

Боль в горле и ее причины**И. Б. Анготоева¹, И. А. Мушьян²**

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Минздрава России, кафедра оториноларингологии,
Москва, 125367, Россия
(Заведующий кафедрой – докт. мед. наук, проф. С. Я. Косяков)

² ООО «Медицинские центры-5», ИММА Строгино,
Москва, 123592, Россия

Sore throat and its causes**I. B. Angotoeva¹, I. A. Mush'yan²**

¹ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Healthcare of Russia,
the Chair of Otorhinolaryngology,
125367, Moscow, Russia

² Medical Centers-5, IMMA Strogino,
123592, Moscow, Russia

Боль в горле – одна из самых частых жалоб на амбулаторном приеме у врача-оториноларинголога, а также частая причина самостоятельного обращения в аптеки для покупки безрецептурных препаратов. Однако этот дискомфорт не всегда является следствием бактериальных или вирусных инфекций. У ряда пациентов боль в горле может быть доминирующей проблемой на протяжении длительного времени, неизбежно отражаясь на качестве жизни пациента. Во многих случаях ее причины остаются не выявленными и требуют расширенной диагностики. Очень важно обследовать пациента на наличие ларингофарингеального рефлюкса, особенно при длительных и рецидивирующих болях в горле. В данной статье для диагностики болей в горле, помимо стандартного осмотра ЛОР-органов, использовались критерии Centor, опросник «Индекс симптомов рефлюкса». Данные ларингоскопии оценивались по шкале рефлюксных признаков, в зависимости от результатов которых пациенты направлялись на эзофагогастроудоденоскопию. Таким образом, в данной статье представлены основные причины боли в горле, их связь с внутриносковой патологией, а также рассмотрена роль ларингофарингеального рефлюкса в возникновении боли в горле, представлены статистические данные, даны практические рекомендации.

Ключевые слова: боль в горле, ларингофарингеальный рефлюкс.

Для цитирования: Анготоева И. Б., Мушьян И. А. Боль в горле и ее причины. *Российская оториноларингология*. 2019;18(3):17–21. [https://doi.org/ 10.18692/1810-4800-2019-3-17-21](https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-3-17-21)

Sore throat is one of the most frequent complaints at an outpatient otolaryngologist's consultation as well as a common cause of an individual visit to pharmacies for buying non-prescription drugs. However, this discomfort does not always result from bacterial or viral infections. In a number of patients, sore throat can be a predominant problem for a long period of time, inevitably affecting the patient's life quality. In many cases, its causes remain undetected and require extensive diagnostics. It is very important to examine the patient for laryngopharyngeal reflux, especially in prolonged and recurring sore throat cases. In this article, the Centor criteria and the Reflux Symptom Index were used to diagnose a sore throat alongside with the standard examination of ENT organs. The laryngoscopy data were assessed using a reflux signs scale, and, depending on their results, the patients were referred for esophagogastroduodenoscopy. Therefore, this article highlights the main causes of a sore throat, their relation to intra nasal pathology considering the role of laryngopharyngeal reflux in the development of sore throat, providing statistical data and practical recommendations.

Keywords: sore throat, laryngopharyngeal reflux.

For citation: Angotoeva I. B., Mush'yan I. A. Sore throat and its causes. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2019;18(3):17–21. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-3-17-21>

