

Клиническая эффективность препаратов бензидамина в терапии обострений хронического тонзиллофарингита

Д.м.н. А.А. Кривопапов, профессор С.В. Рязанцев, к.м.н. С.А. Еремин, П.А. Шамкина

ФГБУ «СПБ НИИ ЛОР» Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Хронический тонзиллофарингит (ХТФ) является одним из наиболее часто выставляемых диагнозов на приеме у оториноларинголога. В возникновении тонзиллофарингитов в одних случаях ведущую роль играют бактериальные агенты, в других — вирусы. При отсутствии данных о бактериальной этиологии заболевания на первое место выходит назначение местной терапии, в т. ч. нестероидными противовоспалительными препаратами, в частности препаратами бензидамина.

Цель исследования: оценить эффективность действия препаратов бензидамина на длительность течения и тяжесть обострения ХТФ.

Материал и методы: всего обследовано 30 пациентов, разделенных на 2 группы. Контрольная группа получала стандартную терапию с применением препарата Тантум® Верде, спрей для местного применения дозированных. Опытная группа в качестве местного противовоспалительного средства получала препарат Ангидак®, спрей для местного применения дозированных. При наличии лихорадки и/или болевого синдрома пациенты обеих групп получали системную симптоматическую терапию.

Результаты исследования: критерием оценки послужило статистически достоверное сравнение клинических и лабораторных показателей контрольной и опытной групп. Применяемое лечение в обеих группах продемонстрировало достижение статистически значимой положительной динамики в отношении жалоб и клинического статуса пациентов при повторных осмотрах. Статистически значимых различий клинических и цифровых показателей в опытной и контрольной группах выявлено не было, что свидетельствует о сходной эффективности препаратов Ангидак® и Тантум® Верде, спрей для местного применения дозированных, содержащих бензидамин.

Заключение: исследование подтвердило противовоспалительный и антимикробный эффекты исследуемых препаратов. Доказаны безопасность и эффективность применения препаратов бензидамина в форме спрея для местного применения дозированного в составе комплексного лечения пациентов с обострением ХТФ в любой фазе развития заболевания.

Ключевые слова: хронический тонзиллофарингит, обострение, местная терапия, дозированный спрей, бензидамин, Ангидак®, Тантум® Верде.

Для цитирования: Кривопапов А.А., Рязанцев С.В., Еремин С.А., Шамкина П.А. Клиническая эффективность препаратов бензидамина в терапии обострений хронического тонзиллофарингита. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;2(II):36–41.

ABSTRACT

Clinical efficacy of benzydamine drugs in the treatment of exacerbations of chronic tonsillopharyngitis

A.A. Krivopalov, S.V. Ryazantsev, S.A. Eremin, P.A. Shamkina

Saint-Petersburg Institute of Ear, Nose, Throat and Speech

Chronic tonsillopharyngitis is one of the most common diseases diagnosed by ENT-doctors. In some cases, bacterial agents play a leading role in the occurrence of tonsillopharyngitis, while in others viruses play a leading role. In the absence of data on the bacterial etiology of the disease, the first place is given to the prescription of local therapy, an important place among which is given to non-steroidal anti-inflammatory drugs, in particular, benzydamine drugs.

Aim: to evaluate the effectiveness of benzydamine drugs on the duration of the course and severity of exacerbation of chronic tonsillopharyngitis.

Patients and Methods: a total of 30 patients were examined, divided into 2 groups. The control group received standard therapy with Tantum® Verde, a dosed spray for local use. The experimental group received Angidak® as a local anti-inflammatory agent, dosed spray for local use. In the presence of fever and/or pain syndrome, patients in both groups received systemic symptomatic therapy.

Results: the evaluation criteria were statistically reliable comparison of clinical and laboratory parameters of control and experimental groups. The applied treatment in both groups demonstrated the achievement of statistically significant positive dynamics from the side of complaints and the clinical status of patients during repeated examinations ENT-doctor. No statistically significant differences in clinical and numeric parameters of the experimental group and control group were revealed, which indicates similar efficacy of the drugs Angidak® and Tantum® Verde, a dosed spray for local use containing benzydamine.

Conclusion: the study confirmed the anti-inflammatory, antimicrobial effects of the drugs under study. The safety and efficacy of benzydamine drugs application, dosed spray for local application as a part of complex treatment of patients with exacerbation of chronic tonsillopharyngitis at any stage of disease development was proved.

