

Дифференцированный подход к лечению инфекционно-воспалительных заболеваний глотки

Т.Ю. Владимирова[✉], <https://orcid.org/0000-0003-1221-5589>, t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru

А.Б. Мартынова, <https://orcid.org/0000-0001-5851-5670>, martynova.a.med@yandex.ru

Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Резюме

Введение. Проблема эффективной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний глотки остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования.

Цель. Изучить эффективность применения комбинации 2,4-дихлорбензилового спирта (1,2 мг) и амилметакрезола (0,6 мг) в сочетании с левоментолом (8 мг) или с лидокаином (10 мг) у пациентов с острым фарингитом, обострением хронического фарингита или обострением хронического тонзиллита.

Материалы и методы. В выборку вошло 159 пациентов (от 12 до 74 лет, средний возраст $41,3 \pm 18,3$ лет) с клинически подтвержденными диагнозами «острый фарингит», «обострение хронического фарингита» и «обострение хронического тонзиллита». Были выделены три группы, принимавшие различные комбинации на основе 2,4-дихлорбензилового спирта + амилметакрезола.

Результаты и обсуждение. Схема лечения включала орошение горла солевым раствором (на основе морской воды) 3 раза в день и применение одной из комбинаций на основе 2,4-дихлорбензилового спирта + амилметакрезола в рекомендованных инструкцией дозировках – по 1 таблетке для медленного рассасывания каждые 2–3 ч (не более 8 табл/сут), период наблюдения составил 3 дня. Получены новые данные динамики основных симптомов инфекционно-воспалительных заболеваний глотки в зависимости от нозологии. Использование различных комбинаций на основе 2,4-дихлорбензилового спирта + амилметакрезола способствовало достоверному ($p < 0,001$) снижению интенсивности боли в горле, уменьшению выраженности жалоб на дискомфорт при глотании, першение и/или сухость в горле и кашель.

Выводы. При выборе препарата следует учитывать нозологию, наибольшая динамика симптомов и клинической картины наблюдалась при использовании 2,4-дихлорбензилового спирта + амилметакрезола + левоментола и 2,4-дихлорбензилового спирта + амилметакрезола + лидокаина гидрохлорида моногидрата.

Ключевые слова: острый фарингит, хронический фарингит, хронический тонзиллит, топическая терапия, амилметакрезол + 2,4-дихлорбензиловый спирт, левоментол, лидокаин

Для цитирования: Владимирова ТЮ, Мартынова АБ. Дифференцированный подход к лечению инфекционно-воспалительных заболеваний глотки. *Медицинский совет.* 2026;20(6):40–49. <https://doi.org/10.21518/ms2026-033>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Differentiated approach to the treatment of infectious and inflammatory diseases of the pharynx

Tatyana Yu. Vladimirova[✉], <https://orcid.org/0000-0003-1221-5589>, t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru

Anastasia B. Martynova, <https://orcid.org/0000-0001-5851-5670>, martynova.a.med@yandex.ru

Samara State Medical University; 89, Chapayevskaya St., Samara, 443099, Russia

Abstract

Introduction. The problem of effective therapy of infectious and inflammatory diseases of the pharynx remains relevant despite numerous studies.

Aim. To study the effectiveness of using a combination of 2,4-dichlorobenzyl alcohol (1.2 mg) and amylmetacresol (0.6 mg) in combination with levomenthol (8 mg) or in combination with lidocaine (10 mg) in patients with acute pharyngitis, exacerbation of chronic pharyngitis or exacerbation of chronic tonsillitis.

Materials and methods. The sample included 159 patients (from 12 to 74 years old, average age 41.3 ± 18.3 years) with clinically confirmed diagnoses of acute pharyngitis, exacerbation of chronic pharyngitis and exacerbation of chronic tonsillitis. Three groups were identified, taking different combinations based on dichlorobenzyl alcohol in combination with amylmetacresol.

Results and discussion. The treatment regimen included irrigation of the throat with a saline solution (based on sea water) 3 times a day and the use of one of the combination based on dichlorobenzyl alcohol in combination with amylmetacresol in the dosages recommended by the instructions – 1 tablet for slow absorption every 2–3 hours (no more than 8 tablets per day), the observation period was 3 days. New data on the dynamics of the main symptoms of infectious and inflammatory diseases of the pharynx depending on the nosology were obtained. The use of various forms of the combination based on dichlorobenzyl alcohol in combination with amylmetacresol contributed to a reliable ($p < 0.001$) decrease in the intensity of pain in the throat, a decrease in the severity of complaints of discomfort when swallowing, sore throat and / or dry throat and cough.

Conclusions. When choosing a drug, the nosology should be taken into account; the greatest dynamics of symptoms and clinical picture were observed when using dichlorobenzyl alcohol in combination with amylmetacresol and levomenthol and dichlorobenzyl alcohol in combination with amylmetacresol and lidocaine hydrochloride monohydrate.

Keywords: acute pharyngitis, chronic pharyngitis, chronic tonsillitis, topical therapy, amylmetacresol + 2,4-dichlorobenzene alcohol, levomenthol, lidocaine

For citation: Vladimirova TYu, Martynova AB. Differentiated approach to the treatment of infectious and inflammatory diseases of the pharynx. *Meditsinskiy Sovet*. 2026;20(6):40–49. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-033>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема рациональной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний глотки, сопровождающихся болью в горле, остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования. Ввиду высокой распространенности данной патологии, важным аспектом лечения является выбор терапевтической стратегии с учетом конкретной клинической картины.

Наиболее часто симптомокомплекс «боль в горле» возникает при острых респираторных инфекциях, а также на фоне изолированного инфекционного поражения ротоглотки (фарингит, тонзиллит) [1–3]. По данным литературы, в подавляющем большинстве случаев (более 90%) возбудителями тонзиллита и фарингита (тонзиллофарингита) являются вирусы: вирус Эпштейна – Барр (HHV-4), вирус герпеса VI типа, представители семейства *Herpesviridae* (HSV-1, HSV-2, CMV) [4–6]. Ключевую роль при бактериальном воспалении играют *Streptococcus α-haemolyticus*, *β-haemolyticus*, *γ-haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *CNS Staphylococcus*, *Neisseria spp.*, *Haemophilus spp.*, *Corynebacterium spp.*, а также грибы рода *Candida*, филаментозные грибы [7–10]. Гораздо реже встречаются стрептококки группы С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского – Плаута – Венсана), крайне редко – микоплазмы и хламидии. При обследовании больных с длительным и упорным анамнезом заболевания грибковый характер воспаления выявляется у 44,7% пациентов [6]. В 90% случаев бактериальная флора глотки представлена ассоциациями из 2–3 видов микробов [11]. Нерациональная антибиотикотерапия, в т. ч. топическая, способствует стойким дисбиотическим изменениям в ротоглотке и развитию антибиотикорезистентности. Современные тестовые системы позволяют с высокой специфичностью (95–100%) и чувствительностью (60–95%) получать результат определения β-гемолитического стрептококка в полости рта с целью назначения антибактериальной терапии [12].

