

Клинический опыт контроля болевого синдрома при инфекционно-воспалительной патологии глотки

О.А. Егорова^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-6316-6046>, ola-egorova@yandex.ru

А.А. Тарасов¹, <https://orcid.org/0000-0002-3236-2642>, alat71@yandex.ru

¹ Смоленский государственный медицинский университет; 214018, Россия, Смоленск, проспект Гагарина, д. 28

² Смоленская областная клиническая больница, 214018, Россия, Смоленск, проспект Гагарина, д. 27

Резюме

В статье описаны клинические случаи использования кетопрофена в виде раствора для полоскания горла и флурбипрофена в виде таблеток для рассасывания у ребенка с острым вирусным тонзиллофарингитом и 2 взрослых пациентов с перитонзиллярными абсцессами. Показано, что препараты оказывают быстрый и выраженный обезболивающий эффект. Пациенты отмечали значительное уменьшение боли уже через 10–20 мин от момента применения препаратов. Отмечено, что комбинированное применение раствора для полоскания и таблеток для рассасывания дает более быстрый эффект по сравнению с использованием 1 препарата. У пациента с перитонзиллярным абсцессом, получавшего комбинацию препаратов, полное купирование боли в горле наступило на одни сут. раньше, чем у пациента, получавшего в качестве обезболивающей терапии только таблетки для рассасывания. У пациентов не было отмечено нежелательных реакций на прием препаратов. Описанные случаи сопровождаются обзором литературы, в котором представлены сведения об эпидемиологии, причинах и механизмах, методах терапии боли в горле. Чаще всего в практике оториноларинголога встречается ноцицептивная боль, вызываемая инфекционно-воспалительным фактором. Для купирования боли применяется широкий спектр препаратов, относящихся к различным группам (антисептики, антибиотики, местные анестетики и др.), но патогенетическим действием обладает только группа нестероидных противовоспалительных препаратов.

Ключевые слова: острый тонзиллофарингит, перитонзиллярный абсцесс, НПВС, боль в горле, комбинированная терапия, раствор для полоскания, таблетки для рассасывания

Для цитирования: Егорова ОА, Тарасов АА. Клинический опыт контроля болевого синдрома при инфекционно-воспалительной патологии глотки. *Медицинский совет*. 2025;19(13):108–114. <https://doi.org/10.21518/ms2025-195>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical experience of pain management in infectious and inflammatory diseases of pharynx

Olga A. Egorova^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-6316-6046>, ola-egorova@yandex.ru

Aleksandr A. Tarasov¹, <https://orcid.org/0000-0002-3236-2642>, alat71@yandex.ru

¹ Smolensk State Medical University; 28, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia

² Smolensk Regional Clinical Hospital, 27, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia

Abstract

The article presents clinical cases that focus on administration of ketoprofen as a throat wash and flurbiprofen as lozenges in a child with acute viral tonsillopharyngitis and two adult patients with peritonsillar abscesses. The drugs have been shown to provide a rapid and strong analgesic effect. Patients reported a significant reduction in pain within 10–20 minutes after administration of the drugs. It was emphasized that the combined use of a throat wash and lozenges produced a faster effect as compared to the single-drug therapy. The patient with a peritonsillar abscess who received a combination of two drugs demonstrated a complete relief of sore throat a day earlier than a patient who only received lozenges as pain relief therapy. No adverse reactions to the drugs were observed in patients. The presented cases are accompanied by a literature review, which provides information on the epidemiology, causes and mechanisms, as well as methods for treating a sore throat. Otolaryngologists most often see patients with nociceptive pain caused by an infectious and inflammatory factor in their practice. A wide range of drugs from various groups (antiseptics, antibiotics, local anesthetics, etc.) are used to relieve pain, but only a group of non-steroidal anti-inflammatory drugs has a pathogenetic effect.

Keywords: acute tonsillopharyngitis, peritonsillar abscess, NSAIDs, sore throat, combination therapy, throat wash, lozenges

For citation: Egorova OA, Tarasov AA. Clinical experience of pain management in infectious and inflammatory diseases of pharynx. *Meditinskiiy Sovet*. 2025;19(13):108–114. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-195>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Купирование болевого синдрома является одной из самых актуальных задач в повседневной практике врача-оториноларинголога. Пациенты обращаются с различными видами боли: боли в ухе, головная боль, боль в лице, но, наверное, самая обширная группа – это боли в горле. Исследования, проведенные в различных странах, показывают, что заболевания, при которых наблюдаются боли в горле, занимают лидирующие позиции в обращаемости за первичной медицинской помощью. Систематический обзор, выполненный канадскими учеными, выявил, что в пятерку самых частых причин обращения за медицинской помощью входят инфекции верхних дыхательных путей и фарингит, т.е. состояния, для которых боль в горле является типичным симптомом [1]. Немецкие ученые отмечают, что боль в горле занимает 6-е место в списке наиболее распространенных причин обращения к врачу первичного звена, и на ее долю приходится 2,7% всех консультаций первичной медико-санитарной помощи в Германии [2]. В США на острый фарингит приходится 1–2% всех обращений в амбулаторные отделения, врачебные кабинеты и отделения неотложной помощи [3]. В Шотландии из 15 788 респондентов (в возрасте 14 лет и старше), участвовавших в опросе по оценке распространенности заболеваний уха, горла и носа среди жителей страны и использования в связи с этим ресурсов здравоохранения, 31% сообщили, что в год, предшествующий опросу, у них был как минимум один эпизод сильной боли в горле или тонзиллита [4]. И это только официально зафиксированные данные, хотя известно, что далеко не все пациенты с болью в горле обращаются за консультацией к врачу [5].

