

Местная терапия воспалительных заболеваний глотки

Профессор А.В. Гуров, к.м.н. М.А. Юшкина

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются современные проблемы воспалительных заболеваний глотки. Авторы приводят данные об этиологии и патогенезе заболеваний, наиболее часто сопровождающихся воспалением и болью в горле, – остром фарингите, хроническом фарингите, ангинах, хроническом тонзиллите. Обсуждается роль различных микроорганизмов – вирусов, бактерий (в т. ч. *S. pyogenes*) и грибов в развитии воспалительных изменений глотки. Подробно рассмотрены механизмы формирования хронических изменений слизистой оболочки глотки, роль гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в генезе хронического фарингита и постоянной боли в горле. В статье приведены данные о возможностях местной терапии воспалительной патологии глотки. Авторы обсуждают преимущества использования и показания для применения препаратов Стрепсилс. Подробно описаны состав и фармакологическое действие препаратов Стрепсилс Интенсив, Стрепсилс Плюс, Стрепсилс с ментолом и эвкалиптом. Предложен вариант купирования болевого синдрома у больных после тонзиллэктомии с помощью спрея Стрепсилс Плюс. Приводятся данные отечественных и зарубежных авторов об эффективности и безопасности применения препаратов Стрепсилс. Авторы делают вывод, что препарат Стрепсилс может быть использован в качестве топической терапии воспалительных заболеваний глотки.

Ключевые слова: воспалительные заболевания глотки, боль в горле, Стрепсилс.

Для цитирования: Гуров А.В., Юшкина М.А. Местная терапия воспалительных заболеваний глотки // PMЖ. 2017. № 11. С. 792–796.

ABSTRACT

Local therapy of inflammatory diseases of the pharynx

Gurov A.V., Yushkina M.A.

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

The article deals with modern problems of inflammatory diseases of the pharynx. The authors give data on the etiology and pathogenesis of diseases most often accompanied by inflammation and sore throat - acute pharyngitis, chronic pharyngitis, tonsillitis, chronic tonsillitis. The role of various microorganisms - viruses, bacteria (including *S. pyogenes*) and fungi in the development of inflammatory changes in the pharynx is discussed. The article considers in detail the mechanisms of formation of chronic changes in the mucous membrane of the pharynx, the role of gastroesophageal reflux disease in the genesis of chronic pharyngitis and persistent sore throat. The article presents data on the possibilities of local therapy of inflammatory pathology of the pharynx. The authors discuss the benefits and indications for the use of Strepsils drugs. There is a detailed description of the composition and pharmacological effects of Strepsils Intensive, Strepsils Plus, Strepsils with menthol and eucalyptus. The authors offer the most optimal way of pain relief in patients after tonsillectomy with the use of Strepsils Plus. The data of domestic and foreign authors concerning the effectiveness and safety of the use of Strepsils preparations are presented. The authors conclude that the drug Strepsils can be used as a topical therapy for inflammatory diseases of the pharynx.

Key words: inflammatory diseases of the pharynx, sore throat, Strepsils.

For citation: Gurov A.V., Yushkina M.A. Local therapy of inflammatory diseases of the pharynx // RMJ. 2017. № 11. P. 792–796.

Введение

Воспалительные заболевания глотки являются неотъемлемой частью работы врача-оториноларинголога, что обусловлено высокой распространенностью данной патологии и, как следствие, частым обращением пациентов. Несмотря на значительные успехи в изучении этиологии и патогенеза заболеваний глотки, в настоящее время не только не происходит заметного снижения заболеваемости, но и отмечается ее устойчивый ежегодный рост [1]. Это объясняется особенностями анатомии и физиологии глотки, а также ростом резистентности микроорганизмов в результате широкого и, нередко, бесконтрольного приема антимикробных препаратов.

Глотка представляет собой полый мышечный орган, который является частью дыхательных путей и пищеварительного тракта, образованный мышцами, покрытый фиб-

розной оболочкой и выстланный слизистой оболочкой. Особое значение имеют лимфатические структуры глотки – элементы так называемого лимфаденоидного кольца Пирогова – Вальдеера, представленного глоточной, трубными, небными и язычной миндалинами, а также лимфоидными гранулами и боковыми валиками задней стенки глотки. Все перечисленные структуры относятся к периферическому отделу иммунной системы и осуществляют реакции клеточного и гуморального иммунитета, функционируя как орган лимфопозеза и обеспечивая защиту слизистых оболочек [2, 3].

