

# Значимость местных противовоспалительных препаратов в стартовой терапии боли в горле

О.А.Егорова✉

ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России. 214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, д. 28; ОГБУЗ Смоленская областная клиническая больница. 214018, Россия, Смоленск, просп. Гагарина, д. 27

Частота назначения антибактериальных препаратов при лечении боли в горле в России неоправданно высока. Боль в горле – одна из наиболее распространенных причин обращения к врачам амбулаторного приема. Назначение системной антибактериальной терапии оправдано только в случае стрептококковой этиологии заболевания. Большое внимание уделяется раннему назначению местных противовоспалительных препаратов, способных предотвратить дальнейшее развитие инфекционного процесса. Основным требованиям отвечает препарат Стрепсилс Интенсив, который не только помогает облегчить боль в горле, но и действует на ее причину – воспаление. Стрепсилс Интенсив обладает двойным действием: противовоспалительным, анальгезирующим.

**Ключевые слова:** боль в горле, острый тонзиллофарингит, местная противовоспалительная терапия, Стрепсилс Интенсив.

✉ola-egorova@yandex.ru

**Для цитирования:** Егорова О.А. Значимость местных противовоспалительных препаратов в стартовой терапии боли в горле. Consilium Medicum. 2016; 18 (11): 67–72.

## The importance of local anti-inflammatory drugs in the initial treatment of sore throat

O.A.Egorova✉

Smolensk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 214019, Russian Federation, Smolensk, ul. Krupskoi, d. 28; Smolensk Regional Clinical Hospital. 214018, Russian Federation, Smolensk, prosp. Gagarina, d. 27

Frequency assignment of antibacterial drugs in the treatment of sore throat in Russia is unreasonably high. Sore throat is one of the most common reasons for visits to doctors for outpatient reception. Purpose of systemic antibiotic therapy is justified only in the case of streptococcal disease etiology. Much attention is paid to the early appointment of the local anti-inflammatory drugs, can prevent further infection. The basic requirements are met by the drug Strepsils Intensive, which not only helps to relieve pain in the throat, but also acts on the cause – inflammation. Strepsils Intensive has a dual action: anti-inflammatory, analgesic.

**Key words:** sore throat, acute tonsillopharyngitis, a local anti-inflammatory therapy, Strepsils Intensive.

✉ola-egorova@yandex.ru

**For citation:** Egorova O.A. The importance of local anti-inflammatory drugs in the initial treatment of sore throat. Consilium Medicum. 2016; 18 (11): 67–72.

### Актуальность боли в горле

В структуре общей заболеваемости населения значительную часть (до 80%) составляют острые и хронические заболевания глотки [1]. Глотка является входными воротами для большинства патогенных микроорганизмов, поэтому боль в горле – чрезвычайно распространенный симптом, который заставляет пациентов обращаться за помощью к врачам. В среднем каждый 10-й пациент на приеме у врача – это пациент с болью в горле [2]. Клинические проявления заболевания глотки (боль в глотке, кашель, расстройство голоса, повышение температуры тела, недомогание) существенно снижают качество жизни пациента. Острый и хронический ринофарингит, аденоидит, острый тонзиллит (ангина) являются наиболее распространенными нозологическими формами, с которыми встречаются как оториноларингологи, так и врачи общей практики. Пусковым моментом в развитии этих заболеваний обычно является вирусная инфекция, которая «прокладывает путь» бактериальной инфекции. Большинство пациентов с неосложненными формами заболевания лечатся в амбулаторных условиях, без постоянного медицинского наблюдения, и от правильного выбора терапии во многом зависят результаты лечения [3].

Выбор противовоспалительной терапии, вид применения (местно или системно), продолжительность курса лечения порой на практике являются не стандартным, а произвольным процессом как для лечащего врача, так и для больного. Довольно часто практикующему врачу приходится назначать лечение, как правило, не только при отсутствии данных микробиологического исследования, но даже без перспективы верификации возбудителя. Становится обоснованным назначение местной терапии инфекций дыхательных путей (ИДП), которая должна приводить к выздоровлению больного, а при обострении хронических инфекций – увеличивать продолжительность безрецидивного периода [4]. Хорошо известно, что ряд инфек-

ций, сопровождающихся болью в горле, не требуют назначения антибиотиков, так как в большинстве своем причиной воспаления являются вирусы [2]. Наиболее важным является раннее применение местных противовоспалительных препаратов. В данном случае местная терапия играет роль превентивной терапии бактериальных осложнений острой вирусной инфекции [5].