Для клинической картины фарингита и тонзиллита характерны першение, сухость, дискомфорт и боли в горле, при остром состоянии – общее недомогание, подъем температуры, фарингоскопическая картина характеризуется гиперемией слизистой оболочки [13]. Большинство лекарственных препаратов для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний ротоглотки выпускается в виде таблеток, леденцов или пастилок для рассасывания. Они удобны

в применении и в своем составе, как правило, имеют антисептики. Основными требованиями к антисептическим препаратам, имеющим контакт со слизистой оболочкой, являются: широкий спектр антимикробного действия, желательность включающий противовирусную активность, отсутствие токсического эффекта, низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек, низкая аллергенность и отсутствие значимого раздражающего эффекта на слизистую оболочку [14]. Этим критериям отвечают антисептические препараты на основе спиртов (фенола, бензола), в частности, с антисептической целью часто используют амилметакрезол и дихлорбензиловый спирт. Амилметакрезол является антисептиком, производным фенола, обладает противомикробным действием, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Дихлорбензиловый спирт является производным бензола и оказывает прямое действие на респираторные синцитиальные вирусы, коагулирует белки клеток микроорганизмов, оказывает противогрибковое действие, активен (in vitro) против многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Также дихлорбензиловый спирт взаимодействует с липидами клеточных мембран, чем объясняется его эффективность против бактерий и грибов.

На территории Российской Федерации широко известен препарат, представляющий собой комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензольного спирта [15]. Его терапевтические свойства активно используют при лечении острых фарингитов, тонзиллофарингитов и других воспалительных заболеваний горла, в т. ч. в послеоперационном периоде [16–21]. Заслуживают внимания комбинированные препараты для местного применения. Например, входящий в состав комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензольного спирта лидокаин обладает местно-анестезирующим действием и эффективен при болевом синдроме в глотке. Амилметакрезол + 2,4-дихлорбензольный спирт в сочетании с левоментолом дополнительно обладает смягчающим действием, а также уменьшает заложенность носа¹ [22].

Цель – изучить эффективность применения комбинации амилметакрезола (0,6 мг) и 2,4-дихлорбензольного спирта (1,2 мг) с включением в нее лидокаина (10 мг) или левоментола (8 мг) у пациентов с острым фарингитом, обострением хронического фарингита или обострением хронического тонзиллита.

¹ Мельникова ИЮ, Романцов МГ. Лекарственные препараты для лечения гриппа и ОРВИ. Ремедиум. 2012. Режим доступа: <https://remedium.ru/doctor/pulmonology/lekarstvennyye-preparaty-dlya-lecheniya-grippa-i-orvi/?ysclid=mfaup9rizt436607034>.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное наблюдательное исследование проводилось в период с марта по май 2025 г. За этот период на амбулаторный прием к врачу-оториноларингологу в СКДЦ клиник Самарского государственного медицинского университета обратилось 166 пациентов (средний возраст $41,0 \pm 18,2$ лет) с болью в горле. В выборку вошло 159 пациентов, 47,8% ($n = 76$) женщин и 52,2% ($n = 83$) мужчин в возрасте от 12 до 74 лет (средний возраст $41,3 \pm 18,3$ лет). Критериями включения были: возраст старше 12 лет, длительность боли в горле менее 4 дней, подтвержденный диагноз «острый фарингит» (J02.8 и J02.9), «обострение хронического фарингита» (J31.2) и «обострение хронического тонзиллита» (J35.0), отрицательный результат экспресс-теста «СтрептоА-ИМ-БИАН-ИХА» (РУ №РЗН 2023/20478 от 03.07.2023 г.), письменное добровольное информированное согласие на обследование и лечение самого пациента или его законного представителя. Критериями исключения стали: возраст младше 12 лет, боль в горле длительностью более 4 дней, наличие в анамнезе аллергии или сведений о непереносимости компонентов – амилметакрезола, 2,4-дихлорбензолового спирта, лидокаина и левоментола, состояния, требующие назначения антибиотиков, положительный экспресс-тест на β -гемолитический стрептококк группы А, наличие сопутствующих заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Критерии невключения: неспособность придерживаться требований исследования.

- **Таблица 1.** Состав и характеристика групп исследования
- **Table 1.** Composition and characteristics of the study groups

Параметр	I группа	II группа	III группа
Количество пациентов (абс/%)	55/34,6	51/32,1	53/33,3
Возраст (лет)	$27,1 \pm 15,8$	$58,4 \pm 9,1$	$39,6 \pm 13,1$
Мужской пол (абс/%)	28/50,9	21/41,2	25/47,2
Женский пол (абс/%)	27/49,1	30/58,8	28/52,8
Продолжительность боли в горле (дни)	$2,9 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,5$

- **Таблица 2.** Распределение пациентов по подгруппам с учетом рекомендованного лечения
- **Table 2.** Distribution of patients into subgroups taking into account the recommended treatment

Параметр	Подгруппы исследования								
	IA	IB	IC	IIA	IIB	IIC	IIIA	IIIB	IIIC
Количество пациентов (абс/%)	19/11,9	18/11,3	18/11,3	16/10,1	18/11,3	17/10,7	18/11,3	17/10,7	18/11,3
Возраст (лет)	$36,8 \pm 11,5$	$23,9 \pm 8,1$	$45,8 \pm 10,2$	$54,6 \pm 6,6$	$57,1 \pm 11,1$	$63,4 \pm 6,6$	$36,5 \pm 17,2$	$39,7 \pm 8,7$	$42,6 \pm 12,0$
Мужской пол (абс/%)	10/13,5	7/9,5	11/14,9	5/6,8	5/6,8	11/14,9	7/9,5	9/12,2	9/12,2
Женский пол (абс/%)	9/12,2	11/14,9	7/9,5	11/14,9	13/17,6	6/8,1	11/14,9	8/10,8	9/12,2

Пациенты были распределены на три группы с учетом клинического диагноза: в I группу вошли пациенты с острым фарингитом ($n = 55$, средний возраст $27,1 \pm 15,8$ лет), во II группу – пациенты с обострением хронического фарингита ($n = 51$, средний возраст $58,4 \pm 9,1$ лет), III группу составили пациенты с обострением хронического тонзиллита ($n = 53$, средний возраст $39,6 \pm 13,1$ лет). Состав и характеристика групп исследования представлены в *табл. 1*.

Для изучения эффективности применения комбинации амилметакрезола (0,6 мг) и 2,4-дихлорбензолового спирта (1,2 мг) в каждой из групп выделены следующие подгруппы (*табл. 2*): подгруппа «А» – пациенты, использовавшие комбинацию амилметакрезола (0,6 мг) и 2,4-дихлорбензолового спирта (1,2 мг), подгруппа «В» – пациенты, применявшие комбинацию амилметакрезола (0,6 мг) и 2,4-дихлорбензолового спирта (1,2 мг) в сочетании с левоментолом (8 мг), а также подгруппа «С» – пациенты, применявшие комбинацию амилметакрезола (0,6 мг) и 2,4-дихлорбензолового спирта (1,2 мг) в сочетании с лидокаином (10 мг).

Схема лечения включала орошение горла солевым раствором (на основе морской воды) 3 раза в день и применение одной из описанных комбинаций по 1 таблетке для медленного рассасывания каждые 2–3 ч (не более 8 табл/сут), период наблюдения составил 3 дня. Оценка симптомов и фарингоскопической картины проводилась врачом-оториноларингологом в три визита: визит 1 (день обращения) – исходная оценка симптомов заболевания и фарингоскопической картины, определение соответствия критериям включения в исследование, визит 2 (2-й день лечения) – оценка симптомов заболевания и фарингоскопической картины и визит 3 (3-й день лечения) – заключительная оценка симптомов заболевания и фарингоскопической картины.

