

Пациент с болью в горле на амбулаторном приеме

А. А. Стремоухов

Ассоциация врачей первичного звена СИРАНО, Москва, Россия, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, Москва, Россия, astremo@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4393-3543>, SPIN: 2465-2495

Резюме

Введение. Боль в горле — одна из самых частых жалоб при обращении пациента в лечебное учреждение. Возможных причин боли в горле много: герпангина, инфекционный мононуклеоз, кандидозный стоматит, лакунарная и фолликулярная ангина, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, ряд других заболеваний. Но врачу наиболее часто приходится сталкиваться с тонзиллофарингитом, обычно вирусной, реже бактериальной этиологии. Эффективность работы с пациентом напрямую зависит от профессионализма врача: широты его клинического мышления, умения расспросить пациента, провести физикальный осмотр и инструментальное обследование. В последнем случае крайне важна правильно выполненная фарингоскопия, позволяющая выявить характерные признаки заболевания и провести дифференциальную диагностику. Главными вопросами, определяющими лечебную тактику врача, являются целесообразность назначения антибактериальных препаратов и выбор симптоматического лечения. С учетом наиболее частого вирусного происхождения заболевания следует воздерживаться от применения антибиотика в первые дни лечения до выяснения причин развития болезни. Оправдано назначение антибиотика только в случае верифицированной бактериальной инфекции, а именно β -гемолитического стрептококка группы А (БГСА). Оптимальным выбором при острой БГСА-инфекции является амоксициллин, а при рецидивирующей — амоксициллин/клавуланат. Решить проблему боли в горле вне зависимости от ее этиологии позволяет адекватная симптоматическая терапия. Назначаются, как правило, нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики/антипиретики: системные и топические. Системные препараты эффективно купируют лихорадочный синдром и существенно влияют на выраженность боли в горле. Однако большего эффекта позволяют добиться препараты топические. Одним из наиболее эффективных действующих веществ этой группы является флурбипрофен, выпускаемый в виде таблеток для рассасывания. Препарат является производным пропионовой кислоты, механизм его действия связан с ингибированием циклооксигеназы и угнетением синтеза провоспалительных простагландинов, обуславливающих развитие заболевания. Флурбипрофен наиболее мягко действует на пораженную слизистую оболочку глотки и способен подавлять воспалительный процесс, возникший в результате действия как вирусов, так и бактерий. Он быстро проникает в ткани, включая глубокие слои, и оказывает выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие на слизистую оболочку полости рта и глотки.

Заключение. Рассмотрены вопросы диагностики и лечения пациентов с болью в горле в амбулаторной терапевтической практике. Проанализированы наиболее частые причины боли в горле, физикальная, лабораторная и инструментальная диагностика. Обозначены критерии назначения антибактериальной терапии при инфекционной этиологии заболевания. Сделан акцент на симптоматическом лечении и применении топических препаратов. Показана эффективность флурбипрофена в быстром купировании болевого синдрома и регрессе воспалительного процесса.

Ключевые слова: боль в горле, тонзиллофарингит, диагностика, симптоматическое лечение, флурбипрофен

Для цитирования: Стремоухов А. А. Пациент с болью в горле на амбулаторном приеме Лечащий Врач. 2025; 10 (28): 32-36. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.10.004>

Конфликт интересов. Автор статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Patient with sore throat at outpatient appointment

Anatoly A. Stremoukhov

Association of Primary Care Physicians SIRANO, Moscow, Russia, N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia, astremo@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4393-3543>, SPIN: 2465-2495

