

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

Острая боль в горле (Acute sore throat) –это термин, широко распространенный за рубежом и объединяющий разные по этиологии и патогенезу заболевания. Однако чаще всего его используют при острых инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей. Именно в этом контексте мы и будем рассматривать его в данной статье.

Следует отметить некоторое несоответствие и путаницу в терминологии, касающейся острых инфекционных заболеваний глотки. Так, в нашей стране выделяют: острый фарингит (воспаление слизистой оболочки и лимфоидных образований глотки), острый тонзиллит или ангину (воспаление небных миндалин) и острый тонзиллофарингит – воспаление как глотки, так и небных миндалин. В большинстве зарубежных стран приняты термины: фарингит, тонзиллофарингит. При этом под фарингитом понимают воспаление не только слизистой оболочки глотки, но и лимфоидных образований (в том числе небных миндалин) как ее составных частей. Иными словами острый фарингит определяется как инфекция глотки и/или небных миндалин. При этом больных беспокоит острая боль в горле, по поводу которой они и обращаются к врачу (чаще общей практики).

В среднем боль в горле каждый взрослый человек испытывает примерно 2-3 раза в год. В США боль в горле является причиной 2,1% всех амбулаторных обращений и второй по частоте после кашля. В численном выражении это составляет 11-18 млн. визитов к врачам амбулаторной практики в год [1].

К сожалению, до сих пор не определена единая лечебная тактика ведения таких пациентов. Связано это прежде всего с полиэтиологичностью острого фарингита.

### Этиология

---

Так, по данным разных авторов вирусная этиология составляет 85,0-95,0% всех тонзиллофарингитов у взрослых и детей до 5 лет и около 70,0% - у детей в возрасте 5-15 лет [2].

Среди вирусов наиболее часто встречаются риновирусы, коронавирусы, аденовирусы, частота выделения которых составляют примерно по 30%. Реже встречаются вирус

параинфлюенцы (4,0%) и вирус Эпштейн-Барра (1,0%) [3]. Среди бактерий наиболее часто встречается  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (БГСА).

В последние годы все больше появляется сообщений об этиологической значимости в возникновении острых тонзиллофарингитов  $\beta$ -гемолитических стрептококков не группы А. Наиболее часто при этом выделяют стрептококки групп В, С, G, F. J.Tiemstra с соавт. в 2009 году [1] по результатам изучения историй болезни 950 взрослых пациентов с острым фарингитом обнаружил, что  $\beta$ -гемолитический стрептококк не группы А был выделен у 21,0% больных (Рис.1).

Как известно, знание этиологического агента, вызвавшего боль в горле, определяет лечебную тактику. Так общепринятым считается, что только стрептококковая глоточная инфекция, обусловленная БГСА, требует системной антибактериальной терапии. Дискутабельным и противоречивым является вопрос о назначении антибактериальных препаратов при заболеваниях, вызванных  $\beta$ -гемолитическими стрептококками не группы А.

По данным Покровского В.И. с соавт [4] стрептококки групп С и G вызывают фарингит, первичную и вторичную бактериемию у «нормальных» и иммунонедостаточных лиц, а также целлюлиты, эндокардиты, инфекции кожи и ран, менингит, артрит, остеомиелит, абсцессы. Учитывая эти данные, фарингит, вызванный указанными патогенами, требует антибактериальной терапии.