### Этиология боли в горле

Причины боли в горле могут быть разными. Наиболее распространенной причиной является диффузное воспаление слизистой оболочки глотки и поражение небных миндалин, или тонзиллофарингит [6]. Острый тонзиллофарингит (ОТФ) является одной из наиболее частых инфекций, встречающихся в амбулаторной практике [7]. Среди бактериальных возбудителей ОТФ ведущая роль принадлежит β-гемолитическому стрептококку группы А (БГСА) – 15–30% случаев заболевания у детей и 5–17% – у взрослых. У 5% пациентов ОТФ могут вызывать стрептококки групп С и G, более редко – другие бактерии. В то же время у 30–60% взрослых и 15–40% детей ОТФ может иметь вирусную этиологию [6, 7]. В соответствии с современными требованиями дифференциальная диагностика вирусного и бактериального ОТФ должна проводиться с учетом клинико-эпидемиологических данных, а также результатов микробиологического исследования и быть направлена прежде всего на выявление БГСА-этиологии инфекции как наиболее опасной с точки зрения отдаленных последствий для пациента и обязательного назначения системной антибактериальной терапии (АБТ) [1, 2].

Согласно современным представлениям, при тяжелом состоянии пациента показано проведение диагностических тестов, экспресс-тестов, позволяющих дифференцировать вирусные и бактериальные инфекции. Наиболее надежным маркером бактериального воспаления является уровень прокальцитонина [8]. Существенным под-

спорьем для врача могут также служить иммунохроматографические экспресс-тесты для выявления антигенов определенных возбудителей – БГСА (Стрептатест), пневмококка, легионелл, аденовирусов, вирусов гриппа А и В, респираторно-синциального вируса и т.д. Применение этих тестов позволяет с высокой специфичностью в течение нескольких минут подтвердить или исключить определенную этиологию ОТФ и принять обоснованное решение о необходимости назначения системных антибиотиков или, при отсутствии БГСА, ограничиться применением местных противовоспалительных препаратов [9]. Так как и при вирусной, и при бактериальной инфекции повышается продукция простагландинов – ключевых медиаторов воспаления, ответственных за возникновение такого симптома, как боль в горле, и других клинических и фарингоскопических признаков, которые обычно наблюдаются при фарингите или тонзиллите, то применение локальной противовоспалительной терапии является актуальным.

### Выбор лекарственной формы

Местное назначение лекарственных средств с широким спектром противовоспалительной активности во многих случаях может стать альтернативой традиционной АБТ боли в горле. Это связано с вирусной этиологией многих форм тонзиллофарингита, появлением все большего числа резистентных штаммов бактерий, а также нежелательными побочными эффектами антибиотиков.

Обычно используют местные препараты, активными ингредиентами которых являются одно или несколько антимикробных средств, эфирные масла, местные анестетики, природные антисептики, витамины. Данные препараты могут назначаться в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, таблеток, леденцов для рассасывания. Однако часть из них имеет сравнительно низкую активность, и их назначение ограничено. Кроме того, детальных исследований, касающихся соотношения их эффективности/переносимости/стоимости, как правило, не проводилось.

Ряд лекарств (производные йода, прополис, сульфаниламиды) характеризуются высокой аллергенностью и раздражающим действием. Препараты, содержащие растительные антисептики, как правило, высокоэффективны и безвредны, но их назначение не показано у пациентов, страдающих полинозами [10]. Довольно часто доктора рекомендуют полоскание горла гипертоническим солевым раствором, однако следует иметь в виду, что каких-либо научных данных об обезболивающем эффекте этих процедур нет [11].

Существуют работы, свидетельствующие о преимуществах использования таблеток для рассасывания над лекарственным аэрозолем и раствором для полоскания [12]. По данным гамма-сцинтиграфии, лекарственное вещество, помеченное радиоизотопом, дольше сохраняется на слизистой оболочке глотки и полости рта при использовании таблетки для рассасывания, чем при применении аэрозоля и особенно раствора для полоскания. Кроме того, площадь эффективного воздействия препарата и его концентрация достигают максимальных значений именно при использовании таблеток или пастилок для рассасывания [5]. Такая лекарственная форма является оптимальной для использования в любом возрасте пациента и, кроме того, обладает рядом преимуществ:

1. Увеличение слюноотделения при рассасывании таблетки обеспечивает смягчающий и успокаивающий эффект в очаге воспаления, способствует смыванию патогенных микроорганизмов с поверхности слизистой оболочки.
2. Со слюной выделяется лизоцим – природный антисептик, обладающий, помимо активности в отношении грамположительных, грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов, иммуномодулирующим действием.

3. Растворение таблетки в ротовой полости происходит постепенно, что обеспечивает длительное воздействие на очаг воспаления, в том числе на труднодоступные участки [13].