Введение

Боль в горле – одна из самых частых жалоб на амбулаторном приеме у оториноларинголога [1], а также частая причина самостоятельного обращения в аптеки для покупки безрецептурных препаратов [2]. В среднем каждый взрослый человек испытывает боль в горле от одного до трех раз в год [3]. Причинами боли в горле могут быть самые различные факторы. Острое воспаление глотки является поводом к обращению к врачу в 1,1% от всего числа посещений, 6% от числа всех визитов к педиатру; острые тонзиллофарингиты входят в число 20 наиболее часто диагностируемых заболеваний [4, 5]. Существует мнение, что чаще всего боль в горле беспокоит пациентов с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). Но это не всегда так. У ряда пациентов боль в горле может являться доминирующей проблемой на протяжении длительного времени, неизбежно отражаясь на качестве жизни пациента [6], и может быть одним из проявлений ларингофарингеального рефлюкса (ЛФР) [7]. Связь между гастроэзофагеальным рефлюксом и ларингеальными изменениями обнаружена более четырех десятилетий назад. Тем не менее этот факт все еще вызывает дискуссии и разногласия. Существует небольшое количество данных, основанных на эффективности лечения гортанно-глоточного рефлюкса, которые доказывают связь последнего с болями в горле [8]. Во многих случаях причины болей в горле остаются невыявленными, поэтому данное исследование является актуальным.

Цель исследования

Выявить причины возникновения боли в горле.

Пациенты и методы исследования

В течение 5 лет нами было обследовано 1774 взрослых пациентов (средний возраст $41,50 \pm 14,67$ года), большинство из которых были женского пола (57,8%). Из них 486 пациентов (27,4%) предъявляли основные жалобы на боли в горле, из них 73 человека с внутриносевой патологией были исключены из исследования. У этих пациентов были обнаружены следующие заболевания: искривление перегородки носа, аллергический ринит, хронический риносинусит, киста Торнвальда, пациенты, перенесшие септопластику с неудовлетворительными результатами. Данные пациенты преимущественно дышали через рот в связи с разной степенью затруднения носового дыхания, что, возможно, способствовало возникновению болей в горле.

Всего в исследование вошло 413 человек, которые составили основную группу. Первоначально пациенты с болью в горле были обследованы на соответствие критериям Centor [9]: гнойные налеты на миндалинах при фарингоскопии, фебрильная лихорадка (38°C и выше), увеличение шейных лимфоузлов, отсутствие кашля и насморка. В ходе обследования все пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа – 11 человек (2,7%) – соответствовала критериям Centor. Вторая группа – 402 человека (97,3%), у которых критерии Centor не обнаружены.

Пациентам 1-й группы, у которых были зафиксированы критерии Centor, проводился экспресс-тест на наличие *Streptococcus pyogenes* и (или) культуральный посев с поверхности небных миндалин [10], а также общий анализ крови.

При отсутствии критериев Centor у пациента тщательно оценивали характер, интенсивность и особенности болей в горле, сопровождающие их симптомы, длительность и периодичность их возникновения. Всем пациентам 2-й группы, помимо стандартного осмотра ЛОР-органов, проводилось тестирование по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» (ИСР) [11–13]. Также проводилась эндоскопическая нано-, фаринго-, ларингоскопия при помощи эндоскопов Karl Storz. Оценивали анатомические структуры полости носа, глотки, носоглотки, гортани. Данные ларингоскопии оценивались по шкале рефлюксных признаков (ШРП) [12–17]. Пациентам с результатами анкетирования по опроснику ИСР более 13 баллов и более 7 баллов по ШРП назначалась эзофагогастроэноскопия (ЭГДС).

Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента для оценки достоверности результатов.

Результаты и анализ исследования

Из 413 пациентов критериям Centor соответствовали 11 пациентов, что составило 2,7%, причем их беспокоили боли в горле при глотании пищи. Длительность болей в горле составило от 3 до 6 дней. Из них только у 7 человек (1,69%) был положительный стрептатест. Из 7 человек с положительным стрептатестом 4 пациента были молодыми людьми до 20 лет, 3 пациента постоянно контактировали с детьми от 3 до 5 лет, посещающими детские учреждения. Пациентам, у которых были в наличии критерии Centor и отрицательный стрептатест, был проведен забор материала с поверхности небных миндалин для культурального посева. У всех 4 пациентов

Streptococcus pyogenes не обнаружен. Чаще всего высеивались – *Neisseria spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Haemophilus influenza*. При обследовании общего анализа крови у этих пациентов выявлены лимфоцитоз и моноцитоз, что может косвенно свидетельствовать о вирусной природе заболевания.