Для оценки симптомов (боль в горле, дискомфорт при глотании, першение и/или сухость, кашель) использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ), где оценка 0 баллов характеризовала отсутствие симптома, оценка 10 баллов характеризовала максимальную выраженность симптома.

Оценка фарингоскопической картины проводилась врачом и включала следующие проявления: гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, отек слизистой оболочки глотки, выраженность лимфоидных гранул

задней стенки глотки, болезненность и увеличение лимфатических узлов. При обострении хронического тонзиллита учитывали выраженность местных признаков заболевания: гиперемию небных миндалин, гиперемию небных дужек, отек небных миндалин, наличие патологического содержимого в лакунах небных миндалин, болезненность и увеличение регионарных лимфатических узлов. Все местные признаки оценивались по 3-бальной шкале ВАШ, в которой 0 балл соответствовал отсутствию местного признака, 1 балл – слабой выраженности местного признака, 2 балла – умеренной выраженности местного признака, 3 балла – его сильной выраженности.

По окончании исследования (3-й визит) проводилась оценка удовлетворенности проведенным лечением по 5-бальной шкале Лайкерта пациентом и врачом-оториноларингологом. В ходе исследования также учитывали нежелательные явления, возникающие на фоне приема одной из комбинаций в каждой из подгрупп.

Подготовка к работе первичных данных и расчеты проводились в среде пакета статистических программ SPSS 25.0 (IBM Corporation, Armonk, NewYork, USA, лицензия №5725-A54). Нормальность распределения данных в группах и подгруппах исследования проводилась с использованием критерия Шапиро – Уилка. Для описания исходного состояния использованы методы описательной статистики для количественных параметров – n , среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (SD) для качественных параметров – частота (абс.) и доля в процентах. Статистический анализ включал расчет t -критерия Стьюдента, критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

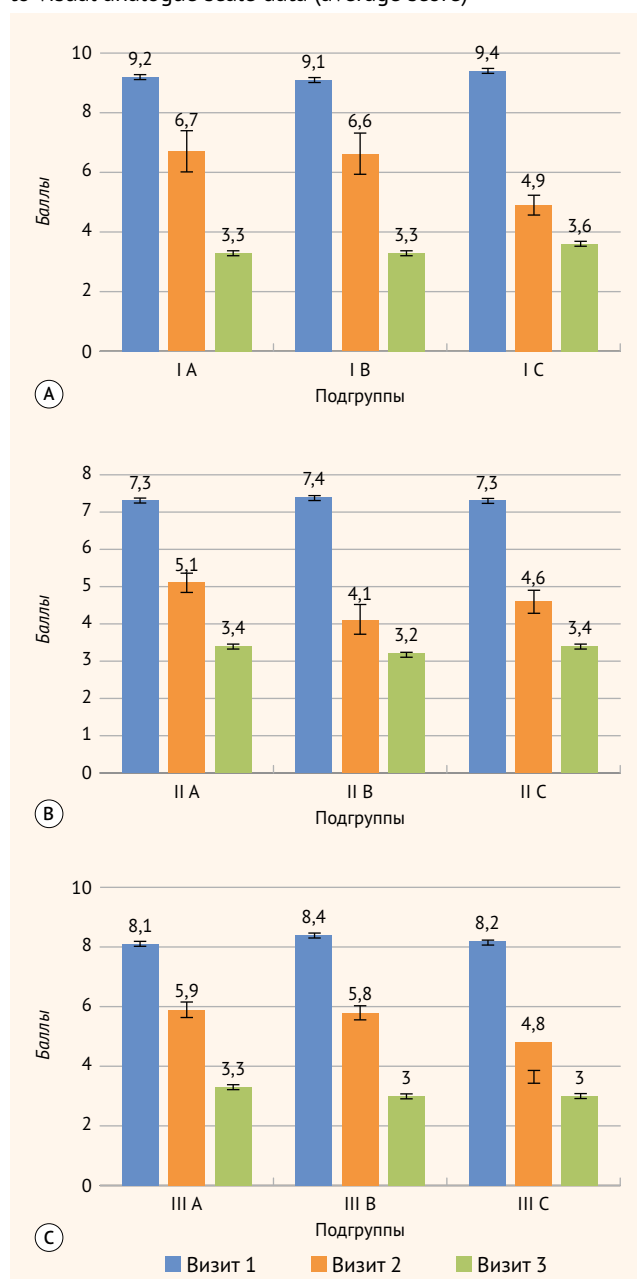
На момент обращения (1-й визит) выраженность боли в горле по ВАШ у пациентов с острым фарингитом (I группа) была максимальной (рис. 1А). В то же время исходная оценка боли в горле у пациентов в подгруппах с учетом принимаемых исследуемые комбинации была сопоставима (рис. 1А, В, С).

Ко 2-му визиту (2-й день лечения) все пациенты в группах отмечали уменьшение боли в горле ($p < 0,001$). Однако наибольшая динамика наблюдалась у пациентов I и III групп при использовании комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином (оценка по ВАШ $4,9 \pm 1,0$ и $4,8 \pm 1,4$ балла соответственно, $p < 0,001$). У пациентов с обострением хронического фарингита (II группа) наибольшая динамика прослеживалась у пациентов во IIВ подгруппе, которые использовали комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (оценка по ВАШ $4,1 \pm 1,5$ балла, $p < 0,001$).

К окончанию исследования (визит 3) оценка боли в горле по ВАШ в подгруппах практически не отличалась, однако у пациентов с обострением хронического тонзиллита (III группа) она была минимальной (рис. 1С). Сравнительная оценка в подгруппах показала, что если у пациентов с острым фарингитом и обострением хронического

фарингита минимальная оценка выраженности боли в горле по ВАШ была в подгруппах, принимавших комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта (подгруппа А) и комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (подгруппа В), то у пациентов с обострением хронического тонзиллита минимальный балл по ВАШ к 3-му дню лечения наблюдался в подгруппе, принимавшей комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (подгруппа В) и комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином (подгруппа С) (рис. 1А, В, С).

● **Рисунок 1.** Выраженность боли в горле в подгруппах по данным визуально-аналоговой шкалы (средний балл)
● **Figure 1.** Severity of sore throat in subgroups according to visual analogue scale data (average score)



А – у пациентов с острым фарингитом; В – у пациентов с обострением хронического фарингита; С – у пациентов с обострением хронического тонзиллита

Оценка выраженности дополнительных жалоб в динамике представлена в *табл. 3*. Так, у пациентов I группы уже ко 2-му визиту выявлено значительное снижение дискомфорта при глотании. Они в качестве топической терапии использовали комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином (IC подгруппа) ($p < 0,001$). У пациентов, которым была рекомендована комбинация амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (IB группа), ко 2-му дню лечения в большей степени уменьшились першение и/или сухость в горле, а также выраженность кашля – до $3,1 \pm 0,7$ и $3,0 \pm 0,8$ балла соответственно ($p < 0,001$).

У пациентов с обострением хронического фарингита (II группа) ко 2-му визиту отмечено статистически значимое уменьшение всех дополнительных жалоб преимущественно во IIB подгруппе. Они применяли комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом ($p < 0,001$).