В практике врача необходимо учитывать особенности действия препаратов на организм пациента в зависимости от массы тела, возраста, иных индивидуальных свойств, и выбирать самые безопасные и высокоэффективные для лечения воспалительных заболеваний полости рта и глотки.

В настоящее время считается, что именно нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) оказывают хороший местный противовоспалительный эффект при минимальном риске системного действия [12].

### НПВП: Стрепсилс Интенсив

Местные противовоспалительные препараты должны соответствовать ряду требований: быстрота купирования боли, низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек, отсутствие токсического эффекта, низкая аллергенность, отсутствие раздражающего действия на слизистую оболочку. В последнее время значительно повысился интерес к использованию НПВП для решения проблемы болевого синдрома в ротовой полости и горле [12]. Основное внимание уделяется НПВП с выраженными подавляющими эффектами в отношении воспаления как средствам патогенетической терапии. Однако из клинической практики хорошо известно, что такие препараты, как парацетамол, ибупрофен, ацетилсалициловая кислота, не всегда достаточно быстро приводят к уменьшению выраженности боли в горле [14]. Кроме того, большинство НПВП применяются внутрь, что не всегда оправдано при болях в горле, когда важно местное воздействие на воспаленную слизистую глотки. В связи с этим стал актуальным вопрос о поиске НПВП, который при местном воздействии оказывал бы быстрое и выраженное действие. Этим требованиям соответствует препарат, производимый в Великобритании, – Стрепсилс Интенсив – симптоматический препарат для облегчения боли в горле при инфекционно-воспалительных заболеваниях ротовой полости и глотки. Стрепсилс Интенсив является единственным препаратом, выпускаемым в России, в форме таблеток для рассасывания на основе флурбипрофена.

### Фармакологическое и фармакодинамическое действие препарата Стрепсилс Интенсив

Активным действующим веществом препарата Стрепсилс Интенсив является флурбипрофен (8,75 мг) – фторированное производное ибупрофена, зарекомендовавшее себя за 30 лет как надежное средство лечения острой и хронической боли. Анальгетическое и противовоспалительное действие препарата обусловлено ингибированием фермента циклооксигеназы (ЦОГ) и подавлением синтеза простагландинов. Флурбипрофен проявляет не центральную, а периферическую активность [15].

Как известно, противовоспалительное действие связано с угнетением активности фермента ЦОГ. Существуют две формы ЦОГ – конституциональная (ЦОГ-1), в результате деятельности которой образуются «гомеостатические» простагландины (I<sub>2</sub>, E<sub>2</sub>, тромбоксан A<sub>2</sub>), и индуцированная (ЦОГ-2), появляющаяся только при воспалении и также контролирующая синтез простагландинов [16]. Ингибированием ЦОГ-2 объясняется противовоспалительный эффект препаратов, в то время как при блокаде ЦОГ-1 возникают их побочные эффекты. Провоспалительные простагландины способны как напрямую стимулировать, так и вызывать десенситизацию первичных афферентных ноцицептивных волокон, причем эта гипералгезия является ЦОГ-2-зависимым феноменом [17]. Поэтому в последнее время все большее значение для лечения состояний, со-

провожающихся болевым синдромом, возникающим на фоне воспаления, приобретают селективные ингибиторы ЦОГ-2 [18]. Препараты этого класса оказывают значительно меньшее влияние на функции органов пищеварения и почек и потенциально более безопасны, чем неселективные НПВП, блокирующие оба вида ЦОГ. Поэтому вполне объяснимо желание применять селективные средства и для лечения синдрома болей в горле [19]. Вместе с тем нельзя упустить из виду и тот факт, что эффект селективных ингибиторов ЦОГ-2 проявляется медленнее, чем у классических препаратов, а при рассматриваемом синдроме ввиду его скоротечности важна именно быстрота наступления эффекта [20]. Поиск подобного лекарства привел к хорошо зарекомендовавшему себя в качестве противовоспалительного средства флурбипрофену, многие годы успешно применявшемуся для лечения суставных синдромов разной этиологии. Флурбипрофен при системном применении характеризуется широким диапазоном противовоспалительного, анальгетического действия при максимальном возможной скорости наступления эффекта [21]. Флурбипрофен удовлетворяет и условиям местного воздействия на воспаление, что ранее было продемонстрировано при использовании его наружных форм в ревматологической и офтальмологической практике [21, 22]. При его местном применении лечебный эффект также наступает быстро, а резорбция со слизистой оболочки оказывается незначительной, что не приводит к появлению высоких концентраций флурбипрофена в крови и системных побочных эффектов. Нежелательное угнетение ЦОГ-1 происходит только локально [22, 23]. Этот процесс не сопровождается системными нежелательными эффектами, поэтому местное использование флурбипрофена при болях в горле предпочтительнее системного применения любого, даже самого селективного в отношении ЦОГ-2 НПВП. Кроме того, противовоспалительное действие флурбипрофена может быть связано также с торможением перекисного окисления липидов, стабилизацией мембран лизосом (оба этих механизма предупреждают повреждение клеточных структур), уменьшением образования аденозинтрифосфата (снижается энергообеспечение воспалительной реакции), торможением агрегации нейтрофилов (нарушается высвобождение из них медиаторов воспаления).

