

Современные препараты при лечении больных с воспалительными заболеваниями глотки

МГМСУ

В.В. Вишняков, Э.В. Синьков

Воспалительные заболевания глотки – одна из наиболее частых причин обращения к врачу [1]. В их общей структуре фарингит – воспаление слизистой оболочки глотки – занимает одно из ведущих мест. Различают острый и хронический фарингит. В ряде случаев, когда удается установить преимущественное поражение слизистой оболочки той или другой части глотки, выделяют назофарингит, т.е. воспаление слизистой оболочки носовой части глотки – носоглотки, и мезофарингит – наиболее распространенную форму фарингита, при которой поражается слизистая оболочка ротовой части глотки, хорошо обозримой через зев.

Острый фарингит может быть самостоятельным заболеванием, а также развиваться при острых респираторных заболеваниях дыхательных путей. Развитию острого фарингита могут способствовать прием горячей и холодной пищи (питья), вдыхание холодного воздуха, а также воздуха, содержащего вредные примеси или производственную пыль. При остром воспалении слизистой оболочки глотки может возникать инфильтрация мелкоклеточными элементами, появляются ее отечность и гиперемия, слизистые железы увеличивают продукцию секрета, лимфоидные гранулы могут отекать и увеличиваться в размерах [2,3]. При остром фарингите больной сначала жалуется на ощущение резкой сухости, жара в глотке, боль при проглатывании пищи и слюны. В дальнейшем вследствие повышенного отделения слизи отмечаются учащение и резкая болезненность глотательных движений.

Хронический фарингит может быть как самостоятельным заболеванием, так и одним из проявлений хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ, воздействия профвредностей, злоупотребления алкоголем и курением. Клинические проявления хронического фарингита весьма разнообразны. При всех его формах у больных возникают ощущение сухости, наличия инородного тела в глотке, стойкая умеренная боль в этой области.

Лечение острого фарингита заключается в назначении щадящей диеты, полосканий теплыми щелочными растворами, способствующими очищению слизистой оболочки глотки и ее согреванию. Назначают местные антисептические и антибактериальные препараты. Лечение направлено в первую очередь на уменьшение воспаления и, как следствие, уменьшение боли в глотке.

Терапия хронического фарингита требует индивидуального подхода и предварительного общего обследования пациента для выяснения причин, в результате которых возникло данное заболевание.

В комплексное лечение острого и хронического фарингита включают местные антибактериальные препараты. Наиболее известные и часто назначаемые – это Биопарокс и Граммидин. Активным веществом препарата Биопарокс является фузафунгин – антибиотик местного действия. В состав Граммидина входит грамицидин С гидрохлорида и цетилпиридиния хлорид моногидрат, оказывающие противомикробное действие в отношении возбудителей инфекционных заболеваний полости рта и глотки.

Учитывая, что фарингиты чаще развиваются на фоне вирусной инфекции, антибактериальные препараты могут оказаться попросту неэффективными [6-9]. Также вышеперечисленные препараты не обладают противовоспалительным и жаропонижающим действием. Еще более существенно то, что, уничтожая и патогенную, и непатогенную микрофлору ротоглотки, они снижают иммунологический статус больного, учащают число рецидивов воспалительных заболеваний глотки, способствуют развитию аллергических реакций, появлению резистентных штаммов, дисбактериоза полости рта, ротоглотки и кишечника. Причем тяжесть побочных эффектов нерациональной антибиотикотерапии порой превосходит тяжесть заболеваний глотки, для лечения которого она назначается.

При лечении пациентов с фарингитами очень широко используют местные антисептические препараты. Формы выпуска этих препаратов весьма разнообразны: полоскания, спреи и таблетки для рассасывания.

При использовании лекарственных форм в виде спрея часть лекарства проглатывается, происходит наименьший контакт со слизистой оболочкой глотки, оно быстро вымывается слюной, его активные компоненты из-за недостатков формы выпуска не могут действовать на труднодоступные участки слизистой оболочки полости рта и глотки.

