



HAL
open science

Біль у горлі: самолікування або кваліфікована допомога сімейного лікаря?

O.A. Podpletnia, T.M. Potarova

► To cite this version:

O.A. Podpletnia, T.M. Potarova. Біль у горлі: самолікування або кваліфікована допомога сімейного лікаря?. Medical perspectives (Medicni Perspektivi), 2016, 21 (4), pp.18-22. <hal-01449492>

HAL Id: hal-01449492

<https://hal.science/hal-01449492>

Submitted on 30 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

REFERENCES

1. Kuzminov BP, Zazulyak TS, Breydak OA, Al'okhina TA. [Hygienic regulation diazolin content in the air]. Gigijena naselenyh misc'. 2015;66:44-47. Ukrainian.
2. ["European Convention for the Protection of vertebrate animals used for experimental and other scientific purposes" (Strasbourg, 1986). Collection of Council of Europe treaties]. Parliamentary Publishing, Kyiv; 2000. Ukrainian.
3. Zazulyak TS, Alekhina TA, Breydak A.A. [Comparative evaluation of the toxic properties of immune antihistamines I, II and III generation]. Mezhdunarodnyy Nauchnyy Institut «Educatio». 2015;I(8):158-60. Russian.
4. Kuzminov AB, Zazulyak TS, Alekhina TA. [Comparative characteristics of acute and sub-chronic toxicity of antihistamines I, II and III generation]. Nauchnaja diskussija. Voprosu medicinu. 2013;2(18):149-56. Russian.
5. Litsareva E. [Directory VIDAL 2014: drugs in Russia]. A Handbook: YuBM Medika Rus; 2014. Russian.
6. Mashkovskiy MD. [Medications. 16 edition]. Novaja volna. 2012;1216. Russian.
7. [Methods of experimental studies to establish thresholds of action of industrial poisons on the generative function for the purpose of hygienic regulation: MU N 1741-77 [Approved. Ministry of Health of the USSR 07/10/77]. 1977;20. Russian.

Стаття надійшла до редакції
24.03.2016



УДК 616.321-002-08:614.253.2-055

**О.А. Подплетня,
Т.М. Потапова**

БІЛЬ У ГОРЛІ: САМОЛІКУВАННЯ АБО КВАЛІФІКОВАНА ДОПОМОГА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ?

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра загальної та клінічної фармакології
(зав. – д. фарм. н., проф. Е.А. Подплетня)
пл. Соборна, 2, Дніпро, 49000, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of General and Clinical Pharmacy
Soborna sq., 2, Dnipro, 49000, Ukraine
e-mail: tany-potapova@yandex.ru

Ключові слова: біль у горлі, провізор, сімейний лікар, самолікування
Key words: sore throat, pharmacist, family physician, self-treatment

Реферат. Біль в горле: самолечение или квалифицированная помощь семейного врача? Подплетня Е.А., Потапова Т.Н. Самолечение лекарственными средствами является актуальной проблемой здравоохранения, пациенты все чаще обращаются в аптеку и к провизору, минуя семейного врача по разным причинам. В данном случае роль провизора не сводится лишь к отпуску безрецептурных препаратов «по просьбе или по настоянию пациента». Такая ситуация требует от провизора не только знания фармакологии лекарственных препаратов, но и профессионального подхода к диагностике и лечению симптомов и синдромов. Фармакоэпидемиологическое исследование кафедры общей и клинической фармации показало, что порядка 93% населения г. Днепропетровска используют лекарственные средства без предварительной консультации с врачом. Провизор является связующим звеном между пациентом и семейным врачом, вовремя распознав ведущие симптомы, обеспечив симптоматическое лечение безрецептурными препаратами и убедив пациента обратиться за квалифицированной помощью к врачу. В статье на примере одного из наиболее

распространенных симптомов – боль в горле – продемонстрированы сложности диагностики, которая невозможна без глубоких знаний клинической медицины, и подтверждена необходимость назначения рецептурных препаратов, что в свою очередь возможно только после консультации семейного врача в большинстве случаев.

