



Лечение больных инфекционно-воспалительными заболеваниями глотки с болевым синдромом

МГМСУ,
кафедра ЛОР-болезней

Д.м.н., проф. В.В. ВИШНЯКОВ, к.м.н. Э.В. СИНЬКОВ

Проведенный в 1998 г. в Германии национальный опрос показал, что 17,6% мужчин и 10,8% женщин используют исключительно препараты безрецептурные и без назначения врача. Наряду с этим перед пациентами встает вопрос выбора группы и формы лекарственного вещества. Есть множество лекарственных средств для лечения боли в глотке: антисептические препараты, местные анестетики, нестероидные противовоспалительные средства, системные анальгетики, антибактериальные препараты. На сегодняшний день существуют три основные формы выпуска лекарственных веществ для лечения воспалительных заболеваний глотки: спреи, растворы для полосканий и таблетки для рассасывания.

В нашей клинике проводилось исследование, направленное на сравнение эффективности применения различных лекарственных форм при болевом синдроме в глотке. При использовании лекарственных форм в виде спрея часть лекарства проглатывается, вследствие чего контакт лекарства со слизистой оболочкой глотки незначителен, оно быстро вымывается слюной, активные компоненты не могут действовать на труднодоступные участки слизистой оболочки полости рта и глотки. У лекарственных средств в виде раство-

Боль в глотке – одна из наиболее частых причин обращения к врачу. Она встречается при различных заболеваниях, к которым в первую очередь следует отнести острый и хронический фарингит, ангины и хронический тонзиллит. Зачастую пациенты не обращаются за консультацией к специалистам, занимаются самолечением, и в последние годы отмечается тенденция к росту самолечения.

ра для полосканий – наименьший контакт со слизистой оболочкой глотки и самая небольшая по времени среди всех форм выпуска продолжительность действия активных компонентов на слизистую оболочку.

Таблетки для рассасывания действуют сразу после начала применения. Лекарственная форма в виде таблетки для рассасывания, в отличие от других форм выпуска, позволяет действующему веществу оказывать эффект на всю поверхность слизистой оболочки глотки, включая даже труднодоступные участки. У таблеток для рассасывания самая большая по времени продолжительность действия активных компонентов среди всех форм выпуска. Все эти факты подтверждены экспериментально на группе добровольцев (исследование проводилось в Англии). Гамма-излучающими радионуклидами метили таблетки для рассасыва-

ния, спреи и растворы для полоскания. Данное исследование рассматривало гамма-сцинтиграфию в сочетании с МРТ как метод оценки эффективности доставки действующего вещества к очагам воспаления в полости рта и глотки. [1]

Из нестероидных противовоспалительных препаратов следует отметить флурбипрофен (Стрепфен), выпускается в виде таблеток для рассасывания. На фоне применения препарата отмечается быстрое и выраженное уменьшение симптомов (уже через 15–30 мин после приема) и продолжительный (не менее 3 ч) эффект. Отмечена также хорошая переносимость препарата.

Помимо нестероидных противовоспалительных препаратов, для лечения инфекционных заболеваний глотки с успехом могут быть использованы комбинированные противомикробные и антисептические препараты.



Таблетки для рассасывания Стрепсилс – доступное безрецептурное средство для местной симптоматической терапии острой боли в глотке. Они содержат комбинацию веществ с антибактериальными и противовирусными свойствами – амилметакризол (АМС) и 2,4-дихлорбензиловый спирт (ДСВА), эффективность которых была продемонстрирована *in vitro*.

Таблетки для рассасывания Стрепсилс – доступное безрецептурное средство для местной симптоматической терапии острой боли в глотке.

*Они содержат комбинацию веществ с антибактериальными и противовирусными свойствами – амилметакризол (АМС) и 2,4-дихлорбензиловый спирт (ДСВА), эффективность которых была продемонстрирована *in vitro*.*

Цель нашего исследования – определение возможности использования таблеток для рассасывания Стрепсилс при лечении пациентов с болью в глотке, а также оценка частоты и тяжести побочных эффектов в сравнении с плацебо. Исследование проводилось с 2008 по 2009 г. на базе клиники и поликлиники кафедры ЛОР-болезней МГМСУ.