Пациенты 2-й группы (391 человек), которые не соответствовали критериям Centor, жаловались на дискомфорт в горле, чувство першения в горле, боли в горле при глотании слюны, но прием пищи у них не был затруднен. Удалось выяснить, что у этой группы пациентов боли в горле возникали периодически, беспокоили длительно, более 2 недель и даже несколько месяцев. Пациенты отмечали невозможность пить охлажденные напитки. Дополнительно пациенты 2-й группы предъявляли жалобы на осиплость (306 человек, 76,1%), кашель, ощущение инородного тела в горле, ком в горле, стекание слизи по задней стенке глотки, частую заложенность носа, частые простудные заболевания, начинающиеся с болей в горле. При ларингоскопии были выявлены следующие патологические изменения: новообразования гортани, дисфонии, хронический ларингит. Одновременно с болями в горле 200 пациентов (49,75%) жаловались на затруднение носового дыхания, но грубой внутриносовой патологии у них не было выявлено.

Во второй группе пациентов, не соответствующих критериям Centor ($n = 391$, что составило 94,67%), был выявлен ЛФР различной степени тяжести по данным ИСР (более 13 баллов, среднее

значение ИСР $16,41 \pm 7,03$ балла) и по данным ШРП (более 7 баллов, среднее значение ШРП $10,56 \pm 5,4$ балла) ($p < 0,05$). У 260 человек (64,68%) диагноз ЛФР был подтвержден данными ЭГДС, при проведении которой были обнаружены нарушения работы желудочно-кишечного тракта (гастрит, дуоденит, рефлюкс-эзофагит и эктопия желудочного эпителия в слизистую оболочку пищевода).

У 86% пациентов, с жалобами на боли в горле (413 человек), удалось выяснить применение системной антибиотикотерапии с временным эффектом, после окончания их курса боли в горле возобновлялись. Причем 50% принимали 2 курса антибиотиков, 23% – 3 курса антибиотиков.

Выводы

Пациенты с жалобами на боли в горле составляют 27,4% на амбулаторном приеме у оториноларинголога.

Ларингофарингеальный рефлюкс был обнаружен у 94,67% пациентов с болями в горле. У 64,68% был подтвержден данными ЭГДС.

Менее 2% пациентов с болями в горле нуждались в системной антибиотикотерапии, однако 86% обратившихся их принимали.

Таким образом, боли в горле не всегда вызваны инфекционными причинами. При их длительности и рецидивах необходимо обследовать пациента на наличие ларингофарингеального рефлюкса, проводить осмотр состояния полости носа и околоносовых пазух.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучшева Ю. В. Боль в горле и способы ее коррекции местными препаратами. *РМЖ*. 2011;24:1468. https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Boly_v_gorle_i_sposoby_ee_korrekcii_mestnymi_preparatami/
2. Schachtel B. P. Sore throat pain. *Advances in pain research and therapy*; Ed. by Portenoy M. M., Laska E. New York: Raven Press Ltd., 1991;18:393–407. DOI: 10.1001/archinte.1984.00350150081026
3. Черноголов В. А. Симптоматическое лечение боли в горле. *Consilium Provisorum*. 2003;8. http://old.consilium-medicum.com/media/provisor/03_08/18.shtml
4. Nash D. R., Harman J., Wald E. R., Kelleher K. J. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156;11:114–119. <https://www.pubfacts.com/detail/12413339/Antibiotic-prescribing-by-primary-care-physicians-for-children-with-upper-respiratory-tract-infectio>
5. Panasiuk L., Lukas W., Paprzycki P. Empirical first-line antibioticotherapy in adult rural patients with acute respiratory tract infections. *Ann Agric Environ Med*. 2007;14;2:305–311. <http://www.biomedsearch.com/nih/Empirical-first-line-antibioticotherapy-in/18247469.html>
6. Бабияк В. И., Говорухин М. И., Митрофанов В. В. Некоторые психологические аспекты проблемы «качества жизни» человека. *Российская оториноларингология*. 2004;1(8):3–6. <http://entru.org/archiv.html>
7. Анготоева И. Б. Дифференциальная диагностика болей в горле. *Медицинский совет*. 2014;15:42–46. <https://www.med-sovet.pro/jour/article/viewFile/744/74414>
8. Sataloff R. T. Laryngopharyngeal reflux: current concepts and questions. *Arch otolaryngol head neck surg*. 2009;17;3:143–148. doi: 10.1097 / MOO.0b013e32832b2581
9. Centor R. M., Witherspoon J. M., Dalton H. P. [et al.]. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1;3:239–246. <https://doi.org/10.1177%2F0272989X8100100304>
10. Shulman S. T., Bisno A. L., Clegg H. W. [et al.]. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Update by the Infectious Diseases Society of America*. *Clin Infect Dis*. 2012;55;10:1279–1282. DOI: 10.1093/cid/cis847