Abstract

Background. Sore throat is one of the most common complaints when patients visit a medical facility. There are many possible causes of sore throat: herpangina, infectious mononucleosis, candidal stomatitis, lacunar and follicular tonsillitis, diphtheria, paratonsillar abscess, and a number of other diseases. However, doctors most often encounter tonsillopharyngitis, usually of viral, less often of bacterial etiology. The effectiveness of working with a patient directly depends on the professionalism of the doctor: the breadth of their clinical thinking,

their ability to ask the patient questions, conduct a physical examination, and perform instrumental examinations. In the latter case, a correctly performed pharyngoscopy is extremely important, as it allows you to identify the characteristic signs of the disease and conduct a differential diagnosis. The main issues determining the doctor's treatment strategy are the appropriateness of prescribing antibacterial drugs and the choice of symptomatic treatment. Given that the disease is most often viral in origin, antibiotics should not be used in the first days of treatment until the causes of the disease have been clarified. Antibiotics are only justified in cases of verified bacterial infection, namely group A β -hemolytic streptococcus (GABHS). The optimal choice for acute GABHS infection is amoxicillin, and for recurrent infection, amoxicillin/clavulanate. Adequate symptomatic therapy can resolve the problem of sore throat regardless of its etiology. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and analgesics/antipyretics are usually prescribed: systemic and topical. Systemic drugs effectively relieve fever and significantly reduce the severity of sore throat. However, topical drugs are more effective. One of the most effective active ingredients in this group is flurbiprofen, which is available in the form of lozenges. The drug is a derivative of propionic acid, and its mechanism of action is associated with the inhibition of cyclooxygenase and the suppression of the synthesis of pro-inflammatory prostaglandins, which cause the development of the disease. Flurbiprofen has the mildest effect on the affected mucous membrane of the pharynx and is able to suppress the inflammatory process caused by both viruses and bacteria. It quickly penetrates tissues, including deep layers, and has a pronounced analgesic and anti-inflammatory effect on the mucous membrane of the oral cavity and pharynx.

Conclusion. Issues related to the diagnosis and treatment of patients with sore throat in outpatient therapeutic practice are considered. The most common causes of sore throat, physical, laboratory, and instrumental diagnostics are discussed. Criteria for prescribing antibiotic therapy for infectious etiology of the disease are outlined. Emphasis is placed on symptomatic treatment and the use of topical preparations. The effectiveness of flurbiprofen in rapidly relieving pain and reducing inflammation is demonstrated.

Keywords: sore throat, tonsillopharyngitis, diagnosis, symptomatic treatment, flurbiprofen

For citation: Stremoukhov A. A. Patient with sore throat at outpatient appointment. *Lechaschi Vrach.* 2025; 10 (28): 32-36. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.10.004>

Conflict of interests. Not declared.

Боль в горле – нередкий и весьма неприятный симптом, заметно ухудшающий качество жизни пациента. Каждый человек, как правило, хорошо знает, что такое боль в горле, поскольку неоднократно испытывал ее во время простудных заболеваний. Но то, что в обиходе обычно называется горлом, на самом деле является сложной анатомической структурой, состоящей из глотки и гортани и выполняющей многочисленные функции. Здесь осуществляется проведение воздуха в дыхательную систему, а пищи – в желудочно-кишечный тракт; происходит согревание, увлажнение и очищение воздуха от болезнетворных бактерий и пыли; обеспечивается обоняние за счет специфических нервных окончаний в слизистой оболочке носоглотки; поддерживается местный иммунитет клетками лимфатического кольца Пирогова – Вальдейера и лимфатическими фолликулами слизистой оболочки; формируются вкусовые ощущения; обеспечивается нормальный слух путем выравнивания давления в слуховой трубе; осуществляется защита нижних дыхательных путей от попадания инородных тел; происходит голосообразование; обеспечиваются кровоснабжение и иннервация органов головы и шеи проходящими в области горла кровеносными сосудами и нервными стволами. Именно вследствие своей структурной сложности и многофункциональности горло подвержено влиянию огромного количества факторов, вызывающих болезни и иные патологические состояния, сопровождающиеся болью.

Практикующему врачу хорошо известно, что боль в горле – одна из самых частых жалоб и при обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое лечебное учреждение, и при консультировании на дому [1], а также при случайной встрече с ним в любом месте и в любое время, начинающейся словами «ой, доктор, мне только спросить».