Глотка в норме обильно колонизирована микрофлорой, которую принято делить на сапрофитную, практически никогда не вызывающую гнойно-воспалительных заболеваний, и условно-патогенную, способную в определенных, неблагоприятных для макроорганизма условиях, вызывать

патологические процессы [4]. Важную роль в обеспечении барьерной функции играет сама слизистая оболочка глотки посредством образования секрета, в составе которого имеются иммуноглобулины и секреторные антитела, а также неспецифические защитные факторы: лизоцим, лактоферрин, интерферон и др. Кроме того, образование секрета и колонизация слизистой оболочки представителями нормальной микрофлоры препятствуют адгезии патогенных микроорганизмов и соответственно развитию очага инфекции [2, 3].

Состав нормальной микрофлоры глотки может претерпевать значительные изменения у пациентов с хронической соматической патологией, особенно сопровождающейся нарушением обменных процессов в организме. Недавно проведенные исследования показали, что у больных сахарным диабетом в микробном биоценозе глотки преобладает условно-патогенная транзитная микрофлора, отмечается высокий процент высеваемости золотистого стафилококка и грибов рода *Candida*, что объясняет повышенную восприимчивость данного контингента пациентов к гнойно-воспалительным заболеваниям [5].

Клиническая картина воспалительных заболеваний глотки

Воспалительный процесс в области верхних дыхательных путей чаще всего имеет инфекционный генез, связанный с попаданием, адгезией и размножением вирулентных микроорганизмов, чему благоприятствует снижение факторов общей и местной резистентности. Так, острое воспаление слизистой оболочки глотки, острый фарингит (ОФ), в 70% случаев имеет вирусную этиологию, при этом наиболее значительную роль играют риновирусы, реже встречаются коронавирусы, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа [2, 6]. Фарингит может протекать как самостоятельное заболевание или быть одним из симптомов ОРВИ. Среди бактериальных возбудителей наибольшее значение имеют *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus spp.*, *Corynebacterium spp.* и *Streptococcus pneumoniae* [2, 4, 7].

При ОФ больные чаще всего отмечают неприятные ощущения в глотке: боль при глотании, сухость, жжение, першение, скопление вязкой слизи на задней стенке глотки, ощущение инородного тела в горле. При распространении воспаления на область носоглотки и появлении отека слизистой оболочки слуховых труб может возникать заложенность и дискомфорт в ушах; при этом отмечается затруднение носового дыхания и гнусавость, особенно у детей [1, 2].

Фарингоскопическая картина при ОФ характеризуется гиперемией и отеком слизистой оболочки глотки, иногда – появлением на стенках глотки слизисто-гнойных наложений. Отмечается воспалительная инфильтрация небных дужек, небной занавески и *uvula*. На задней и боковой стенках глотки нередко можно видеть отдельные лимфаденоидные фолликулы в виде ярко-красных округлых возвышений – гранул (гранулезный фарингит), на боковых стенках – увеличенные в размерах, инфильтрированные лимфаденоидные валики (боковой фарингит). Однако стойкая гипертрофия гранул и боковых валиков наиболее характерна для обострения хронического фарингита (ХФ).

Хроническое воспаление слизистой оболочки глотки развивается как следствие острого воспаления при неадекватном лечении и неустранимых этиологических факторах. ХФ характерен для лиц среднего и пожилого воз-

раста, у детей встречается сравнительно редко. Развитие ХФ обусловлено длительным местным раздражением слизистой оболочки глотки, повторными острыми воспалениями, хроническим тонзиллитом, рецидивирующими заболеваниями носа и околоносовых пазух. Согласно характеру развивающихся изменений слизистой оболочки глотки различают катаральную, гипертрофическую и атрофическую формы ХФ. Для катаральной формы характерна диффузная стойкая венозная гиперемия и пастозность слизистой оболочки. При гипертрофической форме ХФ возникает утолщение всех слоев слизистой оболочки глотки, чаще локализованное в области задней стенки (гранулезный фарингит) или ее боковых отделов (боковой фарингит). Для атрофической формы характерны резкое истончение и сухость слизистой оболочки [1, 2].