11. Кокорина В. Э. Диагностика и лечение заболеваний ЛОР-органов, обусловленных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2010:39. <https://www.dissercat.com/content/diagnostika-i-lechenie-zabolevanii-lororganov-obuslovlennykh-gastroezofagealnoi-reflyuksnoi-/read>
12. Belafsky P. C., Postma G. N., Koufman J. A. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*. 2001;111:1313–1317. DOI: 10.1097 / 00005537-200108000-00001
13. Belafsky P. C., Postma G. N., Koufman J. A. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *Voice*. 2002;16:274–277. DOI: 10.1016 / S0892-1997 (02) 00097-8
14. Анготоева И. Б., Мулдашева А. А. Современные представления о проблеме ларингофарингеального рефлюкса. *Медицинский совет*. 2015;15:44–47.
15. Плотникова Е. Ю., Краснова М. В., Краснов Н. А., Баранова Е. Н. Ларингофарингеальный рефлюкс в гастроэнтерологической практике. *Лечащий врач*. 2014;2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2014/02/15435897/>
16. Плотникова Е. Ю. «Маски» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Ларингофарингеальный рефлюкс. *IDoctor*. 2014;6(25):28–31. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/7632>
17. Ткач С. М. Эффективность ингибиторов протонной помпы у больных с ларингофарингеальным рефлюксом. *Сучасна гастроентерологія*. 2011;1: 85. http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/gastro/507336396419715_08052011014633.pdf

