

( $p=0,005$ ); рис. 1, ОИО –  $11,0 \pm 10,7$  ( $p=0,003$ ). Таким образом, хотя ни у одного из пациентов не было отмечено восстановления обоняния до нормы (ОИО > 30), у 6 исследованных оно достигло уровня гипосмии ( $15 < \text{ОИО} < 30$ ).

Ко 2-му визиту ухудшение обоняния по сравнению с 1-м отметили 5 человек из 15, а отсутствие динамики – 10 пациентов. В среднем степень нарушения обоняния по данным ВАШ составила  $7,8 \pm 2,5$  балла ( $p=0,2$ ). Остальные симптомы риносинусита также изменились недостоверно: заложенность носа оценивалась пациентами на  $4,5 \pm 2,0$  балла ( $p=0,3$ ), выделения из носа –  $4,5 \pm 2,3$  ( $p=0,3$ ), головная боль –  $1,0 \pm 2,1$  ( $p=0,1$ ); рис. 2. В целом 3 пациента из 15 отметили усиление заложенности носа, 2 – увеличение числа выделений из носа и 2 – усиление головной боли. В общей сложности к 8–10-му месяцу от начала лечения 5 пациентам потребовалось проведение эндоскопической полипотомии.

По данным ССТ ко 2-му визиту по сравнению с 1-м произошло достоверное ухудшение обонятельной функции по двум параметрам: идентификация запахов составила  $3,3 \pm 3,7$  балла ( $p=0,009$ ); см. рис. 1, ОИО –  $8,3 \pm 9,7$  ( $p=0,029$ ); рис. 3. Порог обоняния изменился недостоверно –  $1,5 \pm 2,1$  балла ( $p=0,2$ ); рис. 4, так же как и различение запахов –  $3,5 \pm 4,1$  ( $p=0,1$ ); рис. 5.

Таким образом, на фоне использования будесонида (Тафен Назаль®, «Сандоз») происходит улучшение функции обоняния, хотя эффект с течением времени постепенно уменьшается, при этом обоняние остается достоверно лучше исходных показателей. Ухудшение обоняния на фоне проводимой терапии можно расценивать как предиктор прогрессирования полипозного процесса. Лечение назальным аэрозолем будесонида в течение года предупреждает развитие рецидива заболевания и позволяет избежать хирургического вмешательства у 2/3 (10 из 15) пациентов [3].

#### Литература

1. Дайняк Л.Б. Прогноз и лечение нарушений обоняния. *Новости оториноларинголог. и логопатол.* 1990; 3 (4): 131.
2. Овчинников Ю.М., Морозова С.В., Минор А.В. *Нарушения обоняния (вопросы теории, диагностики, лечения)*. М.: ММА им. И.М.Сеченова, 1999.
3. Савватеева Д.М., Кочетков П.А., Лопатин А.С. Обонятельная функция у пациентов с полипозным риносинуситом на фоне топической кортикостероидной терапии. *Рос. ринология.* 2012; 2: 23–4.

