

($p=0,005$); 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 оториноларингологии и логопатологии*. 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, Huettenbrink 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. *et al. 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 β -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. Provisorum*. 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. Стрелюцкий 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.