

Острый фарингит: возможности локальной терапии

Г.С.Мальцева

ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава РФ

Почти каждый взрослый человек в среднем 2–3 раза в год испытывает ощущение боли в горле (Burke, 1993). Этот симптом часто сопровождается заболеваниями полости рта и глотки как инфекционно-воспалительной, так и неинфекционной этиологии (механическое повреждение, воздействие табачного дыма, вдыхание загрязненного или переохлажденного воздуха, перенапряжение голосового аппарата и др.). Тем не менее ведущей причиной острого воспаления слизистой оболочки (СО) рта и глотки, или острого фарингита, считается инфекция. В России по официальным данным ежегодно регистрируется около 40 млн случаев острых респираторных заболеваний, однако фактически эта цифра превышает 65 млн. Инфекционные агенты передаются от человека к человеку воздушно-капельным путем. Микроорганизмы колонизируют главным образом СО носоглотки и ротоглотки. Секрет СО верхних дыхательных путей (ВДП) – главный источник заражения. Для наступления заболевания необходимы восприимчивый макроорганизм и его тесный контакт с больным человеком. В связи с этим всплескам респираторных инфекций наиболее подвержены дети в детских садах и школах. Эпидемиологическое значение в распространности острых инфекций ВДП имеет время года: самая высокая заболеваемость наблюдается в холодное время – с октября по март.

Острый фарингит

Острый фарингит (ОФ) – это острое разлитое воспаление СО глотки, иногда возникающее как самостоятельное заболевание, но чаще сопутствующее катаральному воспалению ВДП. По имеющимся данным, более чем в 70% случаев фарингит вызывается вирусной инфекцией [1]. Бактериальная (чаще всего вызванная β-гемолитическим стрептококком группы А) инфекция ответственна за поражение ВДП в 15–30% случаев [2].

Клинико-диагностические особенности

В клинической картине ОФ независимо от его этиологии преобладающими являются боль в горле разной интенсивности, усиливающаяся при глотании (одинофагия), дискомфорт в глотке (першение, саднение), затруднения при глотании (дисфагия), ощущение отека в горле. Помимо местных жалоб и симптомов могут присутствовать общие (инфекционно-токсические): лихорадка, головная боль, недомогание, тошнота, рвота, увеличение шейных лимфатических узлов. Как известно, знание этиологического агента, вызвавшего боль в горле, определяет лечебную тактику: бактериальная (стрептококковая) инфекция требует назначения антибактериальной терапии (АБТ), а вирусная инфекция – симптоматической.

Диагностика

В реальной клинической практике врач не всегда может четко разграничить вирусные и бактериальные поражения глотки. Для объективизации клинического диагноза врачу следует учитывать следующее: у взрослых, детей до 5 и старше 15 лет чаще встречаются вирусные поражения ВДП. Возрастная группа с 5 до 15 лет наиболее подвержена стрептококковым фарингитам.

Кроме того, пациенты с вирусной инфекцией часто предъявляют и экстрафарингеальные жалобы и симптомы. В их числе – насморк, кашель, конъюнктивит (аденовирус), осиплость голоса и др. Наличие генерализованной лимфаденопатии и спленомегалии может указывать на инфекцию, вызываемую вирусом Эпштейна–Барр. Инфицирование вирусом простого герпеса может сопровождаться стоматитом, проявляющимся наличием на СО глотки и ротовой полости везикул и изъязвлений.

Жалобы и симптомы при ОФ, вызванном β-гемолитическим стрептококком, могут варьировать от слабой боли и дискомфорта в горле (30–50%) до высокой лихорадки, сопровождающейся тошнотой, рвотой и дегидратацией (10%). Начало заболевания, как правило, острое, с высокой температурой, головной и иногда абдоминальной болью. СО глотки ярко гиперемирована, иногда отечна, в 50–90% случаев при стрептококковой этиологии на небных миндалинах присутствует экссудат. Часто (в 30–60% случаев) имеется шейная лимфаденопатия.

Для облегчения дифференциации вирусного и стрептококкового фарингита за рубежом широко используют различные шкалы. Наиболее известны и распространены клинические критерии R.Centor [3] и W.McIsaac [4]. К ним относятся: высокая температура тела, экссудат на миндалинах, регионарная лимфаденопатия, отсутствие кашля (табл. 1).

Каждый из обозначенных в этих шкалах симптомов оценивается в 1 балл. В зависимости от набранного количества баллов врач определяет дальнейшую диагностическую и лечебную тактику.