ПРИЧИНЫ БОЛИ В ГОРЛЕ

Боль в горле может иметь инфекционную и неинфекционную природу, хотя иногда они сочетаются. Большинство случаев являются инфекционными, причем значительная их часть (до 40%) вызывается риновирусом и аденовирусом. Другие вирусы – коронавирус, вирус гриппа, парагриппа, Эпштейна – Барр и простого герпеса. В целом вирусная этиология может обуславливать до 80% всех случаев. Из бактериальных возбудителей заболеваний, протекающих с болью в горле, наиболее значимым является β -гемолитический стрептококк группы А, обнаруживаемый в 5–36% случаев острого тонзиллита и тонзиллофарингита. К другим микроорганизмам, вызывающим боль в горле, относятся стрептококки групп С и G, могут встречаться *Mycoplasma pneumoniae* и *Arcanobacterium haemolyticus* и др. Определенное значение играют кандидозные инфекции и другие грибковые и паразитарные инфекции [6–8].

Неинфекционные причины боли в горле чрезвычайно разнообразны. Это могут быть физико-химические факторы, такие как курение, храп, голосовое перенапряжение, воздействие некоторых лекарственных средств, сопутствующие заболевания. Так, медикаментозная боль в горле является зарегистрированным побочным эффектом приема таких лекарственных препаратов, как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), химиотерапевтические

препараты, ингаляционные глюкокортикостероиды. Хотя в последнем случае боль в горле может быть следствием, в том числе и присоединившейся грибковой инфекции глотки [9, 10]. Ряд системных заболеваний и заболеваний внутренних органов протекает с симптоматикой боли в горле, что отражает естественное течение патологических процессов при этих болезнях. Например, болезнь Kawasaki (слизисто-кожный васкулит) обычно вызывает явления фарингита как у взрослых, так и у детей [11]. Хронический фарингит является распространенным проявлением гастроэзофагеального рефлюкса [12], и это заболевание теперь называется ларингофарингеальным рефлюксным расстройством. Постназальный затек, возникающий при заболеваниях носа и носоглотки, особенно в детском возрасте (аденоидит, синусит, аллергический ринит), также является раздражающим фактором слизистой глотки и может обуславливать симптоматику фарингита.

Боль в горле может вызываться неблагоприятными факторами окружающей среды, например, смог и пыльная атмосфера городов, загрязненный воздух производственных помещений. Было показано, что твердые частицы и пары, образующиеся в самых разных отраслях промышленности (целлюлозные, деревообрабатывающие, цементные заводы и другие производства), являются причиной боли в горле работников этих предприятий [13–15]. Даже просто приготовление пищи и разведение огня могут быть фактором риска. Так, в одном из исследований было показано, что у некурящих женщин в США каждый час использования открытого огня был связан с (небольшим, но поддающимся измерению) повышением частоты приступов боли в горле (относительный риск 1,04; 95% ДИ 1,00–1,08) [16]. Температура и влажность тоже влияют на слизистые оболочки и связаны с симптомом боли в горле. Разогретый и сухой воздух вызывает болевые ощущения в носу [17], а регулярная работа в холодных условиях и/или условиях пониженной влажности способствует появлению симптомов ринита и боли в горле [18, 19].

Боль в горле может носить невропатический характер и сопровождать такие заболевания, как шейный остеохондроз (вследствие механического сдавления корешков спинальных нервов), герпетическую невралгию тройничного нерва, невралгию языкоглоточного нерва, синдром Игла. Реже наблюдается невропатическая боль при опухолях вследствие прорастания опухоли в нервные структуры [20].

Наконец нельзя исключать психогенную боль, для которой характерно несоответствие между тяжестью страдания пациента и данными объективного обследования. Обычно такой вид боли встречается у больных с фобиями, в частности канцерофобией [21].

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ БОЛИ

Механизмы развития боли различны. В настоящее время в патофизиологии боли наиболее часто выделяют 3 механизма: ноцицептивный, невропатический и дисфункциональный [22].

Ноцицептивная боль вызывается активацией болевых рецепторов (ноцицепторов) в ответ на повреждение.

Повреждающим элементом может быть травма, воспаление, раздражающее действие химических веществ, ишемия, отек. Такая боль обычно может быть четко локализована пациентом, т.к. связана с повреждением конкретных структур. Но при этом может наблюдаться и иррадиация боли в отдаленные области, иннервируемые теми же сегментами спинного мозга, что и область повреждения.

Невропатическая боль связана с повреждением структур периферической или центральной нервной системы, участвующих в проведении болевой импульсации, ее восприятии или их торможении. При невропатической боли импульс возникает не в рецепторах, а в самих нервных проводниках или ноцицептивных нейронах.

О *дисфункциональной боли* говорят в тех случаях, когда не удается установить ее органическую причину или характер и интенсивность боли явно не соответствуют органическому поражению. Т.е. такая боль обусловлена психогенным фактором и эмоциональным восприятием пациентом своего состояния.