Abstract. Pharyngalgia: self-treatment or the qualified help of the family doctor? Podpletia O.A., Potapova T.M. *Self-treatment by pharmaceuticals is an actual problem of health care, patients more and more often address to the pharmacist, not visiting the family doctor for various reasons. In this case, the role of the pharmacist is not limited to the release of non-prescription drugs "at the request or insistence of the patient." This situation requires from the pharmacist not only specialist knowledge of the pharmacology of drugs, but also a professional approach to the diagnosis and treatment of symptoms and syndromes. Pharmacoepidemiologic research of the department of General and Clinical Pharmacy showed that about 93% of population of Dnepropetrovsk use pharmaceuticals without preliminary consultation with the doctor. The pharmacist in time having recognized the leading symptoms, having provided symptomatic treatment with OTC-medicines and having convinced the patient to ask for the qualified help of the doctor is a link between the patient and the family doctor. In the article by the example of one of the most common symptoms – pharyngalgia – difficulties of diagnostics which is impossible without a deep knowledge of clinical medicine are shown and the need of administering prescription drugs in most cases is confirmed, which in turn is possible only after consultation of the family doctor in most cases.*

Біль у горлі – домінуючий симптом гострої респіраторної інфекції (ГРІ) верхніх дихальних шляхів (ВДШ), який пов'язаний із виникненням запального процесу в ротоглотці, мигдалинах (фарингіт, тонзиліт). В Україні на ГРІ щорічно хворіють 10-14 млн осіб, що становить 25-30% усієї захворюваності та близько 75-90% інфекційної захворюваності [9].

Частота звернень до сімейного лікаря має чітку сезонну залежність, зростаючи у міжсезоння та знижуючись у літній період. Але велика частка дорослих пацієнтів задля того, щоб якнайскоріше позбавитися больового синдрому, «заощадити» час на зверненні до лікаря та повернутися до звичного ритму життя, вимушені вдатися до самолікування. А це, в свою чергу, підвищує ризик ускладнень як самого патологічного процесу, так і внаслідок непрофесійного лікування, що неминуче приводить до грошових витрат і держави, і самих пацієнтів.

Згідно з визначенням ВООЗ, самолікування – це використання споживачем лікарських препаратів, що знаходяться у вільному продажі, для профілактики і лікування порушень самопочуття і симптомів, розпізнаних ним самим. У 1994 році Європейська асоціація виробників безрецептурних препаратів (AESGP) термін «самолікування» перетворила у «відповідальне самолікування» [2, 8].

Фармакоепідеміологічне дослідження кафебри. Кафедрою загальної та клінічної фармації ДЗ «Дніпропетровська медична академія» було проведено кількісне, одномоментне фармакоепідеміологічне дослідження поширеності самолікування серед населення м. Дніпропетровська [7]. За допомогою анкетування, що відображає причини і результати самостійного звернення до аптеки, був опитаний 181 респондент, при цьому

враховувалися демографічні та соціально-економічні аспекти.

Згідно з отриманими даними, близько 93% респондентів використовують лікарські засоби (ЛЗ) без попередньої консультації з лікарем: 33% чоловіків і 67% жінок, серед яких основну частину становлять особи молодшого й середнього віку. При цьому населення у виборі засобів для самолікування найчастіше керується рекомендаціями провізора (32%). Майже третина опитаних роблять вибір ЛЗ самостійно (29%), керуються порадами родичів і друзів (17%), здобувають інформацію з реклами (5%) та Інтернету (1%).

За результатами нашого дослідження, основними причинами для самолікування виступають профілактика захворювань (19%) і біль різної локалізації (20%). Проблеми зі шлунково-кишковим трактом, ГРІ й головний біль відзначили по 14% опитаних. Для зниження артеріального тиску самостійно застосовують ЛЗ близько 4% опитаних. На одному рівні користуються попитом ЛЗ для лікування кашлю, лихоманки й інфекційних захворювань (по 3%). Також підставою для самолікування є алергія, хронічна венозна недостатність, ураження шкіри та надлишкова вага.

Як видно з вищенаведеного, пацієнти майже у третині всіх випадків (32%) звертаються за допомогою до аптеки, і тому провізор, а особливо клінічний провізор, є першим повноцінним інформаційним джерелом на шляху пацієнта до видужання.

Відповідальність за здоров'я пацієнта, який звернувся до аптеки, підвищується у зв'язку з неконтрольованим застосуванням безрецептурних препаратів, небезпечністю та незнанням побічних ефектів, поліпрагмазії, агресивною рекламою, маркетинговими прийомами. Так, за

даними ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів з гострими отруєннями ЛЗ, у 10% випадків причиною отруєнь були препарати безрецептурної групи (ОТС-препарати), а за даними ВООЗ, ускладнення медикаментозної терапії перебувають на четвертому місці серед інших причин смертності у світі (після серцево-судинних, онкологічних захворювань, травм) [1, 10]. Цілком закономірно, що за таких умов у забезпеченні адекватного самолікування зростає роль аптечного працівника як представника першої ланки багаторівневої системи охорони здоров'я.