Максимальное местное воздействие флурбипрофена на очаг воспаления достигается за счет применения таблеток для рассасывания (Стрепсилс Интенсив). Таблетку необходимо рассасывать до полного растворения, равномерно перемещая ее по всей полости рта во избежание повреждения слизистой оболочки в месте рассасывания. Терапевтическое действие препарата Стрепсилс Интенсив при болях в горле проявляется быстро – через 2 мин, а максимальное развитие эффекта отмечается через 30 мин и продолжается до 4 ч при использовании его в дозе 8,75 мг [24, 39, 40]. Стрепсилс Интенсив показан при инфекционно-воспалительных заболеваниях полости рта и глотки. Препарат обеспечивает быструю доставку активного компонента в очаг воспаления, даже в участки, недоступные для спреев и полосканий, тем самым оказывает смягчающее и успокаивающее влияние на воспаленную слизистую оболочку полости рта и глотки.

### Исследование эффективности и безопасности

Безопасность и высокая эффективность препарата Стрепсилс Интенсив стали объектом ряда клинических исследований. В 2000–2001 гг. были опубликованы результаты использования флурбипрофена в лекарственной форме «таблетки для рассасывания». На основании двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных исследований у сотен больных сделано заключение о высокой клинической эффективности и безопасности этого препарата. Наиболее показательны результаты исследований

S.Benrimoj и соавт. [25] и N.Watson и соавт. [26]. После приема первой дозы уже через 15 мин возникало статистически достоверное болеутоляющее действие, продолжавшееся не менее 2 ч. Последующий прием препарата позволял достигнуть выраженного уменьшения симптоматики у большей части больных – болей и отека в горле на 2–3-й день; в группе пациентов, получавших плацебо, эти проявления заболевания исчезали в более поздние сроки. Другой важный показатель – болезненность при глотании – более наглядно демонстрировал процесс уменьшения воспаления, поскольку отражал уменьшение выраженности болезненных проявлений не только в поверхностных, но и в глубоких слоях слизистой глотки. В процессе исследования выявлена статистически достоверная разница, оцениваемая в течение 4 дней, в динамике уменьшения болезненности при глотании в группах больных, где проводилось лечение флурбипрофеном, и среди пациентов, не получавших фармакологического лечения. Уже на 2-й день различия между группами были существенными. Все это позитивно сказывается на комплаентности и повышает качество жизни пациентов [25, 26].

S.Benrimoj, J.Langford провели в Сиднее двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование с параллельными группами, в которых сравнивали эффективность и переносимость флурбипрофена в форме таблеток для рассасывания в дозе 8,75 и 12,5 мг с плацебо в лечении взрослых пациентов старше 18 лет с ОТФ. В исследовании пациенты были рандомизированы следующим образом: флурбипрофен в дозе 8,75 мг получали 128 пациентов, в дозе 12,5 мг – 65, плацебо – 128 больных. Эффективность терапии оценивали в течение 6 ч после рассасывания первой таблетки, а переносимость препарата – спустя 5 дней лечения. В ходе исследования выявлено статистически значимое превосходство флурбипрофена в дозе 8,75 мг в динамике снижения боли в горле (от 15 до 120 мин), снижения отека слизистой оболочки глотки в течение 2–6 ч ( $p < 0,05$ ) по сравнению с плацебо. Увеличение дозы препарата до 12,5 мг не показало лучших статистически значимых результатов по сравнению с традиционной дозой таблетки 8,75 мг. Нежелательные лекарственные явления встречались крайне редко в виде изменения вкуса, и не было никаких существенных различий между группами ( $p = 0,388$ ) в сравнении с плацебо [27].

Недавно проведенное в Австралии рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование с включением 373 пациентов (186 больных получили таблетки флурбипрофен в дозировке 8,75 мг и 187 – плацебо) с болью в горле при ИДП показало высокую эффективность и безопасность препарата. Уменьшение боли в горле наблюдалось уже спустя 5 мин после приема препарата, а безболезненное глотание пищи у пациентов диагностировалось к концу 1-х суток. Прием флурбипрофена в виде таблеток для рассасывания продемонстрировал быстрый анальгетический эффект, который в результате постепенного высвобождения действующего вещества сохраняется в течение достаточно длительного периода – 2–3 ч. Ученые сделали вывод, что данный препарат является альтернативой АБТ при боли в горле на фоне инфекций верхних дыхательных путей [28].