В контексте амбулаторного приема наиболее часто приходится сталкиваться с фарингитом – воспалением слизи-

стой оболочки глотки; тонзиллитом – воспалением небных миндалин и с ангиной – воспалением и небных миндалин, и слизистой оболочки глотки. Применительно к последней и, как правило, острой ситуации используется термин «острый тонзиллофарингит», что вполне оправдано, так как он объединяет и острое воспаление небных миндалин (собственно острый тонзиллит), и острое воспаление глотки (собственно острый фарингит), поскольку в большинстве случаев, если не всегда, наблюдается воспаление обеих локализаций [2, 3]. Причем «болит» именно фарингит, и чаще всего этот фарингит вирусный. Он встречается более чем в половине случаев и может быть представлен аденовирусной, коронавирусной, энтеровирусной, риновирусной инфекциями, гриппом, инфекционным мононуклеозом, герпангиной, простым герпесом, иногда ВИЧ-инфекцией.

Бактериальные инфекции тоже встречаются, но реже. Это, как правило, стрептококковые и стафилококковые ангины, ангина Симановского – Венсана, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, иногда сифилис. Не следует забывать и о микоплазменных и хламидийных фарингитах, кандидозном стоматите, агранулоцитозе, лейкозах, стенокардии, инфаркте миокарда, злокачественных новообразованиях полости рта и глотки, инородных телах, тиреоидите, системной склеродермии, саркоидозе, туберкулезе и, наконец, о табакокурении. Все эти состояния могут способствовать боли в горле.

Таким образом, возможных причин боли в горле много, а клиническая картина не всегда кристально чиста и понятна. Она может быть смазана результатами самолечения пациента или завуалирована симптомами других заболеваний и состояний, присутствующих в данный момент у больного. Поэтому эффективность амбулаторного приема напрямую зависит от профессионализма врача: от широты его клинического мышления, от умения расспросить пациента и от уверенного владения методами физикального и инструментального обследования.

Боль в горле может быть единственной жалобой пациента, а может быть одной из множества жалоб, предъявляемых во время консультации. Но если речь идет об остром тонзиллофарингите, то боль в горле тоже острая и постоянная; она усиливается при глотании, которое зачастую затруднено; может иррадиировать в ухо. При этом нередко отмечается осиплость голоса, раздражение, жжение, саднение и царапание в горле. Лихорадка чаще фебрильная, но может быть и субфебрилитет. Пациент отказывается от еды, от проглатывания любой, иногда даже жидкой пищи.

Однако только этими обстоятельствами проблема зачастую не исчерпывается. И приступая к работе с пациентом, который жалуется на боль в горле, важно не пропустить и другую, нередко более серьезную патологию, а для этого следует со всей ответственностью подойти к вопросам диагностики. Необходимо уточнить локализацию боли (шея или глотка), выяснить ее характер: поверхностная болезненность, першение, распирающее или давящее. Обязательно следует установить место наибольшей болезненности и расспросить пациента о наличии других симптомов (кашель, насморк и пр.), сопутствующей патологии, профессиональных вредностей и курения. Необходимо выяснить лекарственный анамнез.

При физикальном исследовании важно обратить внимание на цвет кожных покровов, на носовое дыхание (не затруднено ли) и запах изо рта. Необходимо исследовать регионарные лимфоузлы; при остром тонзиллофарингите они увеличены и болезненны. Следует также осмотреть и пропальпировать ушные раковины и заушное пространство, перейти к пальпации области придаточных пазух носа, а затем приступить к основной диагностической манипуляции у пациентов с болью в горле – фарингоскопии.