Фарингит часто развивается при постоянно затрудненном носовом дыхании. Он может быть вызван не только дыханием через рот, но и злоупотреблением сосудосуживающими каплями, которые стекают из полости носа в глотку и оказывают там ненужный анемизирующий эффект. Симптомы фарингита могут присутствовать при так называемом постназальном синдроме (англоязычный термин – *postnasal drip*). В этом случае дискомфорт в горле связан со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки [2, 8].

К развитию ХФ могут привести воздействие неблагоприятных климатических и экологических факторов (пыль, химические вещества, горячий сухой или задымленный воздух), курение и злоупотребление алкоголем.

Причиной ХФ нередко является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – нарушение перистальтики органов эзофагогастродуоденальной зоны с часто повторяющимися забросами в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, с удлинением времени экспозиции рефлюктата в пищеводе, приводящего к повреждению его слизистой оболочки. При недостаточности сфинктеров пищевода содержимое желудка может попадать в различные отделы глотки и гортани, вызывая там химическое повреждение слизистых оболочек. Характерной жалобой для рефлюкс-ассоциированного фарингита является боль в горле, которая часто возникает в ночное время. Может отмечаться ощущение кома в горле, першение, затекание из носа. При осмотре можно видеть гиперемию слизистой оболочки задней стенки глотки, изменения в области межчерпаловидного пространства и грушевидных синусов, часто наблюдаются все признаки, характерные для простой формы хронического тонзиллита, – казеозные пробки, признаки Гизе, Зака, Преображенского. В данной ситуации без устранения основной причины со стороны желудочно-кишечного тракта методы местной терапии ХФ малоэффективны, поэтому пациенты должны пройти необходимое обследование и лечение у гастроэнтеролога [2, 9].

Клиническая картина ХФ чаще всего характеризуется ощущениями першения, саднения, щекотания, дискомфортом при глотании и чувством инородного тела, при этом, как правило, не наблюдается существенного ухудшения общего состояния и повышения температуры тела.

Часто встречаемой воспалительной патологией глотки является ангина – острое общее инфекционное заболевание с очагом воспаления преимущественно в небных миндалинах, реже в других миндалинах лимфаденоидного глоточного кольца. Различают три формы возникновения обычных ангин: 1) эпизодическую при воздействии на чело-

века неблагоприятных условий внешней среды; 2) эпидемическую при заражении от больного ангиной; 3) как обострение хронического тонзиллита. Среди различных видов ангин преобладают банальные – катаральная, фолликулярная, лакунарная и смешанная. Реже встречаются ангины при инфекционных заболеваниях, заболеваниях крови и атипичные.

Для банальных ангин характерно наличие ряда четких критериев, отличающих их от других форм. Развиваются сходные признаки интоксикации организма, обычно определяются патологические изменения в обеих небных миндалинах, длительность течения заболевания в среднем составляет 7 дней [1–3]. Ангины могут вызывать различные возбудители: стрептококки, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского – Плаута – Венсана), примерно в 10–13% наблюдений – микоплазмы и хламидии. Среди бактериальных возбудителей ангины важнейшая этиологическая роль принадлежит β -гемолитическому стрептококку группы А (БГСА). Достаточно часто встречаются поражения глотки вирусного характера, что существенно усложняет диагностику данных состояний. Помимо этого, имеет значение наследственно-генетическая предрасположенность [1–3].

БГСА-инфекция передается воздушно-капельным путем, источником заражения обычно становятся больные или носители БГСА, если имеют место тесный контакт или высокая степень обсемененности. Вспышки заболевания чаще бывают осенью или весной. Частота ангин, вызванных БГСА, у детей старше 5 лет и у взрослых, составляет от 35 до 50% [7]. Классическая стрептококковая инфекция обычно протекает с выраженными явлениями интоксикации, значительной болью в горле и, часто, затруднением глотания, фебрильной лихорадкой, увеличением регионарных лимфатических узлов, появлением либо нагноившихся лимфоидных фолликулов небных миндалин, либо налета, исходящего из лакун, но не распространяющегося за пределы миндалин. Основу медикаментозного лечения ангин составляет системная антибактериальная терапия. Адекватная антибактериальная терапия БГСА-тонзиллита должна решать две основные задачи: во-первых, уменьшение тяжести и длительности клинических симптомов и предотвращение развития гнойных осложнений (паратонзиллит и др.), во-вторых, обеспечение эрадикации возбудителя для предупреждения развития поздних системных осложнений, наиболее тяжелыми среди которых являются острая ревматическая лихорадка с последующим ревматическим поражением сердца и суставов и постстрептококковый гломерулонефрит.

