

# Болевой синдром при воспалительных заболеваниях глотки и его симптоматическое лечение

М.Л.Дербенева<sup>✉1</sup>, А.Л.Гусева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова Департамента здравоохранения г. Москвы. 119049, Россия, Москва, Ленинский пр-т, д. 10, корп. 5;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

*Боль в горле является симптомом огромного количества заболеваний. В статье обсуждаются особенности диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний, сопровождающихся болью в горле, а также показания и эффективность применения системной и местной обезболивающей терапии. Рассматривается возможность использования для терапии препарата Стрепсилс Интенсив (таблетки для рассасывания).*

**Ключевые слова:** боль в горле, фарингит, симптоматическая терапия, Стрепсилс Интенсив.

✉mlderbeneva@mail.ru

**Для цитирования:** Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Болевой синдром при воспалительных заболеваниях глотки и его симптоматическое лечение. *Consilium Medicum. Болезни органов дыхания (Прил.).* 2015; с. 31–35.

## Sore throat in pharyngeal pathology and its symptomatic therapy

M.L.Derbeneva<sup>✉1</sup>, A.L.Guseva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>N.I.Pirogov City clinical hospital №1 of the Department of Health of Moscow. 119049, Russian Federation, Moscow, Leninskii pr-t, d. 10, corp. 5;

<sup>2</sup>N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1

*Sore throat can be the presenting symptom of a great number of different diseases. Here the authors discuss the differential diagnosis and treatment of most common diseases, which cause sore throat. The indications and effectiveness of systemic analgesics and topical symptomatic therapies are analyzed. The possibility of using Strepsils Intensive (pills for resorption) is discussed.*

**Key words:** sorethroat, pharyngitis, symptomatic therapy, Strepsils Intensive.

✉mlderbeneva@mail.ru

**For citation:** Derbeneva M.L., Guseva A.L. Sore throat in pharyngeal pathology and its symptomatic therapy. *Consilium Medicum. Respiratory organs diseases (Suppl.).* 2015; p. 31–35.

Пациенты с воспалительными заболеваниями ротоглотки, сопровождающимися болью в горле, составляют большую часть на приеме как у врачей общей практики, так и оториноларингологов. По результатам Национальной программы проверки здоровья и питания в США ежегодно около 12 млн амбулаторных приемов приходится на пациентов с жалобами на боли в горле [1]. В среднем боль в горле каждый взрослый человек испытывает примерно 2–3 раза в год [2]. Хотя в большинстве случаев заболевания, сопровождающиеся болью в горле, имеют доброкачественное течение с быстрым улучшением самочувствия, их широкая распространенность имеет огромное социальное и экономическое значение для общества. В этой связи быстрая и точная диагностика, назначение грамотного лечения и информирование о способах профилактики могут значительно сократить общественные потери. Важную роль в этом играет симптоматическая обезболивающая терапия, сокращающая период плохого самочувствия больного и восстанавливающая его работоспособность в более короткие сроки.

Боль в горле может быть симптомом огромного количества заболеваний, однако в подавляющем большинстве случаев – это вирусное поражение глотки, которое эффективно и быстро лечит врач общей практики. Тщательный сбор жалоб и анамнеза позволяет выделить среди этих легких случаев заболевания, которым необходимы дополнительное обследование и направление к узким специалистам (оториноларингологу, челюстно-лицевому хирургу, гастроэнтерологу).

Заболевания, сопровождающиеся болью в горле, представлены в табл. 1.

Жалуясь на боль в горле, пациент может описывать ее как раздражение, саднение, першение, ощущение жара или сильную боль в горле с какой-либо стороны. При этом нужно иметь в виду, что болевой синдром (БС) может быть проявлением патологического процесса не только в глотке, но и в гортани и в мягких тканях шеи. Для диагностики локализации патологического процесса целесообразно определить область максимальной субъективной болезненности. Для этого следует попросить пациента попытаться определить эпицентр боли и указать его одним пальцем. Боль, локализуемая на уровне подъязычной кости, как правило, относится к процессам в валекулах и небных миндалинах. При указании на дискомфорт и боль на уровне щитовидного хряща нужно заподозрить патологию в гортаноглотке. Боли в надгрудной ямке могут указывать на инородное тело пищевода. В любом случае жалобы на конкретную локализацию боли должны настораживать врача больше, чем сообщение больного о неопределенном распространенном БС [3].