Оригинальное широкомасштабное исследование по эффективности и безопасности флурбипрофена проведено в Великобритании (FAST Research – Flurbiprofen Accelerated Switch Trial). В задачи исследования входило: определить частоту развития побочных эффектов при использовании флурбипрофена для купирования боли в горле в сравнении с приемом растворимой ацетилсалициловой кислоты; выяснить, смогут ли пациенты без риска для здоровья использовать флурбипрофен, выпускаемый без рецепта врача, для симптоматического лечения боли в горле, и отра-

ботать схему приема препарата. Данные были получены из 45 аптек, отпускающих безрецептурные препараты. В исследование были включены 7139 пациентов, из них 5311 принимали флурбипрофен в дозе 8,75 мг каждые 3 ч, но не более 3 таблеток в день, в группе сравнения – 1109 пациентов – лечение проводили растворимой ацетилсалициловой кислотой в дозе 500–1000 мг каждые 4 ч, но не более 8 таблеток в день. Длительность приема препаратов была от 1 до 4 дней. Опрос больных по телефону показал, что основным побочным эффектом при приеме флурбипрофена было изменение вкусовых ощущений. Развитие язв в ротовой полости отмечено у 2,5% при приеме флурбипрофена и у 3,11% – ацетилсалициловой кислоты. Со стороны желудочно-кишечного тракта побочные явления были у 3,6 и 3,3% больных, соответственно [35]. Исследование показало, что флурбипрофен в форме таблеток для рассасывания отличается хорошей переносимостью, а нарушения рекомендованного режима применения встречаются достаточно редко и не приводят к повышению риска развития побочных реакций. Высокий профиль безопасности флурбипрофена, подтвержденный в данном исследовании, наряду с национальными и международными данными мониторинга его безопасности позволил перевести препарат в группу безрецептурных средств [29].

Об эффективности и безопасности флурбипрофена в отношении слизистой ротовой полости говорит тот факт, что он включен в лечебные пасты и жидкости для полоскания рта при заболеваниях десен и хирургических процедурах в стоматологии [30, 31].

Стрепсилс Интенсив может применяться как в монотерапии при заболевании ЛОР-органов, так и в комплексном лечении наряду с системными антибиотиками. Исследование, проведенное в Великобритании, подтвердило, что при совместном назначении флурбипрофена с антибиотиками значительно быстрее купируются боль в горле и затруднение глотания по сравнению с плацебо. При этом частота нежелательных явлений в группе флурбипрофена была сопоставима с группой плацебо [26].

Российские ученые продемонстрировали высокую эффективность препарата Стрепсилс Интенсив [11, 32–34].

Исследование, включающее 80 пациентов с ОТФ, показало, что при всех формах ОТФ, как вызванного стрептококковой инфекцией, так и вирусной природы, в состав комплексного лечения целесообразно включение таблеток для рассасывания с флурбипрофеном 8,75 мг, применение которых заметно сокращает сроки выздоровления, а также улучшает качество жизни пациентов уже с первых дней болезни. Оценка эффекта применения 1 таблетки для рассасывания с флурбипрофеном 8,75 мг выявила, что выраженность боли в горле значимо уменьшалась через 10–15 мин, а в целом пациенты испытывали облегчение боли в горле и уменьшение других симптомов в течение 3–4 ч. Многократное применение таблеток для рассасывания с флурбипрофеном 8,75 мг в течение 24 ч обеспечивало облегчение боли в горле, боли при глотании и уменьшение отека глотки как у больных с выявленной инфекцией БГСА, так и без стрептококковой инфекции [32].

Другое российское исследование, включающее 22 пациента с эндотрахеальным наркозом, свидетельствует об эффективности препарата Стрепсилс Интенсив у пациентов с постинтубационной болью в горле. Выявлено, что применение препарата при рассасывании сокращает сроки послеоперационной боли в горле до 3 дней по сравнению с группой сравнения, в которой боль в горле не исчезала к 5-му дню после эндотрахеального наркоза. Своевременное лечение постинтубационной боли в горле препаратом Стрепсилс Интенсив показало уменьшение вероятности вторичного инфицирования раневой поверхности и предотвращение развития поздних осложнений эндотрахеальной интубации [33].