Keywords: chronic tonsillopharyngitis, exacerbation, local therapy, dosed spray, benzydamine, Angidak®, Tantum® Verde.

For citation: Krivopalov A.A., Ryazantsev S.V., Eremin S.A., Shamkina P.A. Clinical efficacy of benzydamine drugs in the treatment of exacerbations of chronic tonsillopharyngitis. RMJ. Medical Review. 2019;2(II):36–41.

ВВЕДЕНИЕ

В общей структуре заболеваемости удельный вес тонзиллофарингитов достигает от 2,8 до 3%; среди пациентов до 75% составляют лица до 30 лет [1]. В настоящее время дифференциальная диагностика хронического тонзиллита (ХТ) и хронического фарингита вызывает большие трудности. Посредством кластерного и корреляционного анализа доказана общность этиологии, патогенеза, а также клинической симптоматики этих двух самостоятельных нозологий [2]. В ходе воспалительного процесса, нарушения иммунологической и нервно-рефлекторной регуляции происходит дисбаланс местного биоценоза ротоглотки с травматизацией и повреждением слизистой оболочки глотки и небных миндалин [2, 3].

По информации Центра по контролю и профилактике заболеваний, этиологическими агентами, вызывающими фарингит, в подавляющем большинстве случаев (85%) являются вирусы (риновирусы, аденовирусы, коронавирусы, вирусы гриппа, парагриппа и респираторно-синцитиальные вирусы) [4, 5]. Ведущую роль в развитии ХТ играют ассоциации β-гемолитических стрептококков (в частности, β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА)) и золотистого стафилококка [6], причем при хроническом процессе присутствие *S. haemolyticus* возрастает до 28,5% [7, 8]. Также в возникновении ХТ значительную роль играют вирусные агенты. Наиболее часто встречаются цитомегаловирус, аденовирус, вирусы парагриппа, герпес-вирусы, вирус Эпштейна — Барр [4, 6].

Используемые в лечении тонзиллофарингитов препараты можно подразделить на следующие группы: этиотропные (антибиотики, антисептики), патогенетические (противовоспалительные препараты) и симптоматическая терапия (анальгетики, местные анестетики) [9, 10].

На современном этапе назначение системной антибиотикотерапии целесообразно только при доказанном стрептококковом (БГСА) генезе воспаления, что обусловлено риском развития острой ревматической лихорадки или гломерулонефрита, а также других осложнений [10]. В связи с этим весьма важным является определение этиологии заболевания у каждого конкретного пациента. На сегодняшний день системная противомикробная терапия необходима лишь 20–30% детей и 5–15% взрослых с острым тонзиллофарингитом или обострением хронического процесса, а фактически антибиотики назначают гораздо чаще, причем в 65% случаев — необоснованно [9, 10].

При отсутствии данных о бактериальном инфицировании на первое место выходит назначение местной терапии, главными целями которой являются купирование воспалительных явлений в глотке, уменьшение выраженности болевого синдрома и предотвращение дальнейшего распространения воспалительного процесса по дыхательным путям [11].

Одной из групп лекарственных препаратов, действие которых направлено на подавление воспалительной реакции в глотке, являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), действующие на ключевое звено поддержания этой реакции [5]. Местные НПВП могут как входить в состав комплексных средств, так и применяться в виде монопрепаратов. Среди них наиболее часто используется бензидамина гидрохлорид, обладающий выраженным противовоспалительным, местноанестезирующим и противоотечным действием [5, 9, 10].

Целью данного исследования было оценить эффективность, переносимость и безопасность действия препаратов бензидамина в форме спрея для местного применения дозированного на длительность течения и тяжесть обострения хронического тонзиллофарингита (ХТФ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клиническое исследование были включены 30 пациентов, среди них 8 (26,7%) мужчин и 22 (73,3%) женщины в возрасте от 18 до 68 лет. Компенсированная форма ХТФ была диагностирована у 8 (26,7%) пациентов, декомпенсированная — у 22 (73,3%).

Включенные в исследование пациенты были рандомизированы на 2 группы по 15 человек: 1-я группа (опытная) — пациенты с обострением ХТФ, для их лечения применялась стандартная терапия, в составе которой в качестве местного противовоспалительного средства был использован препарат **Ангидак**[®], спрей для местного применения дозированный, согласно инструкции по применению препарата; 2-я группа (контрольная) — пациенты с обострением ХТФ, в лечении которых применялась стандартная терапия, в ее составе в качестве местного НПВП был использован препарат **Тантум**[®] Верде, спрей для местного применения дозированный, согласно инструкции по применению препарата.