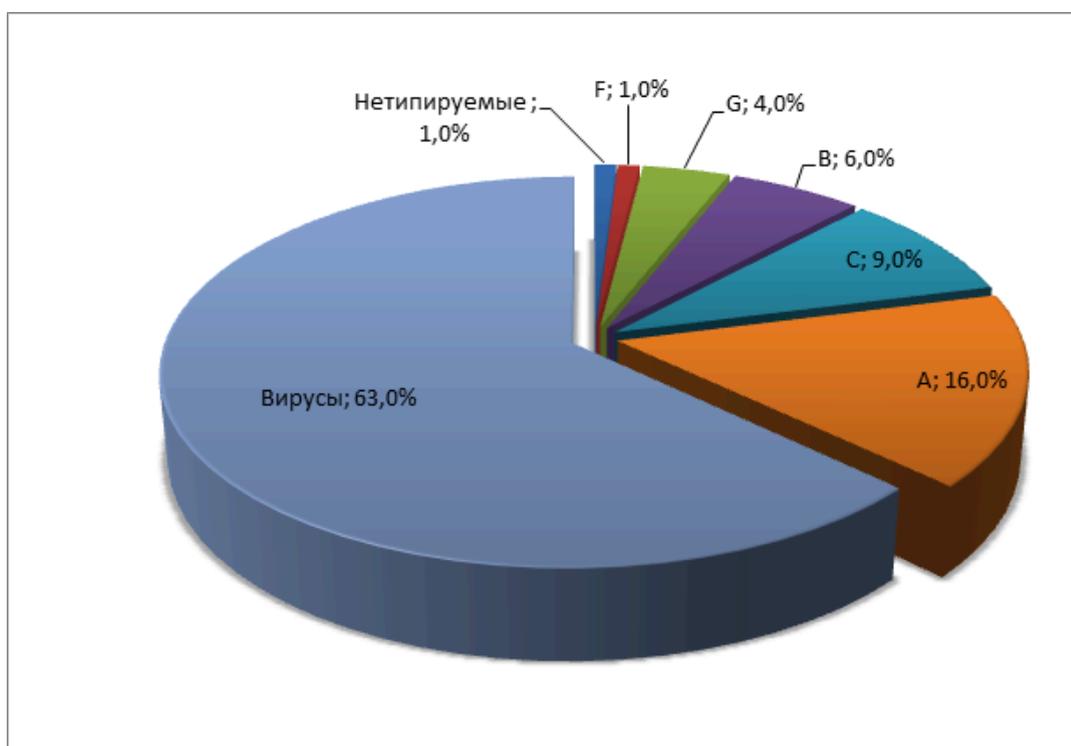


Рис.1 Частота выделения различных микроорганизмов у больных острым фарингитом (по J.Tiemstra et al, 2009).

Таким образом, для правильного ведения больного с острой болью в горле необходимо определить, вызвана эта боль стрептококковой или вирусной инфекцией. Стрептококковая

инфекция требует назначения антибактериальной терапии, а вирусная инфекция – симптоматической [5, 6].

### Клинические критерии

Для предварительного диагноза стрептококкового тонзиллофарингита у пациентов с жалобами на боли в горле за рубежом широко используют клинические критерии Centor'a [7]. К ним относятся: высокая температура тела, экссудат на миндалинах, регионарная лимфаденопатия, отсутствие кашля (Табл.1).

При наличии двух и более критериев у больного следует заподозрить стрептококковый тонзиллит [8]. При исследовании значимости этих критериев для диагностики стрептококковой инфекции одни авторы обнаружили, что наиболее часто с наличием ГСА связаны регионарная шейная лимфаденопатия и отсутствие кашля [9 ], другие же отдают приоритет повышению температуры и экссудату на миндалинах.

Таблица 1.

Оценка симптомов острого тонзиллофарингита по Centor (1981)

<b>Клинические критерии</b>	<b>Количество баллов</b>
Отсутствие кашля	1
Регионарная лимфаденопатия	1
Экссудат на небных миндалинах	1
Повышение температуры тела >38°	1

При подозрении на стрептококковую инфекцию рекомендуется ранняя экспресс-идентификация возбудителя с целью своевременного назначения антибактериальной терапии. В последние десятилетия экспресс-диагностика ГСА широко используется за рубежом и недостаточно – в нашей стране, несмотря на наличие достаточно широкого ассортимента наборов для экспресс-диагностики как отечественного, так и зарубежного производства. Преимуществами экспресс-диагностики являются быстрое получение результата (2-15 минут), а также общедоступность – этот метод может выполняться в медицинских кабинетах дошкольных учреждений и школ, в здравпунктах, поликлиниках, в приемных отделениях стационаров и т.д.

Наличие двух и более критериев Centor'a у пациента с жалобами на боли в горле является показанием для постановки экспресс-теста на ГСА [10]. В то же время ряд авторов отмечает, что при наличии всех четырех критериев Centor'a необязательно проводить лабораторную диагностику, экономически более обосновано сразу лечить такого пациента как больного стрептококковым тонзиллитом [10] (Рис.2).