В проводимое нами исследование включались пациенты в возрасте от 16 до 69 лет с болью в глотке, которым было показано симптоматическое лечение таблетками для рассасывания. В эту группу вошли пациенты с хроническим тонзиллитом, фарингитом и ларингитом. Пациенты не принимали никаких лечебных препаратов за 6 часов до начала исследования и не получали антибиотиков после его начала. От каждого пациента было получено информированное согласие. Степень воспалительных изменений

в глотке определяли по четырехбалльной шкале.

Проводилось 5-дневное многоцентровое простое слепое исследование. Пациенты получали два типа таблеток для рассасывания (А или В) и брошюру пациента. Упаковки таблеток для рассасывания типа А содержали Стрепсилс, а типа В – плацебо. Двумя активными ингредиентами таблеток для рассасывания Стрепсилс являлись АМС (0,6 мг) и ДСВА (1,2 мг). Таблетки-плацебо по внешнему виду были идентичны таблеткам для рассасывания, но содержали только сахар и комбинацию красителей.

В первый день пациентам было необходимо оценить степень дискомфорта в глотке, используя 9-балльную шкалу (от 0 – отсутствует до 8 – очень сильный). Сразу после этого пациенты принимали таблетку для рассасывания из упаковки А в качестве первой дозы до медленного растворения ее в полости рта. Дальнейшая оценка пациентами дискомфорта в глотке проводилась с 15-минутными интервалами в течение полутора часов. В каждый момент оценки пациенты отмечали время и степень облегчения боли, используя 5-балльную шкалу (от 0 – нулевое до 4 – отличное). Согласно протоколу через 90 минут в качестве второй дозы было принято плацебо. Пациенты могли принимать до восьми раз в день любую таблетку для рассасывания, которая им понравилась. В 17 часов каждый день пациенты отмечали степень дискомфорта в глотке, количество таблеток для рассасывания типа А и В, принятых с момента последнего обследования, и таблеток для рассасывания, которые они предпочитали принимать в этот день.

После первого приема таблеток для рассасывания разрешался прием анальгетиков и антибиотиков, но их использование отмечалось. Вечером на 5-й день исследования пациенты оценивали общую эффективность таблеток для рассасывания, используя пятибалльную

шкалу (0 – очень плохо до 4 – очень хорошо), и рассказывали врачу о побочных реакциях. Тяжесть воспалительных изменений в глотке у каждого пациента оценивалась в сравнении с начальной картиной и фиксировалась. Кроме того, отмечалось количество оставшихся таблеток для рассасывания каждого типа, детали изменения приема препаратов, побочные реакции и причины отмены.

С сентября 2008 по апрель 2009 г. в исследовании приняли участие 127 пациентов; большинству из них требовалась медицинская помощь по поводу умеренного воспаления в глотке (на фоне катарального фарингита, состояния после хирургического лечения по поводу хронических заболеваний глотки). Выбыли из исследования 16 пациентов: 8 – вследствие полного выздоровления, 4 – по неизвестным причинам, 4 – в результате отсутствия эффекта или неавки для последующего осмотра.

В анализе эффективности использовались все данные, за исключением данных 9 пациентов, 6 из которых выбыли, так как выяснилось, что они принимали или могли принимать антибиотики до начала приема таблеток для рассасывания, 2 – не пришли для последующего обследования, и об одном пациенте данные были получены слишком поздно.

Среди проходивших исследование пациентов преобладали женщины (59% против 41% мужчин); их средний возраст составил 39,1 года. Среди закончивших исследование пациентов – 58% женщин и 42% мужчин, средний возраст исследуемых – 38,9 лет. 65% пациентов к началу исследования отмечали умеренное воспаление в глотке. Выраженное воспаление отмечалось у 22% пациентов. После приема первой таблетки для рассасывания Стрепсилс пациентами отмечались:

- выраженное улучшение, на что указывало снижение общего уровня дискомфорта в глотке, – через 15 минут;
- снижение среднего уровня дискомфорта в глотке на длительную



ное время и достижение его стабильного уровня – через 45 минут;

- уменьшение среднего уровня дискомфорта в глотке от среднетяжелого до слабого или среднего – через 60 минут.

Все средние изменения по сравнению с начальным уровнем существенно отличались от нулевых (рис. 1). Через 45 минут доля пациентов, сообщивших об улучшении после приема таблеток для рассасывания Стрепсилс, увеличилась до 60%, достигнув максимального улучшения через 60 минут. Доля пациентов с хорошим или отличным облегчением боли со временем увеличивалась до 30%, но по прошествии 75 минут снижалась.