В качестве стандартной терапии назначалась симптоматическая системная терапия для купирования лихорадки и/или болевого синдрома (при наличии) в виде использования НПВП в стандартных рекомендованных дозах; терапия местными средствами для лечения острого тонзиллофарингита с целью быстрого уменьшения выраженности болевого синдрома, воспалительных явлений, а также для профилактики вторичного инфицирования поврежденной слизистой оболочки. В качестве препарата для местного лечения применялся местный НПВП бензидамин, спрей для местного применения дозированный.

Исследуемые группы пациентов статистически значимо не различались по возрастному, гендерному составу и частоте встречаемости декомпенсированных форм ХТФ (табл. 1).

Включенные в исследование пациенты совершали 3 визита к ЛОР-врачу. *1-й визит*: включение в исследование, сбор анамнестических данных, рандомизация, ЛОР-обследование, взятие материала для бактериологического исследования, назначение лечения; *2-й визит* (5–7-е сут терапии): клиническая оценка состояния больного, оценка жалоб, локального статуса, переносимости препарата, наличия побочных эффектов; *3-й визит* (10–14-е сут терапии): клиническая оценка состояния больного, его жалоб, оценка локального статуса, повторное взятие материала для бакте-

Таблица 1. Демографическая характеристика пациентов

Характеристика	Группа 1	Группа 2
Возраст, Ме [Q25; Q75]	38 [28; 49] ¹	38 [29; 44] ¹
Мужчины, n (%)	4 (26,7) ²	4 (26,7) ²
Женщины, n (%)	11 (73,3) ²	11 (73,3) ²
Декомпенсированный ХТФ, n (%)	6 (40) ²	6 (40) ²

¹p>0,05 (U-критерий Манна — Уитни), ²p>0,05 (критерий χ² Пирсона).

риологического исследования, оценка переносимости препарата, наличия побочных эффектов.

Оценка жалоб самим пациентом, степени выраженности симптомов заболевания в сравнении с желаемым (асимптомным) состоянием проводилась по модифицированной 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ. 0 — очень хорошо, 10 — очень плохо): оценка слабости, недомогания, выраженности першения, саднения, сухости в горле, затруднения глотания, степени выраженности болей в горле, степени нарушения качества жизни.

Оценка тяжести клинического состояния пациентов с ХТФ при визите к врачу проводилась по балльной системе от 0 до 3 баллов с учетом:

- степени гипертрофии небных миндалин: 0 — нет гипертрофии (за дужками), 1 — 1-я степень, 2 — 2-я степень, 3 — 3-я степень;
- состояния слизистой глотки: 0 — розовая, 1 — отечная, 2 — сухая, 3 — атрофичная;
- характера содержимого лакун: 0 — нет содержимого, 1 — казеозные массы, 2 — гной, 3 — гной и казеозные массы;
- цвета слизистой глотки: 0 — бледно-розовый, 1 — инъекция сосудистая, 2 — умеренная гиперемия, 3 — яркая гиперемия;
- результатов термометрии тела: 0 — нормальная температура тела, 1 — субфебрильная температура тела, 2 — повышение температуры тела не выше 38 °С, 3 — повышение температуры тела выше 38 °С;
- симптомов общей интоксикации: 0 — отсутствие симптомов, 1 — незначительные симптомы, 2 — симптомы умеренной выраженности, 3 — выраженные симптомы.

В ходе визитов 1 и 3 выполнялось бактериологическое исследование мазков из глотки с определением чувствительности к антибиотикам. На визитах 1 и 3 стерильным тампоном проводился забор биоматериала с поверхности небных миндалин для исследования на бактериальную флору и грибы. Категориями бактериологического ответа на antimicrobial терапию являлись:

- эрадикация — отсутствие первоначального возбудителя при посеве адекватного материала из места первичной локализации инфекционного процесса;
- предполагаемая эрадикация — предположение, что возбудитель элиминировался, если нет подходящего для посева материала из места первичной локализации инфекции;
- персистенция — сохранение первичного возбудителя к концу лечения при наличии или отсутствии признаков воспаления.