При наличии двух и более баллов у больного следует заподозрить стрептококковый фарингит и выполнить экспресс-тест на β-гемолитический стрептококк группы А. Результаты теста позволяют выбрать оптимальную лечебную тактику: отрицательный тест дает основания для проведения симптоматической терапии, а положительный является показанием для проведения АБТ.

В то же время ряд авторов отмечают, что при наличии четырех и более баллов необязательно проводить лабораторную диагностику, экономически более обоснованно сразу лечить такого пациента как больного стрептококковым фарингитом (табл. 2).

Терапевтические возможности

Системная АБТ обоснованна только в случаях большого риска стрептококковой инфекции, прежде всего для предупреждения негнойных (ревматизм, гломеру-

Таблица 1. Оценка симптомов ОФ по R.Centor (1981 г.) и W.McIsaac (2000 г.)

Шкала Centor	Шкала McIsaac
Отсутствие кашля	Отсутствие кашля
Шейная лимфаденопатия	Шейная лимфаденопатия
Экссудат на небных миндалинах	Экссудат на небных миндалинах
Повышение температуры тела более 38°C	Повышение температуры тела более 38°C
	Возраст старше 15 лет

Таблица 2. Выбор лечебной тактики

Количество баллов	Диагностическая и лечебная тактика
0–1	Симптоматическая терапия
2–3	Экспресс-тест на стрептококк: при положительном тесте рекомендуется АБТ, при отрицательном – симптоматическая
4–5	АБТ

лонефрит) и гнойных (паратонзиллярный абсцесс) осложнений – практикующему врачу это необходимо понимать. Тем не менее фармакоэпидемиологические исследования показывают, что более 76% взрослых и 71% детей с ОФ получают АБТ [5].

В большинстве случаев [6] показано проведение симптоматической терапии. Помимо того, что проведение нерациональной АБТ способствует развитию бактериальной резистентности и является напрасной тратой значительных финансовых средств, польза от применения антибиотиков при боли в горле незначительна, так как у 90,0% пациентов симптоматика купируется в течение 5–7 дней независимо от приема антибактериальных препаратов [7].

Таким образом, клиническая ситуация, обусловленная наличием ОФ и проявляющаяся ощущением боли в горле, требует назначения симптоматической терапии, обеспечивающей купирование основной симптоматики и улучшающей качество жизни больного.

К числу симптоматических средств, обладающих способностью купировать боль и воспаление, относятся прежде всего неопиоидные анальгетики (парацетамол) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), например, ибупрофен, напроксен, отличающиеся от других представителей групп большей безопасностью и разрешенные для безрецептурного отпуска.

Локальная терапия

Для того чтобы избежать системного действия НПВП и при этом создать более длительный контакт лекарственного средства со СО полости рта и глотки, разработаны препараты группы НПВП в виде таблеток для рассасывания, содержащие низкие дозы активного компонента. Цель применения локальных форм НПВП при ОФ – облегчение боли в глотке и снижение продолжительности и интенсивности местного воспаления.

Такие лекарственные формы обладают рядом преимуществ, в числе которых возможность непосредственного воздействия на очаг инфекции, создание оптимальной концентрации в очаге воспаления, отсутствие системного воздействия и меньший риск селекции резистентных штаммов нормальной микрофлоры.

Реализация этих эффектов возможна благодаря противовоспалительным свойствам и системному обезболивающему эффекту. Помимо этого, местное применение НПВП приводит к более эффективному и быстрому купированию боли, предполагает меньшую выраженность возможных побочных эффектов, ведь требуемая доза активного вещества ниже, чем при приеме системных анальгетиков [8].

Стрепсилс® Интенсив

Одним из наиболее безопасных препаратов для локального воздействия на очаг воспаления и боли считается препарат Стрепсилс® Интенсив, активным действующим веществом которого является флурбипрофен (8,75 мг) – фторированное производное ибупрофена, использующееся в медицинской практике более 30 лет и хорошо зарекомендовавшее себя при лечении острой и хронической боли и воспаления.

Ингибируя циклооксигеназу-1 и циклооксигеназу-2 с последующим угнетением синтеза простагландинов – медиаторов боли, флурбипрофен обладает выражен-

ным противовоспалительным и анальгезирующим действием. Кроме того, флурбипрофен относится к тем НПВП, эффективность и безопасность которых доказаны не только в многочисленных клинических исследованиях [9], но и подтверждены опытом применения в клинической практике [10].