Фарингоскопия представляет собой осмотр глотки с помощью медицинских инструментов и приспособлений и подразделяется на эпи-, мезо- и гипофарингоскопию. Считается, что процедура производится только ЛОР-врачом. Это не совсем так. Соответствующими компетенциями обладает и врач общей практики, и опытный терапевт, способный самостоятельно провести необходимую диагностику «здесь и сейчас». Применительно к терапевтическому приему речь идет о мезофарингоскопии.

При мезофарингоскопии проводится визуальное исследование состояния всех доступных прямому осмотру структур полости рта: зубов, десен, языка, мягкого нёба, язычка, нёбных дужек, нёбных миндалин, лакун, задней стенки глотки на предмет выявления язв, объемных образований, патологического налета и пленок, отека и гиперемии, что позволяет провести диагностику широкого круга заболеваний (глосситов, гингивитов, тонзиллитов, фарингитов, новообразований и др.). Выполняется это исследование достаточно просто: необходим лишь источник прямого или отраженного света и медицинский шпатель, которым прижимается ненапряженный язык пациента (рис. 1). Любое напряжение языка или просьба «высунуть язык» сводит ценность диагностической процедуры на нет, так как существенно затрудняет осмотр.

Если при мезофарингоскопии патологические изменения не обнаружены, то врач констатирует норму (рис. 2), если же выявляется гиперемия, инфильтрация, отечность нёбных миндалин и задней стенки глотки, то вместе с характерной клинической картиной это подтверждает диагноз тонзиллофарингита (рис. 3).

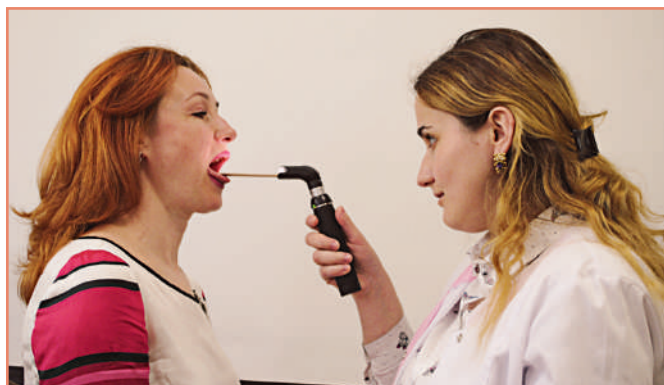


Рис. 1. Мезофарингоскопия [предоставлено автором] / Mesopharyngoscopy [provided by the author]



Рис. 2. Фарингоскопическая картина в норме [предоставлено автором] / Normal pharyngoscopic picture [provided by the author]



Рис. 3. Фарингоскопическая картина тонзиллофарингита [предоставлено автором] / Pharyngoscopic picture of tonsillopharyngitis [provided by the author]

Чтобы осмотреть, если это необходимо для уточнения диагноза, свод носоглотки, хоаны, концы носовых раковин и глоточную миндалину, необходимо провести эпифарингоскопию с использованием носоглоточного зеркала, вводимого в полость рта за мягкое нёбо зеркальной поверхностью кверху. Осмотреть язычную миндалину, гортань в момент дыхания и фонации, оценить окраску слизистой оболочки, цвет голосовых складок, их подвижность, симметричность движения

и смыкаемость позволяет гипофарингоскопия. Используется гортанное зеркало, которое вводится в полость рта зеркальной поверхностью книзу до соприкосновения с мягким нёбом. При повышенном глоточном рефлексе на слизистую оболочку нёба, заднюю стенку глотки и корень языка распыляют раствор какого-либо анестетика (например, лидокаина).

Полноценная фарингоскопия позволяет осмотреть всё лимфатическое глоточное кольцо Пирогова – Вальдейера, установить причину боли в горле и, кроме того, выявить причины других симптомов, если они имеются: например, кашля, изменений голоса (охриплость, приглушенность, слабость, отсутствие), затрудненного глотания (ротоглоточная дисфагия), повреждений гортани, сужений, нарушений проходимости верхних дыхательных путей. Обнаружить опухоли, инородные тела или источники кровотечения.