Исследователи отметили высокий уровень безопасности таблеток для рассасывания с флурбипрофеном 8,75 мг: в наблюдаемой группе больных не было отмечено появления каких-либо нежелательных явлений [32, 33].

Эффективность и безопасность препарата Стрепсилс Интенсив изучались и в других двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях [35–38]. В результате этих исследований сделаны выводы, что Стрепсилс Интенсив – препарат направленного местного противовоспалительного действия, который имеет высокую клиническую эффективность, хорошо переносится пациентами и может быть использован с противовоспалительной и обезболивающей целью у пациентов с острыми воспалительными заболеваниями глотки; форма выпуска препарата – таблетки для рассасывания – удобна для применения и обеспечивает достаточный фармакологический эффект.

### **Переносимость и рекомендуемые режимы применения**

Стрепсилс Интенсив хорошо переносится больными. Из основных побочных эффектов, относящихся к исследуемому препарату, отмечены: изменение вкуса, парестезии, сухость во рту и тошнота.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение артериального давления, тахикардия, сердечная недостаточность.

Со стороны системы кроветворения: редко – анемия (железодефицитная, гемолитическая, апластическая), агранулоцитоз, лейкопения, тромбоцитопения.

Со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, сонливость или бессонница, депрессия, амнезия, тремор, возбуждение; редко – атаксия, парестезии, нарушение сознания.

Со стороны мочевыделительной системы: тубулоинтерстициальный нефрит, отечный синдром, нарушение функции почек.

Аллергические реакции: кожная сыпь, зуд, крапивница, бронхоспазм, фотосенсибилизация, отек Квинке, анафилактический шок.

По результатам проведенных исследований наиболее часто встречались изменение вкуса, парестезии, сухость во рту и тошнота. Однако данные нежелательные явления имели преходящий характер и не требовали отмены препарата. Частота развития изъязвлений слизистой ротовой полости равнялась таковой при приеме плацебо [26, 27].

Препарат разрешен для медицинского применения у взрослых и детей старше 12 лет. Основным показанием для назначения препарата Стрепсилс Интенсив является боль в горле бактериального происхождения. Кроме того, рекомендуется использование препарата при боли в горле, вызванной курением, вдыханием раздражающих веществ, перенапряжением голосовых связок [39]. Таблетку Стрепсилс Интенсив необходимо рассасывать в полости рта до полного растворения. Взрослым и детям старше 12 лет – по 8,75 мг не более 5 раз в течение 24 ч. Таблетки не следует применять более 3 дней. Кроме того, препарат Стрепсилс Интенсив обладает хорошими вкусовыми качествами. Он выпускается в виде таблеток для рассасывания со вкусом меда и лимона.

Вопрос о применении системной или местной АБТ решается всегда индивидуально, с учетом состояния пациента, и в ряде случаев возможно сочетание данных методов. Вместе с тем в связи с небактериальной этиологией многих заболеваний ЛОР-органов, появлением все большего числа антибиотикорезистентных штаммов бактерий, нежелательными эффектами системной антибиотикотерапии местное назначение противовоспалительных препаратов с широким спектром активности во многих случаях может стать альтернативой антибактериальной терапии.

Применение такого препарата, как Стрепсилс Интенсив, может быть рекомендовано пациентам с воспалительными заболеваниями глотки как в моно-, так и в комплексной терапии.