Исходя из этого, можно заключить, что боль в горле, с которой пациенты чаще всего обращаются к оториноларингологу, преимущественно носит ноцицептивный характер. Процесс возникновения такой боли следует единым биологическим принципам и имеет неизменный механизм. Когда ткани травмируются из-за вирусной или бактериальной инфекции, воздействия раздражающих факторов или иных причин, активируются циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), что инициирует сложную цепочку биохимических изменений (каскад арахидоновой кислоты). В результате образуются разнообразные активные вещества – гистамин, ацетилхолин, простагландины, брадикинин и другие, стимулирующие рецепторы свободных нервных окончаний в очаге поражения. Это и обуславливает сильную болевую реакцию. Кроме того, нервные окончания становятся более восприимчивыми к последующим стимулам, в том числе к неспецифическим, которые в норме не могут вызывать боль (например, боль при глотании). Так проявляется весь комплекс болевых ощущений, наблюдаемых при патологии глотки.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ В ГОРЛЕ

На сегодняшний день существует огромное количество препаратов, предназначенных для лечения заболеваний горла. Если посмотреть Российский государственный реестр лекарственных средств (ГРЛС) и, например, отфильтровать зарегистрированные препараты по форме выпуска, используемой для местного лечения заболеваний горла (спрей для местного применения, раствор для полоскания, таблетки для рассасывания), то можно найти более 140 торговых наименований лекарственных препаратов (по состоянию на январь 2025 г.). В то же время список действующих веществ уже намного короче и составляет порядка 40 наименований. При этом все эти действующие вещества можно разделить на группы. Самая обширная группа представлена местными антисептиками, оказывающими подавляющее действие на рост микроорганизмов (амилметакрезол, амбазон, бензалкония хлорид, гексэтидин, хлоргексидин,

цетилпиридиния хлорид и др.). Следующая группа представлена местными анестетиками, в качестве которых чаще всего используется лидокаин, бензокаин и тетракаин. Третью группу составляют антибиотики местного действия: грамицидин С, тиротрицин и сульфаниламиды. Четвертая группа – это нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) для местного применения. Данная группа наиболее узкая и представлена 3 веществами: бензидамин, флурбипрофен и кетопрофен. И, наконец, к пятой группе можно отнести вещества, обладающие отвлекающим, рефлекторным, иммуностимулирующим действием. Это такие вещества, как камфора, аскорбиновая кислота, производные ментола, мяты перечной, эвкалипта и др. Для достижения большего эффекта многие коммерческие препараты для лечения горла являются комбинированными, включающими в себя действующие вещества из двух или более представленных выше групп.

Лечение заболеваний горла всегда является комплексным, подразумевающим воздействие на этиологический фактор, применение патогенетической и симптоматической терапии. Так как боль – часто ведущий симптом, наиболее сильно беспокоящий пациентов, то контроль боли, быстрое снятие болевых ощущений является первостепенной задачей. Все описанные выше вещества помогают устранить боль, но достигается желаемый эффект через разные механизмы. Самая обширная группа антисептиков действует опосредованно, через подавление этиологического фактора. Данные препараты эффективны при инфекционной природе заболевания, но улучшение наступает постепенно, по мере уничтожения возбудителя. Местные анестетики блокируют болевые рецепторы, расположенные в слизистой оболочке глотки. Это дает быстрый и хороший, но обычно непродолжительный эффект. К препаратам, воздействующим на патогенез ноцицептивной боли, относятся препараты группы НПВС. В настоящее время доступны формы как для системного, так и для местного применения. Неоспоримым плюсом местных препаратов является отсутствие или незначительные системные нежелательные реакции [23–25]. Представителями данной группы являются раствор для полоскания Кетопрофен-ЛОР и таблетки для рассасывания Флурбипрофен-Фармстандарт.

Действующим веществом препарата Кетопрофен-ЛОР является кетопрофена лизиновая соль – 16,0 мг. Механизм действия основан на ингибировании циклооксигеназы I и II типа, угнетении синтеза медиаторов воспаления (простагландинов, тромбоксана и др.), стабилизации мембраны лизосом и задерживании высвобождения ферментов, способствующих разрушению тканей при воспалении, торможении активности нейтрофилов. Таким образом препарат оказывает противовоспалительное, анальгезирующее действие. Кетопрофен-ЛОР показан для симптоматического лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей – тонзиллита (ангины), ларингита, фарингита; воспалительных заболеваний полости рта – стоматита, гингивита, глоссита, афты, пародонтопатии, хронического пародонтоза; в качестве анальгетического средства при стоматологических манипуляциях. Может применяться с 12 лет. Для полоскания полости рта 10 мл препарата

(доза на 1 применение) следует отмерить с помощью мерного стаканчика, входящего в комплект упаковки, и развести в 100 мл (половина стакана) питьевой воды. Полоскание полости рта проводят 2 раза в день, предпочтительно утром и вечером. Препарат следует применять после еды¹.