Наиболее распространенной патологией глотки является хронический тонзиллит (ХТ) – общее хроническое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором в небных миндалинах под влиянием снижения иммунитета формируется очаг инфекции [1–3].

По токсико-аллергическому воздействию на организм очаговая инфекция в небных миндалинах при ХТ значительно превышает таковую при другой локализации очаговой инфекции. ХТ может быть следствием как первичных воспалительных процессов в небных миндалинах (острых ангин), так и вторичного воспаления при частых ОРВИ, заболеваниях полости рта – стоматитах, гингивитах и т. п.

Основным этиологическим фактором ХТ является БГСА, далее по частоте встречаемости следуют золоти-

стый стафилококк, пневмококк, облигатно-анаэробные микроорганизмы и атипичная микрофлора [1–3].

Наиболее характерный клинический признак ХТ – ангины, которые могут быть и относительно редкими – 1 раз в 2–3 года, и частыми – до 4–5 раз в год.

При фарингоскопии отмечаются местные признаки ХТ – гной и казеозные пробки в лакунах, спайки миндалин с небными дужками, признаки Гизе, Зака, Преображенского. Из анамнеза уточняют наличие местных сопряженных заболеваний: паратонзиллит, парафарингит, ХФ. В основе определения формы ХТ и выбора адекватной терапии, наряду с учетом местных признаков заболевания, лежит выявление токсико-аллергических проявлений и диагностика общих сопряженных с ХТ заболеваний, а также частота обострений ХТ [2, 7].

Выраженный воспалительный и болевой синдром в горле может наблюдаться при микотических поражениях ротоглотки. При этом ведущая роль отводится дрожжевым грибам рода *Candida* (93% случаев). Необходимо отметить, что грибковые заболевания полости рта и глотки наиболее характерны для пациентов, проходящих длительные курсы антибактериальной терапии, использующих ингаляционные кортикостероиды для лечения бронхиальной астмы, больных сахарным диабетом и системными заболеваниями. При обнаружении грибкового поражения не стоит забывать о врожденных и приобретенных иммунодефицитах, в т. ч. ВИЧ-инфекции [2].

Лечение

Несмотря на то что заболевания глотки, как было сказано выше, могут быть обусловлены самыми разными причинами и соответственно требовать дифференцированного подхода к лечению, одним из основных методов терапии указанных состояний являются препараты, действие которых направлено на устранение болевого синдрома. Боль в горле большей или меньшей интенсивности сопровождается практически все воспалительные заболевания глотки. Это объясняется особенностями анатомии и физиологии глотки, которая получает чувствительную и двигательную иннервацию из глоточного сплетения, располагающегося на наружной поверхности среднего констриктора глотки. Глоточное сплетение формируется из ветвей тройничного, языкоглоточного, добавочного и блуждающего нервов, а также волокон от верхнего шейного узла симпатического ствола. Чувствительная иннервация верхнего отдела глотки в основном осуществляется второй ветвью тройничного нерва, среднего отдела – ветвями языкоглоточного нерва, нижнего отдела – внутренней ветвью верхнего гортанного нерва, отходящего от n. vagus. Такое обилие нервных связей обуславливает возможность иррадиации боли в ухо, нижнюю челюсть и другие анатомические области [2].

В лечении воспалительных заболеваний глотки системная антибактериальная и противовоспалительная терапия применяется строго по показаниям, в частности при ангине и ее осложнениях, в большинстве же случаев – при лечении ОФ и ХФ – она не показана. Для таких ситуаций предусмотрена местная (топическая) терапия.

При этом одним из важных требований, предъявляемых к современным препаратам, устраняющим болевой синдром в глотке, является комплексное воздействие с собственной активностью в отношении инфекционных патогенов, вызывающих развитие воспаления. Кроме того, данные препараты должны быть максимально безопасными.