У лекарственных средств в виде раствора для полосканий – наименьший контакт со слизистой оболочкой глотки и самая небольшая по времени среди всех форм выпуска продолжительность действия активных компонентов.

Таблетки для рассасывания действуют сразу после начала применения. Такие лекарственные формы в отличие от других форм выпуска позволяют действующему веществу эффективно воздействовать 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 [11].

Одними из наиболее часто применяемых антисеп-

тических препаратов являются Лизобакт и Гексорал.

Лизобакт – комплексный препарат, действие которого обусловлено входящими в его состав компонентами. Лизоцим – фермент белковой природы, применяется как антисептик (прямое воздействие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, а также грибы и вирусы). Пиридоксин оказывает защитное действие на слизистую оболочку (антиафтозный эффект).

Гексорал в виде аэрозоля для местного применения в своей основе имеет антисептик гексетидин. Активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, а также грибов, обладает гемостатическим действием.

Любое воспаление связано с гиперфункцией простагландинов, обусловленной активацией фермента циклооксигеназы, особенно его изоформой ЦОГ-2. Активность ее лучше всего подавляется действием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) [3-5]. Поэтому их применение для лечения острых и обострений хронических заболеваний глотки патогенетически обосновано. Они обладают противовоспалительным, обезболивающим эффектами.

В нашей клинике проводились исследования с целью сравнения эффективности наиболее популярных препаратов для местного применения у больных с заболеваниями глотки. Исследовалось действие препаратов Граммидин, Тантум Верде, Гексорал, Лизобакт и Стрепсилс® Интенсив.

Критерии включения: пациенты с заболеваниями слизистой оболочки глотки (острый и хронический фарингит, ангина; в литературе такие состояния часто обозначают как тонзиллофарингит) с болями в глотке на фоне простудного заболевания или обострения хронического фарингита, с жалобами на ощущение саднения, сухости и першения в глотке; усиление боли при проглатывании слюны; с местными признаками заболевания, такими как гиперемия и отек слизистой оболочки задней стенки глотки, наличие гипертрофированных гранул на задней стенке глотки и увеличение боковых валиков глотки. Длительность заболевания составляла не более суток (от начала заболевания или обострения хронического процесса) в возрасте от 18 до 60 лет вне зависимости от пола.

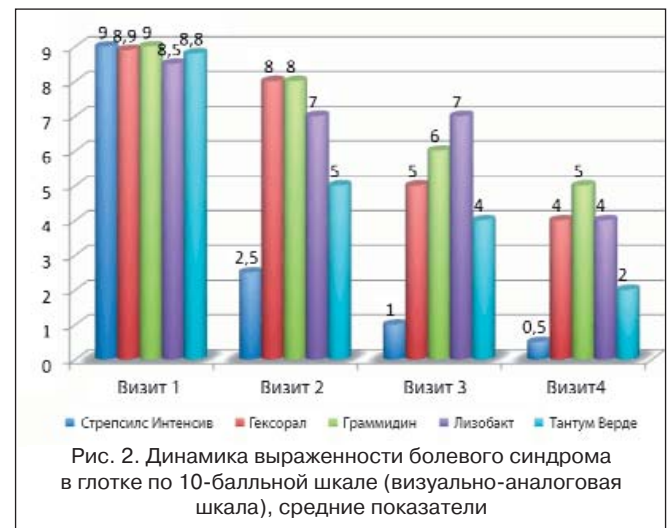
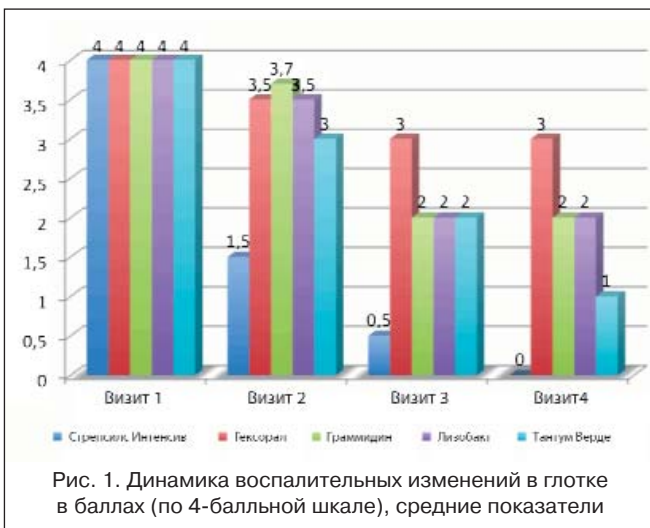
Критерии исключения: любая другая причина для развития похожих клинических симптомов (травма, ожог); лечение любым системным или местным антибак-