Действующим веществом препарата Флурбипрофен-Фармстандарт является флурбипрофен – 8,75 мг. Флурбипрофен является производным пропионовой кислоты из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и обладает значительным обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим эффектом за счет подавления ЦОГ-1 и ЦОГ-2, с некоторой селективностью по отношению к ЦОГ-1, в результате чего снижается продукция простагландинов – медиаторов боли, воспаления и гипертермической реакции. Препарат оказывает местное обезболивающее и противовоспалительное действие на слизистую оболочку полости рта и гортань: уменьшает отек, затруднение при глотании, боль и ощущение раздражения в гортани. Успокаивающее действие начинается со 2-й мин. Значительное уменьшение интенсивности боли в гортани начинается с 22-й мин с достижением максимального эффекта через 70 мин и продолжается до 4 ч. Флурбипрофен-Фармстандарт показан в качестве симптоматического средства для облегчения боли в гортани при инфекционно-воспалительных заболеваниях полости рта и глотки. Может применяться с 12 лет. Препарат выпускается в виде таблеток для рассасывания. Рассасывать необходимо медленно, по 1 таблетке каждые 3–6 ч. Максимальная суточная доза составляет 5 таблеток в течение 24 ч. Продолжительность курса терапии не должна превышать 3 дней².

К настоящему времени имеются многочисленные данные о высокой эффективности местных форм кетопрофена и флурбипрофена в купировании боли в гортани [23–25, 26–29]. Так, обзор 17 исследований показал, что местное применение флурбипрофена в виде таблеток для рассасывания, спрея или микрогранул хорошо переносилось и обеспечивало раннее и длительное облегчение таких симптомов, как боль в гортани и першение, ощущение отека гортань, затрудненное глотание. В эти исследования входили в том числе пациенты с выраженной болью, пациенты с подтвержденным стрептококковым тонзиллитом и пациенты, принимающие антибиотики. Кроме того, было показано, что однократная предоперационная доза пастилки флурбипрофена эффективна для облегчения раннего послеоперационного периода у пациентов, которым выполнялась тонзилэктомия под общим обезболиванием [24]. В рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании, проведенном в Великобритании, было показано, что использование флурбипрофена в виде таблеток для рассасывания у пациентов с болью в гортани, которые обращались в медицинские центры в рамках рутинной врачебной практики, имеет существенное преимущество перед плацебо и значительно быстрее приводит к облегчению боли

и уменьшению затруднений при глотании [28]. Исследования различных режимов купирования послеоперационной боли при хирургических вмешательствах на миндалинах глоточного кольца выявили, что кетопрофена лизиновая соль в виде раствора для полоскания способствует быстрому снижению боли и уменьшению воспалительных реакций [26], а эффективность такого режима сопоставима с однократным приемом обезболивающих средств (кетопрофена лизиновая соль, ибупрофен) внутрь [25].

В данной статье представлены клинические случаи контроля боли препаратами Кетопрофен-ЛОР раствор для полоскания и Флурбипрофен-Фармстандарт таблетки для рассасывания при инфекционно-воспалительной патологии глотки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

В детское оториноларингологическое отделение Смоленской областной клинической больницы был направлен ребенок 12 лет (вес 40 кг, рост 162 см) с диагнозом «острый тонзиллофарингит, шейный лимфаденит». При поступлении ребенок предъявлял жалобы на сильную двухстороннюю боль в гортани в покое, усиливающуюся при глотании, иррадирующую в уши; боль и припухлость в подчелюстной области с двух сторон, повышение температуры тела до 37,9 °С, общую слабость. Из-за боли ребенок отказывался от еды, с трудом принимал жидкую и твердую пищу.

Из анамнеза заболевания известно, что впервые горло у ребенка заболело за 3 дня до поступления после переохлаждения; припухлость шейных лимфоузлов, повышение температуры тела (до 37,6 °С), слабость появились в течение последних суток. Также в течение суток появилась заложенность носа, незначительные слизистые выделения из носа. Небольшой сухой кашель. Физиологические отправления в норме. Родители проводили лечение ребенка самостоятельно полосканием горла настоем ромашки, обильным питьем. Учитывая усиливающуюся боль в гортани у ребенка, ухудшение общего состояния, обратились к ЛОР-врачу по месту жительства и были направлены в стационар для дальнейшего обследования и лечения.

История жизни больного: родился доношенным, в срок. Рос и развивался без особенностей. Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний родители отмечали ОРВИ, ветряную оспу, бронхит, COVID-19, в 3 года перенес ангины. Последняя ОРВИ была за 3 мес. до поступления, протекала с повышением температуры тела до 37,7 °С, кашлем, слизистыми выделениями из полости носа, незначительной болью в гортани. Лечение в течение недели симптоматическими средствами привело к выздоровлению. Аллергоанамнез без особенностей.

При осмотре общее состояние ребенка удовлетворительное, температура 37,9 °С. Общий физикальный осмотр патологических изменений не выявил. При аускультации легких определялось везикулярное дыхание, хрипы не выслушивались.

ЛОР-статус: при пальпации шеи определялись увеличенные до 1,0 см слегка болезненные подчелюстные и переднешейные лимфатические узлы. Открытие рта в полном

¹ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Кетопрофен-ЛОР, рег. номер: ЛП-№(000486) (РФ-РУ) от 07.02.2024. Режим доступа: https://medi.ru/instrukciya/ketoprofen-lor_16150/.

² Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Флурбипрофен-Фармстандарт, рег. номер: ЛП-№(005145)-(РФ-РУ) от 10.04.2024. Режим доступа: <https://www.vidal.ru/drugs/flurbiprofen-pharmstandard?ysclid=majxgwxg2r539158658>.

объеме, достаточном для осмотра. Нёбные миндалины гипертрофированы, инфильтрированы, отечные с двух сторон, увеличены до второй степени гипертрофии (ткань миндалин занимает 2/3 расстояния от края передней нёбной дужки до срединной линии зева). Отмечался единичный белый точечный налет в лакунах миндалин с двух сторон. Задняя стенка глотки гипертрофирована. Язычок мягкого нёба отечный. Носовые ходы широкие, носовые раковины незначительно отечные, незначительное слизистое отделяемое в полости носа. Наружные слуховые проходы широкие, чистые. Барабанные перепонки серые. Слух в норме.

Общий анализ крови при поступлении: лейкоциты – $12,3 \times 10^9$, эритроциты – $4,72 \times 10^{12}$, гемоглобин – 145 г/л, тромбоциты – 223×10^9 , нейтрофилы – 45,9%, лимфоциты – 42,6%, моноциты – 7,7%, эозинофилы – 2,0%, базофилы – 1,8%. СОЭ – 12 мм/ч. Общий анализ мочи – без особенностей. Биохимия крови: общий белок, билирубин общий, глюкоза, креатинин, АЛТ, АСТ, амилаза в пределах нормы. ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия, нарушение процессов восстановления в миокарде желудочков.

Для дифференциальной диагностики вирусного и стрептококкового острого тонзиллофарингита проведена оценка симптоматики по шкале МакАйзека. Сумма баллов – 3 (отечность и гиперемия миндалин, налеты на миндалинах – 1 балл; переднешейный и подчелюстной лимфаденит – 1 балл; возраст 5–14 лет – 1 балл). Выполнено иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А. Результат отрицательный. В соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ «Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)» от 2024 г., у ребенка выполнено бактериологическое исследование мазка из глотки на флору и чувствительность к антибиотикам. Взята кровь на определение ДНК вируса Эпштейна – Барр, цитомегаловируса и вируса герпеса 6-го типа методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Выполнено УЗИ лимфатических узлов: справа и слева по переднебоковой, задней поверхности шеи, подчелюстной области визуализируются множественные увеличенные пониженной эхогенности лимфатические узлы без жидкостных участков размерами от 0,2 до 0,6 мм в диаметре. УЗИ органов брюшной полости выявило умеренное увеличение размеров печени.

Проведен консилиум, по решению которого ребенку рекомендовано до получения результатов микробиологического исследования мазка из глотки на флору и результатов ПЦР-тестирования не назначать антибактериальную терапию, а провести местную симптоматическую терапию. В качестве симптоматического средства для облегчения боли в горле двойного действия (обезболивающего и противовоспалительного) выбраны препараты Кетопрофен-ЛОР (раствор для полоскания 16 мг/мл) и Флурбипрофен-Фармстандарт (таблетки для рассасывания 8,75 мг). Пациент дважды полоскал полость рта раствором Кетопрофен-ЛОР (по 10 мл раствора, разведенного в 100 мл питьевой воды) и принимал таблетки Флурбипрофен-Фармстандарт (медленно рассасывал по 1 таблетке каждые 4 ч 3 раза в день). Для облегчения носового дыхания назначены сосудосуживающие капли в нос.

На фоне проводимой терапии уже через 10 мин после приема первой дозы флурбипрофена ребенок отметил уменьшение боли в горле. На 2-е сут. состояние пациента улучшилось, боль в горле значительно уменьшилась, ребенок стал активный, начал принимать жидкую и твердую пищу. Температура тела – субфебрильная (выше 37,3 °C не поднималась). При орофарингоскопии – нёбные миндалины увеличены в размере до 2-й степени, налетов нет, маленький язычок не отечный. Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы оставались увеличенными. Терапия препаратами Кетопрофен-ЛОР и Флурбипрофен-Фармстандарт продолжалась в общей сложности в течение 3 сут. На 4-й день лечения боль в горле не беспокоила, необходимость в обезболивании отпала. Осмотр ребенка на 5-е сут. показал клиническое выздоровление пациента. Слизистая ротоглотки розовая, влажная. Нёбные миндалины уменьшились до гипертрофии 1-й степени (ткань миндалин занимает 1/3 расстояния от края передней нёбной дужки до срединной линии зева), налета на миндалинах нет, язычок не увеличен. Носовые ходы широкие, носовое дыхание свободное. Подчелюстные лимфоузлы уменьшились в размере, пальпация их безболезненная. На 5-е сут. получен результат микробиологического исследования мазка из глотки, выделены *Streptococcus viridans* – 10^5 КОЕ, *Staphylococcus aureus* – 10^3 КОЕ. Получен положительный результат ПЦР-тестирования для вируса герпеса 6-го типа. Видимые воспалительные явления в глотке пациента купировались. Для дальнейшей тактики по лечению герпес-вирусной инфекции ребенок направлен к врачу-инфекционисту.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

