

УДК 616.211/.232-053.2-08-039.76:615.212  
<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-1-98-106>

## Эффективная и безопасная терапия при острых воспалительных заболеваниях ЛОР-органов у детей комбинированным лекарственным препаратом «Ибуклин Юниор»

В. И. Егоров<sup>1</sup>, Д. М. Мустафаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, Москва, 129110, Россия

В данной публикации рассматриваются диагностические критерии болевого синдрома при острых воспалительных заболеваниях верхних отделов дыхательных путей и уха. Определена актуальность назначения препаратов, обладающих анальгетическим действием, при остром воспалении. Представлены данные об эффективности и безопасности препарата «Ибуклин Юниор», обосновывается целесообразность его применения при острых воспалительных заболеваниях ЛОР-органов.

**Ключевые слова:** острая боль, острый тонзиллофарингит, острый риносинусит, острый отит, «Ибуклин Юниор».

**Для цитирования:** Егоров В. И., Мустафаев Д. М. Эффективная и безопасная терапия при острых воспалительных заболеваниях ЛОР-органов у детей комбинированным лекарственным препаратом «Ибуклин Юниор». *Российская оториноларингология*. 2024;23(1):98–106. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-1-98-106>

## Effective and safe therapy of acute inflammatory diseases of ENT organs in children with combination drug Ibuclin Junior

V. I. Egorov<sup>1</sup>, D. M. Mustafaev<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, 129110, Russia

This publication discusses the diagnostic criteria for pain syndrome in acute inflammatory diseases of the upper respiratory tract and ear. The relevance of prescribing drugs with an analgesic effect in acute inflammation has been determined. Data on the effectiveness and safety of the drug Ibuclin Junior are presented, and the feasibility of its use in acute inflammatory diseases of the ENT organs is substantiated.

**Keywords:** acute pain, acute tonsillopharyngitis, acute rhinosinusitis, acute otitis, Ibuclin Junior.

**For citation:** Egorov V. I., Mustafaev D. M. Effective and safe therapy of acute inflammatory diseases of ENT organs in children with combination drug Ibuclin Junior. *Russian Otorhinology*. 2024;23(1):98-106. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-1-98-106>

Причины обращения к врачам первичного звена самые разнообразные, но существуют и явные лидеры среди жалоб в разных странах мира. С. Finley и соавт. в 2018 г. проанализировали более 83 000 обращений к врачам и выявили пять основных жалоб, с которыми пациенты приходят на прием [1]. На первом месте — кашель, на четвертом — боль в горле. Боль — один из классических признаков острого воспаления, которое

выступает в роли защитной реакции организма в ответ на воздействие негативного инфекционного агента. С одной стороны, выполняя сигнальную функцию при остром воспалительном заболевании, боль имеет важное позитивное значение [2]. С другой стороны, боль вызывает физический и эмоциональный дискомфорт, а при резкой ее интенсивности и продолжительности возникают перенапряжение и, далее, истощение

нервно-психических функций, что обосновывает целесообразность применения анальгетических лекарственных средств. Интенсивность болевых ощущений при острых инфекционно-воспалительных процессах в ЛОР-органах, как правило, высока, даже с учетом вариабельности, зависящей как от стадии и тяжести заболевания, так и от индивидуальных особенностей пациента. Именно острая боль является наиболее распространенной причиной первичного обращения к врачу-оториноларингологу.

При острых инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки (острый тонзиллофарингит, аденоидит) болевые ощущения возникают в ответ на раздражение специфических рецепторных окончаний, в первую очередь находящихся в слизистой оболочке глотки. Острая боль в глотке, особенно интенсивная при проглатывании слюны («пустой глоток»), сопровождающаяся ощущением саднения, першения, дискомфорта в горле, характерна для острого фарингита, в то время как при ангине боль максимально выражена при проглатывании пищевого комка [3]. Следует помнить, что фарингеальная боль может быть обусловлена также неинфекционными факторами, такими как механическое повреждение при попадании в глотку или пищевод инородного тела (чаще всего косточки от рыбы, мяса), химический или термический ожог, вдыхание загрязненного воздуха, табачного дыма, чрезмерно острая, раздражающая пища.

При анализе болевых ощущений пациента следует учитывать не только локализацию, но и иррадиацию боли — распространение болевых ощущений за пределы патологического очага [4]. Так, при остром тонзиллофарингите нередко наблюдается боль при глотании с иррадиацией в ухо, что затрудняет диагностический поиск. Патологическое состояние, проявляющееся болевыми ощущениями, парестезиями, трофическими нарушениями в полости рта (стоматалгия) и языка (глоссалгия), встречается при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), после хирургических вмешательств на околоносовых пазухах, при цереброваскулярной патологии, психогенных и неврогенных состояниях, болезнях зубочелюстной системы. В иннервации языка участвуют ветви язычного, языкоглоточного, верхнего гортанного и подъязычного нервов, симпатические и парасимпатические нервные волокна, что делает язык особо чувствительным к различным патологическим процессам в организме человека. Имеются доказательства связи между нервными окончаниями языка и ЖКТ, вследствие чего по состоянию сосочков языка можно диагностировать хронический гастрит, колит, язвенную болезнь, заболевания печени и желчного пузыря. Глоссалгия психоневрогенного происхождения

обуславливается нарушением прежде всего корковой афферентации языка. Такие больные обычно легковозбудимы, ипохондричны, им присущ «симптом щажения языка» — речь больных невнятна, возникает подобие дизартрии, «симптом зеркала» — частое длительное рассматривание языка в зеркале с целью выявить его патологию, канцерофобия. Нередко больные склонны купировать приступ глоссалгии приемом пищи, так как во время еды парестезии часто становятся менее выраженными или исчезают [5].