В течение всех 5 дней исследования большинство пациентов предпочитали принимать таблетки для рассасывания Стрепсилс (в сравнении с плацебо), после 3-го дня уровень предпочтения постепенно снижался. 70% (80 из 115) пациентов оценивали таблетки для рассасывания Стрепсилс как хорошие или очень хорошие в сравнении с 18% (20 из 115) пациентов, высоко оценившими плацебо. В отношении общей оценки эффективности лечения пациентами 76% (87 из 115) назвали таблетки для рассасывания Стрепсилс более эффективными, чем плацебо. Средняя общая эффективность таблеток для рассасывания Стрепсилс была существенно выше, чем плацебо, – 2,9 против 1,4.

Обследуя пациентов, мы пришли к выводу, что состояние 95%

(109 из 115) больных улучшилось к концу исследования. Пациенты значительно чаще выбирали таблетки для рассасывания Стрепсилс, чем плацебо.

Три пациента сообщили о нежелательных явлениях: один, принимавший оба типа таблеток для рассасывания, сообщил о язве языка, второй – о тошноте (возможно, не связанной с исследуемым лечением), третий жаловался на изжогу после приема первой действующей таблетки для рассасывания. Изжога была расценена как возможно связанная с активной таблеткой для рассасывания; далее этот пациент был переведен на плацебо на оставшийся срок исследования.

Таким образом, исследование показало, что таблетки для рассасывания Стрепсилс обладают быстрым началом действия (в течение 15 минут) и устраняют боль в течение длительного времени после полного растворения таблетки для рассасывания как минимум на 90 минут, обеспечивая пациенту облегчение его состояния. В сравнении с плацебо было выявлено, что эффективность таблеток для рассасывания Стрепсилс была значительно выше, и в первые 3 дня исследования большинство пациентов отдавали им предпочтение. Незначительное уменьшение количества пациентов, предпочитающих таблетки для рассасывания Стрепсилс, после 3-го дня может быть связано со снижением необходимости активного лечения вследствие уменьшения ощущения дискомфорта в глотке или полно-

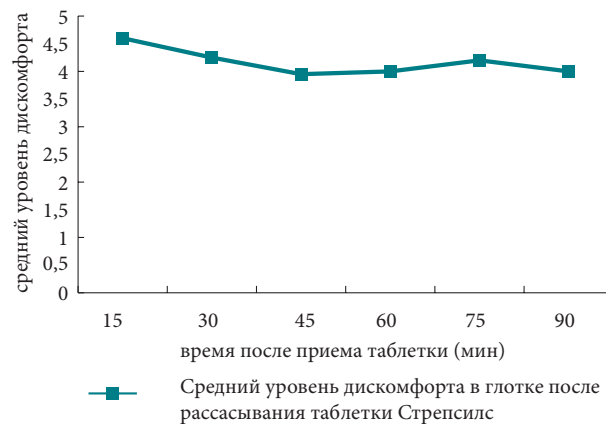


Рис. 1. Средний уровень дискомфорта в глотке после рассасывания таблетки Стрепсилс

го исчезновения симптомов воспаления и боли в глотке. Лишь в небольшом количестве случаев были отмечены побочные явления, которые, вполне возможно, не были связаны с употреблением таблеток для рассасывания Стрепсилс.

Заключение

Результаты нашего исследования показывают, что для пациентов инфекционно-воспалительными заболеваниями глотки с болью в горле, которые могут выбрать множество вариантов лечения, таблетки для рассасывания Стрепсилс являются эффективным и хорошо переносимым средством для быстрого и продолжительного облегчения симптомов, приятным на вкус и легко доступным. Поэтому таблетки для рассасывания Стрепсилс остаются неоценимой помощью для облегчения боли в глотке вне зависимости от ее происхождения. 🌀

Литература
→ с. 64



Литература

В.В. Вишняков, В.Н. Костюк

Полипозный риносинусит: консервативное или хирургическое лечение?

1. Полипозный риносинусит. Клинические рекомендации. М., 2010.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М., 2006.
3. EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) // Rhinology. 2007.
4. Jorissen M., Bachert C. Effect of corticosteroids on wound healing after endoscopic sinus surgery // Rhinology. 2009. Vol. 47. № 3. P. 280–286.