На лечении во взрослом оториноларингологическом отделении находились два пациента в возрасте 35 лет (вес 80 кг, рост 169 см) и 38 лет (вес 76 кг, рост 182 см), оба с диагнозом «правосторонний перитонзиллярный абсцесс». Клиническая картина и анамнез заболевания у обоих пациентов были весьма схожи. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на постоянную резкую боль в горле справа с иррадиацией в правое ухо, невозможность глотания, боль при открытии рта, повышение температуры тела до 39 °C. Боль в горле у одного пациента появилась за 5, у другого за 7 дней до поступления в стационар, вначале незначительная, но постепенно усиливающаяся. В течение последних 2–3 дней пациенты отмечали резкое усиление боли и значительное ухудшение общего состояния. До поступления в стационар к врачу не обращались, лечились самостоятельно по рекомендациям провизоров аптек, использовали спреи в горло и леденцы для рассасывания. Какие точно принимали препараты, указать не смогли. В анамнезе перитонзиллярных абсцессов не было.

При поступлении состояние пациентов расценивалось как средней степени тяжести. Лихорадка до 39 °C, вынужденное положение головы с наклоном вправо. Отмечалось увеличение до 1,5 см и болезненность при пальпации подчелюстных лимфоузлов, тризм жевательной мускулатуры (открытие рта до 2 см). При фарингоскопии выявлена асимметрия мягкого нёба за счет выраженной

инфильтрации и отека правой перитонзиллярной области, слизистая передней нёбной дужки гиперемирована, правая нёбная миндалина смещена к центру, плохо обозрима из-за отека. Имеется небольшая гиперемия левой нёбной миндалины и задней стенки глотки. Осмотр других ЛОР-органов патологии не выявил.

Результаты лабораторных исследований были сопоставимы у пациентов: лейкоцитоз, лимфопения, повышение скорости оседания эритроцитов; повышение уровня С-реактивного белка. Выполнен экспресс-тест на стрептококк группы А, получен положительный результат у обоих пациентов.

В экстренном порядке произведено вскрытие перитонзиллярных абсцессов типичным доступом через переднюю нёбную дужку, получено гнойное отделяемое.

Пациентам была назначена следующая терапия:

■ Первый пациент получал антибактериальную терапию цефтриаксоном 2 г 1 раз в сут. внутримышечно в течение 7 дней. Местно применялось полоскание горла раствором нитрофура 4 раза в день по 200 мл раствора на одно полоскание в течение 7 дней и таблетки для рассасывания Флурбипрофен-Фармстандарт каждые 6 ч (4 таблетки в день) в течение первых 3 дней, включая день операции.

■ Второй пациент получал антибактериальную терапию цефтриаксоном 2 г 1 раз в сут. внутримышечно в течение 7 дней. Местно применялось полоскание горла раствором Кетопрофен-ЛОР 2 раза в день (утро и вечер по 10 мл раствора препарата на 100 мл воды) в течение 5 дней и таблетки для рассасывания Флурбипрофен-Фармстандарт каждые 6 ч (4 таблетки в день) в течение первых 3 дней, включая день операции.

Оценка самочувствия пациентов и эффективность снятия боли производилась с помощью визуально-аналоговых шкал (ВАШ). Определялась выраженность боли в горле в покое, боли в горле при глотании и общее самочувствие по балльной шкале, где 0 баллов – симптом отсутствует, 9 баллов – максимальная выраженность. Пациенты заполняли шкалы первый раз через 6 ч после хирургического вмешательства и далее 1 раз в сут., утром в интервале с 10 до 12 ч.

При первом заполнении шкал оба пациента отметили умеренное снижение боли, что они в большей степени связывали с эффектом от операции. Оценки по всем шкалам были на уровне 6–7 баллов. На 2-й день состояние пациентов улучшилось, оценки интенсивности боли и общего самочувствия снизились до 4–5 баллов. В дальнейшем наблюдалось постепенное уменьшение симптоматики и улучшение

общего состояния пациентов. Было отмечено, что интенсивность боли в горле снижалась быстрее у второго пациента, получавшего комбинированную терапию Кетопрофен-ЛОР + Флурбипрофен-Фармстандарт. На 3-и сут. лечения первый пациент оценил свое состояние по шкалам в 3, 4 и 3 балла, а второй пациент – в 2, 2 и 3 балла соответственно. На 5-е сут. лечения боли в горле полностью купировались у второго пациента и сохранились на уровне 2 баллов у первого пациента. Общее самочувствие оба пациента на 5-е сут. оценили в 2 балла. Пациенты закончили курс терапии и с выздоровлением выписаны на 8-е сут. после оперативного вмешательства. Состояние при выписке у обоих пациентов было удовлетворительное, оценки по шкалам по всем параметрам составили 0 баллов. Нежелательных лекарственных явлений у пациентов зарегистрировано не было. Пациенты отмечали удобство применяемых форм препаратов для купирования болевого синдрома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанные случаи показывают, что препараты Кетопрофен-ЛОР раствор для полоскания горла и Флурбипрофен-Фармстандарт таблетки для рассасывания являются эффективными и удобными формами для облегчения боли и дискомфорта в горле при инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки. Препараты имеют высокую эффективность при болях различной интенсивности, в том числе и высокой выраженности, и позволяют быстро купировать боль. Особый интерес представляет режим дозирования, сочетающий полоскание горла раствором Кетопрофен-ЛОР 2 раза в день утром и вечером и рассасывание таблеток Флурбипрофен-Фармстандарт до 5 раз в день между полосканиями. Такой режим удобен для пациента и позволяет эффективно контролировать болевой синдром на протяжении всего лечения. Эффективность, быстрота достижения и длительность эффекта, хороший профиль безопасности и переносимости позволяют рекомендовать в качестве симптоматической и патогенетической терапии Кетопрофен-ЛОР раствор для полоскания горла и Флурбипрофен-Фармстандарт таблетки для рассасывания как по одиночке, так и в комбинации для лечения воспалительных и инфекционных заболеваний глотки как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.