У пациентов с обострением хронического тонзиллита (III группа) максимальная динамика прослеживалась у пациентов, применявших комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (подгруппа B), и касалась жалобы на першение и/или сухость в горле, в меньшей степени ко 2-му визиту отмечалось снижение дискомфорта при глотании и кашля. У пациентов, принимавших комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином (IIIC подгруппа), также выявлено статистически значимое снижение выраженности жалобы на першение и/или сухость в горле ко 2-му визиту ($p < 0,001$).

У пациентов с острым фарингитом (I группа) ко 2-му визиту во всех трех подгруппах в равной степени отмечались положительная динамика фарингоскопической

картины (*рис. 2*). Вместе с тем к 3-му визиту у пациентов IB подгруппы, которые использовали комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом выраженность гиперемии, отека слизистой оболочки задней стенки глотки, а также выраженность лимфоидных гранул задней стенки глотки и болезненность лимфатических узлов оказались минимальными ($p < 0,001$).

У пациентов с обострением хронического фарингита (II группа) исходная фарингоскопическая картина характеризовалась менее выраженными местными признаками воспаления в отличие от пациентов с острым фарингитом (I группа) (*рис. 3*). При фарингоскопическом осмотре на 2-й день лечения у пациентов во IIB и IIIC подгруппах отмечалась более выраженная динамика для гиперемии слизистой оболочки задней стенки глотки, отека слизистой оболочки задней стенки глотки и выраженности лимфоидных гранул задней стенки глотки. На 3-й день лечения во всех подгруппах отмечено статистически значимое уменьшение всех местных признаков воспаления ($p < 0,05$), однако у пациентов, принимавших комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (IIB подгруппа), динамика была меньше.

У пациентов с обострением хронического тонзиллита (III группа) при первичном ЛОР-осмотре выраженность местных признаков была сопоставима во всех подгруппах (*рис. 4*). Ко 2-му визиту наблюдалась положительная динамика, в большей степени она прослеживалась у пациентов, применявших комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (IIIB подгруппа). Так, в IIIB подгруппе на 2-й день лечения положительные изменения касались оценки гиперемии небных миндалин и небных дужек, наличия патологического отделяемого в лакунах небных миндалин

● **Таблица 3.** Динамика выраженности дополнительных жалоб у пациентов в подгруппах исследования по визуально-аналоговой шкале ($M \pm SD$, баллы)

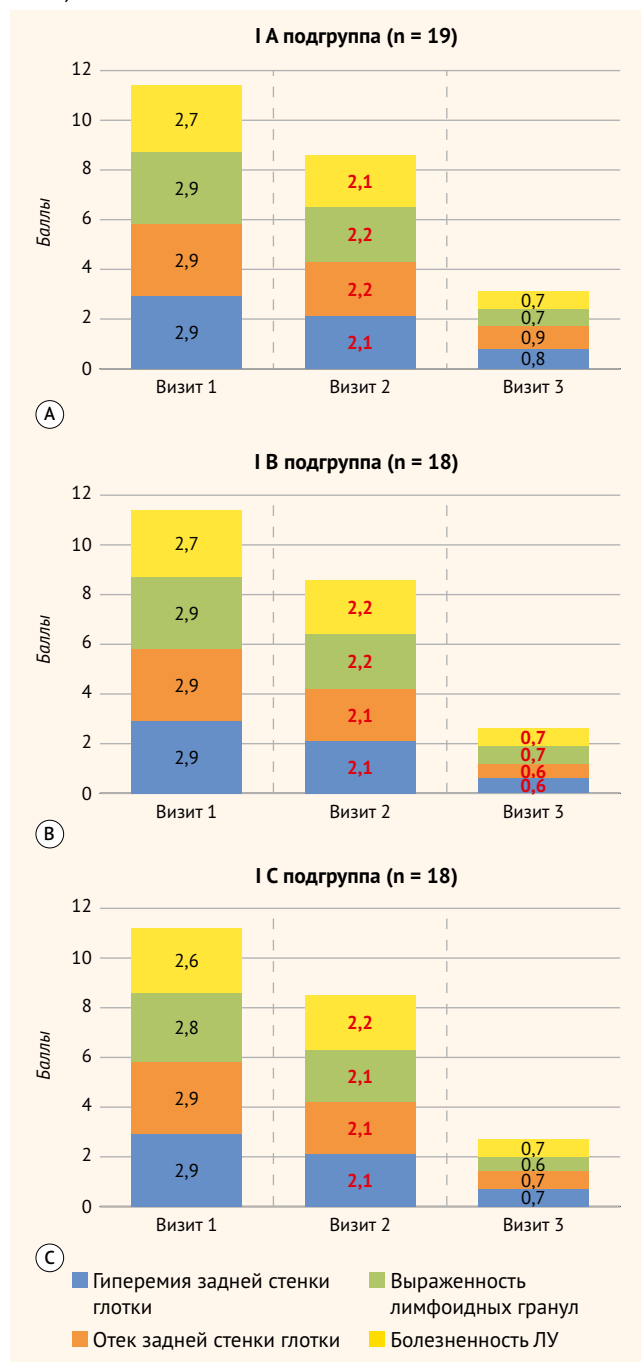
● **Table 3.** Dynamics of the severity of additional complaints in patients in the study subgroups according to the visual analogue scale ($M \pm SD$, points)

Жалобы	Визиты	Подгруппы исследования								
		IA (n = 19)	IB (n = 18)	IC (n = 18)	IIA (n = 16)	IIB (n = 18)	IIC (n = 17)	IIIA (n = 18)	IIIB (n = 17)	IIIC (n = 18)
Дискомфорт при глотании	1	$8,8 \pm 1,3$	$8,8 \pm 1,3$	$9,0 \pm 0,9$	$6,6 \pm 1,1$	$6,6 \pm 1,3$	$6,7 \pm 1,3$	$8,1 \pm 1,3$	$8,4 \pm 1,1$	$8,2 \pm 1,3$
	2	$6,6 \pm 0,5^{**}$	$6,4 \pm 0,5^{**}$	$5,7 \pm 1,0^{**}$	$4,7 \pm 0,5^{**}$	$3,7 \pm 0,7^{**}$	$4,1 \pm 0,8^{**}$	$5,4 \pm 1,0^{**}$	$4,9 \pm 0,8^{**}$	$5,2 \pm 0,9^{**}$
	3	$3,5 \pm 0,5^{**}$	$3,4 \pm 0,5^{**}$	$3,3 \pm 0,5^{**}$	$3,6 \pm 0,5^{**}$	$3,4 \pm 0,5$	$3,4 \pm 0,5$	$2,9 \pm 0,5^{**}$	$2,2 \pm 0,8^{**}$	$2,9 \pm 0,8^{**}$
Першение и/или сухость в горле	1	$6,5 \pm 1,3$	$6,5 \pm 0,9$	$6,4 \pm 0,7$	$6,9 \pm 0,9$	$6,9 \pm 0,9$	$7,0 \pm 1,2$	$6,3 \pm 1,7$	$6,5 \pm 1,3$	$6,4 \pm 1,4$
	2	$3,7 \pm 0,5^{**}$	$3,1 \pm 0,7^{**}$	$3,6 \pm 0,5^{**}$	$4,6 \pm 0,5^{**}$	$3,8 \pm 0,4^{**}$	$4,6 \pm 0,5^{**}$	$4,4 \pm 1,1^{**}$	$4,3 \pm 0,8^{**}$	$4,0 \pm 1,2^{**}$
	3	$1,4 \pm 0,7^{**}$	$1,1 \pm 0,2^{**}$	$1,8 \pm 0,6^{**}$	$3,9 \pm 0,6^{**}$	$2,7 \pm 0,5^{**}$	$3,6 \pm 0,5^{*}$	$1,7 \pm 0,9^{**}$	$1,6 \pm 0,5^{**}$	$1,6 \pm 0,8^{**}$
Кашель	1	$6,7 \pm 2,4$	$6,7 \pm 1,5$	$6,9 \pm 1,9$	$6,6 \pm 1,7$	$6,4 \pm 1,4$	$6,2 \pm 1,3$	$7,0 \pm 2,1$	$7,1 \pm 1,9$	$7,2 \pm 1,8$
	2	$4,7 \pm 0,5^{*}$	$3,0 \pm 0,8^{**}$	$4,6 \pm 1,3^{**}$	$4,1 \pm 0,7^{**}$	$3,7 \pm 0,7^{**}$	$4,3 \pm 0,5^{**}$	$3,2 \pm 0,9^{**}$	$2,8 \pm 1,0^{**}$	$3,8 \pm 0,7^{**}$
	3	$2,9 \pm 0,8^{**}$	$1,1 \pm 0,3^{**}$	$2,8 \pm 0,6^{**}$	$3,6 \pm 0,8$	$2,6 \pm 0,5^{**}$	$3,6 \pm 0,5$	$1,9 \pm 1,2^{**}$	$1,8 \pm 0,8^{**}$	$1,8 \pm 0,8^{**}$