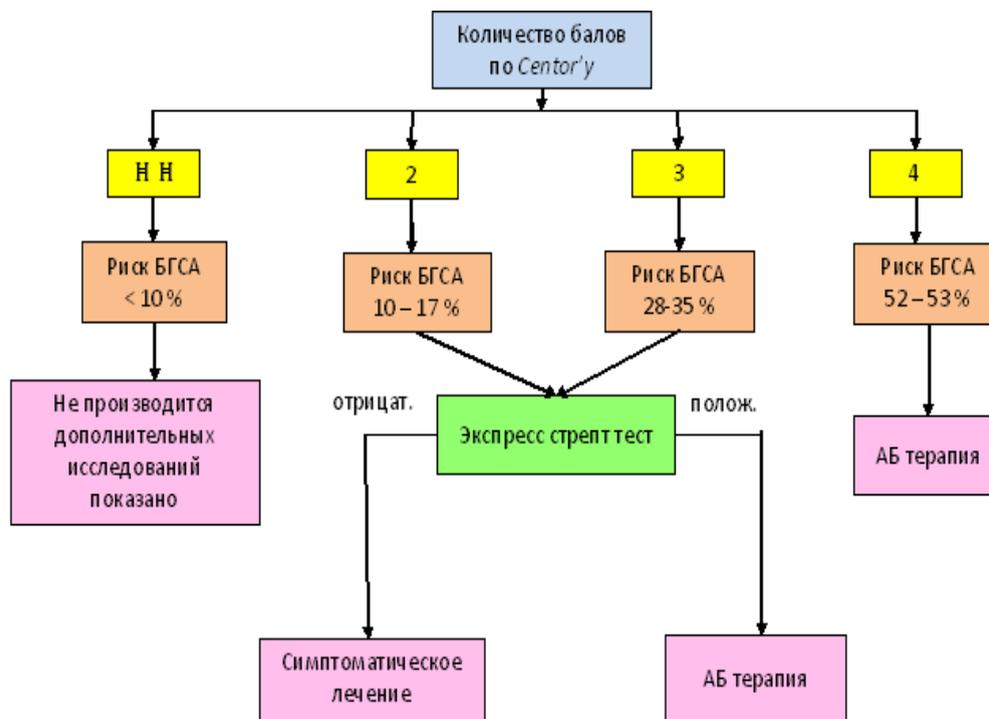


Рис.2 Тактика ведения пациента с острым тонзиллофарингитом по критериям Centor'a

## Возможности терапии

Для лечения всех форм заболеваний, вызванных ГСА, обычно применяют препараты пенициллина, к которому сохраняется высокая чувствительность микроба [11]. Успех лечения зависит от сроков начала лечения: как правило, он обеспечен, если прием пенициллина начат в течение первых 48 часов заболевания [12]

Тем не менее, многие авторы отмечают, что сложно добиться от пациента соблюдения правильного режима приема перорального пенициллина – три раза в день в течение 10 дней. В связи с этим, предлагаются альтернативные более короткие и простые схемы лечения: амоксициллин один раз в день в течение 10 дней, азитромицин один раз в день в течение 3-5 дней, кларитромицин один раз в день в течение 5 дней, цефуроксим дважды в день в течение 5 дней, бета-лактамазные антибиотики и др. Однако при равной с пенициллином клинической эффективности азитромицина отмечена его меньшая способность к элиминации ГСА из глотки. В то же время отмечена большая чем у пенициллина эффективность амоксициллина как по клиническим данным, так и по данным бактериологического исследования.

Как мы уже отметили, антибактериальная терапия требуется только в случаях большого риска наличия стрептококковой инфекции, главным образом, для предупреждения негнойных (ревматизм, гломерулонефрит) и гнойных (паратонзиллярный абсцесс) осложнений. Во всех остальных случаях, а их большинство – примерно 70,0%, показана симптоматическая терапия, так как нерациональная антибактериальная терапия способствует развитию бактериальной резистентности и является напрасной тратой значительных финансовых средств. Кроме того,

польза от применения антибиотиков при боли в горле весьма незначительна. Известно, что у 90,0% больных симптомы исчезают в течение недели независимо от приема антибактериальных препаратов.

Тем не менее фармакоэпидемиологические исследования показывают, что более 76% взрослых и 71% детей с острым фарингитом получают лечение антибактериальными препаратами [13]. Основными причинами этой порочной практики являются неправильные представления врачей и пациентов об этиологии заболеваний и соотношении эффективности и безопасности антибактериальной терапии, давление на врача пациента, желающего получить быстрый эффект от лечения, отсутствие альтернативных лекарственных препаратов и другие факторы. Например, в ряде случаев с целью экономии времени на приеме врачу легче выписать пациенту антибиотики, чем объяснять отсутствие их терапевтического эффекта при вирусной инфекции. В России проблема нерационального применения антибиотиков при инфекциях верхних дыхательных путей осложняется также возможностью их безрецептурного приобретения пациентами и использования для самолечения. При этом следует помнить, что антибактериальные препараты являются потенциально токсичной фармакологической группой и обуславливают до 25–30 % всех побочных эффектов лекарственных средств.