4. Савватеева Д.М., Чучуева Н.Д. *Современные методы исследования обонятельного анализатора*. *Рос. ринология.* 2009; 4: 38–42.
5. Badia L, Lund V. *Topical corticosteroids in nasal polyposis*. *Drugs* 2001; 61: 573–8.
6. Bauknecht HC, Jacob C, Fleiner F et al. *Olfactory dysfunction: correlation of olfactory bulb volume on MRI and objective olfactometry*. *Rofa* 2010; 182 (2): 163–8.
7. Blomqvist EH, Braemerson A, Stjaerne P, Nordin S. *Consequences of olfactory loss and adopted coping strategies*. *Rhinology* 2004; 43: 189–94.
8. Briner HR, Simmen D. *Smell diskettes as screening test of olfaction*. *Rhinology* 1999; 37: 145–8.
9. Cardesin A, Alobid I, Benitez P. *Barcelona Smell Test – 24 (BAST-24): validation and smell characteristics in the healthy Spanish Population*. *Rhinology* 2006; 44: 83–9.
10. Ciprandi G, Mora F, Cassano M. *Visual analog scale (VAS) and nasal obstruction in persistent allergic rhinitis*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 141: 527–9.
11. Delank KW, Stoll W. *Olfactory function after functional endoscopic surgery for chronic rhinosinusitis*. *Rhinology* 1998; 36: 15–9.
12. Doty RL, Shaman P, Kimmelman CP. *University of Pennsylvania Smell Identification Test: a rapid quantitative olfactory function test for the clinic*. *Laryngoscope* 1984; 94: 176–8.
13. Dzaman K, Pleskacz WA, Walkanis A. *Taste and smell senses estimation in patients with nasal polyps*. *Otolaryngol Pol* 2007; 61: 831–7.
14. Federspil PA, Wilhelm-Schwenk R, Constantinidis J. *Kinetics of olfactory function following endonasal sinus surgery for nasal polyposis*. *Rhinology* 2008; 46: 184–7.
15. Heilmann S, Huettnerbrink KB, Hummel T. *Local and systemic administration of corticosteroids in the treatment of olfactory loss*. *Am J Rhinol* 2004; 18 (1): 29–33.
16. Heiselmann HL, Rivlin RS. *Clinical measurement of taste and smell*. *New York* 1986; p. 170–86.
17. Holmberg K, Jultusson S, Balder B. *Fluticasone propionate aqueous nasal spray in the treatment of nasal polyposis*. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 78: 270–6.
18. Horr R. *Eapert report on clinical efficacy of EGB 761 for the central indications*. *Internal Report Dr Willmar Schwabe* 1994; p. 43.
19. Hummel T, Welge-Lüssen A. *Taste and smell. An update*. *Advances in Otorhinolaryngology* 2006; 63: 9–151.
20. Jankowski R, Bodino C. *Olfaction in patients with nasal polyposis: effects of systemic steroids and radical ethmoidectomy with middle turbinate resection (nasalisation)*. *Rhinology* 2003; 41: 220–30.
21. Landis BN, Konnerth CG, Hummel T. *A Study on the Frequency of Olfactory Dysfunction*. *Laryngoscope* 2004; 114: 1764–9.
22. Savvatеева Д.М., Гюлднер С., Муртум Т. *Digital volume tomography (DVT) measurements of the olfactory cleft and olfactory fossa*. *Acta Otolaryngol* 2010; 130 (3): 398–404.
23. Small CB, Hernandez J, Reyes A. *Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis*. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116: 1275–81.
24. Stjaerne P, Mosges R, Jorissen M. *A randomized controlled trial of mometasone furoate nasal spray for the treatment of nasal polyposis*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 132: 179–85.
25. Toledano A, Ruiz C, Navas C et al. *Development of a short olfactory test based on the Connecticut test (CCRC)*. *Rhinology* 2009; 47: 465–9.

NP4 Number #:RU1403182645

## Острый тонзиллофарингит: современный взгляд на лечение

А.Г.Атанесян, К.С.Цаголова, С.Я.Косяков  
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва

Острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) по-прежнему занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости. В России, по официальным данным, ежегодно регистрируется около 40 млн случаев острых респираторных заболеваний, однако фактически эта цифра превышает 65 млн. Частым проявлением ОРВИ и одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью является ощущение боли в горле [1]. Этот симптом может быть обусловлен целым рядом патологических со-

стояний, проявляющихся ощущением боли в задней части ротовой полости, ротоглотке. Взрослый человек испытывает ощущение боли в горле в среднем 2–3 раза в год [2]. Боль в горле – ведущий симптом воспалительных заболеваний ротоглотки, таких как фарингит, ларингит, ангина.

В настоящее время актуально использование термина «острый тонзиллофарингит», так как воспаление миндалин редко обходится без воспаления задней стенки глотки, и наоборот. Возможно, это происходит из-за тесного

анатомического соседства и сходства гистологического строения, так как миндалины и фолликулы задней стенки глотки – скопления лимфоидной ткани [3].

