

И.Б. АНГОТОВА, к.м.н., Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЙ В ГОРЛЕ

Боль в горле – это жалоба, с которой довольно часто обращаются пациенты к лор-врачу и терапевту. Однако боль в горле не всегда означает ангину или другое воспалительное заболевание ротоглотки. Это утверждение имеет практическое значение, поскольку, как надеется автор, оно поможет врачу провести дифференциальный диагноз заболеваний, при которых может возникнуть боль в горле. В конечном итоге, если удалось правильно поставить диагноз, предоставляется возможность оказать квалифицированную помощь.

Ключевые слова: боль в горле, дифференциальная диагностика, местная фармакотерапия

Чаще всего боль в горле беспокоит пациентов с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). Боль в горле при ОРВИ обычно невыраженная, в основном пациенты жалуются на першение в горле или несильные боли при глотании. Боли в горле при ОРВИ сопровождаются кашлем и насморком. Причем важным моментом является то обстоятельство, что начало заболевания проявляется в носовой полости, только затем присоединяются боли в горле.

Этиологическая диагностика затруднена, особенно в рутинной практике. Врач на первичном приеме не может точно сказать, каким вирусом вызвана данная инфекция у конкретного пациента. Имея лишь время для сбора жалоб и анамнеза, при классической клинической картине врач может предположить влияние того или иного вируса, с которым он имеет дело. В этом положении практические врачи вынуждены опираться на данные литературы. В большинстве случаев (20–30%) не удастся точно идентифицировать вирус, вызвавший заболевание у данного человека, даже прибегнув к помощи вирусологической лаборатории. Данные успешной верификации диагноза на 1-е место в этиологии ОРВИ верхних дыхательных путей ставят риновирусы (30–50%). Надо отметить, что вирус гриппа вызывает только от 5 до 15% случаев от всех ОРВИ [3]. В то же время этиологическое лечение ОРВИ существует в основном против вирусов гриппа. Это объясняет неудачи при эмпирическом выборе противовирусных препаратов. Поэтому приходится проводить симптоматическое лечение, основой которого являются препараты местного применения. Препаратами выбора при болях в горле при ОРВИ являются антисептики. При выраженных болях в горле применяют препараты, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты. В некото-

рых случаях возможно применение препарата Эреспал, оказывающего комплексное воздействие на организм: антигистаминное, противовоспалительное, спазмолитическое.

Ангина – это инфекционное заболевание с преимущественным поражением небных миндалин, которое чаще всего вызывается стрептококковой инфекцией (*Streptococcus pyogenes*). Однако причиной возникновения ангины могут быть грибы, вирусы и другие бактериальные агенты:

- *Staphylococcus aureus*,
- *Diplococcus pneumoniae*,
- *Corynebacterium diphtheriae*,
- *Bordetella pertussis*,
- *Haemophilus influenzae*,
- *Neisseria species*.

Путь распространения инфекции: воздушно-капельный (при чиханье и кашле больного, а также через посуду и другие бытовые предметы). Инкубационный период 1–2 дня.

Виды ангины:

1. Катаральная ангина (рис. 1) – характеризуется гиперемией слизистой оболочки небных миндалин.

Катаральную ангину стоит отличать от респираторно-вирусной инфекции, при которой гиперемия и отек слизистой оболочки преимущественно наблюдаются на задней стенке глотки, а не на небных миндалинах (рис. 2).

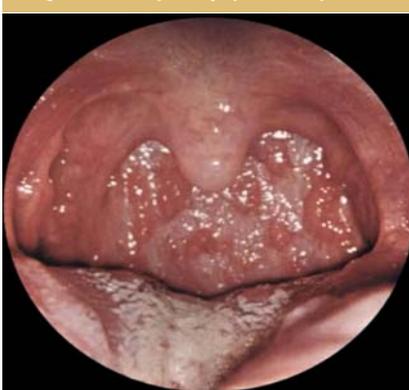
Кроме того, при ангине пациент не будет жаловаться на кашель и насморк, а при ОРВИ чаще всего заболевание начинается с насморка, а першение и боли в горле присоединяются позже. Если пациент остается без лечения, то катаральная ангина может перейти в фолликулярную и даже в лакунарную ангины.

2. Фолликулярная ангина характеризуется более выраженными болями в горле и гнойным воспалением в лакунах, которое выглядит как четко очерченные островки (рис. 3). Боль в горле интенсивная при глотании.

Рисунок 1. Катаральная ангина



Рисунок 2. Острый фарингит при ОРВИ



3. При лакунарной ангине небные миндалины покрыты грязно-желтым налетом. Боль в горле давящего характера, глотание затруднено меньше. Общее состояние страдает меньше, чем при фолликулярной ангине (рис. 4).