* Статистическая значимость $p < 0,05$. ** Статистическая значимость $p < 0,001$ по сравнению с предыдущим визитом.

● **Рисунок 2.** Оценка фарингоскопической картины у пациентов с острым фарингитом по визуально-аналоговой шкале (средний балл)

● **Figure 2.** Assessment of pharyngoscopic picture in patients with acute pharyngitis using visual analogue scale (average score)

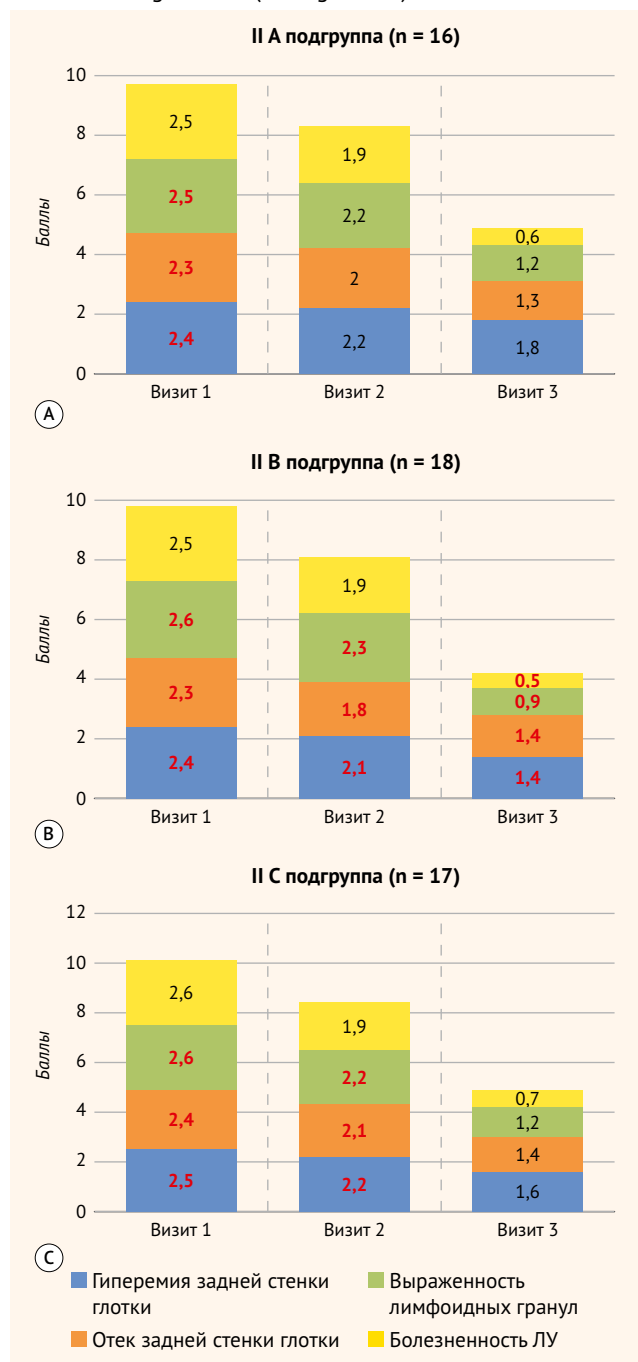


и болезненности лимфатических узлов, а также выраженности отека небных миндалин. К 3-му визиту контроль фарингоскопической картины показал статистически значимый регресс симптомов ($p < 0,05$) в равной степени во всех подгруппах исследования независимо от выбранной комбинации.

Оценка встречаемости нежелательных явлений была проведена на 3-м визите (табл. 4). У одного пациента (0,6%)

● **Рисунок 3.** Оценка фарингоскопической картины у пациентов с обострением хронического фарингита по визуально-аналоговой шкале (средний балл)

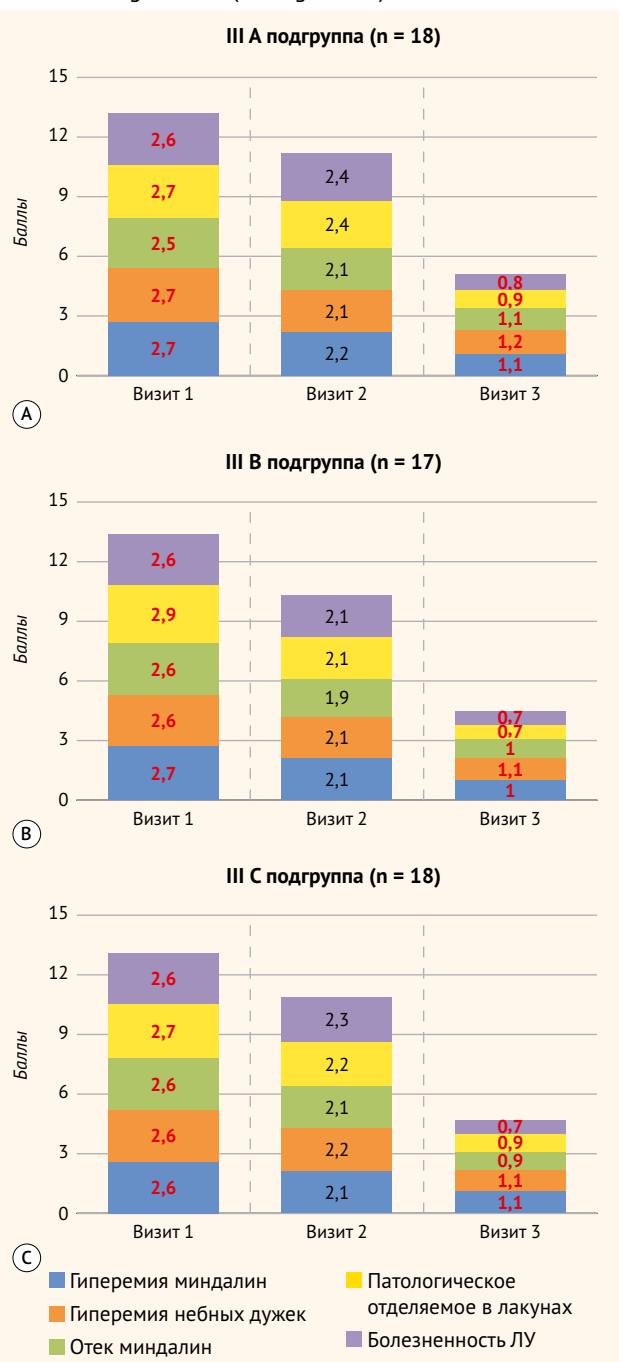
● **Figure 3.** Assessment of the pharyngoscopic picture in patients with exacerbation of chronic pharyngitis using a visual analogue scale (average score)