В.В. Вишняков, В.Н. Костюк

Применение препарата Тонзилпрет при лечении больных с хроническим тонзиллитом с болевым синдромом в глотке

1. Авраменко Л.В., Герасименко Н.Г., Григорьев В.П. Подготовка больных к тонзиллэктомии // Тезисы докладов 2-й межреспубликанской конференции оториноларингологов республик Средней Азии, Казахстана. М., 1972. С. 200–201.
2. Андамова О.В., Рымиша М.А., Педдер В.В. Применение озоноультразвукового метода в лечении хронического тонзиллита // Материалы 16-го съезда оториноларингологов РФ. Сочи, 2001. С. 342–344.
3. Балабанцев А.Г., Богданов В.В., Крылова Т.А. Хронический тонзиллит – актуальная проблема современной медицины // ЖУНГБ. 2002. № 5. С. 35–36.
4. Караулов А.В. Инфекция и иммунодефициты – приоритеты сегодня // Практикующий врач. 1997. № 9.
5. Лямперт И.М. Вторичная иммунопатология больных с острой стрептококковой инфекцией // Терапевт. архив. 1991. № 10. С. 38.
6. Пономарев Л.Е. Лечение детей с хроническим тонзиллитом с использованием немедикаментозных физических факторов: Дисс. ... д-ра мед. наук. Краснодар, 2000. С. 248.
7. Протасевич Г.С., Савчук Г.Г., Волянюк Е.М. Лечение больных после тонзиллэктомии // ЖУНГБ. 1991. № 3. С. 35–41.
8. Тарасов Д.И., Морозов А.Б. Частота и структура хронических заболеваний уха, горла и носа среди населения и их динамика // Вестник оториноларингологии. 1991. № 2. С. 12–14.
9. Фролов В.М., Пересадин В.А., Петруня А.М. и др. Иммунологические показатели у горнорабочих, страдающих хроническим тонзиллитом, и перспективы проведения у них иммунокоррекции // ЖУНГБ. 1993. С. 33–36.

В.А.Рябинин

Применение Бетасерка при лечении больных с субъективным шумом в ушах при сенсоневральной тугоухости

1. Белоголовов Н.В. Ушные шумы и основы их терапии // Сб. трудов Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи. Т. 8. 1947. С. 90–122.
2. Блазовицкая Н.С. Субъективные и объективные шумы при заболеваниях головного мозга и их дифференциация от периферических шумов // Вестник оториноларингологии. 1985. № 3. С. 33–36.
3. Евдощенко Е.А., Косаковский А.Л. Нейросенсорная тугоухость. Киев: Здоровье, 1989.
4. Пальчун В.Т. Диагностика и лечение кохлеовестибулярных нарушений // Тезисы докладов VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург, 1990. С. 320–324.
5. Пятакина О.К., Антонян Р.Г., Ханджиев Г.Р. Причины и лечение субъективного ушного шума с применением транскожной электростимуляции. Методические рекомендации. М., 1990.
6. Пятакина О.К., Токарев О.П., Шеремет А.С., Красильников Б.В. Лечение нейросенсорной тугоухости. Методические рекомендации. М., 1990.
7. Плужников М.С. Клиника и некоторые черты патогенеза кохлеарного неврита антибиотикового происхождения: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Л., 1972.
8. Солдатов И.Б., Абуткин Г.А., Миркина А.Я. Способ лечения вестибулярной дисфункции и ушного шума. Описание изобретения к авторскому свидетельству. Куйбышевский медицинский институт им. Д.И. Ульянова, 1983.
9. Солдатов И.Б. Современные аспекты генеза и лечения шума в ушах // Тезисы докладов V съезда оториноларингологов РСФСР. Ижевск, 1984. С. 335–341.
10. Солдатов И.Б., Маркин А.Я., Храпто Н.С. Шум в ушах как симптом патологии слуха. М.: Медицина, 1984.
11. Токарев О.П., Антонян Р.Г., Красильников Б.В. Лечение нейросенсорной тугоухости // Методические рекомендации МЗ РСФСР. М., 1990. С. 9.
12. Храпто Н.С. Возможности реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью // Тезисы докладов VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург, 1990. С. 470–472.