Препарат выпускается в виде таблеток для рассасывания, его способ применения прост и удобен: таблетку необходимо рассасывать до полного растворения, равномерно перемещая ее по всей полости рта во избежание повреждения СО в месте рассасывания.

Стрепсилс® Интенсив начинает действовать через 2 мин, а максимальное развитие эффекта отмечается через 30 мин [11] после начала рассасывания таблетки и продолжается 2–3 ч, оказывая смягчающее и успокаивающее влияние на поврежденную СО полости рта и глотки.

Эффективность и безопасность

Высокий профиль безопасности и эффективности препарата Стрепсилс® Интенсив подтвержден более чем в 20, в том числе и постмаркетинговых, исследованиях. Применение флурбипрофена в дозе 8,75 мг при однократном и многократном введении, по данным исследования, проведенного в N.Watson и соавт. в 2000 г., достоверно превосходило эффект плацебо по всем параметрам оценки эффективности терапии. Интенсивность боли в горле снижалась уже через 15 мин после приема препарата, а эффект сохранялся более 2 ч [9]. Многократный (в соответствии с рекомендованным режимом) прием препарата в течение суток снижал или полностью устранял ощущение боли на протяжении всего периода терапии. Следует отметить, что эффективность препарата не зависела от исходной тяжести симптомов и не снижалась по мере их облегчения.

Интересны результаты широкомасштабного исследования FAST (Flurbiprofen Accelerated Switch Trial), проведенного в аптеках Великобритании и включающего более 7 тыс. пациентов, испытывающих боль в горле. В задачи исследования входило определение частоты развития побочных эффектов при использовании локальной формы флурбипрофена для купирования боли в горле в сравнении с приемом растворимой ацетилсалициловой кислоты и выяснение того, смогут ли пациенты без риска для здоровья использовать препарат, отпускаемый без рецепта врача, для симптоматического лечения боли в горле. Пациенты принимали препарат в дозе 8,75 мг каждые 3 ч, но не более 3 таблеток в день, в группе сравнения лечение проводили растворимой ацетилсалициловой кислотой в дозе 500–1000 мг каждые 4 ч, но не более 8 таблеток в день. Длительность приема препаратов была от 1 до 4 дней. Исследование показало, что флурбипрофен в форме таблеток для рассасывания отличается хорошей переносимостью, а нарушения рекомендованного режима применения встречаются достаточно редко и не приводят к повышению риска развития побочных эффектов. Высокий профиль безопасности флурбипрофена, подтвержденный в этом исследовании, наряду с национальными и международными данными мониторинга его безопасности позволил перевести препарат в группу безрецептурных средств [12].

Сочетанное применение

При необходимости прием Стрепсилс® Интенсив можно сочетать с применением средств системной АБТ. В многоцентровом исследовании, проведенном в Великобритании, показано, что при комбинированном назначении с антибиотиками флурбипрофен позволяет значительно быстрее по сравнению с плацебо достичь облегчения таких симптомов, как боль в горле и затруднение глотания [9]. При этом не было отмечено каких-либо значительных проблем с безопасностью используемой комбинации.

Переносимость

Что касается переносимости препарата Стрепсилс® Интенсив, то частота развития изъязвлений СО ротовой полости при его применении не отличалась от таковой при приеме плацебо [10], а возникающие побочные эффекты (изменение вкусовых ощущений и парестезии) имели преходящий характер, исчезали после полного рассасывания таблетки и не требовали отмены лечения.

Важно подчеркнуть, что при применении дозы 8,75 мг флурбипрофена практически единственным статистически значимым побочным эффектом по сравнению с плацебо было развитие изменений вкуса, не оказывавших какого-либо существенного влияния на переносимость препарата и качество жизни пациентов [12].

Заключение

Таким образом, быстро купируя боль в горле и стойко облегчая состояние пациента, Стрепсилс® Интенсив в дозе 8,75 мг является эффективным и хорошо переносимым препаратом для больных с воспалительным процессом в горле. Его применение может сочетаться с приемом антибиотиков и позволяет не только получить хороший терапевтический эффект, но и избежать развития бактериальных и ятрогенных осложнений [11]. Важно понимать, что при отсутствии эффекта или недостаточной эффективности препарата (при приеме 5 таблеток в сутки на протяжении 3 дней) необходимы коррекция схемы лечения и решение вопроса о проведении дополнительного обследования.