Эффективность исследуемого бензидамина, спрея для местного применения дозированного, оценивалась на основании сравнения клинических и лабораторных показателей в 2 группах пациентов.

Оценка безопасности бензидамина, спрея для местного применения дозированного, была основана на регистрации нежелательных явлений в ходе исследования.

В течение 7 сут лечения каждый пациент заполнял дневник, который отражал субъективную оценку статуса в динамике, индексированную в баллах (от 0 до 10). Оценивались: температура тела, выраженность слабости, недомогания, интенсивность головных болей, выраженность стекания слизи по задней стенке глотки, жалобы на затруднение глотания, выраженность першения, саднения в горле,

выраженность болей в горле, кашля, запаха изо рта, количество выделений пробок из миндалин, степень нарушения качества жизни.

С целью повышения объективности и комплексности оценки жалоб пациентов, клинических проявлений заболевания, объективного статуса ЛОР-органов при визите к врачу, а также удобства последующей статистической обработки и интерпретации полученных данных баллы (дневник пациента и клиническое наблюдение) были суммированы относительно визитов пациента к врачу или сроков от начала лечения (1–7-й дни).

Статистический анализ. В исследовании были использованы методы описательной и аналитической статистики. Рассматривались как категориальные (наличие или отсутствие изучаемого фактора, пол), так и количественные данные (суммы баллов из дневников пациента и клинического наблюдения). Анализируемые параметры категориальных данных представлены в виде долей и частот от общего числа исследуемых (%). Параметры количественных данных в исследовании представлены в виде медианы (Me) и 25%, 75% квартилей [Q25; Q75], поскольку все они не соответствовали закону нормального распределения согласно критерию Шапиро — Уилка.

Оценка эффекта лечения при повторных измерениях проводилась путем сравнительной статистической оценки сумм баллов из дневников пациентов и протоколов клинического наблюдения. Выявление различий в субъективном и объективном статусах пациентов на фоне терапии проводилось с использованием непараметрического критерия χ^2 Фридмана с критическим уровнем значимости 0,05. С целью уточнения скорости наступления лечебного эффекта проводились апостериорные множественные попарные сравнения балльных и термометрических показателей каждого из дневников между собой (post hoc-анализ) с использованием непараметрического Z-критерия Уилкоксона с поправкой Бонферрони для критического уровня значимости: p/m , m — количество возможных гипотез (сравнений). Таким образом, для 3 групп сравнения динамики баллов из протоколов клинического наблюдения за статусом пациента во время 3 визитов к врачу критический уровень с учетом поправки Бонферрони составлял 0,017. Для 7 же повторных наблюдений из дневников пациентов, обуславливающих 14 возможных сравнений, за критический уровень значимости принималось значение 0,0036.

При обработке данных использовался программный пакет IBM SPSS Statistics 22 (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все пациенты прошли лечение в соответствии с установленным протоколом. При этом была достигнута удовлетворительная комплаентность. Все пациенты отметили хорошую переносимость всех применяемых в лечении препаратов, в т. ч. бензидамина. В ходе наблюдения за пациентами нежелательных явлений при приеме бензидамина зарегистрировано не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

В процессе лечения ХТФ продемонстрировано достижение статистически значимой положительной динамики жалоб и показателей клинического статуса пациентов обеих групп при повторных осмотрах (табл. 2).

Таблица 2. Результаты сравнительного анализа жалоб по ВАШ и клинического статуса пациентов в динамике на фоне лечения

Параметр	Сумма баллов (дневник жалоб пациентов по ВАШ), Ме [Q25; Q75]		p	Сумма баллов (статус пациентов), Ме [Q25; Q75]		p
	Группа 1	Группа 2		Группа 1	Группа 2	
Визит 1	26 [21; 36]	26 [16; 28]	0,119	7 [4; 11]	5 [3; 7]	0,112
Визит 2	17 [11; 24]	16 [12; 21]	0,693	6 [3; 8]	5 [3; 7]	0,849
Визит 3	12 [6; 18]	12 [9; 17]	0,835	3 [2; 4]	3 [2; 4]	0,646
$\chi^2_{(2)}$ *	20,93	18,38	–	19,86	21,04	–
P**	0,001	0,001	–	0,001	0,001	–

Примечание. *Значение критерия Фридмана $\chi^2_{(2)}$ для повторных наблюдений; **значение достигнутого уровня значимости (P) для критерия Фридмана.