Особливості відпуску безрецептурних препаратів у аптеці для симптоматичного лікування болю в горлі. Задля упорядкування безрецептурного застосування препаратів у процесі відповідального самолікування, а також коректної та раціональної співпраці провізора, пацієнта та лікаря у 2011 році були розроблені та впроваджені протоколи провізора (Наказ МОЗ № 284 від 16.05.2011р. «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)»). В основу цих нормативних документів були закладені принципи фармацевтичної опіки (грамотна професійна участь провізора в забезпеченні відвідувача аптеки ЛЗ з метою збереження здоров'я).

Згідно з цими стандартами фармацевтичного обслуговування відвідувача аптеки з причини болю в горлі після встановлення віку, довготривалості перебігу симптому та заходів, які прийняв пацієнт для його ліквідації, провізор або клінічний провізор з'ясовує наявність «загрозливих» симптомів, які вимагають негайного звернення до лікаря: важке дихання, порушення ковтання, різке збільшення піднебінних мигдалин, нальоти або виразки на мигдалинах, яскраве «палаюче» почервоніння горла, збільшення та болісність лімфовузлів, температура тіла більше 38,5-39°C, шкіряна висипка, сильний головний біль та інші [6].

Відсутність цих симптомів дозволяє провізору переходити до наступного етапу фармацевтичної опіки – вибір безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування гострого болю в горлі, перелік яких знаходиться у відповідному протоколі. Так, з метою ліквідації або полегшення цього симптому провізор може рекомендувати засоби з групи антисептиків, рослинні та гомеопатичні препарати. Відпуск вибраного пацієнтом ЛЗ супроводжується належною інформаційною підтримкою – провізор повідомляє про режим дозування, особливості прийому, правила збереження препарату, а також

про можливі побічні ефекти та немедикаментозні способи усунення болю в горлі.

Таким чином, провізор в аптеці виконує контрольню-консультативну функцію, інформуючи пацієнта щодо його подальших необхідних дій та відпускаючи безрецептурні ЛЗ для позбавлення симптомів або профілактики захворювань. Тому на провізора, який у цих умовах перший стикається з проблемами пацієнта, покладається велика відповідальність за надання долікарської допомоги, а також спрямування пацієнта на звернення до лікаря первинної ланки.

Етіопатогенетичні напрямки фармакотерапії фарингоалгії. На сьогоднішній день в арсеналі лікаря сімейної медицини в умовах сучасного фармацевтичного ринку, перенасиченого засобами, що інтенсивно рекламуються, вибір оптимального препарату далеко не завжди є легким. Але все ж таки запорукою правильного вибору ЛЗ і оптимальної терапевтичної дії є своєчасна і точна діагностика болю в горлі.

Зазвичай лікарі вважали, що бета-гемолітичний стрептокок групи А (БГСА) є єдиним етіологічним фактором виникнення болю в горлі та спричиняє розвиток ревматичної атаки, гломерулонефриту [11]. І тому всім пацієнтам зі скаргами на біль у горлі завжди призначали антибактеріальні засоби. А це, в свою чергу, зробило свій внесок у розвиток антибіотикорезистентності. Наразі в США це приводить до виникнення інфекцій, викликаних резистентними штамми, приблизно у 2 млн пацієнтів щорічно, з них близько 23 тис. пацієнтів гине. Окрім того, антибіотики є домінуючою причиною звернень у відділення невідкладної допомоги через розвиток побічних ефектів на тлі лікування (кожен 5 візит пов'язаний з небажаними ефектами антибіотикотерапії) [13].

Згідно з літературними даними останніх років, провідну роль у виникненні болю в горлі відіграють респіраторні віруси, такі як аденовіруси, вірус грипу, парагрипу, риновіруси та ін. (майже 70%) [3, 12]. Вважають, що в дітей від 5 до 15 років гострий біль у горлі тільки в 30 % випадків викликаний БГСА [5]. Тому дуже важливим є лабораторне підтвердження або спростування бактеріального етіологічного чинника, яке можливе лише за умови звернення пацієнта за допомогою до сімейного лікаря.