Клиника ангины:

- боли в горле разной интенсивности (от незначительных болей при глотании до выраженных, при которых затруднен прием пищи),
- лихорадка – фебрильные цифры,
- лимфаденит – увеличение шейных лимфоузлов по передней поверхности кивательной мышцы.

Характерно острое начало, как правило, после переохлаждения, сначала возникает боль в горле и повышается температура тела. Страдает общее состояние пациента: ощущение ломоты в мышцах, слабость, головная боль.

Рисунок 3. Фолликулярная ангина



Рисунок 4. Лакунарная ангина



Лечение ангины предполагает применение системной антибиотикотерапии и местных средств.

При решении вопроса о системной антибиотикотерапии руководствуются следующими критериями:

- фебрильная лихорадка,
- воспалительный экссудат в лакунах миндалин,
- увеличение передних шейных лимфоузлов,
- отсутствие насморка и кашля,
- положительный тест на стрептококк.

Наличие двух или трех вышеперечисленных критериев является показанием к назначению системной антибактериальной терапии [4].

При назначении местной терапии врач находится перед большим выбором лекарственных препаратов. Если разбираться в их многообразии, то следует отметить следующие группы (табл. 1):

Таблица 1. Местные препараты для лечения воспалительных заболеваний глотки

МНН	Группа	Спектр действия	Особенности
Фузафунгин	Антибиотики	<i>Streptococcus spp.</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus spp.</i> , <i>Neisseria spp.</i> , анаэробы, <i>Mycoplasma spp.</i> , <i>Candida</i> [2]	Разрешен у детей с 2,5 года Нет данных о тератогенности
Октенидин	Антисептики	Грамположительные и грамотрицательные бактерии, <i>Herpes simplex</i> и вирус гепатита В, <i>Candida</i>	Раздражающее действие Снижена комплаентность Не использовать с йодсодержащими препаратами Разрешен в детской практике без ограничений
Гексэтидин	Антисептики	Антибактериальное и противогрибковое действие	Возможно применение у беременных во 2-м и 3-м триместрах
Хлоргексидин	Антисептики	Грамположительные и грамотрицательные бактерии Не действует на вирусы	Окрашивает зубы, отложение зубного камня Не использовать с йодсодержащими препаратами
Лизоцим и пиридоксин	Антисептики	Бактерии Вирусы Грибы	Разрешен у беременных и детей с 3 лет Назначается при стоматологических проблемах
Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламония хлорида моногидрат	Антисептики	<i>Staphylococcus spp.</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , анаэробные бактерии, вирусы герпеса и ВИЧ, <i>Candida</i> , <i>Aspergillus penicillium</i>	Разрешен у детей с 3 лет
Бензидамина гидрохлорид	НПВС	Противовоспалительное, противоотечное и анальгезирующее действие	Форма выпуска: спрей Разрешен у детей с 6 лет Беременность – с осторожностью!
Бензидамина гидрохлорид	НПВС	Противовоспалительное, противоотечное и анальгезирующее действие	Форма выпуска: раствор для полоскания и таблетки Возможно применение у беременных Разрешено у детей с 12 лет
Флурбипрофен	НПВС	Противовоспалительное, противоотечное и анальгезирующее действие	Разрешено у детей с 12 лет При беременности нельзя
Лизаты бактерий	Иммуностимулирующие препараты		Разрешено у детей с 14 лет

- антисептики,
- антибиотики,
- нестероидные противовоспалительные препараты,
- иммуностимуляторы,
- растительные антисептики.

Местная терапия при ангине средней степени и тяжелой степени тяжести назначается дополнительно к системной антибиотикотерапии. В качестве монотерапии местные препараты используют только при легкой степени тяжести.

При ангине логично назначать антисептики, антибиотики. При выраженных болях назначают нестероидные противовоспалительные препараты, но не более 3 дней, и у препаратов имеется суточное ограничение до 4–5 раз в день.

Инфекционный мононуклеоз – инфекционное заболевание, вызванное вирусом Эпштейна – Барр, проявляющееся поражением ретикулоэндотелиальной и лимфатической систем.

Симптомы инфекционного мононуклеоза:

- лихорадка,
- тонзиллит (рис. 5),
- полиаденит – увеличиваются не только шейные лимфоузлы, но и подмышечные и паховые лимфоузлы,
- увеличение печени и селезенки,
- лейкоцитоз с преобладанием базофильных мононуклеаров.