Боль — типичный симптом острого воспаления околоносовых пазух. Отек слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух при остром риносинусите вызывает нарушение аэрации и затруднение оттока секрета из околоносовых пазух. Чаще всего в патологический процесс вовлекаются верхнечелюстная пазуха и решетчатый лабиринт, т. е. развиваются верхнечелюстной синусит, этмоидит. Клинический симптомокомплекс острого синусита включает затруднение носового дыхания на стороне пораженной пазухи, обильные выделения из полости носа, боль и отек в проекции пораженной пазухи, общее недомогание, повышение температуры. В связи с тем что острый воспалительный процесс в околоносовых пазухах сопровождается болевой реакцией в области лба или щеки с иррадиацией боли по ходу разветвлений тройничного нерва, необходимо разграничивать боль при синусите и невралгическую боль, поскольку только целенаправленное лечение может принести облегчение больному. Невралгия тройничного нерва — расстройство чувствительности, проявляющееся приступообразными болевыми ощущениями в зоне его иннервации, — крайне мучительное для пациента заболевание. Частая причина возникновения невралгии тройничного нерва — воспалительный процесс в верхнечелюстной и лобной пазухах. Клиническая картина невралгии тройничного нерва имеет яркие, характерные проявления: боль всегда приступообразна, имеет острый, жгучий, режущий, сверлящий характер, сравнима с ударом электрического тока. Продолжительность боли — от нескольких секунд до минуты. Боли исчезают так же внезапно, как появились. Частота приступов различная: в одних случаях болевые атаки наблюдаются редко, боли нерезкие, болезнь медленно прогрессирует. В других случаях частота приступов и интенсивность болей быстро нарастают. Иногда приступы могут следовать друг за другом с такой частотой, что у больных создается впечатление их непрерывности. Болевой приступ возникает преимущественно спонтанно, вероятен в момент сокращения мимической и жевательной мускулатуры — при смехе, жевании, разговоре, раздражении кожи лица, охлаждении, эмоциональном стрессе. Нередко отмечается сезонность

обострения заболевания — в осенне-зимний период. Резкая боль обычно охватывает область лица, иннервируемую той или иной ветвью тройничного нерва, ограничена небольшим участком или распространяется на значительном протяжении, локализуется поверхностно или глубоко. Выявляются «курковые» — триггерные зоны, которые представляют собой участки размером в небольшую монету, локализующиеся на бровях, губах вблизи красной каймы, на крыльях носа, щеке (соответственно скуловой кости), подбородке, десне, дне полости рта и языке. «Курковой» зоной может быть зуб на верхней или нижней челюсти. Прикосновение к триггерным зонам провоцирует возникновение приступа. Эти зоны локализуются на коже лица, слизистой оболочке полости рта и глотки. Во время ремиссии эти зоны исчезают [5]. При невралгии I ветви тройничного нерва болевая точка проецируется в области *foraminis supraorbitalis* (n. *supraorbitalis* от n. *ophthalmicus*), боль возникает в области надбровной дуги, лба, в виске, глубине орбиты. При невралгии II ветви болевая точка определяется в области *foramen infraorbitale*, боль локализуется в верхних зубах, небе, области носогубной складки, крыла носа, верхней губы. При невралгии III ветви основная болевая точка определяется в области *foramen mentale*. Боль ощущается в нижней губе, подбородке, языке, щеке, зубах нижней челюсти.

При синдроме Сладера (ганглионеврит крылонебного ганглия) отмечаются приступы интенсивной лицевой боли, сопровождающиеся выраженными вегетативными проявлениями. Невралгию крылонебного узла относят к полиэтиологическим заболеваниям. Ведущую роль в развитии данной невралгии отводят воспалительным процессам в клиновидной и решетчатой пазухах, расположенных в непосредственной близости к крылонебному узлу, не следует исключать и одонтогенную инфекцию. При объективном исследовании обычно определяются болевые точки у внутреннего угла глаза, корня носа, в области сосцевидного отростка и точках проекции большого небного отверстия, которое находится медиальнее середины лунки крайнего верхнего моляра, болезненная пальпация проекции височной артерии [3, 5].