Признаки наиболее часто встречающихся заболеваний, сопровождающихся болью в горле [1-3]:

- **Вирусный фарингит** — гиперемия задней стенки глотки и увеличение лимфатических фолликулов.
- **Кандидозный стоматит** — небольшие молочно-белые пятна на мягком нёбе, спинке языка, слизистой оболочке рта и глотки.
- **Инфекционный мононуклеоз** — отек, гиперемия, желтовато-белые пленки на миндалинах, петехии на мягком нёбе (вирус Эпштейна — Барр).
- **Герпангина** — пузырьки на мягком нёбе, нёбном язычке, нёбных дужках, эрозии (вирус Коксаки).
- **Лакунарная ангина** — отек и гиперемия миндалин, гной в лакунах (стрептококк).
- **Фолликулярная ангина** — отек нёбного язычка, отек и гиперемия слизистой глотки, отек и гиперемия нёбных миндалин, гной (стрептококк).
- **Дифтерия** — отек и гиперемия нёбных миндалин и слизистой глотки, толстые серо-зеленые пленки, распространяющиеся за пределы нёбных миндалин (бацилла Лёффлера)
- **Паратонзиллярный абсцесс** — напряженное гиперемированное образование, смещение нёбного язычка.

Особыми категориями пациентов всегда являются дети и пожилые люди. Симптом боли в горле имеет у них ряд особенностей. Так, работая с детьми, важно не пропустить стоматит (герпетический, афтозный, кандидозный), острый эпиглоттит, острый трахеит, ларинготрахеит, он же круп, а также инородные тела верхних дыхательных путей и постназальный синдром: стекание отделяемого из носа по задней стенке глотки. Последний часто вызывает кашель, с которым, неверно трактуя его причины, безуспешно борются родители ребенка.

При работе с пожилыми пациентами необходимо помнить о возможности опоясывающего лишая с характерной сыпью (в том числе на лице), а также кандидозного стоматита (с металлическим привкусом во рту). В этих случаях необходимо исключать сахарный диабет. Кроме того, всегда должна быть повышенная настороженность в отношении возможного рака ротоглотки, для которого характерны боль при глотании, иррадиирующая в ухо, и охриплость голоса.

В любом случае боль в горле — это проблема, которую нужно решать. Н. В. Эльштейн в своей не теряющей актуальности книге «Общественные проблемы терапевтической практики» отмечал, что «пациенты судят о врачах не столько по тому, как он ставит диагноз, сколько по результатам терапии» [4],

и с этим нельзя не согласиться. Однако также неоспорим и тот факт, что лечебная тактика зависит именно от диагноза. И если это диагноз «острый тонзиллофарингит», то перед врачом встанет проблема выбора: назначать или не назначать антибиотик.

Зачастую врач, справедливо полагая, что причиной боли в горле является инфекция, априори считает эту инфекцию бактериальной, но даже считая ее вирусной, он нередко назначает пациенту антибиотик для «профилактики» бактериальной инфекции. Кроме того, нередко настоятельное желание, а иногда и требование пациента получить «настоящее лечение» (а это, по его мнению, именно антибиотик), совпадает с психологической готовностью врача: «на всякий случай», «хуже не будет», «зачем мне лишние проблемы», «нет времени разбираться». И антибиотик при вирусной инфекции все-таки назначается.

Негативных последствий необоснованного применения антибиотиков немало. Это ошибочные заключения о его эффекте при регрессе клинической симптоматики у больных вирусными инфекциями; извращение клинико-лабораторной картины заболевания; потеря времени для адекватного лечения; риск возникновения побочных эффектов; необоснованные экономические затраты и, конечно же, развитие лекарственной устойчивости микроорганизмов. Поэтому, с учетом наиболее частого вирусного происхождения заболевания, следует воздерживаться от применения антибиотика в первые дни лечения до выяснения причин развития болезни. Оправдано назначение антибиотика только в случае верифицированной бактериальной инфекции или при высоком риске ее развития у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями, особенно при их обострении или декомпенсации.