Литература

1. Лучишева Ю.В., Изотова Г.Н. Местная терапия при фарингите. РМЖ. 2011; 6.

2. *Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белоусова, С.Н.Козлова. НИИ АХ СГМА, 2002.*
3. Centor R, Witterspoon J, Dalton H et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Mak* 1981; 1 (3): 239–46.
4. McIsaac WJ et al. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ* 2000; 163 (7): 811–5.
5. Jeffrey A et al. Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians. *JAMA* 2001; 286 (10): 1181–6.
6. Крюков АИ, Туровский АБ. Симптоматическая терапия при некоторых заболеваниях ЛОР-органов. *Cons. Med.* 2001; 3 (8).
7. Туровский АБ, Талалайко Ю.В. Медикаментозная терапия острых воспалительных заболеваний глотки. *www.rmj.ru*
8. Droge MMJ et al. Alternative splicing of cyclooxygenase-1 mRNA in human iris. *Ophthalmic Res* 2003; 35 (3): 160–3.
9. Watson N et al. Relief of sore throat with the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8,75 mg: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety. *Int J Clin Pract* 2000; 54 (8): 490–6.
10. Benrimoj SI et al. Efficacy and tolerability of the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8,75 mg in the treatment of sore throat – a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clin Drug Invest* 2001; 21 (3): 183–93.
11. Schachtel et al (2001), Benrimoj et al (2012). Onset of demulcent and analgesic activity of flurbiprofen lozenge.
12. Schachtel BP, Homan HD, Gibb IA, Christian J. Demonstration of dose response of flurbiprofen lozenges with the sore throat pain model. *Clin Pharmacol Ther* 2002; 71 (5): 375–80.

Индекс лекарственных препаратов:

Флурбипрофен: Стрепсилс® Интенсив (Рекитт Бенкизер)

Применение антибиотиков для лечения стрептококкового тонзиллита

А.Б.Туровский, А.С.Тавмасын, В.В.Кондрашова, Ю.А.Карюк
ГБУЗ МНПЦ оториноларингологии Департамента здравоохранения г. Москвы

До 80% острых и обострений хронических респираторных заболеваний сопровождается симптомом боли в горле – одной из наиболее частых причин обращения к педиатру, терапевту, оториноларингологу и врачам иных специальностей. Острое воспаление глотки – причина 1,1% от всего числа посещений пациентами врачей; 6% от числа всех визитов к педиатру, а острые тонзиллофарингиты входят в число 20 наиболее часто диагностируемых заболеваний [28, 29]. При этом боль в горле может являться доминирующей проблемой, неизбежно отражаясь на качестве жизни пациента [1]. Актуальность тонзиллярной проблемы определяется не только высокой распространенностью заболевания, но и значительным риском развития сопряженных системных заболеваний, таких как острая ревматическая лихорадка, бактериальный эндокардит, гломерулонефрит, токсический шок и т.д.

Терминология

В отечественной практике при острой инфекции с поражением миндалин обычно используют термин «ангина» или «тонзиллит», а воспаление лимфоидных фолликулов задней стенки глотки обычно характеризуют термином «фарингит». В клинической практике нередко, особенно в детском возрасте, наблюдается сочетание тонзиллита и фарингита, поэтому в литерату-

ре, особенно англоязычной, широко используют термин «тонзиллофарингит», предполагая воспаление стенок ротоглотки. В частности, к развитию бактериального тонзиллита чаще приводит инфекция, вызванная β-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), фарингиты обычно вызваны респираторными вирусами, аденоидиты – вирусами, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, эпиглоттиты – *H. influenzae*.

Классификация и этиопатогенез

Острые тонзиллиты классифицируют на первичные (банальные) ангины (катаральная, фолликулярная, лакунарная, смешанная, флегмонозная), вторичные, возникающие при инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь, дифтерия, сифилис и т.д.), при заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз, моноцитоз), атипичные (Симановского–Плаута–Венсана, вирусная, грибковая); табл. 1. В клинической практике наиболее часто встречается эпидемическая форма заболевания, когда инфекция передается воздушно-капельным или контактным путем и вызывает первичные ангины. В детском возрасте бактериальную природу имеют до 30% ангин; в подавляющем большинстве случаев этиологическим фактором является БГСА. Значительно чаще к развитию острого тонзиллита приводит вирусная