Острое воспаление наружного уха — острый наружный отит — проявляется болью в ухе стреляющего, ноющего характера, повышенной температурой тела, нарушением слуха, ушным шумом, гнойными выделениями из наружного слухового прохода. Наружный отит относится к весьма распространенным заболеваниям, особенно среди жителей географических зон с тропическим и влажным субтропическим климатом, дайверов, лиц, занимающихся водными видами спорта, у

пациентов с иммунодефицитными и метаболическими нарушениями [6]. Патогномичным симптомом наружного отита является болезненность при надавливании на козелок. Наружный отит также дифференцируют с аллергическим контактным дерматитом, к клиническим проявлениям которого относятся покраснение, отек, мокнутие, папулы, везикулы, экссудация и корки. Вызвать аллергический контактный дерматит могут топические лекарственные препараты, а также продукты косметики, неправильное пользование слуховым аппаратом и сотовым телефоном, золотые ювелирные изделия, содержащие тиосульфат золота [6].

Частая причина интенсивной боли в ухе — острый средний отит (ОСО), отличающийся широкой распространенностью, особенно в периоды сезонного повышения уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ [7]. Заболевание отличается четкой клинической стадийностью. В течении ОСО выделяют следующие стадии: евстахиит, катаральное воспаление, гнойное воспаление, постперфоративную стадию, репаративную стадию. Для острого евстахиита характерно нарушение дренажной и барометрической функций слуховой трубы, формирование отрицательного давления в барабанной полости. Наблюдаются шум в ухе, ощущение заложенности, аутофония. Острое катаральное воспаление проявляется болью в ухе и снижением слуха, при отоскопии барабанная перепонка гиперемирована, утолщена, опознавательные знаки сглажены или отсутствуют. На стадии острого гнойного воспаления происходит нагноение экссудата. У больного резко усиливается боль в ухе, выражены общие симптомы интоксикации. Отоскопически барабанная перепонка резко гиперемирована, выбухает в просвет слухового прохода, опознавательные знаки не определяются. В отличие от наружного отита надавливание на козелок (трагус-симптом) не провоцирует болезненности (за исключением грудных детей). На постперфоративной стадии за счет давления содержимого барабанной полости и его протеолитической активности образуется перфорация барабанной перепонки. Создаются условия для эвакуации содержимого барабанной полости в слуховой проход. Боль в ухе стихает, общие проявления интоксикации уменьшаются. Отоскопически определяется перфорация барабанной перепонки, из которой поступает гнойное отделяемое. На стадии репарации воспалительные изменения в среднем ухе купируются, перфорация закрывается, общее состояние больного постепенно нормализуется [7].

Следует обратить внимание на возможность атипичного течения ОСО. Острейший средний отит (*otitis media acutissima*) протекает бурно, с быстро нарастающими выраженными симптома-

ми интоксикации, высокой вероятностью возникновения внутричерепных осложнений. Латентный (otitis media latens), напротив, протекает вяло, при невыраженном болевом синдроме, субфебрильной температуре тела. Отоскопически определяется мутная, утолщенная барабанная перепонка с инъекцией сосудов в верхних квадрантах, ступенчатостью светового конуса. Латентное течение наиболее вероятно у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, сопровождающимися снижением иммунитета и обменными нарушениями, у пациентов старших возрастных групп, при алкоголизме и наркомании, воздействии ионизирующего излучения, длительном приеме цитостатиков и кортикостероидов.

В ряде случаев при ОСО патологический процесс захватывает слизистую оболочку и костную ткань сосцевидного отростка, развивается остеомиелитический процесс с разрушением костных стенок клеточной системы сосцевидного отростка, стенок пещеры — мастоидит. При мастоидите, осложнившем течение ОСО, боль и тяжесть локализуются в заушной области, типичны также обильное гноетечение из уха, ухудшение слуха и общего самочувствия, подъем температуры тела. Эти явления возникают спустя 3–4 недели после начала острого отита, при отсутствии или недостаточной эффективности проводимой терапии. Позади ушной раковины появляются отек, покраснение кожи, болезненность и, возможно, флюктуация, определяемая при пальпации области сосцевидного отростка, «оттопыривание» ушной раковины. При отоскопии определяются обильное густое гнойное отделяемое в слуховом проходе, пульсирующий рефлекс, резкое сужение просвета слухового прохода в костном отделе за счет нависания задневерхней стенки.

Появление резкой ушной боли во время авиaperелета может быть обусловлено возникновением аэроотита. При резком быстром перепаде атмосферного давления во время авиaperелета на фоне дисфункции слуховой трубы велика вероятность барометрической травмы, вследствие чего развивается аэроотит. Клиническую картину аэроотита, помимо резкой ушной боли, формируют также ощущение заложенности уха, снижение слуха, ушной шум. При отоскопии регистрируются втяжение и гиперемия барабанной перепонки, возможны признаки наличия экссудата в среднем ухе, разрыв барабанной перепонки.

Болевой синдром, типичный для острого отита, следует дифференцировать с таковым при ряде неврологических заболеваний. Так, невралгия нерва Якобсона (синдром Reichert, синдром барабанного сплетения) характеризуется спонтанно возникающими приступами режущей боли в наружном слуховом проходе и примыкающей к нему области [5].