Бактериальная этиология острого тонзиллофарингита встречается не так часто, как вирусная, и не всегда нуждается в антибактериальной терапии. Но если возбудителем заболевания является *Streptococcus pyogenes*, который в отечественной литературе чаще обозначается как β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), антибактериальная терапия обязательна, ибо ее отсутствие при данном заболевании ассоциируется с высоким риском развития серьезных осложнений. Без своевременного назначения антибиотиков в острую фазу стрептококкового тонзиллофарингита могут развиваться гнойный шейный лимфаденит, паратонзиллярный или ретрофарингеальный абсцесс, а в отдаленном периоде — ревматизм или гломерулонефрит.

К сожалению, диагностику нередко затрудняют однотипность клинических проявлений острого тонзиллофарингита и отсутствие четкой связи с возбудителем заболевания. Но существует полезное клиническое наблюдение, помогающее врачу мыслить в верном направлении:

- Боль в горле и мало симптомов (локальные симптомы) — наиболее вероятно стрептококковая ангина.
- Боль в горле и много симптомов (боль при пустой глотке, насморк, кашель, охриплость, слезотечение, головная боль, лихорадка, слабость, недомогание) — наиболее вероятно вирусная инфекция.

Если у врача есть возможности для лабораторной верификации возбудителя, то этими возможностями необходимо воспользоваться. Для экспресс-диагностики могут применяться иммуноферментный анализ и иммунохроматографический метод, а в качестве золотого стандарта — культуральное исследование. При этом критериями для выделения целевой группы по обязательному обследованию на БГСА-этиологию

острого тонзиллофарингита являются эпидемиологический анамнез и возраст пациента: наиболее часто БГСА в качестве возбудителя острого тонзиллофарингита встречается у детей от 5 до 15 лет, в то время как вероятность стрептококковой этиологии заболевания у детей в возрасте до 3 лет и у взрослых после 45 лет минимальна. Но если решение о назначении системной антибактериальной терапии принято, то оптимальным выбором при острой инфекции будет амоксициллин, а при рецидивирующей — амоксициллин/клавуланат [2].

Решить проблему боли в горле вне зависимости от ее этиологии позволяет адекватная симптоматическая терапия. Назначаются, как правило, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и анальгетики/антипиретики: как системные (ибупрофен, парацетамол, ацетилсалициловая кислота и пр.), так и топические (флурбипрофен, кетопрофен, бензидамин и пр.).

Системные НПВП эффективно купируют лихорадочный синдром и существенно влияют на выраженность боли в горле. Однако в последнем случае большего эффекта позволяют добиться топические НПВП. Одним из наиболее эффективных действующих веществ этой группы является флурбипрофен, выпускаемый в виде таблеток для рассасывания. Препарат является производным пропионовой кислоты, механизм его действия связан с ингибированием циклооксигеназы и угнетением синтеза провоспалительных простагландинов, обуславливающих развитие отека, боли, гиперемии и целого ряда функциональных нарушений [2].

Флурбипрофен наиболее мягко действует на пораженную слизистую оболочку глотки и способен подавлять воспалительный процесс, возникший в результате действия как вирусов, так и бактерий. При рассасывании таблетки он быстро проникает в ткани, включая глубокие слои, и оказывает выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие на слизистую оболочку полости рта и глотки: уменьшает отек, затруднение при глотании, боль и ощущение раздражения в горле. Действие флурбипрофена при использовании в терапевтических дозах проявляется уже через 15 минут, затем прогрессивно нарастает и сохраняется в течение нескольких часов [5].