с обострением хронического фарингита (II группа) было отмечено кратковременное изменение вкусовых ощущений после применения комбинации амилметакрезол и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином. Также в этой группе у одного пациента (0,6%) отмечалось ощущение раздражения в горле при использовании комбинации амилметакрезол и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом.

● **Рисунок 4.** Оценка фарингоскопической картины у пациентов с обострением хронического тонзиллита по визуальной-аналоговой шкале (средний балл)

● **Figure 4.** Assessment of the pharyngoscopic picture in patients with exacerbation of chronic tonsillitis using a visual analogue scale (average score)



У пациентов, получающих комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом (IIB и IIIB подгруппы), в 1,3% (n = 2) отмечались легкое жжение и пощипывание слизистой оболочки глотки при рассасывании препарата. Один пациент (0,6%) с обострением хронического тонзиллита отметил чихание при использовании комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании

с левоментолом. Все выявленные нежелательные явления в подгруппах были кратковременными и не влияли на приверженность пациентов к рекомендованному лечению. Выбывших пациентов из исследования ввиду нежелательных явлений зарегистрировано не было.

При оценке эффективности лечения исследуемыми комбинациями все врачи и пациенты дали оценку «отлично» (5 баллов) и «хорошо» (4 балла) (рис. 5, 6). 94,4% врачей-оториноларингологов при лечении пациентов с острым фарингитом оценили эффективность комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом и комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином на «отлично», оценку «отлично» поставили 94,1% врачей, использовавших при лечении пациентов с обострением хронического фарингита комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином.

Оценка эффективности лечения, по мнению пациентов, полностью совпала с оценкой врачей-оториноларингологов, при этом 94,4% пациентов с обострением хронического тонзиллита отметили «отличную» оценку лечения независимо от применяемой комбинации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Болевые ощущения в горле, затрудняя глотание и разговорную речь, могут резко снижать качество жизни пациентов, практически полностью выключая их из активной личной, трудовой и социальной жизни. Поэтому рациональный выбор терапевтической тактики при инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки требует глубокого анализа клинической картины, включая данные о заболевании с учетом индивидуальных особенностей пациента. В ряде отечественных исследований неоднократно подтверждена эффективность применения комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта при острых инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки [16–21, 23, 24].

В проведенном нами исследовании показано, что использование комбинаций амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта способствовало снижению интенсивности боли в горле, а также уменьшению выраженности дополнительных жалоб на дискомфорт при глотании, першение и/или сухость в горле и кашель, что согласуется с предыдущими данными [25]. В то же время получены новые данные динамики основных симптомов в зависимости от нозологии. Так, уже ко 2-му визиту все пациенты с острым фарингитом, которые использовали комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином, отмечали значительное уменьшение боли в горле по ВАШ ($p < 0,001$). У пациентов с обострением хронического фарингита наиболее интенсивное снижение боли в горле ко 2-му визиту отмечалось в подгруппе лиц, применявших комбинацию амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта с левоментолом ($p < 0,001$). Для пациентов с обострением хронического тонзиллита наибольшая эффективность снижения боли ко 2-му визиту выявлена у пациентов, которым была рекомендована комбинация амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта с лидокаином ($p < 0,001$).

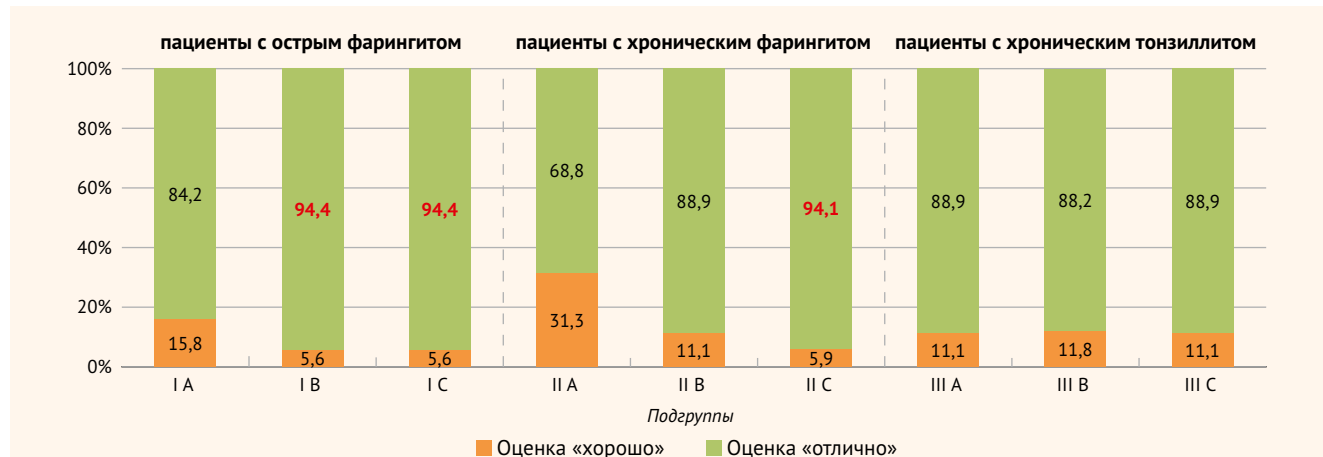
● **Таблица 4.** Частота нежелательных явлений в подгруппах с учетом рекомендованного лечения (абс/%)

● **Table 4.** Incidence of adverse events in subgroups according to recommended treatment (abs/%)

Нежелательные явления	Подгруппы исследования									Итого (абс/%)
	IA (n = 19)	IB (n = 18)	IC (n = 18)	IIA (n = 16)	IIB (n = 18)	IIC (n = 17)	IIIA (n = 18)	IIIB (n = 17)	IIIC (n = 18)	
Изменение вкусовых ощущений	-	-	-	-	-	1/0,6	-	-	-	1/0,6
Легкое жжение слизистой оболочки глотки	-	-	-	-	1/0,6	-	-	1/0,6	-	2/1,3
Пощипывание слизистой оболочки глотки	-	-	-	-	1/0,6	-	-	-	-	1/0,6
Раздражение в горле	-	-	-	-	1/0,6	-	-	-	-	1/0,6
Чихание	-	-	-	-	-	-	-	1/0,6	-	1/0,6