Интенсивная, резкая невралгическая боль в ухе и соответствующей половине головы — типичный симптом ушной формы опоясывающего лишая (Herpes zoster oticus). Крайне внимательно следует относиться к появлению у пациента таких симптомов, как гиперacusia, снижение слуха по сенсоневральному типу, ушной шум, головокружение, тошнота, гипестезия передних  $2/3$  языка на стороне поражения. Вышеуказанные проявления считаются грозными предвестниками синдрома Рамсея — Ханта — вовлечения в патологический процесс коленчатого узла, возникающего при реактивации латентного вируса опоясывающего лишая. Невропатия лицевого нерва с явлениями пареза или паралича мимической мускулатуры, как правило, развивается в первые 10 дней после появления везикулярных высыпаний [5].

Далеко не всегда оториноларингологи принимают во внимание еще одну достаточно распространенную причину боли в околоушной области — дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава. Имеется в виду синдром Костена — болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава при инконгруэнтности формы его суставных компонентов, которая чаще всего формируется вследствие неправильного прикуса и нарушения сократительной активности жевательной мускулатуры. Боль при синдроме Костена ноющая, односторонняя, постоянная, усиливающаяся при открывании рта и жевании, локализованная в проекции сустава, однако возможна ее иррадиация в ухо, висок, щеку, подчелюстную область, шею [8].

Лечебная тактика при острых воспалительных заболеваниях ЛОР-органов, сопровождающихся болевым синдромом, предполагает включение в комплекс терапевтических мероприятий фармакологических препаратов, обладающих анальгезирующим действием. Рациональна терапия, направленная на купирование боли, нормализацию температуры тела, устранение реакций воспаления.

В этой связи представляется актуальным, что парацетамол и ибупрофен обладают схожестью по темпам снижения лихорадки, времени начала и пику жаропонижающего эффекта. Однако для ибупрофена характерна большая продолжительность жаропонижающего действия, что позволяет уменьшить кратность его применения.

Парацетамол является неизбирательным блокатором циклооксигеназы типов 1 и 2, а также снижает возбудимость центра терморегуляции гипоталамуса. Показанием для его применения является аксиллярная температура 38,0–38,5 °С [9]. Парацетамол рекомендуется для применения каждые 4–6 ч, он понижает температуру тела в среднем на 1–2 °С. Ибупрофен также является неселективным блокатором циклооксигеназы

типов 1 и 2. Он наиболее эффективен при инфекциях с выраженным воспалительным компонентом и при наличии болевого синдрома. Препарат уменьшает проницаемость сосудов, улучшает микроциркуляцию, снижает выход из клеток медиаторов воспаления и подавляет его энергетическое обеспечение. Ибупрофен в настоящее время позиционируется как препарат выбора для купирования лихорадочного синдрома у детей. Продолжительность его действия значительно дольше, чем парацетамола. По данным метаанализа, непосредственно после приема обезболивающий и жаропонижающий эффекты ибупрофена в дозе 4–10 мг/кг и парацетамола в дозе 7–15 мг/кг оказываются практически одинаковыми. Однако через 2, 4 и 6 ч после приема жаропонижающий эффект ибупрофена выражен сильнее. По результатам клинических наблюдений эффективность ибупрофена при лихорадке выше, чем парацетамола. Ибупрофен снижает температуру эффективнее, чем другие жаропонижающие лекарственные средства, поддерживает сниженную температуру дольше и назначается реже, чем иные препараты [10].

В силу различных характеристик парацетамола и ибупрофена представляет интерес вопрос: существует ли дополнительный жаропонижающий эффект при комбинации парацетамола с ибупрофеном? В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании сравнили эффективность и безопасность двух схем терапии лихорадки у детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет жизни. Первая схема включала однократный прием ибупрофена в дозе 10 мг/кг и последующий (через 4 ч) прием парацетамола в дозе 15 мг/кг внутрь. Вторая схема состояла из однократного приема ибупрофена в дозе 10 мг/кг и последующего (через 4 ч) приема плацебо. Исследование убедительно продемонстрировало, что комбинированная терапия ибупрофеном и парацетамолом оказывает более выраженный жаропонижающий эффект по сравнению с монотерапией ибупрофеном. Речь идет о суммации жаропонижающего эффекта при последовательном применении обоих лекарственных средств. В то же время авторы исследования указывают на необходимость детального анализа безопасности комбинированной терапии лихорадки у детей [11].

В руководстве Американской академии педиатрии для клиницистов, оказывающих неотложную помощь детям, подчеркивается, что парацетамол и ибупрофен при использовании в рекомендуемых дозах эффективны и безопасны в большинстве клинических ситуаций. Альтернативой им является комбинированная терапия лекарственными средствами на основе парацетамола и ибупрофена, которая может обе-

спечить более выраженный жаропонижающий эффект, а также более длительное время апирексии. Это достигается за счет суммирования фармакологических эффектов двух молекул [12].

Вопрос об эффективности и безопасности комбинированной терапии лихорадки наиболее актуален у детей раннего возраста. Результаты клинических исследований, основанные на принципах доказательной медицины, должны стать обоснованием выбора тактики жаропонижающей терапии у данного контингента детей [13–15].