Поступила / Received 20.02.2025

Поступила после рецензирования / Revised 03.04.2025

Принята в печать / Accepted 04.04.2025

Список литературы / References

1. Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S et al. What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Can Fam Physician*. 2018;64(11):832–840. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30429181/>.
2. Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH; Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(11):188–194. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0121>.
3. Renner B, Mueller CA, Shephard A. Environmental and non-infectious factors in the aetiology of pharyngitis (sore throat). *Inflamm Res*. 2012;61(10):1041–1052. <https://doi.org/10.1007/s00011-012-0540-9>.
4. Hannaford PC, Simpson JA, Bisset AF, Davis A, McKerrrow W, Mills R. The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Fam Pract*. 2005;22(3):227–233. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi004>.
5. Little PS, Williamson I. Are antibiotics appropriate for sore throats? Costs outweigh the benefits. *BMJ*. 1994;309(6960):1010–1011. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6960.1010>.
6. Oliver J, Malliya Wadu E, Piersie N, Moreland NJ, Williamson DA, Baker MG. Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12(3):e0006335. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>.
7. Крюков АИ, Кунельская НЛ, Туровский АБ, Изотова ГН. Тонзиллофарингиты: диагностика и лечение. *Справочник поликлинического врача*. 2007;(1):38–42. Режим доступа: <https://elibrary.ru/ttmnpv>. Kryukov AI, Kunel'skaya NL, Turovskiy AB, Izotova GN. Tonsillopharyngitis: diagnosis and treatment. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2007;(1):38–42. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/ttmnpv>.