#### Литература/References

- Крюков А.И., Туровский А.Б. Острые воспалительные заболевания глотки. Справочник поликлинического врача. 2002; 4. / Kriukov A.I., Turovskii A.B. Ostrye vospalitel'nye zaboolevaniia glotki. Handbook for Practitioners Doctors. 2002; 4. [in Russian]
- Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Туровский А.Б., Изотова Г.Н. Тонзиллофарингиты: диагностика и лечение. Справочник поликлинического врача. 2007; 1: 58–61. / Kriukov A.I., Kunel'skaia N.L., Turovskii A.B., Izotova G.N. Tonzillofaringity: diagnostika i lechenie. Handbook for Practitioners Doctors. 2007; 1: 58–61. [in Russian]
- Захарова И.Н., Коровина Н.А., Овсянникова Е.М. Боль в горле. Медицинский совет. 2013; 2 (3). / Zakharova I.N., Korovina N.A., Ovsiannikova E.M. Bol' v gorle. Meditsinskii sovet. 2013; 2 (3). [in Russian]
- Туровский А.Б., Кондрашина В.В. Симптоматическая терапия при заболеваниях глотки. Вестн. оториноларингологии. 2013; 67–9. / Turovskii A.B., Kondrashina V.V. Simptomaticheskaiia terapiia pri zabolevaniiaakh glotki. Vestn. otorinolaringologii. 2013; 67–9. [in Russian]
- Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Гаспарян С.Ф. и др. Выбор оптимального средства для местного лечения фарингита у детей. Вопр. соврем. педиатрии. 2012; 11 (2): 94–7. / Soldatskii Yu.L., Onufrieva E.K., Gasparian S.F. i dr. Vybora optimal'nogo sredstva dlia mestnogo lecheniia faringita u detei. Voпр. sovrem. pediatrii. 2012; 11 (2): 94–7. [in Russian]
- Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am 2007; 21: 449–69.
- McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004; 291: 1587–95.
- Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD004417.
- Bisno AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia: Churhill Livingstone, 2005; p. 752–8.
- Лопатин А.С. Местные антимикробные препараты в лечении инфекций верхних дыхательных путей. РМЖ. 2000; 2: 1–9. / Lopatin A.S. Mestnye antimikrobye preparaty v lechenii infektsii verkhnikh dykhatel'nykh putei. RMZh. 2000; 2: 1–9. [in Russian]
- Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Болевой синдром воспалительных заболеваний глотки и его симптоматическое лечение. Consillium Medicum. Болезни органов дыхания (Прил.). 2015; 1: 26–31. / Derbeneva M.L., Guseva A.L. Boolevoi sindrom vospalitel'nykh zaboolevanii glotki i ego simptomaticheskoe lechenie. Consillium Medicum. Respiratory organs diseases (Suppl.). 2015; 1: 26–31. [in Russian]
- Васина А.А. Местное лечение фарингита у детей. Consillium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2014; 4: 60–3. / Vasina A.A. Mestnoe lechenie faringita u detei. Consillium Medicum. Pediatrics (Suppl.). 2014; 4: 60–3. [in Russian]
- Portier H, Grappin M, Chavanet P. New strategies for angina casemanagement in France. Bull Acad Natl Med 2003; 187 (6): 1107–16.
- Moore N, Le Parc JM, van Ganse E et al. Tolerability of ibuprofen, aspirin and paracetamol for the treatment of cold and flu symptoms and sore throat pain. Int J Clin Pract 2002; 56 (10): 732–4.
- Зайцев А.А., Карпов О.И. Флурбипрофен при болях в горле. Лечащий врач. 2003; 8. / Zaitsev A.A., Karpov O.I. Flurbiprofen pri boliakh v gorle. Lechashchii vrach. 2003; 8. [in Russian]
- Vane JR, Botting RM. Overview: the mechanism of action of antiinflammatory drugs. Clinical significance and potential of selective COX-2 inhibitors. Ed. Vane JR, Botting RM. William Harvey Press, 1998; p. 1–18.
- Ferreira SH. Blockade of inflammatory hyperalgesia and cyclooxygenase-2. In: New targets in inflammation. Inhibitors of COX-2 or adhesion molecules. Ed. Bazan N, Botting J, Vane J. Kluwer Acad Press, 1996: 39–45.
- Карпов О.И., Зайцев А.А. Нестероидные противовоспалительные препараты – аспекты безопасности длительного применения. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2001; 4: 79–82. / Karpov O.I., Zaitsev A.A. Nesteroidnye protivovospalitel'nye preparaty – aspekty bezopasnosti dlitel'nogo primeneniia. Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti. 2001; 4: 79–82. [in Russian]
- Arcimowicz M, Samolinski B, Gotlib T, Nyckowska J. Nimesulide - the selective COX-2 inhibitor in the treatment of ENT diseases. Otolaryngol Pol 2002; 56: 501–7.
- Weckx LL, Ruiz JE, Duperly J. Efficacy of celecoxib in treating symptoms of viral pharyngitis: a double-blind, randomized study of celecoxib versus diclofenac. J Int Med Res 2002; 30 (2): 185–94.
- Davies NM. Clinical pharmacokinetics of flurbiprofen and its enantiomers. Clin Pharmacokinet 1995; 28 (2): 100–14.