Результаты рандомизированного контролируемого исследования эффективности терапии лихорадки у детей комбинацией парацетамола и ибупрофена представлены A. D. Нау и соавт. [16]. Исследование получило название PITCH (парацетамол плюс ибупрофен в лечении лихорадки у детей) и проведено у детей с более широким возрастным диапазоном — от 6 месяцев до 6 лет. Показанием для назначения антипиретиков была лихорадка по уровню аксиллярной температуры от 37,8 до 41,0 °С. Пациентам назначалась одна из трех схем терапии: комбинация парацетамола и ибупрофена; только парацетамол; только ибупрофен.

Проводился мониторинг уровня аксиллярной температуры, переносимости различных схем терапии. Было зафиксировано с помощью объективных критериев, что комбинация парацетамола и ибупрофена оказывает более выраженный жаропонижающий эффект по темпам снижения лихорадки в первые 4 ч после приема препаратов по сравнению с монотерапией парацетамолом, сравнима по этому показателю с ибупрофеном. Кроме того, наблюдался лучший эффект комбинированной терапии по такому критерию, как продолжительность безлихорадочного периода в течение первых 24 ч после приема препарата. Необходимо отметить, PITCH-исследование не выявило различий в частоте развития побочных эффектов у детей, получавших комбинированную и монотерапию вышеназванными жаропонижающими средствами [16].

В настоящее время продолжают предприниматься попытки окончательно решить вопрос об эффективности и безопасности комбинированной антипиретической терапии в сравнительном аспекте с монотерапией. Так, в 2014 г. были опубликованы результаты рандомизированного слепого параллельно-группового сравнительного исследования эффективности парацетамола, ибупрофена и комбинации парацетамола с ибупрофеном в лечении лихорадки у детей [17]. Это исследование выполнено у детей широкого возрастного диапазона — от 6 месяцев до 12 лет. Пациентов разделили на три группы. Дети первой группы принимали парацетамол в дозе 15 мг/кг,

второй — ибупрофен в дозе 10 мг/кг, пациенты третьей получали оба лекарственных препарата комбинированно. Все лекарственные средства назначались в один прием внутрь. Осуществлялся динамический контроль температуры тела через 1, 2, 3 и 4 ч после приема антипиретика. Результаты исследования подтверждают, что комбинация парацетамола и ибупрофена вызывает более быстрое снижение температуры тела, чем каждое из лекарственных средств по отдельности. Также было показано, что процент детей без температуры спустя 4 часа наблюдения был выше именно в этой группе. В связи с этим комбинация парацетамола с ибупрофеном признается оправданной и обоснованной [17].

При несомненной и доказанной пользе комбинированной жаропонижающей терапии остается актуальным вопрос, чем могут быть обусловлены возможные побочные эффекты парацетамола и ибупрофена. Наиболее активно обсуждаются вопросы гепатотоксичности и нефротоксичности нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

У некоторых пациентов было отмечено токсическое нарушение функции почек на фоне применения НПВС. Однако нефротоксические реакции развиваются, как правило, у пациентов группы риска. Описаны так называемые пациент-специфические факторы риска нефротоксических реакций: исходно сниженный уровень гломерулярной фильтрации, гипоальбуминемия, дегидратация вследствие рвоты и/или диареи, терапия мочегонными средствами, гипербилирубинемия, врожденные заболевания почек [18].

По данным анализа D. J. Kanabar, опубликованного в 2017 году, не было выявлено увеличения случаев ренальной дисфункции у детей, принимавших ибупрофен или парацетамол по поводу лихорадочного или болевого синдрома. Метаанализы подтвердили безопасность и хорошую переносимость этих веществ при лечении боли и лихорадки у детей. Были зафиксированы редкие нежелательные явления, которые было трудно количественно оценить во всех клинических исследованиях [15].

Таким образом, в мировой практике накоплен достаточный научный и клинический опыт применения комбинированной терапии парацетамолом и ибупрофеном лихорадки у детей. Наиболее важные аспекты свидетельствуют о следующем:

1) парацетамол и ибупрофен — эффективные жаропонижающие лекарственные средства у детей;

2) комбинированная терапия имеет явные преимущества по сравнению с монотерапией парацетамолом и ибупрофеном, а именно более быстрый и более выраженный жаропонижающий эффект;

3) комбинированная терапия указанными жаропонижающими препаратами так же безопасна, как и монотерапия ими;

4) при назначении комбинированных лекарственных средств нужно учитывать коморбидные пациент-ассоциированные факторы риска развития побочных эффектов, что поможет снизить их частоту.

В настоящий момент в арсенале жаропонижающих лекарственных средств имеются комбинированные препараты: например «Ибуклин Юниор» для детей, предназначенный для пациентов в возрасте от 3 до 18 лет. В одной таблетке «Ибуклин Юниор» содержится 100 мг ибупрофена и 125 мг парацетамола, при этом эффективность комбинации выше, чем отдельных компонентов. «Ибуклин Юниор» может быть рекомендован при лихорадочном синдроме, болевом синдроме различной этиологии: зубной боли, боли при растяжении связок, вывихах, переломах. А также в качестве симптоматической терапии для лечения болевого и лихорадочного синдрома при острых инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних отделов дыхательных путей [10].