Сучасний лікар первинної ланки в усьому світі для діагностики та лікування такої проблеми спирається на клінічні рекомендації, засновані на доказовій медицині. У 2012 р. Американська асоціація інфекціоністів (IDSA) опублікувала рекомендації з діагностики та

лікування фарингіту, викликаного БГСА [12], в якій визначила чіткі діагностичні критерії БГСА фарингіту та обґрунтованість призначення антибіотиків. На початку 2016 року Американським коледжем лікарів (The American College of Physicians - ACP) і Центрами з контролю і профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) розроблені нові клінічні рекомендації щодо застосування антибіотиків при інфекціях ВДШ [13]. У цих рекомендаціях запропоновані найбільш оптимальні підходи до використання антибіотиків у раніше здорових пацієнтів з ГРІ (без хронічних захворювань легенів або імунокомпроментованих станів).

Сімейним лікарям слід проводити обстеження пацієнтів із симптомами, що свідчать про наявність стрептококового фарингіту (виражений больовий синдром, персистуюча лихоманка, передньо-шийний лімфаденіт і наявність ексудату на мигдалинах або наявність комбінації інших патогномічних симптомів) з використанням експрес-тесту для визначення БГСА і/або культурального дослідження. Антибіотики при фарингіті призначаються тільки при підтвердженні стрептокової етіології захворювання.

Для фарингітів вірусної природи не характерні нальоти, а крім болю в горлі часто відзначаються нежить і інші катаральні явища – чхання, закладеність носа [4].

Симптоматичне лікування гострого фарингіту нестрептокової етіології включає застосування ібупрофену, парацетамолу та інших НПЗЗ, лідо-

каїну, бензокаїну, а також пігулок/льодяників для розсмоктування, які також можуть полегшити біль у горлі [14, 15].

Одужання пацієнтів з гострим фарингітом зазвичай настає менше, ніж за 1 тиждень, а застосування антибіотиків, як правило, не є доцільним і може викликати побічні ефекти. У пацієнтів з гострим риносинуситом антибіотики призначаються тільки в разі перситування симптомів протягом більше 10 днів і погіршення стану пацієнта або при наявності лихоманки понад 39° С і гнійних виділень з носа або при виникненні болю в ділянці придаткових пазух (тривалість симптомів щонайменше протягом 3 послідовних днів або виникнення погіршення після типового вірусного захворювання, яке тривало 5 днів і вже відзначалося поліпшення). Не слід призначати антибіотики пацієнтам зі звичайною застудою [13].

ПІДСУМОК

Головна мета роботи провізора та лікаря – збереження здоров'я та благополуччя пацієнта, при цьому задача лікаря – постановка діагноза та призначення лікування, провізора – допомога лікарю у виборі ЛЗ, інформування про властивості, синоніми, аналоги, взаємодії та інші фармакокінетичні особливості. Так, цей досить розповсюджений симптом, біль у горлі, спричиняється великою кількістю етіологічних чинників, які діагностувати та диференціювати, а також призначати етіотропне та патогенетичне лікування може тільки кваліфікований, досвідчений спеціаліст – сімейний лікар.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Астахова А.В. Неприятливі побічні реакції й контроль безпеки ліків / А.В. Астахова, В.К. Лепяхин – Москва: Когито-центр, 2004. – 199 с.
2. Безрецептурный отпуск и самолечение / Л.Б. Оконенко, Г.А. Антропова, Е.С. Егорова [и др.] // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2009. – № 4. – С. 42-46.
3. Лучшева Ю.В. Местная терапия при фарингите / Ю.В. Лучшева, Г.Н. Изотова // РМЖ. – 2011. – № 6. – С. 420.
4. Малый В.П. Грипп: пособие для врачей / В.П. Малый, М.Г. Романцов, Т.В. Сологуб. – СПб, Харьков, 2007. – 108 с.
5. Оценка эффективности местной терапии острых фарингитов у детей препаратами, содержащими биклотимол / Ю.Л. Солдатский, Е.К. Онуфриева, Ю.В. Стрыгина [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2007. – Т. 4, № 3. – С. 80-83.
6. Протоколи провізора (фармацевта) / розроб.: В.П. Черних, І.А. Зупанець, М.М. Нестерчук [та ін.];

- за ред. В.П. Черних, І.А. Зупанця, О.М. Ліщишиної. – Харків: Золоті сторінки, 2013. – 231 с.
7. Роль провізора в успішній реалізації концепції відповідального самолікування / А.М. Машейко, О.А. Подплетня, М.І. Заярський [та ін.] // Фармацевтичний журнал. – 2011. – № 3. – С. 26-31.
8. Умерова А.Р. Некоторые аспекты самолечения / А.Р. Умерова, О.А. Каштанова, Т.В. Новосельцева // Астрахан. мед. журнал. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 123-127.
9. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям. Гострі респіраторні інфекції: Наказ МОЗ України № 499 від 16.07.2014 р. – Київ, 2014. – 109 с.
10. Эпидемиология отравлений лекарственными средствами / М.М. Сачек, А.А. Кугач, А.Б. Дыбаль [и др.] // Вестник фармации. – 2007. – № 1 (35). – С. 46-53.
11. Centor R.M. Avoiding Sore Throat Morbidity and Mortality: When Is It Not “Just a Sore Throat?” /

R.M. Centor, R. Samlowski // *Am. Fam. Physician.* – 2011. – Vol. 83, N 1. – P. 26-28.

12. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America / A.L. Bisno, H.W. Clegg, M.A. Gerber, E.L. Kaplan [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2012. – Vol. 55, N 10. – P. 86-102.

13. Harris A.M. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and

the Centers for Disease Control and Prevention / A.M. Harris, L.A. Hicks, A. Qaseem // *Ann. Int. Medicine.* – 2015. – Vol. 162, N 6. – P. 1-11.

14. Lowest effective single dose of diclofenac for antipyretic and analgesic effects in acute febrile sore throat / P. Gehanno, R.L. Dreiser [et al.] // *Clin. Drug. Investig.* – 2003. – Vol. 23, N 4. – P. 263-271.

15. Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomised controlled trial. / D. McNally, M. Simpson, C. Morris [et al.] // *Int. J. Clin. Pract.* – 2010. – Vol. 64, N 2. – P. 194-207.

REFERENCES

1. Astakhova AV, Lepahyn VK. [Adverse side effects and drug safety monitoring]. Moscow: Kohyto Center, 2004;1-199. Russian.

2. Okonenko LB, Antropov GA, Egorov ES, Bryzhahin GG [OTC and self-treatment]. *Bulletin of Peoples' Friendship University (medicine series)*. 2009;4:42-46. Russian.

3. Luchsheva JV, Izotov GN. [Local therapy for pharyngitis]. *RMJ*. 2011;6:420. Russian.

4. Malji VP, Romantsov MG, Sologub TV. [Flu: A guide for physicians]. Spb. – Kharkiv, 2007;108. Russian.

5. Soldatskiy YL, Onufrieva EK, Strygina YV, Shchepin NV, Gasparyan SF. [Evaluating the effectiveness of the local treatment of acute pharyngitis in children with drugs containing Biklotimol]. *Pediatric Pharmacology*. 2007;4(3):80-83. Russian.

6. Chernih VP, Zupanets IA, Nesterchuk MM, Chernih VP, Zupanets IA, Nesterchuk MM. [Protocol of a pharmacist]. Kharkiv. *Zoloti storinki*. 2013;231. Ukraine.

7. Masheyko AM, Podpletnya OA, Zayarsky MI, Zaligina EV, Kuhar OP. [The role of the pharmacist in the successful implementation of the concept of responsible self-medication]. *Pharmaceutical Journal*. 2011;3:26-31. Ukraine.

8. Umerova AR, Kashtanova OA, Novoseltseva TV. [Some aspects of self-treatment]. *Astrahansky Medical Journal*. 2010;5(1):123-27. Russian.

9. [Uniform clinical protocol of assisted primary care for adults and children. Acute respiratory infection.]. Order of the Ministry of Health of Ukraine. Kyiv. 2014;109. Ukraine.

10. Sachek MM, Kugach AA, Dybal AB, Gromov SV. [Epidemiology of poisoning drugs]. *Herald of Pharmacy*. 2007;1(35):46-53. Belarus.

11. Avoiding Sore Throat Morbidity and Mortality: When Is It Not “Just a Sore Throat?” Robert M. Centor, MD, FaCP, and Ralph Samlowski, MD, Faafp, University of Alabama at Birmingham, Huntsville Regional Medical Campus, Huntsville, Alabama. *Am Fam Physician*. 2011 Jan 1;83(1):26-28.

12. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G. et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis*. 2012;55(10):86-102. Russian.

13. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Annals of Internal Medicine*. 2015;162(6):1-11.

14. Gehanno P, Dreiser RL, Ionescu E, Gold M, Liu J.M. Lowest effective single dose of diclofenac for antipyretic and analgesic effects in acute febrile sore throat. *Clin Drug Investig* 2003;23:263-71.15.

15. McNally D, Simpson M, Morris C, Shephard A, Goulder M. Rapid relief of acute sore throat with AMC. DCBA throat lozenges: randomised controlled trial. *Int J Clin Pract*. 2010;64:194-207.

Стаття надійшла до редакції
09.09.2016