Длительность БС также должна приниматься во внимание. Персистирование болей более 3 нед, усиление БС на фоне лечения требует тщательного дообследования.

Выяснению и анализу сопутствующих болей в горле симптомов должно уделяться особое внимание. Так, сопутствующая дисфагия, лихорадка, ощущение кома в горле, изменение голоса и т.п. могут значительно сузить диагностический поиск. К примеру, дисфагия или

Заболевания, сопровождающиеся болью в горле	
Характер заболевания	Заболевания
Инфекционный	Вирусный фарингит
	Грипп
	Инфекционный мононуклеоз
	Нестрептококковый бактериальный тонзиллофарингит
	Стрептококковый фарингит
	Паратонзиллярный абсцесс
	Хронический тонзиллит
	Ангина
	Микоз ротоглотки
	Ретро- и парафарингеальный абсцесс
	Эпиглоттит
	Герпетическая ангина
	Сифилис
	Синдром Лемьера
	Ангина Симановского–Плаута–Венсана
Воспалительный	Ларингофарингеальный рефлюкс
	Аллергический ринит с постназальным затеком
	Хроническое ротовое дыхание
	Инородное тело
	Спастическая дисфония
	Гранулема голосовой складки
	Мукозит
	Гранулематозные заболевания (ревматоидный артрит, подагра)
	Пузырчатка
	Болезнь Кавасаки
Неопластический	Плоскоклеточная карцинома
	Лимфома
	Саркома
	Аденокарцинома

боль при глотании нетипична для гастроэзофагиального рефлюкса и постназального затека, но часто наблюдается при таких инфекционно-воспалительных процессах в глотке, как тонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, микоз ротоглотки и эпиглоттит. Лихорадка, сопровождающая боль в горле, наиболее характерна для ангины, вирусного фарингита, пара- и ретрофарингеального абсцесса и эпиглоттита. Ее возникновение связано с действием как экзогенных пирогенов (липополисахаридов клеточной стенки бактерий), так и эндогенных цитокинов. Жалобы на «ком в горле», «ощущение инородного тела» в глотке характерны для неопластических процессов, новообразования голосовых складок, инородного тела глотки или гортани, а также в ряде случаев для тонзиллита и отека гортани. Кашель, сопровождающий боль в горле, также может быть важным симптомом. К примеру, периодическое покашливание пациента, которое он объясняет необходимостью «прочистить горло», в сочетании с хроническим течением заболевания может указывать на рефлюксную болезнь или постназальный затек, в то время как кашель, возникший при острой боли в горле, больше характерен для вирусных инфекций. Было замечено, что наличие кашля при боли в горле маловероятно при фарингите стрептококковой этиологии [4]. При симптомах затруднения дыхания, одышки на фоне боли в горле в первую очередь следует исключить инфекционно-воспалительные процессы в виде эпиглоттита, отечно-инфильтративного ларингита, пара- и ретрофарингеального абсцесса, а также инородные тела и травмы гортани, приводящие к стенозу. Симп-

томы в виде заложенности носа и ринореи характерны для аллергических процессов и вирусного фарингита, в некоторых случаях для постназального затека. Кроме того, заболевания, сопровождающиеся нарушением носового дыхания (искривление перегородки носа, хронический гипертрофический ринит), часто сопровождаются храпом во сне и постоянным ротовым дыханием по ночам, что неизменно ведет к сухости задней стенки глотки, проявляющейся жалобами на боли и дискомфорт. Обнаруженная у пациента с болью в горле лимфаденопатия может быть симптомом инфекционных и неопластических процессов в глотке и гортани. Увеличение задних шейных лимфатических узлов (ЛУ) особенно характерно для инфекционного мононуклеоза, передних шейных – чаще наблюдается при бактериальных процессах, особенно при стрептококковом фарингите [5].

Время возникновения или усиления боли в горле также может быть хорошим диагностическим признаком. Для пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом наиболее типично ухудшение симптоматики после еды, в положении лежа по ночам или утром после пробуждения. При постназальном затеке аллергической этиологии симптомы также усиливаются ночью и утром. Хроническое ротовое дыхание проявляется максимальной симптоматикой по утрам.