В 2019–2021 годах были проведены клинические исследования IV фазы по изучению эффективности и безопасности комбинированного препарата «Ибуклин Юниор», таблетки диспергируемые, у детей в возрасте от 3 до 12 лет с лихорадочным синдромом при острых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. В ходе исследований было показано, что комбинированный жаропонижающий препарат «Ибуклин Юниор» обладает хорошей клинической эффективностью у детей с острыми инфекциями дыхательных путей. Положительное влияние данного препарата на температуру тела пациентов отмечалось уже после первого приема (рис. 1) и продолжалось несколько дольше, чем на фоне приема монопрепаратов (рис. 2). В ходе исследования не были зафиксированы нежелательные реакции, связанные с приемом «Ибуклин Юниор» [9, 19].

Анализ данных свидетельствует о том, что комбинированный препарат «Ибуклин Юниор®» имеет высокий профиль безопасности, хорошо переносится и улучшает качество жизни больных. Это связано с тем, что ожидаемый терапевтический эффект достигается более низкими дозами действующих веществ при приеме фиксированной комбинации по сравнению с монопрепаратами. Дополнительным его преимуществом является снижение риска превышения дозировок действующих веществ родителями пациентов.

Данные российских исследований [9, 19, 20] подтверждают информацию, представленную в метаанализах, о том, что комбинированное использование парацетамола и ибупрофена показало лучшую эффективность в терапии лихорадоч-

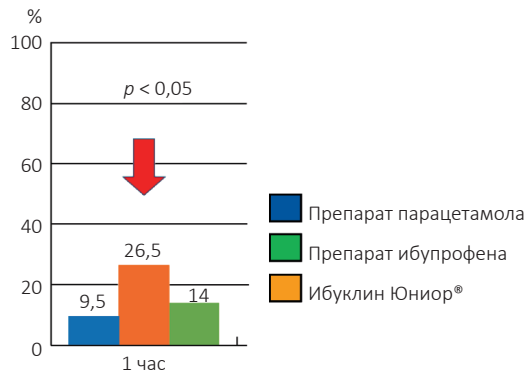


Рис. 1. Доля пациентов (%) с температурой < 37,2 °С через час после приема препаратов [19]

Fig. 1. Proportion of patients (%) with a temperature < 37.2 °C one hour after taking medications [19]

ного и болевого синдромов, особенно в первые часы приема, по сравнению с приемом парацетамола или ибупрофена в режиме монотерапии.

Интерес представляют результаты опроса среди врачей, работающих в лечебно-профилактических учреждениях Москвы и Московской области. 124 респондента прошли опрос, из них: оториноларингологи — 118, педиатры — 5, терапевты — 1 респондент. Полученные данные оценивались только на основании анкет, которые были получены от оториноларингологов и заполнены на 100% (получены ответы на все вопросы). Большинство респондентов (70%) в качестве обезболивающей терапии используют преимущественно местные формы анальгетических препаратов. Четверть опрошенных (24%) указали, что часто комбинируют местные и системные препараты для достижения более выраженного обезболивающего действия. Системные обезболивающие препараты применяются менее чем в 25% случаев, требующих обезболивания. В разрезе заболеваний системная обезболивающая терапия назначается преимущественно для послеоперационного обезболивания (86%), болевом синдроме при отите (42%) и тонзиллофарингите (25%). В возрастной группе детей до 12 лет абсолютный лидер среди обезболивающих средств — ибупрофен (67%), почти половина респондентов также выбирают парацетамол (45%). Комбинацию ибупрофена и парацетамола указали 15% респондентов. Важно отметить, что 6% респондентов выбирают кеторолак для детей до 12 лет, что идет в разрез с инструкцией по медицинскому применению (кеторолак разрешен для пациентов старше 16 лет). В возрастной группе детей старше 12 лет предпочтительными обезболивающими средствами для респондентов стали препараты нимесулида (54%), ибупрофена (44%), кетопрофена (36%) и парацетамола (33%). Комбинированные препараты парацетамола и ибупрофена выбирают 12% респондентов. 75% опрошенных респондентов

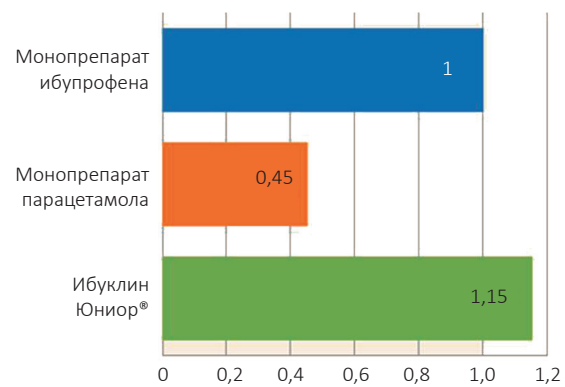


Рис. 2. Среднее время сохранения афебрильного состояния после приема первой дозы препаратов сравнения [19]