### Этиологические факторы

По имеющимся данным, более чем в 70% случаев фарингит вызывается вирусной инфекцией [4]. Бактериальная инфекция ответственна за поражение только в 15–30% случаев [5]. Среди бактериальных возбудителей острого фарингита наибольшее значение имеет  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А – БГСА (15–30% случаев). Реже острый тонзиллит вызывают стрептококки группы С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, анаэробы и спирохеты (ангина Симановского–Плаута–Венсана), редко – атипичные возбудители – микоплазмы и хламидии. Причиной вирусного острого фарингита и в меньшей степени тонзиллита могут быть аденовирусы, риновирус, коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпштейна–Барр, Коксаки и др.

Отличить вирусный фарингит от бактериального только по данным физикального исследования трудно, поэтому для диагностики важное значение имеют экспресс-методы выявления антигена БГСА и бактериологическое исследование.

Для облегчения дифференциации вирусного и стрептококкового фарингита используются разные шкалы. Наиболее известны и распространены клинические критерии R.Centor [6] и W.McIsaac [7]. К ним относятся: высокая температура тела, экссудат на миндалинах, регионарная лимфаденопатия, отсутствие кашля (см. таблицу).

Каждый из обозначенных в этих шкалах симптомов оценивается в 1 балл. В зависимости от набранного количества баллов врач определяет дальнейшую диагностическую и лечебную тактику [5].

Как известно, знание этиологического агента, вызвавшего боль в горле, определяет лечебную тактику: бактериальная (стрептококковая) инфекция требует назначения антибактериальной терапии, а вирусная инфекция – симптоматической.

### Проблемы, ассоциированные с нерациональной антибактериальной терапией

Необоснованное применение лекарственных средств и полипрагмазия – серьезные проблемы современной фармакотерапии. Это в полной мере касается и применения средств антибактериальной терапии. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире до 75% антибактериальных лекарственных средств применяются нерационально [8]. По мнению экспертов ВОЗ использование даже локальных антибиотикосодержащих препаратов не позволяет создать высоких концентраций препарата в очаге инфекции, что способствует стремительному росту числа антибиотикорезистентных бактерий. Разнообразие микроорганизмов, заселяющих респираторный тракт, позволяет оптимизировать передачу детерминант резистентности, и в качестве резервуара в этом случае выступает нормальная микрофлора человека. Кроме того, показана и возможность обмена генетической информацией между бактериями, что вносит значительный вклад в процесс формирования резистентных штаммов и способствует распространению в популяции устойчивых штаммов микроорганизмов. Помимо повсеместного роста антибиотикорезистентности последствиями необоснованного назначения антибиотиков являются увеличение количества случаев побочных эффектов (до 25–30% всех побочных эффектов лекарственных средств), возникновение ряда нежелательных лекарственных взаимодействий [14].

Результаты фармакоэпидемиологических исследований показали, что врачи общей практики в США и Франции около 1/3 всех антибиотиков назначают при заболеваниях верхних дыхательных путей вирусной этиологии [15].

### Оториноларингологическая практика

Говоря о проблеме выбора лекарственной терапии для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний, следует отметить тот факт, что при ряде заболеваний ЛОР-органов назначение антибактериальных препаратов не требуется, так как частота выздоровления у пациентов, получавших антибиотики или плацебо, одинакова [5]; при фарингитах и тонзиллитах до 90% пациентов отмечают исчезновение основных симптомов в течение недели вне зависимости от того, принимали они антибактериальные препараты или нет.

Использование antimicrobial терапии оправдано только при бактериальной этиологии острого (стрептококкового) тонзиллофарингита (БГСА-этиологии) [18] для снижения продолжительности и тяжести клинических признаков и симптомов [10], развития серьезных осложнений, снижения риска распространения и прекращения контакта за счет снижения инвазивности [9].

Важно понимать, что продолжительность пероральной терапии антибиотиками для достижения максимальной эрадикации БГСА глотки должна быть не менее 10 дней [11, 12] и, если прием препаратов пенициллинового ряда прекращен после 3-дневной терапии, вероятность рецидива выше, чем если бы прием препаратов пенициллинового ряда был прекращен после 7-дневного курса лечения (50% против 34% соответственно) [13].