В этой статье представлены некоторые особенности течения, диагностики и лечения заболеваний, сопровождающихся болью в горле, которые наиболее часто встречаются в клинической практике.

### Вирусный фарингит

В настоящее время самой частой причиной боли в горле становится вирусная инфекция. Среди наиболее распространенных возбудителей фарингита называют риновирус, коронавирус, аденовирус, вирус парагриппа, гриппа. Встречаются также вирус Коксаки, вирус простого герпеса, вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус и ВИЧ [4]. Сопутствующая симптоматика и сезонность возникновения заболевания позволяют предположить, какой вирус в данном случае стал причиной заболевания. Например, сопутствующий конъюнктивит характерен для аденовируса; появление язв на слизистой ротоглотки наблюдается при вирусах Коксаки и простого герпеса; распространенная лимфаденопатия служит симптомом вируса Эпштейна–Барр, цитомегаловируса и ВИЧ.

При вирусном фарингите назначаются обильное питье, жаропонижающие и болеутоляющие средства. Как правило, дальнейшее обследование пациента не проводится.

### Инфекционный мононуклеоз

Возбудителем инфекционного мононуклеоза является ДНК-геномный вирус Эпштейна–Барр. Симптомы заболевания включают боли в горле, лихорадку, выраженное общее недомогание и слабость длительностью более 1 нед. При объективном осмотре наблюдаются отечность и увеличение небных миндалин, увеличение передних и задних шейных ЛУ, бледность кожных покровов, нередко появление налета на небных миндалинах и петехиальных высыпаний на небе. Лимфоидная гипертрофия, особенно вовлечение задних шейных ЛУ, является важным диагностическим признаком заболевания. В большом проценте случаев отмечаются также увеличение печени и селезенки, появление полиморфной сыпи на всем теле.

При подозрении на инфекционный мононуклеоз обязательно назначается общий анализ крови и экспресс-тест на гетерофильные антитела (Моно-Тест). Ввиду того, что клиническая картина инфекционного мононуклеоза часто бывает очень схожа со стрептококковым фарингитом, при дифференциальной диаг-

---

ностике применяется также экспресс-тест на стрептококк К изменениям в общем анализе крови, характерным для инфекционного мононуклеоза, относятся умеренный лейкоцитоз с преобладанием моноцитов и лимфоцитов, наличие не менее 10–12% атипичных клеток – атипичных мононуклеаров, умеренное повышение СОЭ. Из специфических методов лабораторной диагностики имеет значение обнаружение вирусной ДНК методом полимеразной цепной реакции в первые дни заболевания и антител класса иммуноглобулин М, иммуноглобулин G методом иммуноферментного анализа, а также в некоторых случаях методом парных сыровороток [6, 7].

Специфической терапии инфекционного мононуклеоза в настоящее время не существует. Комплекс лечебных мероприятий включает проведение симптоматической, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии. При присоединении бактериальной инфекции больному назначают антибиотики (цефалоспорины, макролиды). При лихорадке показан прием жаропонижающих средств (ибупрофен, парацетамол). При осложненном течении заболевания с угрозой асфиксии из-за увеличения миндалин назначают кратковременный курс терапии преднизолоном. Целесообразность противовирусного лечения при инфекционном мононуклеозе носит противоречивый характер.

## **Грипп**

Несмотря на то, что основные симптомы гриппа очень похожи на обычную простуду, заболевание имеет огромное социальное значение для общества. Подтипы вирусов гриппа А и гриппа В у человека ежегодно вызывают эпидемии, приводящие к массовой заболеваемости большого числа населения, к значительному повышению смертности среди представителей групп повышенного риска, увеличению затрат на лечение и, как следствие, – экономическим потерям.

Симптомы заболевания включают высокую температуру тела (часто выше 39°C), озноб, боли в мышцах, боль в горле, кашель, общее недомогание. Симптомы выражены гораздо сильнее, чем при банальной простуде. Объективное обследование пациента не выявляет каких-либо специфических признаков [8].