Fig. 2. Average time of persistence of afebrile state after taking the first dose of comparator drugs [19]

используют в своей практике комбинированный препарат «Ибуклин Юниор». Однако подавляющее большинство врачей (58%) применяют его прежде всего как жаропонижающее средство, и только 4% используют его для купирования непосредственно болевого синдрома. 10% врачей отметили, что рекомендуют «Ибуклин Юниор» своим пациентам для купирования как лихорадочного, так и болевого синдромов. При этом в разрезе нозологий «Ибуклин Юниор» чаще всего (38%) рекомендуют при тонзиллофарингите (вероятно, в связи с высокой частотой сопутствующей лихорадки), при отите (16%) и для купирования послеоперационной боли (12%). При этом все респонденты, кто использует «Ибуклин Юниор» в своей клинической практике, отмечают его высокую эффективность как в отношении лихорадочного, так и в отношении болевого синдромов. Также респонденты отмечают высокую удовлетворенность родителей при применении данного препарата у их детей. Чаще всего «Ибуклин Юниор» назначают детям в возрасте 6–12 лет, при этом доля детей от 3 до 6 лет составляет всего 16%, доля детей старше 12 лет — только 13%. Большинство респондентов (88%) не видят существенных рисков в безопасности комбинированного препарата. Кроме того, почти половина респондентов (46%) полагают, что вопрос безопасности зависит, прежде всего, от ответственности родителей и рационального применения (дозирования) лекарственных препаратов.

С позиций клинической эффективности и удовлетворенности родителей лечением острых респираторных заболеваний с использованием разных терапевтических режимов: назначение парацетамола, ибупрофена и их комбинации в составе препарата «Ибуклин Юниор», установлено, что терапевтический режим на основе применения «Ибуклина Юниор», по данным наблюдений и по мнению родителей пациентов, является более удобным и простым при практическом от-

сутствии нежелательных реакций [9, 19]. Более высокая эффективность «Ибуклина Юниор» достигается более длительным периодом действия комбинированного жаропонижающего препарата, а также наличием не менее важных свойств, таких как противовоспалительное и анальгезирующее.

Таким образом, своевременная точная диагностика острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов, основанная в том числе и на гра-

мотной интерпретации болевого синдрома, типичного для данной патологии, позволяет назначить адекватную терапию, направленную на устранение проявлений болезни, восстановление общего состояния пациента, его работоспособности, бытовой и социальной активности.

**Статья опубликована при поддержке ООО «Др. Редди'с Лабораторис». Все решения по финальному тексту принимали авторы публикации.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Овчинников А. Ю., Мирошниченко Н. А., Николаева Ю. О. Боль в горле. Современные подходы к лечению. *Вестник оториноларингологии*. 2020;85(4):35–39. <https://doi.org/10.17116/otorino20208504135>  
Ovchinnikov A. Yu., Miroshnichenko N. A., Nikolaeva Yu. O. Sore throat. Recent trends in treatment. *Vestnik Otorino-Laringologii*. 2020;85(4):35-39. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/otorino20208504135>
2. Кукушкин М. Л., Решетняк В. К., Воробейчик Я. М. Нейрогенные болевые синдромы и их патогенетическая терапия. *Анестезиология и реаниматология*. 1994;4:36-41.  
Kukushkin M. L., Reshetnyak V. K., Vorobeichik Ya. M. Neurogenic pain syndromes and their pathogenetic therapy. *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 1994;4:36-41. (In Russ.)
3. Принципы этиопатогенетической терапия острых фарингитов: Методические рекомендации / С. В. Рязанцев. СПб. 32 с.  
Principles of etiopathogenetic therapy of acute pharyngitis: Methodological recommendations / S. V. Ryazantsev. Saint Petersburg. 32 p. (In Russ.)
4. Carr D. V., Goudas L. C. Acute pain. *Lancet*. 1999;353:2051-2058.
5. Карлов В. А. Неврология: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МИА, 2002. 640 с.  
Karlov V. A. Neurology: a guide for doctors. 2nd ed., revised. and additional. Moscow: MIA, 2002. 640 p. (In Russ.)
6. Косяков С. Я., Курлова А. В. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения. *Вестник оториноларингологии*. 2011;1:81–85. <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2011/1/>  
Kosyakov S. Ya., Kurlova A. V. Inflammatory diseases of the external auditory canal and methods of their treatment. *Vestnik otorinolaringologii*. 2011;1:81-85. (In Russ.) <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2011/1/>
7. Крюков А. И., Туровский А. Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха. *Лечащий врач*. 2002;10:20–24.  
Kryukov A. I., Turovskii A. B. Clinic, diagnosis and treatment of acute inflammation of the middle and external ear. *Lechashchii vrach*. 2002;10:20-24. (In Russ.)
8. Тардов М. В., Стулин И. Д., Дробышева Н. С., Болдин А. В., Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Велиханова Н. Р., Каминский-Дворжецкий Н. А. Комплексное лечение синдрома Костена. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2020;120(4):60–64.  
Tardov M. V., Stulin I. D., Drobysheva N. S., Boldin A. V., Kunel'skaya N. L., Baybakova E. V., Velihanova N. R., Kaminskij-Dvorzheckij N. A. Comprehensive treatment of Costen syndrome. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;120(4):60-64. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202012004160>
9. Гепле Н. А., Колосова Н. Г., Малахов А. Б., Великорецкая М. Д., Кожевникова Т. Н., Пивикина Т. М., Царькова С. А., Шахназарова М. Д., Дронов И. А. Терапия лихорадки у детей при острых инфекциях дыхательных путей. *Доктор.Ру*. 2021;20(10):6–11. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2021-20-10-6-11>  
Gerpe N. A., Kolosova N. G., Malakhov A. B., Velikoretskaya M. D., Kozhevnikova T. N., Pivikina T. M., Tsarkova S. A., Shakhnazarova M. D., Dronov I. A. Fever Management in Children with Acute Respiratory Tract Infections. *Doctor.Ru*. 2021; 20(10): 6–11. (In Russ.). <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2021-20-10-6-11>
10. Коровина Н. А., Захарова И. Н., Овсянникова Е. М. Лихорадка. Многообразие причин и сложность решения. *Медицинский Совет*. 2013;(2-3):82–90. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-2-3-82-90>  
Korovina N. A., Zakharova I. N., Ovsyannikova E. M. Fever. A variety of reasons and the challenge of decision. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2013;(2-3):82-90. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-2-3-82-90>
11. Nabulsi M. M., Tamim H., Mahfoud Z., Itani M., Sabra R., Chamseddine F., Mikati M. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study [ISRCTN30487061]. *BMC Med*. 2006 Mar 4;4:4. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-4-4>
12. American Academy of Pediatrics Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics; Committee on Drugs; Sullivan, J. E., Farrar H. C. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*. 2011;127:580-587.
13. Pursel E. Systematic review of studies comparing combined treatment with paracetamol and ibuprofen, with either drug alone. *Arch. Dis. Child*. 2011;96:1175-1179.
14. Sarrell E. M., Wielunsky E., Cohen H. A. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006. Feb;160(2):197-202.