териальным препаратом, системным и местным НПВП; применение местных анестетиков; аллергические реакции на любой компонент изучаемого препарата в анамнезе; беременность и лактация; наличие сахарного диабета; алкогольная или наркотическая зависимость в анамнезе, психологические или другие эмоциональные проблемы, которые могут ограничить способность пациента следовать требованиям протокола; наличие других инфекционных заболеваний, требующих комбинированной или системной антибактериальной терапии (синусит, пиелонефрит, эндокардит и др.); участие в другом клиническом исследовании, некомплаентность.

В исследовании приняло участие 100 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет (вне зависимости от пола) с симптомом боли в горле при простудных заболеваниях, ангинах, остром фарингите или обострении хронического фарингита.

Общая длительность исследования составила 10 дней, продолжительность этапа лечения (период приема исследуемых препаратов) – 5 дней, период последующего наблюдения – 3 дня. Дизайн исследования подразумевал 4 визита: 1-й – рандомизация, 2-й – через 2±1 день, 3-й – через 3±1 день (окончание приема препарата), 4-й – через 3±1 день (окончание периода наблюдения за пациентом).

Оценку эффективности терапии проводили по субъективным и объективным критериям (табл. 1, 2, рис. 1, 2). Во время каждого визита оценивали: клинические локальные симптомы (ощущение саднения, сухости, першение в глотке, боль в горле в покое, при проглатывании слюны, при приеме пищи); симптомы интоксикации (общая слабость, разбитость, адинамия, повышенная потливость, боль в мышцах, головная боль, неприятные ощущения в глазных яблоках, усиливающиеся при движении глаз, – светобоязнь, слезотечение), температура тела. Оценивались также местные признаки острого воспаления при фарингоскопии (гиперемия слизистой оболочки глотки, включая небные миндалины, на слизистой оболочке глотки слизистые или слизисто-гнойные налеты, отдельные фолликулы на задней стенке глотки выступают в виде зерен, отечность языка). Все симптомы оценивали по 4-балльной шкале, где 1 балл – отсутствие симптомов; 2 балла – слабая выраженность симптомов; 3 балла – умеренная выраженность симптомов; 4 балла – сильная вы-



раженность симптомов.

Окончательную оценку эффективности терапии проводили по результатам 4-го визита. **Для каждого пациента был выбран 1 результат терапии:**

– выздоровление – исчезновение всех исходных симп-

томов и признаков заболевания (отсутствие клинических симптомов интоксикации, температура тела <37,0 °С);

– улучшение – улучшение состояния, но без полного исчезновения всех признаков и симптомов заболевания, отмеченных перед началом исследова-

Таблица 1. Динамика фарингоскопической картины в баллах (по 4-балльной шкале)