Экспресс-тесты на грипп отнюдь не дешевы, и их нецелесообразно использовать каждый раз для дифференциальной диагностики. Однако во время эпидемии гриппа их применение оправдано, так как позволяет своевременно изолировать пациента и начать противовирусное лечение.

На сегодняшний день общепризнанным и наиболее эффективным средством борьбы с гриппом является вакцинопрофилактика [9]. Вовремя проведенная вакцинация обеспечивает снижение частоты лабораторно подтвержденной инфекции у здоровых взрослых людей на 70–90%, а также уменьшает количество визитов к врачу, длительность болезни и потребление антибиотиков [10].

Вакцинация против гриппа в первую очередь показана больным группы риска, у которых наиболее высока вероятность развития осложнений в случае инфекции: пожилые люди в возрасте 65 лет и старше; взрослые и дети, страдающие хроническими заболеваниями легких, в том числе астмой, сердечно-сосудистой системы, хроническими метаболическими заболеваниями (в том числе сахарным диабетом), нарушением функции почек, гемоглобинопатиями или иммуносупрессией; беременные женщины (если II–III триместры беременности приходятся на период возможной вспышки заболеваемости гриппом) [11].

Применение противовирусного лечения (ингибиторов нейраминидазы, препаратов адамантанового ряда, рибавирин и т.д.) целесообразно при тяжелом тече-

---

нии гриппа и при высокой угрозе осложнений заболевания (например, у пациентов с хроническими заболеваниями) [12, 13]. Кроме этого, назначаются препараты интерферонов, индукторов интерферона и симптоматические средства.

### Бактериальный фарингит и тонзиллит (ангина)

К основным бактериальным возбудителям тонзиллита и фарингита относятся стрептококки, *Staphylococcus aureus*, коагулазонегативные стафилококки; *Neisseria* spp.; *Haemophilus* spp. *Corynebacterium* spp., *Chlamydia pneumoniae*, и *Mycoplasma pneumoniae*. Однако ведущая роль принадлежит  $\beta$ -гемолитическому стрептококку группы А (БГСА): 15–30% случаев заболевания у детей и 5–17% – у взрослых [14]. В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра в отдельное заболевание выделяют «Стрептококковый фарингит» (J02.0) и «Стрептококковый тонзиллит» (J03.0), под которыми понимают тонзиллит (ангину) или фарингит, вызванные БГСА. Именно с БГСА сопряжены такие гетероиммунные заболевания, как ревматизм, гломерулонефрит, инфекционный артрит, приводящие к детской инвалидности, связанной с пороками сердца, полиартритом и летальным исходом, обусловленным почечной недостаточностью, поэтому в таких случаях лечение антибиотиками абсолютно оправдано и должно начинаться как можно раньше.

Особенную роль в этом играет быстрая и точная диагностика стрептококкового фарингита. Выделение чистой культуры из мазка с задней стенки глотки является «золотым стандартом», однако требует 18–24-часового ожидания результата. Подобная отсрочка при постановке окончательного диагноза зачастую побуждает назначить терапию до подтверждения возбудителя, что приводит к неоправданному назначению антибиотиков, и, соответственно, провоцирует развитие и распространение лекарственно устойчивых штаммов. Альтернативой служат экспресс-тесты, которые за считанные минуты позволяют определить присутствие в мазке из глотки стрептококковых антигенов [15].

Наиболее высок уровень заболеваемости стрептококковой инфекцией зимой и ранней весной. Клинические критерии включают в себя боли в горле, иногда дисфагию, воспаление миндалин, налеты на миндалинах, увеличение передних шейных ЛУ, лихорадку и отсутствие кашля [16].

Препаратами выбора при стрептококковом тонзиллите или фарингите являются препараты из группы пенициллинов (например, амоксициллин), в качестве альтернативных препаратов могут быть рекомендованы препараты из группы макролидов.

### Терапия боли в горле

Как видно из краткого обзора наиболее часто встречающихся заболеваний, сопровождающихся болью в горле, у врача всегда есть выбор назначить пациенту системную антибактериальную терапию сразу при обращении или начать с симптоматической и обезболивающей терапии. Следует подчеркнуть, что антибактериальная терапия показана лишь в случае бактериальной природы заболевания (стрептококковый фарингит, ангина, паратонзиллярный абсцесс, эпиглоттит и др.) и будет бесполезна в случае вирусной этиологии (вирусный фарингит, грипп, инфекционный мононуклеоз). Нужно помнить, что проведение нерациональной антибиотикотерапии способствует развитию бактериальной резистентности, дисбактериоза, а также является напрасной тратой значительных финансовых средств, никак не влияя при этом на основной мучительный симптом заболевания – боль в горле [17].