Несмотря на то что метаанализы клинических исследований, проведенные специалистами Кохрановского сотрудничества, не выявили преимуществ рутинного применения антибиотиков при лечении острого бронхита и боли в горле, врачи повсеместно продолжают назначать антибактериальные препараты при этих заболеваниях [16, 17].

### Значимость воспаления

Известно, что основным патогенетическим механизмом возникновения боли в горле является воспаление. В свою очередь, любое воспаление связано с гиперфункцией провоспалительных простагландинов, обусловленной активацией фермента циклооксигеназы (ЦОГ). ЦОГ-1 обладает функциональной активностью структурного фермента, экспрессируется в большинстве клеток, регулирует продукцию простагландинов, участвующих в обеспечении нормальной функциональной активности клеток. ЦОГ-2 в норме отсутствует в большинстве тканей, однако ее экспрессия существенно увеличивается на фоне воспаления.

Учитывая этиопатогенетические особенности заболеваний, сопровождающихся воспалением и болью в горле, становится очевидной нерациональность назначения антибактериальных препаратов в большинстве случаев. Альтернативными лекарственными средствами для симптоматического лечения боли в горле являются наряду с местными антисептиками анальгетики-антипиретики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) для системного применения. Однако врачу всегда необходимо соотносить пользу с возможными рисками, поскольку эти лекарственные средства могут вызывать нежелательные побочные эффекты, среди которых: дисбактериоз слизистой оболочки ротоглотки (антисептики), гастропатия и нефропатия (системные НПВП), гепатотоксичность (парацетамол) и гематотоксичность (метамизол натрия), возрастные ограничения при применении ацетилсалициловой кислоты у детей (синдром Рея).

**Шкала оценки симптомов острого фарингита**

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

**НПВП для локального применения**

Поиск адекватного безопасного НПВП для местного применения привел к хорошо зарекомендовавшему себя в качестве противовоспалительного средства флурбипрофену, многие годы успешно применявшемуся для лечения суставных синдромов разной этиологии [20, 21].

Флурбипрофен – хорошо изученный НПВП, фторированное производное ибупрофена [22] – активный компонент таблеток для рассасывания (Стрепсилс® Интенсив), обеспечивающих эффективную доставку активного действующего вещества в очаг воспаления и боли [19].

Оптимальная форма доставки – таблетка для рассасывания – обеспечивает эффективную доставку флурбипрофена в патологический очаг. В процессе медленного высвобождения из таблетки в полость рта постепенно высвобождаются активные компоненты, позволяя, с одной стороны, достичь быстрого развития эффекта за счет непосредственного воздействия на слизистую оболочку ротоглотки, а с другой – обеспечить достаточную продолжительность воздействия. Лечебный эффект наступает быстро, а резорбция со слизистой оболочки незначительна и поэтому не способствует созданию высоких концентраций флурбипрофена в крови и не сопровождается развитием системных побочных эффектов [20, 21].

Кроме того, при медленном растворении таблетки активные компоненты препарата воздействуют на слизистую оболочку ротоглотки, благодаря чему достигается также выработка большего количества слюны с естественными защитными компонентами (лизоцим, интерферон и т.д.).

Препарат Стрепсилс® Интенсив – безрецептурный лекарственный препарат, оказывающий мощное противовоспалительное и обезболивающее действие. Его терапевтический эффект – купирование боли, уменьшение отека и облегчение глотания (4–6 ч) наступает в течение 15 мин после приема препарата и продолжается не менее 3 ч [23, 24].

Стрепсилс® Интенсив, содержащий 8,75 мг флурбипрофена, рекомендуется принимать до 5 раз в сутки. Препарат высокоэффективен при острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки.

**Комбинированное применение**

При необходимости прием Стрепсилс® Интенсив можно сочетать с использованием средств системной антибиотикотерапии, ведь даже при обоснованном назначении антибиотиков не обладают обезболивающим действием, а применение препарата Стрепсилс® Интенсив, купируя основную причину беспокойства пациента – боль в горле, существенно улучшает качество жизни. 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 [25].