REFERENCES

1. Luchsheva Yu. V. Pain in the throat and methods for its correction with local preparations. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2011;24:1468. (In Russ.). https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Boly_v_gorle_i_sposoby_ee_korrekcii_mestnymi_preparatami/
2. Schachtel B. P. Sore throat pain. *Advances in pain research and therapy*; Ed. by Portenoy M. M., Laska E. New York: Raven Press Ltd, 1991;18:393–407. DOI: 10.1001/archinte.1984.00350150081026
3. Chernogolov V. A. Symptomatic treatment of sore throat. *Consilium Provisorum*. 2003;8. (In Russ.) http://old.consilium-medicum.com/media/provisor/03_08/18.shtml
4. Nash D. R., Harman J., Wald E. R., Kelleher K. J. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156;11:114–119. <https://www.pubfacts.com/detail/12413339/Antibiotic-prescribing-by-primary-care-physicians-for-children-with-upper-respiratory-tract-infectio>
5. Panasiuk L., Lukas W., Paprzycki P. Empirical first-line antibiotic therapy in adult rural patients with acute respiratory tract infections. *Ann Agric Environ Med*. 2007;14;2:305–311. <http://www.biomedsearch.com/nih/Empirical-first-line-antibiotictherapy-in/18247469.html>
6. Бабиак В. И., Говорухин М. И., Митрофанов В. В. Some psychological aspects of the problem of “quality of life” of a person. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2004;1(8):3–6. (In Russ.) <http://entru.org/archiv.html>
7. Angotoeva I. B. Differential diagnosis of sore throa. *Meditsinskii sovet*. 2014;15:42–46. (In Russ.) <https://www.med-sovet.pro/jour/article/viewFile/744/74414>
8. Sataloff R. T. Laryngopharyngeal reflux: current concepts and questions. *Arch otolaryngol head neck surg*. 2009;17;3:143–148. doi: 10.1097 / MOO.0b013e32832b2581
9. Centor R. M., Witherspoon J. M., Dalton H. P. et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1;3:239–246. <https://doi.org/10.1177%2F0272989X8100100304>
10. Shulman S. T., Bisno A. L., Clegg H. W. et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Update by the Infectious Diseases Society of America*. *Clin Infect Dis*. 2012;55;10:1279–1282. DOI: 10.1093/cid/cis847
11. Kokorina V. E. Diagnosis and treatment of diseases of the upper respiratory tract due to gastroesophageal reflux disease: author's abstract ... diss. d. medical science. SPb., 2010:39. (In Russ.) <https://www.dissercat.com/content/diagnostika-i-lechenie-zabolevanii-lororganov-obuslovlennykh-gastroezofagealnoi-reflyuksnoi-/read>
12. Belafsky P. C., Postma G. N., Koufman J. A. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*. 2001;111:1313–1317. DOI: 10.1097 / 00005537-200108000-00001
13. Belafsky P. C., Postma G. N., Koufman J. A. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *Voice*. 2002;16:274–277. DOI: 10.1016 / S0892-1997 (02) 00097-8
14. Angotoeva I. B., Muldasheva A. A. Modern ideas about the problem of laryngopharyngeal reflux. *Meditsinskii sovet*. 2015;15:44–47. (In Russ.) <http://www.med-sovet.pro/jour/article/view/382>
15. Plotnikova E. Yu., Krasnova M. V., Krasnov N. A., Baranova E. N. Laryngofaringealny reflux in gastroenterological practice. *Lechashchii vrach*. 2014;2. (In Russ.) <http://www.lvrach.ru/2014/02/15435897/>
16. Plotnikova E. Yu. “Masks” of gastroesophageal reflux disease. Laryngofaringealny reflux. *IDoctor*. 2014;6(25):28–31. (In Russ.) <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/7632>
17. Tkach S. M. Efficiency of proton pump inhibitors in patients with laryngopharyngeal reflux. *Sovremennaya gastroenterologiya*. 2011;1:85. (In Russ.). http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/gastro/507336396419715_08052011014633.pdf

Информация об авторах

Анготоева Ирина Борисовна – кандидат медицинских наук, доцент, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, кафедра оториноларингологии (125367, Россия, Москва, Ивановское шоссе д. 7); тел. +7-926-224-81-83, e-mail: angotoeva@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6247-619X>

☑ **Мушьян Ирина Александровна** – врач-оториноларинголог, ООО «Медицинские центры-5». ИММА Строгино (123592, Россия, Москва, ул. Маршала Катукова, д. 24, к. 5); тел. +7-915-108-41-58, e-mail: irinamush@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3518-8173>

Information about the authors

Irina B. Angotoeva – MD Candidate, Associate Professor, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Healthcare of Russia, the Chair of Otorhinolaryngology (Russia, 125367, Moscow, 7, Ivankovskoe Shosse str.); tel.: +7-926-224-81-83, e-mail: angotoeva@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6247-619X>

✉ **Irina A. Mush'yan** – otorhinolaryngologist, Medical Centers-5 LLC. IMMA Strogino (Russia, 123592, 24/5, Marshala Katukova str.); tel.: +7-915-108-41-58, e-mail: irinamush@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3518-8173>