При выборе адекватной обезболивающей терапии у практикующего врача есть выбор между применением

местных обезболивающих средств или системной обезболивающей терапией.

### Системная обезболивающая терапия

В качестве обезболивания при боли в горле наиболее широко используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ацетаминофен [3]. Некоторые исследования по сравнению этих препаратов указывают на лучший эффект при приеме НПВП [18]. В настоящее время насчитывается около 50 лекарственных форм, относящихся к НПВП. По химической структуре они подразделяются на группы, из которых наибольшее распространение получили производные органических кислот. Они хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте и отличаются высокой степенью связывания с плазменным альбумином. Наиболее употребляемые НПВП-производные органических кислот: арилкарбоновые кислоты (ацетилсалициловая кислота, салицилат натрия); арилалкановые кислоты (индометацин, диклофенак, ибупрофен, флупирофен, кетопрофен, напроксен); эноликовая кислота (фенилбутазон, оксифенилбутазон). Несмотря на то что развитие побочных эффектов часто носит дозозависимый характер, при назначении системных НПВП необходимо помнить о возможном поражении желудочно-кишечного тракта, нарушении агрегации тромбоцитов, функции почек, негативном влиянии на систему кровообращения [19].

Вопрос о назначении глюкокортикостероидных препаратов системного действия при болях в горле остается противоречивым. Некоторые исследования демонстрируют хороший эффект при назначении коротких курсов глюкокортикостероидов при сильных болях в горле и нарушении глотания, однако обилие побочных эффектов значительно ограничивает их применение в широкой практике [20].

### Местная обезболивающая терапия

Многие доктора по традиции рекомендуют пациентам полоскания гипертоническим солевым раствором, однако следует иметь в виду, что каких-либо научных данных об обезболивающем эффекте этих процедур нет.

Клинические исследования проводились при оценке обезболивающего эффекта разных форм препаратов в виде спреев, полосканий, леденцов, чаев. Было показано, что при использовании пастилок и таблеток для рассасывания действующее вещество распределяется в тканях глотки более равномерно, включая участки, недоступные для спреев и растворов для полоскания, а также сохраняется в тканях глотки дольше, что обеспечивает более выраженное обезболивающее воздействие. Кроме того, при этом наблюдается максимальная концентрация обезболивающих веществ в очаге воспаления при минимальном риске их токсического влияния на организм [21].

Примером такого эффективного препарата для местного применения являются таблетки для рассасывания Стрепсилс® Интенсив с действующим веществом флурбипрофеном из фармакологической группы НПВП. Анальгезирующее действие этого препарата основано на ингибировании циклооксигеназы-1 и циклооксигеназы-2 с последующим угнетением синтеза простагландинов – медиаторов боли. В состав 1 таблетки Стрепсилс® Интенсив входит 8,75 мг флурбипрофена, чего вполне достаточно для развития стойкого (до 3 ч) противовоспалительного и анальгетического эффекта уже в течение 15–30 мин и выраженного местного действия. В то же время эта доза незначительна для развития системного эффекта и связанных с ним нежелательных побочных действий, свойственных НПВП [22–24].

Таким образом, оценивая эффективность и побочные эффекты снятия боли разными препаратами, следует отдавать предпочтение средствам местного дей-

ствия, которые могут применяться как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении, отлично сочетаясь с антибиотикотерапией.