15. Kanabar D. J. A clinical and safety review of paracetamol and ibuprofen in children. *Inflammopharmacology*. 2017 Feb;25(1):1-9. <https://doi.org/10.1007/s10787-016-0302-3>.
16. Hay A. D. et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomized controlled trial. *BMJ*. 2008;337:1490-1497.
17. Vyas F. I., Rana D. A., Patel P. M., Patel V. J., Bhavsar R. H. Randomized comparative trial of efficacy of paracetamol, ibuprofen and paracetamol-ibuprofen combination for treatment of febrile children. *Perspect Clin Res*. 2014 Jan;5(1):25-31. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.124567>
18. Pazhayattil G. S., Shirali A. C. Drug-induced impairment of renal function. *Int. J. Nephrol. Renovasc. Dis*. 2014 Dec 12;7:457-68. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S39747>.
19. Захарова И. Н., Бережная И. В., Сугян Н. Г., Творогова Т. М., Колушкин Д. С., Пупыкина В. В., Родионов И. Е. Лечение лихорадки при острых респираторных инфекциях верхних дыхательных путей у детей. *Медицинский совет*. 2022;(1):88-95. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-88-95>  
Zakharova I. N., Berezhnaya I. V., Sugyan N. G., Tvorogova T. M., Kolushkin D. S., Pupykina V. V., Rodionov I. A. Treatment of fever in acute upper respiratory tract infections in children. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2022;(1):88-95. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-88-95>
20. Пикуза О. И., Закирова А. М. Эффективность применения комбинированного жаропонижающего препарата в терапии острых респираторных заболеваний. *Практика педиатра*. 2016, ноябрь-декабрь. С. 44–48.  
Pikuzha O. I., Zakirova A. M. The effectiveness of a combined antipyretic drug in the treatment of acute respiratory diseases. *Praktika peditra*. 2016, nov-dec. 44–48 pp. (In Russ.)

---

#### Информация об авторах

**Егоров Виктор Иванович** — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, заведующий отделом головы и шеи, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2); e-mail: [evi.lor-78@mail.ru](mailto:evi.lor-78@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8825-5096>

**Мустафаев Джаваншир Мамед оглы** — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения оториноларингологии отдела головы и шеи, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2); e-mail: [mjavanshir@mail.ru](mailto:mjavanshir@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1081-0317>

#### Information about the authors

**Viktor I. Egorov** — MD, Professor, Chief Researcher, Head of the Head and Neck Department, Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute (61/2, Shchepkina str., Moscow, Russia, 129110); e-mail: [evi.lor-78@mail.ru](mailto:evi.lor-78@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8825-5096>

**Dzhavanshir M. o. Mustafayev** — MD Candidate, Senior researcher at the Department of Otorhinology, Head and Neck Department, Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute (61/2, Shchepkina str., Moscow, Russia, 129110); e-mail: [mjavanshir@mail.ru](mailto:mjavanshir@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1081-0317>

Статья поступила 02.12.2023

Принята в печать 11.01.2024