- Droge MJ, van Sorge AA, van Haeringen NJ et al. Alternative splicing of cyclooxygenase-1 mRNA in the human iris. Ophthalmic Res 2003; 35 (3): 160–3.
- Fang JY, Hwang TL, Fang CL, Chiu HC. In vitro and in vivo evaluations of the efficacy and safety of skin permeation enhancers using flurbiprofen as a model drug. Int J Pharm 2003; 255 (1–2): 153–66.
- Балабанова Р.М. Стрепфен (флурбипрофен) – препарат для симптоматической терапии болей в горле. РМЖ. 2003; 11 (22): 1220–3. / Balabanova R.M. Strepfen (flurbiprofen) – preparat dlia simptomaticheskoi terapii bolei v gorle. RMZh. 2003; 11 (22): 1220–3. [in Russian]
- Benrimoj SI et al. Efficacy and tolerability of the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8.75 mg in the treatment of sore throat – a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Clin Drug Invest 2001; 21 (3): 183–93.
- Watson N, Nimmo WS, Christian J et al. Relief of sore throat with the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8.75 mg: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety. Int J Clin Pract 2000; 54 (8): 490–6.
- Benrimoj SI, Langford JH. Efficacy and Tolerability of the Anti-inflammatory Throat Lozenge Flurbiprofen 8.75mg in the Treatment of Sore Throat: A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Clin Drug Invest 2001; 21 (3).
- Russo M, Bloch M, de Looze F et al. Flurbiprofenmicrogranules for relief of sore throat: a randomised, double-blind trial. Br J Gen Pract 2013; 63 (607): e149–e155 (7).
- Schachtel BP, Homan HD, Gibb IA et al. Demonstration of dose response of flurbiprofen lozenges with the sore throat pain model. Clin Pharmacol Ther 2002; 71 (5): 375–80.
- Battist N. The evaluation of the analgesic and anti-inflammatory effects of flurbiprofen mouth wash and 100 mg tablets in oral medicine. Minerva Stomatol 1994; 43 (4): 141–4.
- Heasman PA, Benn DK, Kelly PJ et al. The use of topical flurbiprofen as an adjunct to non-surgical management of periodontal disease. J Clin Periodontol 1993; 20 (6): 457–64.
- Вишняков В.В. Современные подходы к диагностике и лечению острых воспалительных заболеваний глотки (результаты клинического исследования). Consillium Medicum. 2016; 18 (3): 80–5. / Vishniakov V.V. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniiu ostrykh vospalitel'nykh zaboolevanii glotki (rezul'taty klinicheskogo issledovaniia). Consillium Medicum. 2016; 18 (3): 80–5. [in Russian]
- Колесникова О.М. Лечение постинтубационной боли в горле. Consillium Medicum. 2015; 17 (3): 42–5. / Kolesnikova O.M. Lechenie postintubatsionnoi boli v gorle. Consillium Medicum. 2015; 17 (3): 42–5. [in Russian]
- Трубушкина Е.М., Кошель В.И. Боль в горле. Применение препарата Стрепсилс Интенсив (флурбипрофен). РМЖ. 2015; 4: 202. / Trubushkina E.M., Koshe' V.I. Bol' v gorle. Primenenie preparata Strepsils Intensiv (flurbiprofen). RMZh. 2015; 4: 202. [in Russian]
- Божко А.В. Комплексное лечение больных с обострением хронического гипертрофического фарингита. Лечащий врач. 2007; 2. / Bozhko A.V. Kompleksnoe lechenie bol'nykh s obostreniem khronicheskogo gipertroficheskogo faringita. Lechashchii vrach. 2007; 2. [in Russian]
- Бирюкова Т.Л. Возможности симптоматического лечения боли в горле. Consilium provisorum. 2005; 4 (4): 13–4. / Biriukova T.L. Vozmozhnosti simptomaticheskogo lecheniia boli v gorle. Consilium provisorum. 2005; 4 (4): 13–4. [in Russian]
- Махлиновская Н.В., Салпагарова М.М. Опыт применения препаратов Стрепфен (Стрепсилс Интенсив) и Стрепсилс плюс спреи при острых воспалительных процессах в глотке. Новости медицины и фармации. 2011; 17: 386. / Makhlinovskaia N.V., Salpagarova M.M. Opyt primeneniia preparatov Strepfen (Strepsils Intensiv) i Strepsils plus spreii pri ostrykh vospalitel'nykh protsessakh v glotke. Novosti meditsiny i farmatsii. 2011; 17: 386 [in Russian]
- Мальцева Г.С. Острый фарингит: возможности локальной терапии. Consilium Medicum. 2012; 14 (11): 22–5. / Mal'tseva G.S. Ostryi faringit: vozmozhnosti lokal'noi terapii. Consilium Medicum. 2012; 14 (11): 22–5. [in Russian]
- [http://www.provizor-online.ru/2013/08/strepsils\\_intensiv\\_Strepsils\\_intensiv](http://www.provizor-online.ru/2013/08/strepsils_intensiv_Strepsils_intensiv)
- Инструкция по медицинскому применению препарата Стрепсилс Интенсив. / Instruktsiia po meditsinskomu primeneniui preparata Strepsils Intensiv. [in Russian]

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Егорова Ольга Анатольевна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии ФГБОУ ВО СГМУ, зав. детским ЛОР-отделением ОГБУЗ СОКБ. E-mail: ola-egorova@yandex.ru