Этими свойствами в полной мере обладает отечественный лекарственный препарат Флурбипрофен-Фармстандарт[®], широко применяемый для симптоматической терапии инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, сопровождающихся болью в горле. Флурбипрофен-Фармстандарт[®] выпускается в виде таблеток для рассасывания, каждая из которых содержит 8,75 мг действующего вещества, что является оптимальной дозировкой для получения выраженного терапевтического эффекта, не приводя при этом к развитию каких-либо значимых побочных реакций. Препарат в течение короткого времени полностью растворяется в полости рта и хорошо всасывается, поэтому его действие наступает быстро и сохраняется длительно, что значительно повышает приверженность лечению.

При назначении топических препаратов следует придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений. Топические препараты применяют, предварительно прополоскав рот теплой водой, и удерживают препарат в полости рта до полного растворения, не разжевывая, так как максимальный терапевтический эффект достигается только при длительном прямом контакте с воспаленной слизистой

оболочкой горла. После использования местных средств следует воздерживаться от приема пищи и питья в течение 30–40 минут. У детей топические препараты можно применять, когда они уже научились самостоятельно рассасывать их.

Таким образом, боль в горле — это актуальная клиническая проблема, требующая взвешенного и внимательного подхода к диагностике и лечению. Современная фармакотерапия позволяет контролировать практически все заболевания, сопровождающиеся болью в горле, применяя препараты этиопатогенетического и симптоматического действия. Существенное значение в борьбе с болевым синдромом имеют препараты направленного действия, в частности, флурбипрофен, демонстрирующий высокую эффективность в быстром купировании болевого синдрома и регрессе воспалительного процесса. **ЛВ**

Литература/References

1. *Мёрта Дж.* Справочник врача общей практики. М.: Практика, 1998. С. 642–650.
Morta J. Handbook for General Practitioners. Moscow: Praktika, 1998. pp. 642–650. (In Russ.)
2. Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит). Клинические рекомендации, 2024. 55 с.
Acute tonsillitis and pharyngitis (acute tonsillopharyngitis). Clinical guidelines, 2024. 55 p. (In Russ.)
3. *Комлев А. Ф., Стремоухов А. А.* Острые респираторные вирусные заболевания в общей врачебной практике. М.: Издательский дом «Русский врач», 2004. 23 с.
Komlev A. F., Stremoukhov A. A. Acute respiratory viral diseases in general medical practice. Moscow: Russian Doctor Publishing House, 2004. 23 p. (In Russ.)
4. *Эльштейн Н. В.* Общемедицинские проблемы терапевтической практики. Таллин: Валгус, 1983. С. 147.
Elstein N. V. General medical problems of therapeutic practice. Tallinn: Valgus, 1983. P. 147. (In Russ.)
5. *Балабанова Р. М., Степанец О. В.* Эффективность и безопасность флурбипрофена при болях в горле. Лечащий врач. 2004; 08.
Balabanova R. M., Stepanets O. V. Efficacy and safety of flurbiprofen for sore throat. Lechaschi Vrach. 2004; 08. (In Russ.)

Сведения об авторе:

Стремоухов Анатолий Анатольевич, д.м.н., профессор, директор института профессионального образования, Некоммерческая организация «Ассоциация врачей первичного звена СИРАНО»; Россия, 117587, Москва, Варшавское шоссе, 125Ж, корп. 6; профессор кафедры терапии и общей врачебной практики, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко»; Россия, 105064, Москва, ул. Воронцово поле, 12, стр. 1; astremo@bk.ru

Information about the author:

Anatoly A. Stremoukhov, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Director of the Institute of Professional Education, Non-profit organization Association of Primary Care Physicians SIRANO; 125Zh, bld. 6 Varshavskoe shosse, Moscow, 117587, Russia; Professor of the Department of Therapy and General Medical Practice, Federal State Scientific Budgetary Institution N. A. Semashko National Research Institute of Public Health; 12 Vorontsovo Pole str., bld. 1, Moscow, 105064, Russia; astremo@bk.ru

Поступила/Received 05.08.2025

Поступила после рецензирования/Revised 05.09.2025

Принята в печать/Accepted 08.09.2025