#### Литература/References

- Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001–2002. *Vital Health Stat* 13 2006; 159: 1–66.
- Schachtel BP. Sore throat pain. In: MMPortenoj, ELaska, editors. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press Ltd 1991; 18: 393–407.
- Chan TV. The patient with sore throat. *Med Clin North Am* 2010; 94 (5): 923–43. Doi: 10.1016/j.mcna.2010.06.001.
- Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med* 2001; 344 (3): 205–11.
- Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. / Pal'chun V.T., Luchikhin L.A., Kriukov A.I. *Vospalitel'nye zaboлевaniia glotki*. M.: GEOTAR-Media, 2007. [in Russian]
- Stock I. Infectious mononucleosis – a "childhood disease" of great medical concern. *Med Monatsschr Pharm* 2013; 36 (10): 364–8.
- Ebell MH. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Am Fam Physician* 2004; 70 (7): 1279–87.
- Ebell MH, White LL, Casault T. A systematic review of the history and physical examination to diagnose influenza. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17: 1–5.
- Glezen WP. Herd protection against influenza. *J Clin Virol* 2006; 37 (4): 237–43.
- Abmed F, Singleton JA, Franks AL. Clinical practice. Influenza vaccination for healthy young adults. *N Engl J Med* 2001; 345 (21): 1543–7.
- Bridges CB, Fukuda K, Cox NJ, Singleton JA. Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2001; 50 (RR-4): 1–44.
- Jefferson T, Jones M, Dosbi P, Del Mar C. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 339: b5106. Doi: 10.1136/bmj.b5106.
- Hayden FG, Belshe R, Villanueva C et al. Management of influenza in households: a prospective, randomized comparison of oseltamivir treatment with or without post-exposure prophylaxis. *J Infect Dis* 2004; 189 (3): 440–9.
- Komaroff AL, Pass TM, Aronson MD et al. The prediction of streptococcal pharyngitis in adults. *J Gen Intern Med* 1986; 1 (1): 1–7.
- Regoli M, Chiappini E, Bonsignori F et al. Update on the management of acute pharyngitis in children. *Ital J Pediatr* 2011; 37: 10. Doi: 10.1186/1824-7288-37-10.
- Walsb BT, Bookbeim WW, Johnson RC, Tompkins RK. Recognition of streptococcal pharyngitis in adults. *Arch Intern Med* 1975; 135 (11): 1493–7.
- Van Driel ML, De Sutter A, Deveugele M et al. Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? *Ann Fam Med* 2006; 4 (6): 494–9.
- Burnett I, Schachtel B, Samner K et al. Onset of analgesia of a paracetamol tablet containing sodium bicarbonate: A double-blind, placebo-controlled study in adult patients with acute sore throat. *Clin Ther* 2006; 28 (9): 1273–8.
- Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. М.: М-СИТИ, 1996. / Nasonov E.L. *Protivovospalitel'naiia terapiia revmaticheskikh boleznei*. M.: M-SITI, 1996. [in Russian]
- Korb K, Scherer M, Chenot JF. Steroids as adjuvant therapy for acute pharyngitis in ambulatory patients: a systematic review. *Ann Fam Med* 2010; 8 (1): 58–63. Doi: 10.1370/afm.1038.
- Limb M, Connor A, Pickford M et al. Scintigraphy can be used to compare delivery of sore throat formulations. *Int J Clin Pract* 2009; 63 (4): 606–12. Doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01984.x.
- Карпищенко С.А., Колесникова О.М. Местное применение нестероидных противовоспалительных препаратов в лечении острого фарингита. *Врач*. 2012; 12: 34–8. / Karpishchenko SA, Kolesnikova O.M. *Mestnoe primeneniie nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov v lechenii ostrogo faringita*. *Vrach*. 2012; 12: 34–8. [in Russian]
- Benrimoj SI, Langford JH, Christian J et al. Efficacy and Tolerability of the Anti-inflammatory Throat Lozenge Flurbiprofen 8.75 mg in the Treatment of Sore Throat: A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Clin Drug Invest* 2001; 21 (3): 183–93.
- Blagden M, Christian J, Miller K, Charlesworth A. Multidose flurbiprofen 8.75 mg lozenges in the treatment of sore throat: a randomised, double-blind, placebo-controlled study in UK general practice centres. *Int J Clin Pract* 2002; 56 (2): 95–100.

#### Сведения об авторах

**Дербенева Мария Львовна** – врач-оториноларинголог, канд. мед. наук ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова. E-mail: milderbeneva@mail.ru

**Гусева Александра Леонидовна** – канд. мед. наук, доц. каф. оториноларингологии лечебного фак-та ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

E-mail: alexandra.guseva@gmail.com