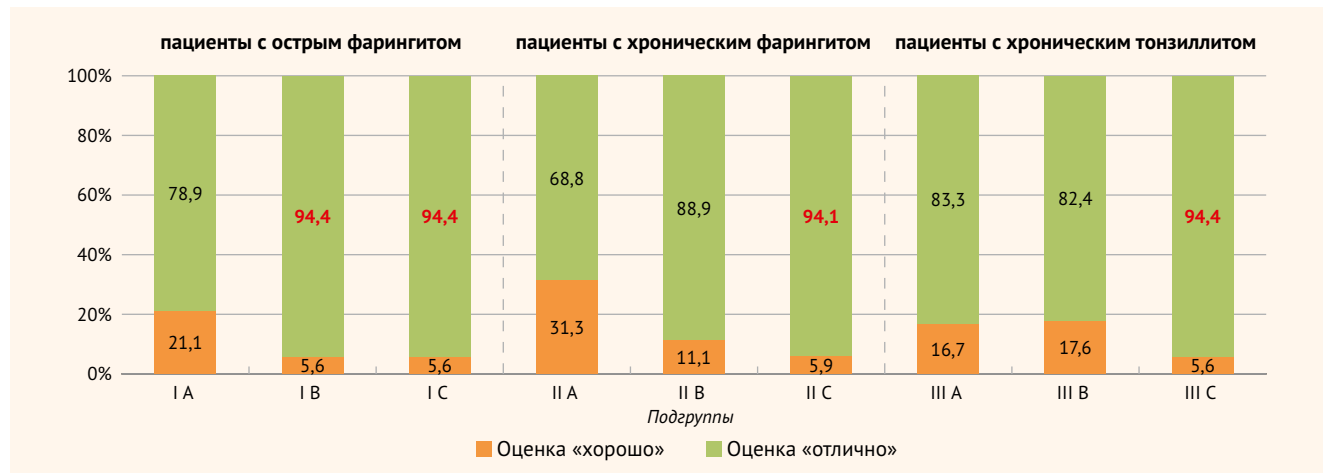
● **Рисунок 5.** Оценка эффективности лечения по шкале Лайкерта по мнению врачей-оториноларингологов (доля опрошенных, %)

● **Figure 5.** Assessment of treatment effectiveness on the Likert scale according to otolaryngologists (proportion of respondents, %)



● **Рисунок 6.** Оценка эффективности лечения по шкале Лайкерта по мнению пациентов (доля опрошенных, %)

● **Figure 6.** Assessment of treatment effectiveness on the Likert scale according to patients' opinions (proportion of respondents, %)



Оценка динамики дополнительных жалоб показала, что у пациентов с острым фарингитом уже на 2-й день исследования отмечается значительное снижение дискомфорта при глотании при использовании комбинации амилметакрезоло и 2,4-дихлорбензольного спирта с лидокаином ($p < 0,001$). У пациентов, которым была рекомендована комбинация амилметакрезоло и 2,4-дихлорбензольного спирта с левоментолом, ко 2-му дню лечения в большей степени

уменьшились першение и/или сухость в горле, а также выраженность кашля ($p < 0,001$). В группе пациентов с обострением хронического фарингита ко 2-му визиту отмечено статистически значимое уменьшение всех дополнительных жалоб преимущественно в подгруппе, которым была назначена комбинация амилметакрезоло и 2,4-дихлорбензольного спирта с левоментолом. У пациентов с обострением хронического тонзиллита ко 2-му визиту в большей

степени уменьшились жалобы на першение и/или сухость в горле при использовании комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с левоментолом и в сочетании с лидокаином ($p < 0,001$).

Крайне важным является также проведенная нами оценка нежелательных явлений при использовании комбинаций амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта. Все выявленные нежелательные явления в подгруппах были кратковременными и не влияли на приверженность пациентов к рекомендованному лечению.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования подтверждают высокую эффективность и безопасность применения комбинаций амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового

спирта в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний глотки. Результаты оценки трехдневного лечения пациентами и врачами-оториноларингологами подтверждают целесообразность использования комбинаций амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта при остром фарингите, обострении хронического фарингита и хронического тонзиллита. При выборе комбинации согласно полученным результатам следует учитывать нозологию. Наибольшая динамика симптомов и клинической картины наблюдалась при использовании комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта с левоментолом и комбинации амилметакрезола и 2,4-дихлорбензолового спирта в сочетании с лидокаином.