**Выводы**

Таким образом, с появлением НПВП для местного применения стал возможен прицельный подход к решению проблемы купирования боли в горле и улучшения качества жизни пациента при инфекционно-воспалительных процессах в ротоглотке, в частности тонзиллофарингите как вирусного, так и бактериального происхождения.

**Литература**

1. Сергеев М.М., Коваленко С.Л. Клиническая эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов при некоторых ЛОР-заболеваниях у детей. *Вопр. совр. педиатрии*. 2009; 8 (1).
2. Черногоров В.А. Симптоматическое лечение боли в горле. *Cons. Provisorium*. 2003; 8.
3. Пискунов Г.З., Ангомова И.Б. Острый тонзиллофарингит. *Лечащий врач*. 2007; 2.
4. Лучицкая Ю.В., Изотова Г.Н. Местная терапия при фарингите. *РМЖ*. 2011; 6.
5. Стрѣпцунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Смоленск: НИИХ СГМА, 2002.
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. McIsaac WJ et al. The validity of a sore throat score in family practice. *СМАJ* 2000; 163 (7): 811–5.
8. Action Program on Essential Drugs. WHO Report of the Biennium, 1996–1997.
9. Pichichero ME. Group A streptococcal tonsillopharyngitis: cost-effective diagnosis and treatment. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 390.
10. Potter EV, Svartman M, Mobammed I et al. Tropical acute rheumatic fever and associated streptococcal infections compared with concurrent acute glomerulonephritis. *J Pediatr* 1978; 92: 325.
11. Kaplan EL, Gooch III WM, Notario GF, Craft JC. Macrolide therapy of group A streptococcal pharyngitis: 10 days of macrolide therapy (clarithromycin) is more effective in streptococcal eradication than 5 days (azithromycin). *Clin Infect Dis* 2001; 32: 1798.
12. Altamimi S, Kbalil A, Kbalaiwi KA et al. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD004872.
13. Denny FW, Wannamaker LW, Brink WR et al. Prevention of rheumatic fever; treatment of the preceding streptococcal infection. *J Am Med Assoc* 1950; 143: 151.
14. Мальцева Г.С. Острая боль в горле. *Cons. Med. Пульмонология/ЛОР*. 2012; 14 (3): 53–6.
15. Ушквалова Е.А. Экономические аспекты антибактериальной терапии. *Вестн. Российского университета дружбы народов. Медицина (Серия)*. 2000; 1: 122–3.
16. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2004; Issue 2; Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Oxford: Update Software.
17. Glasziou PP. Antibiotics for the symptoms and complications of sore throat (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 1998; Issue 4. Oxford: Update Software.
18. Балабанова Р.М. Стрепфен (флурбипрофен) – препарат для симптоматической терапии болей в горле. *РМЖ*. 2003; 11: 22.
19. Мальцева Г.С. Острая боль в горле. *Cons. Med.* 2012; 14 (3).
20. Droge MJ, Van Sorge AA, Van Haeringen NJ et al. Alternative splicing of cyclooxygenase-1 mRNA in the human iris. *Ophthalmic Res* 2003; 35 (3): 160–3.
21. Fang JY, Huang TL, Fang CL, Chiu HC. In vitro and in vivo evaluations of the efficacy and safety of skin permeation enhancers using flurbiprofen as a model drug. *Int J Pharm* 2003; 255 (1–2): 153–66.
22. Moore N, Le Parc JM, van Ganse E et al. Tolerability of ibuprofen, aspirin and paracetamol for the treatment of cold and flu symptoms and sore throat pain. *Int J Clin Pract* 2002; 56 (10): 732–4.
23. Benzimouj SI, Langford JH, Homan HD et al. Efficacy and safety of the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8,75 mg in the treatment of sore throat. *Fundament Clin Pharmacol* 1999; 13: 189.
24. Watson N, Nimmo WS, Christian JEA. Relief lozenge flurbiprofen 8,75 mg: randomised, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety. *Int J Clin Pract* 2000; 54 (8): 490–96.
25. 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.