**УНИКАЛЬНЫЙ
ПРЕПАРАТ***



**Содержит активное вещество —
флурбипрофен**



- Помогает лечить горло быстро и надолго**
- Показан при боли в горле вирусного и бактериального происхождения***

Фармакотерапевтическая группа: НПВП Рег.Уд ЛСР-000884/09

Реклама. Номер материала :000299 Дата выхода: январь 2015

*По данным IMS Health от 9 сентября 2015 года Стрепсилс Интенсив является единственным таблетированным лекарственным средством, обращающимся на территории РФ, от боли в горле с флурбипрофеном.

**согласно инструкции действие препарата Стрепсилс Интенсив наступает через 30 минут после начала рассасывания таблетки в полости рта и продолжается в течение 2-3 часов.

***Sedinkin AA, Baladin AV and Dimova AD. Results of an prospective controlled randomized comparative trial of efficacy and tolerance of sublingual tablets flurbiprofen (Strepfen) and paracetamol in patients with throat pain in acute infectious-inflammatory diseases of the upper respiratory tracts Vestn Otorhinolaryngol 2004;5:52-3

Реклама

ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В состав топических препаратов для купирования боли и воспаления в горле могут входить местные антибиотики, антисептики, местные антимикотики, анестетики и нестероидные противовоспалительные средства, лизаты бактерий, факторы неспецифической защиты слизистых оболочек, обладающие противовирусным действием (лизоцим, интерферон), эфирные масла – ментол, эвкалипт. В качестве антисептиков в местных формах для рассасывания и ингаляций обычно используют хлоргексидин, гексетидин, бензидамин, амбазон, тимол и его производные, различные спирты, препараты йода, витамины (аскорбиновая кислота). Местные препараты могут назначаться в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток, пастилок и леденцов для рассасывания.

На современном фармацевтическом рынке представлен целый спектр препаратов для местной терапии боли и воспаления в горле, но не все они одинаково эффективны и безопасны. Одним из наиболее зарекомендовавших себя средств является линейка препаратов Стрепсилс: Стрепсилс Интенсив, Стрепсилс Плюс, Стрепсилс с ментолом и эвкалиптом, выпускаемая уже почти 30 лет фирмой «Рекитт Бенкизер» (Великобритания) и пользующаяся заслуженным доверием у врачей и пациентов.

Препарат Стрепсилс Интенсив содержит активное вещество – флурбипрофен 8,75 мг, благодаря которому происходит угнетение синтеза простагландинов – медиаторов воспаления и боли, что способствует противовоспалительному и анальгезирующему действию. Высокая степень безопасности препарата объясняется его преимущественным действием на местном уровне, концентрация флурбипрофена в системном кровотоке мала, поэтому вероятность возникновения побочных реакций крайне низка. Форма выпуска препарата – таблетки для рассасывания, позволяют действующему веществу оказывать лечебный эффект непосредственно в месте локализации воспалительного процесса. Препарат снижает отечность слизистой оболочки глотки на срок до 4–6 ч, что значительно облегчает затрудненное глотание и подавляет воспалительный процесс, возникший в результате воздействия как вирусов, так и бактерий [10–12].

Стрепсилс Интенсив рекомендуется применять взрослым и детям старше 12 лет по одной таблетке каждые 3–6 ч. Таблетки необходимо рассасывать до полного растворения, при рассасывании следует перемещать таблетку по всей полости рта во избежание повреждения слизистой в месте рассасывания. Не следует употреблять более 5 таблеток в течение 24 ч, также не рекомендуется принимать таблетки более 3 дней и превышать указанную в инструкции дозировку препарата. При сохранении высокой температуры тела, головной боли или других нежелательных явлений необходимо обратиться к врачу [13].

Не менее примечательной является линейка препаратов Стрепсилс, в состав которых включены вещества с антисептическим действием: 2,4-дихлорбензиловый спирт и амилметакрезол, обеспечивающие активность в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в т. ч. *S. pyogenes*, а также способных оказывать антимикотическое действие (*Candida albicans*) и противовоспалительный эффект [6]. Так, в состав препарата Стрепсилс Плюс входят 2,4-дихлорбензиловый спирт и амилметакрезол, а также 10 мг лидокаина, который оказывает местное анестезирующее и противоотечное действие. Данный препарат разрешен детям начиная с

12 лет и рекомендован при воспалительных заболеваниях глотки и полости рта, сопровождающихся выраженным болевым синдромом.