№	Название препарата	Визит 1	Визит 2	Визит 3	Визит 4
1	Стрепсилс® Интенсив (n=20)	3–4 балла (90%); увеличение гранул на задней стенке глотки (10%)	1–2 балла (80%); отсутствие симптомов воспаления (20%)	Отсутствие симптомов воспаления (80%); 1–2 балла (20%, из них у 2 пациентов значительно уменьшились гранулы на задней стенке глотки)	Отсутствие симптомов воспаления (100%)
2	Лизобакт (n=20)	3–4 балла (80%); увеличение гранул на задней стенке глотки (20%)	3–4 балла (75%); 1–2 балла (25%)	Отсутствие симптомов воспаления (50%); 3–4 балла (30%); 1–2 балла (20%)	Отсутствие симптомов воспаления (50%); 3–4 балла (отсутствие эффекта от проводимой терапии) (40%); 1–2 балла (10%)
3	Гексорал (n=20)	3–4 балла (75%); увеличение гранул на задней стенке глотки (20%); 1–2 балла (5%)	1–2 балла (40%); 3–4 балла (50%); усиление боли в глотке (10%)	Отсутствие симптомов воспаления (40%); 3–4 балла (45%); 1–2 балла (15%)	Отсутствие симптомов воспаления (55%); 3–4 балла (отсутствие эффекта от проводимой терапии) (30%); 1–2 балла (15%)
4	Граммидин (n=20)	3–4 балла (60%); увеличение гранул на задней стенке глотки (15%); 1–2 балла (25%)	1–2 балла (37%); 3–4 балла (53%); усиление боли в глотке (5% – 1 пациент); выбыл из исследования (5% – 1 пациент)	Отсутствие симптомов воспаления (37%); 3–4 балла (47%); 1–2 балла (16%)	Отсутствие симптомов воспаления (53%); 3–4 балла (отсутствие эффекта от проводимой терапии) (37%); 1–2 балла (10%)
5	Тантум Верде (n=20)	3–4 балла (80% – 16 пациентов); 1-2 балла (5% – 1 пациент); увеличение гранул на задней стенке глотки и боковых валиков глотки (15% – 3 пациента)	1–2 балла (40%); 3–4 балла (50%); увеличение признаков воспаления (10%)	Отсутствие симптомов воспаления (40%); 3–4 балла (45%); 1–2 балла (15%)	Отсутствие симптомов воспаления (60%); уменьшение гранул на задней стенке глотки (10% – 2 пациента); 3–4 балла (отсутствие эффекта от проводимой терапии) (30%)

Таблица 2. Динамика выраженности болевого синдрома в глотке по 10-балльной шкале (визуально-аналоговая шкала)

№	Название препарата	Визит 1	Визит 2	Визит 3	Визит 4
1	Стрепсилс® Интенсив (n=20)	7–9 баллов (70%); 4–6 баллов (20%); 1–2 балла (10%)	1–2 балла (80%); 3–4 балла (20%)	Отсутствие боли в глотке (80%); 1–2 балла (20%)	Отсутствие боли в глотке (90%); незначительный дискомфорт (10%)
2	Лизобакт (n=20)	7–9 баллов (75%); 4–6 баллов (20%); 1–2 балла (5%)	3–4 балла (35%); 7–9 баллов (50%); усиление боли (15%)	Отсутствие боли в глотке (50%); 3–4 балла (30%); 1–2 балла (20%)	Отсутствие боли в глотке (50%); отсутствие эффекта от проводимой терапии (40%); 1–2 балла (10%)
3	Гексорал (n=20)	7–9 баллов (70%); 4–6 баллов (20%); 1–2 балла (10%)	3–4 балла (3%); 7–9 баллов (60%); усиление боли (5%)	Отсутствие боли в глотке (30%); 7–9 баллов (40%); 1–2 балла (30%)	Отсутствие боли в глотке (50%); отсутствие эффекта от проводимой терапии (40%); 1–2 балла (10%)
4	Граммидин (n=20)	7–9 баллов (60%); 4–6 баллов (40%)	7–9 баллов (53%); 3–4 балла (42%); выбыл из исследования (5% – 1 пациент)	Отсутствие боли в глотке (25%); 7–9 баллов (40%); 1–2 балла (35%)	Отсутствие боли в глотке (30%); отсутствие эффекта от проводимой терапии (50%); 1–2 балла (20%)
5	Тантум Верде (n=20)	7–9 баллов (75%); 4–6 баллов (25%)	3–4 балла (45%); 7–9 баллов (50%); усиление боли (5% – 1 пациент)	Отсутствие боли в глотке (30%); 7–9 баллов (40%); 1–2 балла (30%)	Отсутствие боли в глотке (50%); отсутствие эффекта от проводимой терапии (40%); 1–2 балла (10%)