Апостериорные попарные сравнения данных балльных показателей (повторная оценка жалоб и клинического статуса пациентов) относительно номера визита к врачу выявили их отчетливую равномерную положительную динамику со 2-го визита в обеих группах пациентов.

Оценка результатов лечения пациентов с обострением ХТФ на основании динамического сравнения суммированных балльных показателей из их дневников (субъективный статус) выявила достижение статистически значимого уменьшения степени выраженности клинических проявлений основного заболевания на фоне проводимого лечения в обеих группах (табл. 3).

Статистически значимых различий при групповом попарном сравнении балльных показателей субъективного статуса пациентов и данных термометрии относительно дня от начала лечения обострения ХТФ выявлено не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Рост бактериальной флоры констатирован при всех заборах как до, так и после проведенного лечения (60 культуральных исследований на бактериальную флору). Роста грибковой флоры не выявлено при обследовании всех 30 включенных в исследование пациентов (60 исследований на грибковую флору), страдающих ХТФ.

Характеристика выделенной бактериальной микрофлоры. Во всех первичных образцах биоматериала была выделена полифлора: 2 микроорганизма — в 10 (33,3%) образцах; 3 микроорганизма — в 20 (66,7%) образцах.

Бактерии рода *Streptococcus* были выделены при всех культуральных исследованиях мазков с поверхности небных миндалин; *Str. anhaemoliticus* (негемолитический стрептококк) — в 15 (50,0%) образцах, БГСА — в 15 (50,0%); *Staphylococcus aureus* — в 21 (70,0%). Условно-патогенная флора: *Neisseria spp.* выявлены у 28 (93,3%) пациентов, *Klebsiella spp.* — у 2 (6,7%).

Антибактериальная эффективность местного лечения бензидамином, спреем для местного применения дозированным.

Таблица 3. Сравнительная характеристика балльных показателей динамики субъективного статуса пациентов с обострением ХТФ относительно дня от начала лечения

Параметр	Сумма баллов (дневник жалоб пациентов), Ме [Q25; Q75]		p
	Группа 1	Группа 2	
День 1	31 [20; 40]	27 [23; 33]	0,58
День 2	31 [21; 35]	27 [19; 31]	–
День 3	25 [20; 31]	25 [19; 29]	–
День 4	22 [18; 29]	25 [18; 28]	–
День 5	24 [16; 30]	21 [16; 27]	–
День 6	22 [13; 30]	21 [17; 28]	0,74
День 7	19 [13; 29]	21 [13; 28]	0,87
$\chi^2_{(2)}$ *	29,625	30,66	–
P**	<0,001	<0,001	–

Примечание. *Значение критерия Фридмана $\chi^2_{(2)}$ для повторных наблюдений; **значение достигнутого уровня значимости (P) для критерия Фридмана.

Получены следующие результаты бактериологических исследований у 15 (100%) пациентов — носителей БГСА: отсутствие роста патогена (эрадикация) и снижение обсемененности биоматериала (предполагаемая эрадикация) — у 11 (73,3%) больных; персистирование возбудителя — у 4 (26,7%) (табл. 4).

При местном лечении бензидамином 21 пациента с обострением ХТФ (носители *S. aureus*) получены следующие результаты: отсутствие роста патогена (эрадикация) и снижение обсемененности биоматериала (предполагаемая эрадикация) — у 12 (76,1%) больных; персистирование возбудителя — у 9 (23,9%) пациентов (табл. 4).

Таблица 4. Результаты бактериологического контроля местного лечения бензидамином пациентов — носителей БГСА и *Staphylococcus aureus*

Результат	Пациенты – носители БГСА (n=15)			Пациенты – носители <i>S. aureus</i> (n=21)		
	Группа 1	Группа 2	Итого	Группа 1	Группа 2	Итого
Эрадикация	3 (20,0%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	2 (9,5%)	2 (9,5%)	4 (19,0%)
Предполагаемая эрадикация	2 (13,3%)	4 (26,7%)	6 (40,0%)	5 (35,8%)	3 (21,3%)	8 (57,1%)
Персистирование	2 (13,35%)	2 (13,35%)	4 (26,7%)	4 (10,6%)	5 (13,3%)	9 (23,9%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бензидамин, спрей для местного применения дозированных, включенный в стандартную терапию обострений ХТФ, показал свою клиническую эффективность, которая подтверждена клиническими специализированными оториноларингологическими исследованиями, а также анкетами-опросниками по оценке субъективных ощущений пациентов. Эффективность местной противовоспалительной терапии сохранялась на протяжении всего периода наблюдения.