8. Карнеева ОВ, Дайхес НА, Поляков ДП. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов. *РМЖ*. 2015;23(6):307–310. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Protokoly_diagnostiki_i_lecheniya_ostroyh_tonzillofaringitov/. Karneeva OV, Daykhes NA, Polyakov DP. Protocols for diagnosis and treatment of acute tonsillopharyngitis. *RMJ*. 2015;23(6):307–310. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Protokoly_diagnostiki_i_lecheniya_ostroyh_tonzillofaringitov/.
9. Fletcher AE, Palmer AJ, Bulpitt CJ. Cough with angiotensin converting enzyme inhibitors: how much of a problem? *J Hypertens Suppl*. 1994;12(2):S43–47. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7965265/>.
10. Bhalla RK, Taylor W, Jones AS, Roland NJ. The inflammation produced by corticosteroid inhalers in the pharynx in asthmatics. *Clin Otolaryngol*. 2008;33(6):581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2008.01837.x>.
11. Wolff AE, Hansen KE, Zakowski L. Acute Kawasaki disease: not just for kids. *J Gen Intern Med*. 2007;22(5):681–684. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0100-5>.
12. Poelmans J, Tack J. Extraesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux. *Gut*. 2005;54(10):1492–1499. <https://doi.org/10.1136/gut.2004.053025>.
13. Vedal S, Petkau J, White R, Blair J. Acute effects of ambient inhalable particles in asthmatic and nonasthmatic children. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157(4Pt1):1034–1043. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.157.4.9609008>.
14. Veneri L, Caso MA, Ravaioli M, Albonetti A, Ghini P, Mazzavillani M, Valentini MG. Study on prevalence of upper and lower airways disorders in woodworkers, using data from medical surveillance reports and exposure registers. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007;29(3 Suppl):833–835. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18409987/>.
15. Ginns SE, Gatrell AC. Respiratory health effects of industrial air pollution: a study in east Lancashire, UK. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50(6):631–635. <https://doi.org/10.1136/jech.50.6.631>.
16. Triche EW, Belanger K, Bracken MB, Beckett WS, Holford TR, Gent JF et al. Indoor heating sources and respiratory symptoms in nonsmoking women. *Epidemiology*. 2005;16(3):377–384. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000158225.44414.85>.
17. Lötsch J, Ahne G, Kunder J, Kobal G, Hummel T. Factors affecting pain intensity in a pain model based upon tonic intranasal stimulation in humans. *Inflamm Res*. 1998;47(11):446–450. <https://doi.org/10.1007/s000110050359>.
18. Jammes Y, Delvolgo-Gori MJ, Badier M, Guillot C, Gazazian G, Parlenti L. One-year occupational exposure to a cold environment alters lung function. *Arch Environ Health*. 2002;57(4):360–365. <https://doi.org/10.1080/00039890209601422>.
19. Mäkinen TM, Juvonen R, Jokelainen J, Harju TH, Peitso A, Bloigu A et al. Cold temperature and low humidity are associated with increased occurrence of respiratory tract infections. *Respir Med*. 2009;103(3):456–462. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2008.09.011>.
20. Корешкина МИ. Невропатическая боль. Проблемы и решения. *Нервные болезни*. 2016;(4):34–37. Режим доступа: https://www.atmosphere-ph.ru/modules/Magazines/articles/nervo/NB_4_2016_34.pdf. Koreshkina MI. Neuropathic pain: challenges and solutions. *Nervous Diseases*. 2016;(4):34–37. (In Russ.) Available at: https://www.atmosphere-ph.ru/modules/Magazines/articles/nervo/NB_4_2016_34.pdf.
21. Шостак НА, Правдюк НГ. Болевой синдром: некоторые диагностические аспекты. *Клиницист*. 2016;10(1):10–11. Режим доступа: <https://klinitsist.abvpress.ru/Klin/article/view/239>. Shostak NA, Pravdyuk NG. Pain syndrome: some diagnostic aspects. *The Clinician*. 2016;10(1):10–11. (In Russ.) Available at: <https://klinitsist.abvpress.ru/Klin/article/view/239>.
22. Парфенов ВА, Головачева ВА. *Хроническая боль и ее лечение в неврологии*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 288 с.
23. Radkova E, Burova N, Bychkova V, DeVito R. Efficacy of flurbiprofen 8.75 mg delivered as a spray or lozenge in patients with sore throat due to upper respiratory tract infection: a randomized, non-inferiority trial in the Russian Federation. *J Pain Res*. 2017;10:1591–1600. <https://doi.org/10.2147/JPR.S135602>.
24. de Looze F, Shephard A, Smith AB. Locally Delivered Flurbiprofen 8.75 mg for Treatment and Prevention of Sore Throat: A Narrative Review of Clinical Studies. *J Pain Res*. 2019;12:3477–3509. <https://doi.org/10.2147/JPR.S221706>.
25. Карпова ЕП, Тулупов ДА, Федотов ФА. Использование нестероидных противовоспалительных средств для купирования болевого синдрома после тонзиллотомии у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2017;82(5):48–51. <https://doi.org/10.17116/otorino201782548-51>. Karpova EP, Tulupov DA, Fedotov FA. The application of different non-steroidal anti-inflammatory drugs for the elimination of pain syndrome during the early postoperative period in the children following the surgical interventions on palatine tonsils. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2017;82(5):48–51. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/otorino201782548-51>.
26. Овчинников АЮ, Мирошниченко НА, Николаева ЮО, Васильев ММ, Швыдун АА. К вопросу о купировании боли у пациентов, перенесших тонзиллэктомию. Анализ эффективности двух популярных форм кетопрофена лизиновой соли. *Эффективная фармакотерапия*. 2024;20(41):28–35. Режим доступа: https://umedp.ru/articles/k_voprosu_o_kupirovanii_boli_u_patsientov_pereneshikh_tonzillektomiyu_analiz_effektivnosti_dvukh_po.html. Ovchinnikov AYU, Miroshnichenko NA, Nikolaeva YuO, Vasilyev MM, Shvydun AA. On the Issue of Pain Relief in Patients Who Have Undergone Tonsillectomy. Analysis of the Effectiveness of Two Popular Forms of Ketoprofen Lysine Salt. *Effective Pharmacotherapy*. 2024;20(41):28–35. Available at: https://umedp.ru/articles/k_voprosu_o_kupirovanii_boli_u_patsientov_pereneshikh_tonzillektomiyu_analiz_effektivnosti_dvukh_po.html.
27. Passali D, Volonté M, Passali GC, Damiani V, Bellussi L. Efficacy and safety of ketoprofen lysine salt mouthwash versus benzydamine hydrochloride mouthwash in acute pharyngeal inflammation: a randomized, single-blind study. *Clin Ther*. 2001;23(9):1508–1518. [https://doi.org/10.1016/s0149-2918\(01\)80123-5](https://doi.org/10.1016/s0149-2918(01)80123-5).
28. 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. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11926713/>.
29. Watson N, Nimmo WS, Christian J, Charlesworth A, Speight J, Miller K. Relief of sore throat with the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8.75 mg: a randomised, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety. *Int J Clin Pract*. 2000;54(8):490–496. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11198725/>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Информация об авторах:

Егорова Ольга Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии, Смоленский государственный медицинский университет; 214018, Россия, Смоленск, проспект Гагарина, д. 28; заведующая детским оториноларингологическим отделением, Смоленская областная клиническая больница, 214018, Россия, Смоленск, проспект Гагарина, д. 27; ola-egorova@yandex.ru

Тарасов Александр Анатольевич, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии; Смоленский государственный медицинский университет; 214018, Россия, Смоленск, проспект Гагарина, д. 28; alat71@yandex.ru

Information about the authors:

Olga A. Egorova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Department of Otorhinolaryngology; Smolensk State Medical University; 28, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia; 28, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia; Head of Department of Pediatric Otorhinolaryngology, Smolensk Regional Clinical Hospital; 27, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia; 27, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia; ola-egorova@yandex.ru

Aleksandr A. Tarasov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Department of Otorhinolaryngology; Smolensk State Medical University; 28, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia; 28, Gagarin Ave., Smolensk, 214018, Russia; alat71@yandex.ru