ния;

- отсутствие эффекта – отсутствие динамики симптомов заболевания или ухудшение состояния;

- рецидив – улучшение или исчезновение исходных симптомов на фоне лечения с последующим их ухудшением или повторным появлением в течение 3 дней последующего наблюдения по окончании терапии;

- невозможно оценить – лечение препаратом прекращено вследствие развития аллергической реакции или других побочных эффектов, а также прогрессирования другого воспалительного процесса, не поддающегося лечению исследуемым препаратом.

С октября по декабрь 2012 г. в исследовании приняло участие, как указывалось, 100 пациентов; большинству из них требовалась медицинская помощь по поводу воспаления в глотке. 2 пациента выбыли из исследования: 1 – вследствие полного выздоровления, 1 – по неизвестным причинам.

В исследовании преобладали женщины (59% женщин и 41% мужчин); средний возраст пациентов составил 39,1 года. Среди закончивших исследование пациентов было 58% женщин и 42% мужчин, средний возраст составил 38,9 года. Примерно 2/3 пациентов (65%) к началу исследования отмечали выраженное воспаление в глотке, 22% пациентов – умеренное.

Пациенты были разделены на 5 групп по 20 человек.

В 1-й группе получали **Стрепсилс® Интенсив**. Пациентам рекомендовали рассасывать таблетки в полости рта до полного растворения. Также обращали внимание пациентов на то, что при рассасывании необходимо перемещать таблетку по всей полости рта во избежание повреждения слизистой оболочки в месте рассасывания. Кратность приема не превышала 5 таблеток в течение 24 ч.

Во 2-й группе получали Лизобакт. Назначали по 2 таблетки 3–4 р./сут. Рекомендовали таблетки медленно рассасывать и растворенную субстанцию как можно дольше задерживать во рту.

В 3-й группе получали Гексорал. Назначали по 1 впрыскиванию в течение 1–2 сут. 3 р./сут.

В 4-й группе получали Граммин. Назначали по 2 таблетки (одну за другой) с интервалом 20–30 мин. Рекомендовали медленно рассасывать в полости рта 4 р./сут.

В 5-й группе получали Тантум Верде. Назначали в виде аэрозоля по 4 дозы каждые 3 ч.

Пациенты 1-й группы (получавшие Стрепсилс® Интенсив)

1-й визит. При фарингоскопии у 18 пациентов (90%) отмечались выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки глотки (3–4 балла по 4-балльной шкале), у 2 (10%) – увеличение гранул на задней стенке глотки и боковых валиков глотки. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: 14 (70%) – как сильные (от 7 до 9 баллов), 4 (20%) – как неинтенсивные (от 4 до 6 баллов). 2 пациента (10%) жаловались на першение и незначительную боль в глотке и оценивали болевые ощущения в 1–2 балла. Через 15 мин. после приема 1-й таблетки для рассасывания Стрепсилс® Интенсив отмечалось выраженное улучшение, на что указывает снижение общего уровня дискомфорта в глотке.

2-й визит. При опросе все пациенты отмечали, что

после приема 1-й таблетки для рассасывания Стрепсилс® Интенсив средний уровень дискомфорта в глотке снижался на длительное время и достигал стабильного уровня через 45 мин. Через 60 мин. средний уровень дискомфорта в глотке уменьшался от среднетяжелого до слабого или среднего. Все средние изменения по сравнению с начальным уровнем существенно отличались от нулевых. Через 45 мин. доля пациентов, сообщивших об улучшении после приема таблеток для рассасывания Стрепсилс® Интенсив, увеличилась до 60%, максимальное улучшение было достигнуто через 60 мин. Доля пациентов, у которых облегчение боли оценивалось как хорошее или отличное, со временем увеличилась до 30%, но по прошествии 75 мин. уменьшилась.