Эффективность противовоспалительного, обезболивающего действия доказана с использованием современных методов медицинской статистики. При этом различия клинических и цифровых показателей группы 1 (стандартная терапия + Ангидак[®], спрей для местного применения дозированный) и группы 2 (стандартная терапия + Тантум[®] Верде, спрей для местного применения дозированный) не были статистически значимы. Это свидетельствует о сходной эффективности препаратов Ангидак[®] и Тантум[®] Верде, спрей для местного применения дозированный, содержащих бензидамин.

Побочных и нежелательных эффектов терапии у обследованных 30 пациентов не зафиксировано.

Бактериологические исследования мазков с поверхности небных миндалин, выполненные до и после проведенного лечения, продемонстрировали выраженный антимикробный эффект бензидамина в отношении основных клинически значимых патогенов ХТ, проявляющийся в виде эрадикации и снижения обсемененности биоматериала:

в 73,3% случаев для БГСА, в 76,1% — для *Staphylococcus aureus*.

Таким образом, препарат бензидамин, спрей для местного применения дозированный, является безопасным и эффективным средством в составе комплексного лечения пациентов с обострением ХТФ и может применяться в любой фазе развития заболевания.

Литература

1. Накатис Я.А., Рымша М.А. Острый и хронический тонзиллофарингит, современные подходы к терапии при осложнениях с учетом антибиотикорезистентности. В сб.: Актуальные вопросы оториноларингологии. Материалы межрегиональной научно-практической конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока. Благовещенск: Амурская ГМА; 2017. [Nakatis Ya.A., Rymsha M.A. Acute and chronic tonsillopharyngitis, modern approaches to treatment for complications with regard to antibiotic resistance. In the collection: Actual issues of otorhinolaryngology. Materials interregional scientific and practical conf. otorhinolaryngologists of Siberia and the Far East. Blagoveshchensk: Amur State Medical Academy; 2017 (in Russ.).]
2. Портенко Г.М., Портенко Е.Г., Шмаков Г.П. Информационная технология в решении проблемы хронического тонзиллита: монография. Тверь: РИЦ ТГМУ; 2016. [Portenko G.M., Portenko E.G., Shmakov G.P. Information technology in solving the problem of chronic tonsillitis: monograph. Tver: RIC TSMU; 2016 (in Russ.).]
3. Мирзоева Е.З., Портенко Е.Г., Портенко Г.М. и др. Современная информационная технология — помощник врача в диагностике хронического тонзиллита и хронического фарингита. Рос. оториноларингология. 2015;4(77):74–78. [Mirzoeva E.Z., Portenko E.G., Portenko G.M. et al. Modern informational technology — a helper of a doctor in the diagnosis of chronic tonsillitis and chronic pharyngitis. Russian Otolaryngology. 2015;4(77):74–78 (in Russ.).]
4. Косяков С.Я., Анготоева И.Б. Острый тонзиллофарингит. Consilium Medicum. 2013;3:36–41. [Kosyakov S. Ya., Angotoeva I.B. Acute tonsillopharyngitis. Consilium Medicum. 2013;3:36–41 (in Russ.).]

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

20-21/06/19

VI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ И СУРДОЛОГОВ ФМБА РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Научные руководители:**Николай Аркадьевич Дайхес**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, главный внештатный оториноларинголог Минздрава России, директор ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России

Яков Александрович Накатис

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии и офтальмологии СПбГУ, главный врач КБ № 122 им. Л.Г. Соколова

Георгий Абелович Таварткиладзе

Доктор медицинских наук, профессор, директор Российского научно-клинического центра аудиологии и слухопротезирования ФМБА России, заведующий кафедрой сурдологии РМАНПО

Владимир Викторович Уйба

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель ФМБА России

Константин Григорьевич Добрецов

Доктор медицинских наук, директор центра оториноларингологии ФГБУ «Федеральный сибирский научно-клинический центр» ФМБА России



09.00 — 18.00

**Санкт-Петербург,
Park Inn by Radisson, пл. Победы, 1**

МЕДЗНАНИЯ⁺

Москва, Большой Каретный пер., 7

+7 495 699 14 65

www.medq.ru

+7 495 699 81 84

info@medq.ru