсив является единственным на рынке России препаратом от боли в горле с флурбипрофеном). Стрепсилс® Интенсив содержит 8,75 мг флурбипрофена, должен приниматься регулярно при острой боли в горле до 5 раз в день. Помимо противовоспалительного, он оказывает анальгетическое действие, которое наступает через 5–15 мин после применения и сохраняется до 3 ч [19]. Стрепсилс® Интенсив хорошо переносится больными. Лекарственная форма в виде таблеток для рассасывания позволяет флурбипрофену эффективно воздействовать на всю поверхность слизистой оболочки глотки. Кроме того, при рассасывании таблетки обеспечивается большая продолжительность действия активных компонентов, чем при ингаляциях и применении растворов для полоскания. Несмотря на указание о возможности развития ряда побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, Стрепсилс® Интенсив может быть рекомендован для лечения боли в горле у пациентов с рефлюкс-индуцированным фарингитом [2].

Литература

1. Воспаление: этиология, патогенез, патогенетическое обоснование принципов терапии. Учебно-методич. пособие / Изд-во Саратовского мед. университета, 2008; 120 с.
2. Карпищенко С.А., Колесникова О.М. Местное применение нестероидных противовоспалительных препаратов в лечении острого фарингита // Врач. – 2012; 12: 34–8.
3. Рябова М.А. К вопросу о рациональной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей // Вестн. оториноларингол. – 2012; 6: 82–6.
4. Centor R., Samlowski R. Avoiding Sore Throat Morbidity and Mortality: When Is It Not «Just a Sore Throat?» // Am. Fam. Physician. – 2011; 83 (1): 26–8.
5. Bertin L., Pons G., d'Athis P. et al. Randomized, doubleblind, multicenter, controlled trial of ibuprofen versus acetaminophen (paracetamol) and placebo for treatment of symptoms of tonsillitis and pharyngitis in children // J. Pediatr. – 1991; 119 (5): 811–4.
6. Centor R., Witherspoon J., Dalton H. et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room // Med. Decis. Mak. – 1981; 1 (3): 239–46.
7. Sepdham D., Rao S. Should you treat carriers of pharyngeal group A strep? // J. Fam. Pract. – 2008; 57 (10): 673–4.
8. Davies N. Clinical pharmacokinetics of flurbiprofen and its enantiomers // Clin. Pharmacokinet. – 1995; 28 (2): 100–14.
9. ESCMID Guideline for the Management of Acute Sore Throat // Clin. Microbiol. Infect. – 2012; 18 (1): 1–27.
10. Hoffmann S. The throat carrier rate of group A and other β hemolytic streptococci among patients in general practice // Acta Pathol. Microbiol. Immunol. Scand. – 1985; 93: 347–51.

11. Jeffrey A. et al Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians // JAMA. – 2001; 286 (10): 1181–6.
12. Little P., Watson L., Morgan S. et al. Antibiotic prescribing and admissions with major suppurative complications of respiratory tract infections: a data linkage study // Br. J. Gen. Pract. – 2002; 52: 187–90.
13. NPC. Management of common infections in primary care // MeReC Bulletin. – 2006; 17: 3.
14. Pessey J. Inflammation and acute pharyngo-tonsillitis // Presse Med. – 2001; 30 (39–40, Pt. 2): 55–63.
15. Sheeler R., Little P. Rapid streptococcal testing for sore throat and antibiotic resistance // Clin. Microbiol. Infect. – 2006; 12 (9): 3–7.
16. Sloane P., Slatt L., Ebell M. et al. Sore Throat. Essentials of Family Medicine / Lippincott, Williams and Wilkins, 5th ed., p. 313–23.
17. Spray and lozenges for sore throats // S. Afr. Fam. Pract. J. – 2012; 54 (2): 120–2.
18. Tanz R., Shulman S., Barthel M. et al. Penicillin plus rifampin eradicates pharyngeal carriage of group A streptococci // J. Pediatr. – 1985; 106: 876–80.
19. Benrimoj S., Langford J., Christian J. et al. Efficacy and tolerability of the anti-inflammatory throat lozenge Flurbiprofen 8.75 mg in the treatment of sore throat // Clin Drug Invest. – 2001; 21 (3): 183–93.

POSSIBILITIES OF SORE THROAT TREATMENT

*Professor **S. Karpishchenko**, MD; **O. Kolesnikova**, Candidate of Medical Sciences Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University*

Sore throat is caused by infection in 90% of patients. By choosing its treatment option, one proceeds from the clinical evaluation of a patient's general medical condition, auxiliary tests, and history data. Its treatment is generally symptomatic. Only 10-20% of patients with sore throat require antibacterial therapy, but it is prescribed much more frequently in our country.

Key words: sore throat, acute pharyngitis, Strepsils Intensive.