3-й визит. При фарингоскопии у 16 пациентов (80%) слизистая оболочка задней стенки глотки розового цвета, не отечна. У 2 пациенток (10%) сохранялась умеренная гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. У 2 пациентов (10%) (с обострением хронического гипертрофического фарингита) значительно уменьшились гранулы на задней стенке глотки и боковые валики глотки.

Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: у 16 (80%) – как незначительные (от 1 до 3 баллов), 3 (15%) пациента не испытывали никаких жалоб со стороны глотки. 1 пациент выбыл из исследования.

4-й визит (оценка общего результата эффективности лечения): отсутствие симптомов воспаления у 100% пациентов.

Пациенты 2-й группы (получавшие Лизобакт)

1-й визит. При фарингоскопии у 16 пациентов (80%) отмечались выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки глотки (3–4 балла по 4-балльной шкале), у 4 (20%) – увеличение гранул на задней стенке глотки и боковых валиков глотки. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: у 15 (75%) – сильные (от 7 до 9 баллов), у 4 (20%) – неинтенсивные (от 4 до 6 баллов). 1 пациентка (5%) жаловалась на першение и незначительную боль в глотке и оценивала болевые ощущения в 1–2 балла.

2-й визит. При опросе пациенты отметили следующее: у 7 (35%) – значительно уменьшилась боль в глотке; у 10 (50%) – без значительных изменений в глотке (уменьшения боли); у 3 (15%) – усиление боли.

3-й визит. При фарингоскопии у 10 пациентов (50%) слизистая оболочка задней стенки глотки была розового цвета, не отечна. У 6 пациентов (30%) сохранялась выраженная гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. У 2 пациентов (10%) (с обострением хронического гипертрофического фарингита) значительно сократились гранулы на задней стенке глотки и боковые валики глотки, еще у 2 (10%) гранулы и боковые валики глотки остались на прежнем уровне. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: у 10 (50%) – как незначительные (от 1 до 3 баллов), у 10 (50%) боль в глотке осталась на прежнем уровне.

4-й визит. Выздоровление было отмечено у 10 пациентов (50%). У 2 пациентов (10%) с обострением хронического гранулезного фарингита отмечено значительное улучшение. 8 пациентам (40%) была предложена другая схема лечения в связи с отсутствием эффекта

от проводимой терапии.

Пациенты 3-й группы (получавшие Гексорал)

1-й визит. При фарингоскопии у 15 пациентов (75%) отмечались выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки глотки (3–4 балла по 4-балльной шкале), у 1 (5%) – умеренная гиперемия и отек слизистой оболочки задней стенки глотки, у 4 (20%) – увеличение гранул на задней стенке глотки и боковых валиков глотки. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: 16 (80%) – как сильные (от 7 до 9 баллов), 4 (20%) – как неинтенсивные (от 4 до 6 баллов).

2-й визит. При опросе 8 пациентов (40%) отметили значительное уменьшение боли в глотке; 10 (50%) – без значительных изменений в глотке (уменьшения боли), 2 (10%) – усиление боли в глотке.

3-й визит. При фарингоскопии у 8 пациентов (40%) слизистая оболочка задней стенки глотки была розового цвета, не отечна. У 8 пациентов (40%) сохранялась выраженная гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. У 3 пациентов (15%) (с обострением хронического гипертрофического фарингита) значительно сократились гранулы на задней стенке глотки и боковые валики глотки, еще у 1 пациента (5%) гранулы и боковые валики глотки остались на прежнем уровне. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: у 8 (40%) – как незначительные (от 1 до 3 баллов), у 10 (50%) – на прежнем уровне, еще у 2 (10%) боль в глотке усилилась.

4-й визит. Выздоровление было отмечено у 11 пациентов (55%), у 3 (15%) с обострением хронического гранулезного фарингита – значительное улучшение; 6 пациентам (30%) была предложена другая схема лечения в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии.