Клиническая дилемма, связанная с болью в горле, требует назначения препарата, не относящегося к антибактериальным средствам, который отвечал бы надеждам пациентов и/или их родителей (в случае, когда речь идет о детях) на быстрое симптоматическое облегчение. К числу таких препаратов относятся прежде всего неопиоидные анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) — парацетамол, ибупрофен, напроксен и кетопрофен. Эти препараты отличаются от других представителей своих фармакологических групп большей безопасностью, в связи с чем разрешены для безрецептурного отпуска. Детям при боли в горле рекомендованы только парацетамол и ибупрофен, относящиеся к препаратам безрецептурного отпуска в педиатрии. Применения ацетилсалициловой кислоты, напротив, следует избегать у детей, поскольку в случае вирусной этиологии заболевания, которая, как указывалось выше, является преобладающей при боли в горле, возникает риск развития синдрома Рея — серьезного, а во многих случаях и угрожающего жизни осложнения, проявляющегося острой энцефалопатией и жировой дегенерацией печени.

Одним из основных достоинств НПВС является их быстрая эффективность. Так в плацебо контролируемых исследованиях действия ибупрофена показано, что уже через 2-4 часа после его применения боль в горле снижается на 32-80%, через 6 часов – на 70% [14].

Тем не менее пероральные анальгетики и НПВС не получили широкого применения при боли в горле из-за наличия раздражающего действия на слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта и риска развития системных побочных эффектов.

## Локальная терапия

---

Альтернативой системным НПВС являются местные лекарственные формы анестетиков и НПВС, которые выпускаются в форме спреев или таблеток для рассасывания. Наряду с основным действующим веществом они содержат ментол, бензокаин, бензиловый спирт, гексилрезорцинол и другие вещества с дезинфицирующим, смягчающим и/или способствующим уменьшению раздражения действием.

Целью местного лечения НПВС при тонзиллофарингите является облегчение боли в глотке и, как следствие, затруднения глотания, а также снижение продолжительности и интенсивности местного воспаления благодаря противовоспалительным свойствам и системному обезболивающему эффекту. Кроме того, местное применение НПВС в очаге поражения приводит к более эффективному купированию боли, чем пероральный прием, и предполагает меньшую токсичность препарата из-за низкой концентрации последнего в крови.

### Список литературы:

---

1. Tiemstra J et al Role of Non-Group A Streptococci in Acute Pharyngitis. JABFM. 2009 Vol.22No.6: 663-669.
2. Graham Worrall Acute Sore throat.Canadian Family Physician.2011;Vol.57:792-794
3. Regoli M et al Update of the management of acute pharyngitis in children. Italian of Pediatrics 2011, 37: 10.
4. Покровский В.И. Стрептококки и стрептококкозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 544с
5. Ovetckine P. Acute tonsillitis: towards a new therapeutic strategy. Arch Pediatr.- 1998.- Vol.5.- N.6.- P.679-680
6. Pessey J.J. Inflammation and acute pharyngo-tonsillitis. Presse Med.- 2001.- N.30 (39-40 Pt.2).- P.55-63
7. Centor R. Witherspoon J, Dalton H, Brody C, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Mak. 1981; 1 (3):239-46.
8. Singh S. Optimal management of adults with pharyngitis--a multi-criteria decision analysis. BMC Med Inform Decis Mak.- 2006.- Vol.13.- N.3.- P.6-14
9. Lindbaek M. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. Br J Gen Pract.- 2005.- Vol. 55.- N.517.- P.615-619
10. Cooper R.J. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. Ann Emerg Med.- 2001.- Vol.37.- N.6.- P.711-719
11. Страчунский Л.С. Влияние антибиотикорезистентности на выбор антимикробных препаратов в оториноларингологии. Журн.ушн.нос. и горл.бол.- 2002.- №5.- С.83-91
12. Pichichero M.E. Group A beta-hemolytic streptococcal infections. Pediatr Rev.- 1998.- Vol.19.- N.9.- P.291-302.
13. Jeffrey A et al Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians. JAMA, September 12, 2001—Vol 286, No. 10.-P1181-1186.
14. Thomas M et al. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? British Journal of General Practice, 2000, 50, 817-820.