Заболевание начинается с лихорадки и болей в горле. Общее состояние в ряде случаев страдает очень сильно. Пациенты жалуются на плохое самочувствие, упадок сил, снижение аппетита. Боли в горле могут носить у взрослых интенсивный характер. Затем увеличиваются лимфоузлы, лихорадка разнообразна по характеру и продолжительности. Возможно возобновление лихорадки после уменьшения цифр температуры тела. У пациентов, которым была назначена системная антибиотикотерапия, особенно аминопенициллины, появляется сыпь. Поэтому для раннего выявления инфекционного мононуклеоза необходимо провести общий

Рисунок 5. Тонзиллит при инфекционном мононуклеозе



Рисунок 6. Казеозные пробки в небных миндалинах



анализ крови, в котором могут быть обнаружены мононуклеары, но это не специфическая реакция организма. Повышение этих клеток может быть и при других вирусных инфекциях. Необходимо использовать обнаружение в крови IgM, который является показателем острой фазы заболевания, появляется одновременно с клиническими симптомами и сохраняется в течение 1–2 мес. IgG обнаруживается в течение жизни у всех пациентов, перенесших инфекционный мононуклеоз. Его исследование значимо только для проведения эпидемиологических исследований [5].

Для местного лечения инфекционного мононуклеоза препаратами выбора являются антисептики.

Однако боль в горле не всегда вызывается воспалительными заболеваниями глотки. Боль в горле может быть вызвана хроническим фарингитом на фоне ларингофарингеального рефлюкса (ЛФР). Этот термин был предложен в 1991 г. J. Koufman. Ларингофарингеальный рефлюкс – это обратный ток жидкости из желудочно-кишечного тракта на слизистую оболочку гортани и глотки. Это самое частое проявление экстраэзофагеального рефлюкса [1].

Клинические проявления ЛФР:

- першение в горле,
- чувство инородного тела или «комка», который пациент не может проглотить,
- постоянное покашливание,
- обилие слизи в ротоглотке и гортаноглотке,
- налет на языке,
- кровоточивость десен,
- афты,
- отпечатки зубов на языке,
- несоответствие выраженности симптомов, которые предъявляет пациент (например, очень сильные боли в горле), и фарингоскопической картины,

Таблица 2. Индекс симптомов рефлюкса (J. Koufman)

Насколько следующие проблемы вас беспокоили в течение последнего месяца? (0 = нет проблем; 5 = серьезные проблемы)

Осиплость или другие проблемы с голосом	0	1	2	3	4	5
Чувство першения в горле	0	1	2	3	4	5
Чрезмерное отхаркивание слизи или постназальное затекание	0	1	2	3	4	5
Затруднения при глотании пищи, жидкости или таблеток	0	1	2	3	4	5
Кашель после еды или после перехода в горизонтальное положение	0	1	2	3	4	5
Затруднения дыхания или эпизоды удушья	0	1	2	3	4	5
Мучительный или надсадный кашель	0	1	2	3	4	5
Ощущение чего-то липкого в горле или комка в горле	0	1	2	3	4	5
Изжога, боль в груди, кислые отрыжки	0	1	2	3	4	5
Всего баллов						

- симптомы, связанные с неприятными ощущениями в ушах, которые не фиксируются объективно (от «хлопков» в ушах до заложенности уха),
- несоответствие выраженности симптомов со стороны гортани, осиплость вплоть до афонии и ларингоскопической картины,
- неэффективность системной антибиотикотерапии при болях в горле.

Если боль в горле не очень интенсивная, больше першение, иногда сопровождается кашлем и наблюдаются вышеперечисленные клинические симптомы, то можно говорить о ЛФР. Для уточнения диагноза возможно провести анкетирование пациента. Анкета «Индекс симптомов рефлюкса» (J. Koufman) переведена на русский язык, ее валидность доказана, анкета обладает высокой чувствительностью. Пациенту необходимо оценить нижеперечисленные симптомы: 0 – отсутствие симптома, 5 – мучительно настолько, насколько можно представить (табл. 2).

Все баллы суммируются, и в зависимости от суммы осуществляется интерпретация полученных данных: от 0 до 9 баллов – рефлюкс желудочного содержимого в гортань и

пищевод являлся сомнительным и не учитывается при терапии данного пациента; от 9 до 13 баллов – диагноз ГЭРБ является вероятным и требует подтверждения дополнительными клиническими методиками; при сумме выше 13 баллов – диагноз лор-формы ГЭРБ расценивается как несомненный.

Назначение антисептических и антибактериальных препаратов пациентам, у которых по анкете ИСР более 13 баллов, не только не помогает, но и вызывает ухудшение состояния и усиление симптомов. Таких пациентов необходимо направить к гастроэнтерологу. Препаратами скорой помощи для таких пациентов являются антациды.