Другая форма выпуска препарата Стрепсилс Плюс, в виде спрея, содержит отличные от таблетированной формы дозы активных веществ: 0,29 мг амилметакрезола, 0,58 мг 2,4-дихлорбензилового спирта, 0,78 мг лидокаина. Проведенные исследования показали, что пациентам после тонзиллэктомии гораздо легче применять спрей Стрепсилс Плюс по сравнению с рассасыванием таблетированной формы, что позволяет адресовать спрей Стрепсилс Плюс данному контингенту пациентов [14].

Для больных, страдающих сахарным диабетом, была разработана специальная форма выпуска Стрепсилс без сахара, содержащая 2 основных активных вещества – 2,4-дихлорбензиловый спирт и амилметакрезол, а также 2 мг сахарината натрия (в состав остальных препаратов линии входит сахарный сироп).

Таблетки для рассасывания Стрепсилс без сахара со вкусом клубники или лимона можно применять детям с 6 лет. Стрепсилс с ментолом и эвкалиптом помимо основных действующих веществ содержит 8 мг левоментола, что позволяет не только купировать воспаление и болевой синдром, но и бороться с заложенностью носа благодаря эфирным маслам ментола и эвкалипта. Данная форма препарата может быть использована при ОРВИ, сопровождающихся как болью в горле, так и симптомами ринита.

Высокая степень эффективности и безопасности препаратов Стрепсилс доказана множеством отечественных и зарубежных исследований [10–15], накоплен большой клинический опыт применения его в лечебной практике. Широкий спектр форм препарата позволяет подобрать наиболее подходящую в каждом конкретном клиническом случае, что делает Стрепсилс препаратом выбора при местной терапии воспалительных заболеваний глотки.

Литература

1. Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии / под ред. В.Т. Пальчуна, А.И. Крюкова, М.М. Магомедова. М.: GEOTAP-Медиа, 2015. 224 с. [Rukovodstvo po ochagovoj infekcii v otorinolaringologii / pod red. V.T. Pal'chuna, A.I. Krjukova, M.M. Magomedova. M.: GEOTAR-Media, 2015. 224 s. (in Russian)].
2. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. М.: GEOTAP-медиа, 2007. 288 с. [Pal'chun V.T., Luchihin L.A., Krjukov A.I. Vospalitel'nye zabojevanija glotki. M.: GjeOTAR-media, 2007. 288 s. (in Russian)].
3. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Левин М.Я., и др. Хронический тонзиллит. Клиника и иммунологические аспекты. СПб.: Диалог, 2010. 224 с. [Hronicheskiy tonsillit. Klinika i immunologicheskie aspekty. Pluzhnikov M.S., Lavrenova G.V., Levin M.Ja/ i dr. SPb.: Dialog, 2010. 224 s. (in Russian)].
4. Гуров А.В. Клинико-микробиологическая оценка очагов гнойно-септических заболеваний в оториноларингологии: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2011. 53 с. [Gurov A.V. Kliniko-mikrobiologicheskaja ocenka ochagov gnojno-septicheskikh zabojevanij v otorinolaringologii: avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. M., 2011. 53 s. (in Russian)].
5. Гуров А.В., Бирюкова Е.В., Юшкина М.А. Современные проблемы диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов у больных сахарным диабетом // Вестн. оторинолар. 2011. №2. С. 76–80 [Gurov A.V., Birjukova E.V., Juschkina M.A. Sovremennye problemy diagnostiki i lechenija gnojno-vospalitel'nyh zabojevanij LOR-organov u bol'nyh saharnym diabetom // Vestn otorinolar. 2011. №2. S. 76–80 (in Russian)].
6. McNally D., Simpson M., Morris C. et al. Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomised controlled trial. Int J Clin Pract. 2010 Jan/Vol. 64(2). P. 194–207.
7. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Аксенова А.В., Гусева О.А. Современные представления о токсико-аллергических проявлениях хронической тонзиллярной патологии, его этиологическая и патогенетическая роль в возникновении и течении общих заболеваний // Вестник оториноларингологии. 2012. №2. С. 5–12 [Pal'chun V.T., Gurov A.V., Aksenova A.V., Guseva O.A. Sovremennye predstavlenija o toksiko-allergicheskikh projavlenijah hronicheskoj tonsilljarnoj patologii, ego jetiologicheskaja i patogeneticheskaja rol' v vzniknovenii i techenii obshhix zabojevanij // Vestnik otorinolaringologii. 2012. №2. S. 5–12 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>