Поступила / Received 09.09.2025

Поступила после рецензирования / Revised 17.10.2025

Принята в печать / Accepted 13.02.2026

Список литературы / References

- van der Velden AW, Sessa A, Altiner A. Patients with Sore Throat: A Survey of Self-Management and Healthcare-Seeking Behavior in 13 Countries Worldwide. *Pragmat Obs Res*. 2020;10:91–102. <http://doi.org/10.2147/POR.S255872>.
- Krüger K, Töpfner N, Berner R. Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(11):188–194. <http://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0121>.
- Wi D, Choi SH. Positive Rate of Tests for Group A Streptococcus and Viral Features in Children with Acute Pharyngitis. *Children*. 2021;8(7):599. <http://doi.org/10.3390/children8070599>.
- Туровский АБ, Талалайко ЮВ, Изотова ГН. Острый тонзиллофарингит. *PMJ*. 2009;(19):1245. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Ostryy_tonzillofaringit.
- Turovsky AB, Talalaiko YuV, Izotova GN. Acute tonsillopharyngitis. *RMJ*. 2009;(19):1245. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Ostryy_tonzillofaringit.
- Dogan B, Rota S, Gurbuzler L. The correlation between EBV viral load in the palatine tonsils of patients with recurrent tonsillitis and concurrent serum titers of VCA-IgG. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267(1):143–148. <http://doi.org/10.1007/s00405-009-0988-6>.
- Sahin F, Gerciker D, Karasartova D. Detection of herpes simplex virus type 1 in addition to Epstein-Bar virus in tonsils using a new multiplex polymerase chain reaction assay. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2007;57(1):47–51. <http://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2006.09.013>.
- Радциг ЕЮ, Гуров АВ. Боль в горле. Перекрестные проблем и поиски решений. *PMJ*. 2022;5(3):228–236. <http://doi.org/10.32364/2618-8430-2022-5-3-228-236>.
- Radtzig EYu, Gurov AV. Sore throat. Crossroads of problems and search for solutions. *RMJ*. 2022;5(3):228–236. (In Russ.) <http://doi.org/10.32364/2618-8430-2022-5-3-228-236>.
- Cots JM, Alós JI, Bárcena M. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del. *Aten Primaria*. 2015;47(8):532–543. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.002>.
- Pallon J, Sundqvist M, Hedin K. A 2-year follow-up study of patients with pharyngotonsillitis. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):3. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2917-4>.
- Frost HM, Fritsche TR, Hall MC. Beta-Hemolytic Nongroup A Streptococcal Pharyngitis in Children. *J Pediatr*. 2019;206:268–273.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.10.048>.
- Покровский ВИ, Поздеев ОК. *Медицинская микробиология*. М.; 1999.
- Lasseeter GM, McNulty CA, Richard Hobbs FD. PRISM Investigators. In vitro evaluation of five rapid antigen detection tests for group A beta-haemolytic streptococcal sore throat infections. *Fam Pract*. 2009;26(6):437–444. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp054>.
- Лучшева ЮВ, Изотова ГН. Местная терапия при фарингите. *PMJ*. 2011;(6):420. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Mestnaya_terapiya_pri_faringite.
- Luchsheva YuV, Izotova GN. Local therapy for pharyngitis. *RMJ*. 2011;(6):420. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Mestnaya_terapiya_pri_faringite.
- Shephard A, Zybeshari S. Virucidal action of sore throat lozenges against respiratory viruses parainfluenza type 3 and cytomegalovirus. *Antiviral Res*. 2015;123:158–162. <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2015.09.012>.
- Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract*. 2000;50(459):817–820. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1313826>.
- Рязанцев СВ, Павлова СС. Современные возможности топической терапии инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и глотки. *Медицинский совет*. 2020;(6):14–20. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-6-14-20>.
- Ryazantsev SB, Pavlova SS. Modern possibilities of topical therapy of infectious and inflammatory diseases of the upper respiratory tract and pharynx. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(6):14–20. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-6-14-20>.
- Островская АС, Иванчикин СА. Актуальные аспекты лечения острых респираторных заболеваний у детей: препараты топического действия при ринофарингите. *Вопросы современной педиатрии*. 2012;11(5):160–166. <https://doi.org/10.15690/vsp.v11i5.447>.
- Ostrovskaya AS, Ivanichkin SA. Current aspects of treatment of acute respiratory diseases in children: topical drugs for nasopharyngitis. *Current Pediatrics*. 2012;11(5):160–166. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v11i5.447>.
- Карпищенко С, Лавренова Г, Куликова О. Лечение острого фарингита у взрослых. *Врач*. 2015;(11):20–22. Режим доступа: <https://vrachjournal.ru/ru/25877305-2015-11-06>.
- Karpishchenko S, Lavrenova G, Kulikova O. Treatment of acute pharyngitis in adults. *Vrach*. 2015;(11):20–22. (In Russ.) Available at: <https://vrachjournal.ru/ru/25877305-2015-11-06>.
- Лебединская ЕА, Уткина НР, Мерзлова НБ, Лебединская ОВ. Особенности местной терапии при фарингитах у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2014;13(2):136–139. <https://doi.org/10.15690/vsp.v13i2.986>.
- Lebedinskaya EA, Utkina NP, Merzlova NB, Lebedinskaya OV. Features of local therapy for pharyngitis in children. *Current Pediatrics*. 2014;13(2):136–139. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v13i2.986>.
- Харина ДВ, Мачарадзе ДШ. Острый тонзиллофарингит. Рациональный выбор фармакотерапии. *Вопросы современной педиатрии*. 2013;12(5):49–53. <https://doi.org/10.15690/vsp.v12i5.797>.
- Kharina DV, Macharadze DS. Acute tonsillopharyngitis. Rational choice of pharmacotherapy. *Current Pediatrics*. 2013;12(5):49–53. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v12i5.797>.
- Егорова ОА. Местная терапия боли в горле на фоне антибиотикорезистентности. *Медицинский совет*. 2022;(8):68–76. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-8-68-76>.
- Egorova OA. Local therapy of sore throat against the background of antibiotic resistance. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;(8):68–76. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-8-68-76>.
- Крюков АИ, Царапкин ГЮ, Горюева ЕВ, Поляева МЮ, Селезнева ЛВ. Применение Ноуаг-лазера в хирургическом лечении хронического тонзиллита. *Медицинский совет*. 2013;(2):51–53. Режим доступа: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/876>.
- Kryukov AI, Tsarapkin GYu, Goroyeva EV, Polyayeva MYu, Selezneva LV. Application of Noayag laser in surgical treatment of chronic tonsillitis. *Meditsinskiy Sovet*. 2013;(2):51–53. (In Russ.) Available at: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/876>.
- Коровина НА, Заплатников АЛ, Бурцева ЕИ, Исаева ЕИ, Мингалимова ГА, Шевченко ЕС, Белякова НВ. Топическая противовирусная терапия гриппа и ОРВИ у детей. *Педиатрия имени Г.Н. Сперанского*. 2008;87(1):95–100. Режим доступа: <https://pediatrajournal.ru/archive?show=288§ion=2041>.
- Korovina NA, Zaplatnikov AL, Burtseva EI, Isaeva EI, Mingalimova GA, Shevchenko ES, Belyakova NV. Topical antiviral therapy for influenza and acute

- respiratory viral infections in children. *Pediatrics* – Zhurnal im G.N. Speranskogo. 2008;87(1):95–100. (In Russ.) Available at: <https://pediatrajournal.ru/archive?show=288§ion=2041>.
24. Солдатский ЮЛ, Онуфриева ЕК, Гаспарян СФ, Щепин НВ, Стеклов АМ. Выбор оптимального средства для местного лечения фарингита у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2012;11(2):94–97. <https://doi.org/10.15690/vsp.v11i2.218>. Soldatskiy YL, Onufrieva EK, Gasparyan SF, Shchepin NV, Steklov AM. Choosing of the optimal local medicine for the treatment of pharyngitis in children. *Current Pediatrics*. 2012;11(2):94–97. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v11i2.218>.
25. Рязанцев СВ, Павлова СС, Еремин СА, Горпинич ВД. Антисептики как альтернатива системной антибактериальной терапии. *Consilium Medicum*. 2021;23(3):256–260. <https://doi.org/10.26442/20751753.2021.3.200774>. Ryazantsev SV, Pavlova SS, Eremin SA, Gorpinich VD. Antiseptics as an alternative to systemic antibacterial therapy. *Consilium Medicum*. 2021;23(3):256–260. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/20751753.2021.3.200774>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Т.Ю. Владимирова
 Концепция и дизайн исследования – Т.Ю. Владимирова
 Написание текста – Т.Ю. Владимирова, А.Б. Мартынова
 Сбор и обработка материала – А.Б. Мартынова
 Обзор литературы – Т.Ю. Владимирова, А.Б. Мартынова
 Анализ материала – Т.Ю. Владимирова, А.Б. Мартынова
 Статистическая обработка – А.Б. Мартынова
 Редактирование – Т.Ю. Владимирова
 Утверждение окончательного варианта статьи – Т.Ю. Владимирова

Contribution of authors:

Concept of the article – Tatyana Yu. Vladimirova
 Study concept and design – Tatyana Yu. Vladimirova
 Text development – Tatyana Yu. Vladimirova, Anastasia B. Martynova
 Collection and processing of material – Anastasia B. Martynova
 Literature review – Tatyana Yu. Vladimirova, Anastasia B. Martynova
 Material analysis – Tatyana Yu. Vladimirova, Anastasia B. Martynova
 Statistical processing – Anastasia B. Martynova
 Editing – Tatyana Yu. Vladimirova
 Approval of the final version of the article – Tatyana Yu. Vladimirova

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Владимирова Татьяна Юльевна, д.м.н., доцент, заведующая кафедрой оториноларингологии имени академика РАН И.Б. Солдатова, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru
Мартынова Анастасия Борисовна, к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии имени академика РАН И.Б. Солдатова, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; martynova.a.med@yandex.ru

Information about the authors:

Tatyana Yu. Vladimirova, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Otorhinolaryngology Department named after academician I.B. Soldatov, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; t.yu.vladimirovalor@samsmu.ru
Anastasia B. Martynova, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Otorhinolaryngology Department named after academician I.B. Soldatov, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; martynova.a.med@yandex.ru