В.В. Вишняков, Э.В. Синьков

Лечение больных инфекционно-воспалительными заболеваниями глотки с болевым синдромом

1. Battist N. The evaluation of the analgesic and anti-inflammatory effects of flurbiprofen mouth wash and 100 mg tablets in oral medicine // Minerva Stomatol. 1994. Vol. 43. № 4. P. 141–144.
2. Benzimoj S.I., Langford J.H., Homan H.D. 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. P. 189.
3. Benzimoj S.I., Langford J.H., 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. Vol. 21. № 3. P. 183–193.
4. Bulter C.C., Rollincr S., Pill R. et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients prescriptions of antibiotics for sore throats // BMJ. 1998. Vol. 3. № 17. P. 637–642.
5. Critchley I.A., Sahn D.F., Thornsberrry C. et al. Antimicrobial susceptibilities of Streptococcus pyogenes isolated from respiratory and skin tissue infections: United States LIBRA surveillance data from 1999 // Diagnostic microbiology and infectious disease. 2002. Vol. 42. P. 129–135.
6. Dagnelie C.F., Toun-Otten F., Kuyvenhoven M.M. et al. Bacterial flora in patients presenting with sore throat in Dutch general practice // Fam. Pract. 1993. Vol. 10. № 3. P. 371–377.



Литература

В.В. Вишняков, Э.В. Синьков

Лечение больных инфекционно-воспалительными заболеваниями глотки с болевым синдромом

7. *Del Mar C.B., Glaszion P.P.* Do antibiotics shorten the illness of sore throat? Oxford: Cochrane Collaboration, 1997.
8. *Gossel T.A.* Sore throat // U.S. Pharmacist. 1985. № 10. P. 24–29.
9. *Heasman P.A., Benn D.K., Kelly P.J. et al.* The use of topical flurbiprofen as an adjunct to non-surgical management of periodontal disease // J. Clin. Periodontal. 1993. Vol. 20. № 6. P. 457–464.
10. *Little P., Williamson I., Warner G. et al.* Open randomized trial of prescribing strategies in managing sore throat // Br. Med. J. 1997. № 314. P. 722–727.
11. *Mainous A.G., Zoorbob R.J., Oler M.J. et al.* Patient knowledge of upper respiratory tract infectious: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization // Fam. Pract. 1997. № 45. P. 75–83.
12. *Rabinowitz H.K.* Upper respiratory tract infections // Prim. Care. 1990. № 17. P. 793–809.
13. *Schachted B.P., Homan H.D., Gibb I.A. et al.* Demonstration of dose-response of flurbiprofen lozenge sore throat // Clin. Pharmac. Ther. 1999. Vol. 65. № 2. P. 117.
14. *Seppala H., Klaukka T. T., Lehtonen R. et al.* Outpatient use of erythromycin link to increased erythromycin resistance in group A streptococci // Clin. Infect. Dis. 1995. № 21. P. 1378–1385.
15. *Watson N., Nimmo W.S., Christian J. et al.* Relief of sore throat with the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8/75 mg: randomised, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety // Int. J. Clin. Pract. 2000. Vol. 54. № 8. P. 490–496.
16. *Wolter J.M.* Management of a sore throat antibiotics are no longer appropriate // Australian Family Physician. 1998. Vol. 27. № 4. P. 279–81.

Национальный
конгресс

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Москва, МВЦ «Крокус Экспо»
8–10 июня 2011 года

Основные темы научной программы:

- Организационно-правовые вопросы в области пластической хирургии (образование, стандарты лечения, регулирование предоставления специализированной медицинской помощи населению)
- Отдельные аспекты анестезиологии и реаниматологии в пластической хирургии
- Пластическая хирургия в гинекологии
- Дерматокосметология, методы лечения и реабилитации
- Пластическая хирургия в оториноларингологии
- Пластическая хирургия в офтальмохирургии
- Пластическая хирургия в травматологии и ортопедии
- Пластическая хирургия в эстетике
- Пластическая хирургия в неврологии
- Пластическая хирургия в комбустиологии
- Пластическая хирургия в онкологии
- Пластическая хирургия в педиатрии
- Пластическая хирургия в черепно-челюстно-лицевой хирургии
- Пластическая хирургия в урологии

Организаторы

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- Российская академия медицинских наук
- Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов

Секретариат Конгресса
117420, Москва, а/я 1
телефон (495) 722-64-20
электронная почта mail@plastsur.ru
сайт www.plastsur.ru

Оргкомитет выставки
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон (495) 722-64-20
факс (495) 786-25-57
электронная почта mail@plastsur.ru