Приведем клинический пример из практики доктора О.Н. Романовой, к.м.н., который показывает ценность культурального посева с небных миндалин. Пациент М., 40 лет, обратился за помощью к оториноларингологу с болями в горле. При фарингоскопии были обнаружены гнойные налеты на миндалинах (рис. 7). Был назначен защищенный пенициллин как первая линия при эмпирическом назначении системных антибиотиков. Недельный курс этого антибиотика не был успешен, но к моменту оценки курса лечения был готов культуральный посев с небных миндалин и выявлено, что ангину

Таблица 3. Дифференциальная диагностика болей в горле

Характеристика боли в горле	Сопровождающие симптомы	Диагностика	Диагноз
Боль в горле сильная, невозможно глотать пищу (при фарингоскопии гнойные налеты на миндалинах, как на рисунках 1, 3, 4)	Повышение температуры тела до 38 °С и выше, увеличиваются лимфоузлы на шее, кашель и насморк отсутствуют	Стрептотест, культуральный посев, общий анализ мочи	Ангина
Симптомы те же, но не помогают антибиотики (рис. 5)	Увеличение печени и селезенки, полиаденит (шейные, паховые, подмышечные лимфоузлы)	Общий анализ крови – моноцитары, IgM к вирусу Эпштейна – Барр	Инфекционный мононуклеоз
Боль в горле сильная, но прием пищи не затруднен	Есть кашель и насморк, повышается температура тела до 38 °С, причем заболевание начинается с насморка и кашля, а позже присоединяется боль в горле	Стрептотест	ОРВИ
Боль в горле очень сильная, невозможно проглотить воду и слюну (при фарингоскопии асимметрия мягкого неба, гнойные налеты на небных миндалинах)	Тризм жевательной мускулатуры, изменяется голос, повышается температура тела до 38 °С и выше, увеличиваются лимфоузлы на шее	Стрептотест, общий анализ крови, культуральный посев, общий анализ мочи	Паратонзиллярный абсцесс
Боль в горле не очень интенсивная, больше першение	Иногда кашель	Стрептотест, анкета ИСР	Хронический фарингит – возможно, плохо дышит нос или страдает желудок и пищевод (ларингофарингеальный рефлюкс)
Боль в горле очень сильная, сложно проглотить слюну, но прием пищи не затруднен. Боль усиливается ночью!	Может быть кашель и насморк, но начинается заболевание с першения в горле	Стрептотест, анкета ИСР	Обострение ларингофарингеального рефлюкса, возможно обострение гастрита или гастроуденита
Дискомфорт в горле, пациент все время ощущает свое горло, не может пить воду из холодильника. При фарингоскопии – казеозные пробки в лакунах небных миндалин (рис. 6)	Кашель, может повышаться температура тела до 37–37,2 °С, слабость, потливость, боли в коленных и локтевых суставах	Стрептотест, культуральный посев, антистрептолизин О, ревматоидный фактор, С-реактивный белок	Хронический тонзиллит, токсическая форма (рис. 6)

вызвала *Pseudomonas aeruginosa* (крайне редкая ситуация). При назначении курса ципрофлоксацина ангина у данного пациента разрешилась.

Таким образом, боль в горле не всегда возникает при воспалительных заболеваниях ротоглотки. Врачу на приеме нельзя забывать:

- о проведении стрептотеста при всех острых состояниях ротоглотки,
- проведении культурального посева с небных миндалин при ангине,
- проведении анкетирования с использованием ИСР,

Рисунок 7. Ангина, вызванная *Pseudomonas aeruginosa*



- проведении общего анализа крови,
- проведении общего анализа мочи (для исключения генерализованных стрептококковых инфекций),
- проведении биохимического анализа крови (антистрептолизин О, С-реактивный белок, ревматоидный фактор).

Тщательное выполнение всех пунктов вышеприведенного алгоритма важно для достижения хороших результатов лечения и профилактики осложнений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope*, 1991, 101 (53): 1-78.
2. Lund VJ, Grouin JM, Eccles R, Bouter C, Chabolle F. Efficacy of fusafungine in acute rhinopharyngitis: a pooled analysis. *Rhinology*, 2004, 42(4): 207-212.
3. Бартлетт Дж. Инфекции дыхательных путей. Пер. с англ. М.: Бином, 2000: 192.
4. Шпынев К.В., Кречиков В.А. Современные подходы к диагностике стрептококкового фарингита. *КМАХ*, 2007, 9 (1).
5. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни: учебник. М.: Медицина, 2005.



РЕПРЕНТ

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.



ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
info@reprent.ru

www.remedium.ru