Пациенты 4-й группы (получавшие Граммидин)

1-й визит. При фарингоскопии у 12 пациентов (60%) отмечались выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки глотки (3–4 балла по 4-балльной шкале), у 5 (25%) – умеренная гиперемия и отек слизистой оболочки задней стенки глотки и у 3 (15%) – увеличение гранул на задней стенке глотки и боковых валиков глотки. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: 14 (60%) – как сильные (от 7 до 9 баллов), 6 (30%) – как неинтенсивные (от 4 до 6 баллов).

2-й визит. При опросе пациенты отметили следующее: у 7 (37%) – значительное уменьшение боли в глотке; у 11 (53%) не было значительных изменений в глотке (уменьшения боли); у 1 (5%) – усиление боли в глотке; 1 пациент (5%) выбыл из исследования.

3-й визит. При фарингоскопии у 7 пациентов (37%) слизистая оболочка задней стенки глотки была розового цвета, не отечна. У 9 пациентов (47%) сохранялась выраженная гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. У 2 пациентов (11%) (с обострением хронического гипертрофического фарингита) сократились гранулы на задней стенке глотки и боковые валики глотки, еще у 1 пациента гранулы и боковые валики глотки остались на прежнем уровне.

Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по

10-балльной шкале: 7 (37%) – как незначительные (от 1 до 3 баллов), у 11 (58%) боль в глотке осталась на прежнем уровне, еще у 1 пациента боль в глотке усилилась.

4-й визит. Выздоровление было отмечено у 10 пациентов (53%). У 2 пациентов с обострением хронического гранулезного фарингита наблюдалось значительное улучшение. 7 пациентам (37%) была предложена другая схема лечения в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии.

Пациенты 5-й группы (получавшие Тантум Верде)

1-й визит. При фарингоскопии у 16 пациентов (80%) отмечались выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки глотки (3–4 балла по 4-балльной шкале), у 1 (5%) – умеренная гиперемия и отек слизистой оболочки задней стенки глотки и у 3 (15%) – увеличение гранул на задней стенке глотки и боковых валиков глотки. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: 15 (75%) – как сильные (от 7 до 9 баллов), 5 (25%) – как неинтенсивные (от 4 до 6 баллов).

2-й визит. При опросе пациенты отметили следующее: у 9 (45%) значительно уменьшилась боль в глотке; у 10 (50%) – без значительных изменений в глотке (уменьшения боли); у 1 (5%) – усиление боли.

3-й визит. При фарингоскопии у 8 пациентов (40%) слизистая оболочка задней стенки глотки была розового цвета, не отечна. У 8 пациентов (40%) сохранялась выраженная гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. У 3 пациентов (15%) (с обострением хронического гипертрофического фарингита) значительно сократились гранулы на задней стенке глотки и боковые валики глотки, еще у 1 пациента (5%) гранулы и боковые валики глотки остались на прежнем уровне. Болевые ощущения в глотке пациенты оценивали по 10-балльной шкале: 8 (40%) – как незначительные (от 1 до 3 баллов), 10 (50%) – на прежнем уровне, еще у 2 (10%) боль в глотке усилилась.

4-й визит. Выздоровление было отмечено у 12 пациентов (60%). У 2 пациентов (10%) с обострением хронического гранулезного фарингита наблюдалось значительное улучшение; 6 пациентам (30%) была предложена другая схема лечения в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии.

Положительные результаты лечения были получены при использовании всех вышеперечисленных препаратов, но наше исследование показало, что таблетки для рассасывания Стрепсилс® Интенсив обладают быстрым началом действия (в течение 15 мин.), устраняют боль после полного растворения таблетки для рассасывания, как минимум на 90 мин. обеспечивая пациенту уменьшение боли. В проводимом нами исследовании было выявлено, что эффективность таблеток для рассасывания Стрепсилс® Интенсив была значительно выше по сравнению с другими вышеперечисленными препаратами (Лизобакт, Гексорал, Граммидин, Тантум Верде).

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>