

**С.А. Иваничкин**

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

## Особенности местного лечения воспалительных болезней ЛОР-органов у детей

**Контактная информация:**

Иваничкин Сергей Александрович, врач-оториноларинголог Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел.: (499) 132-27-00, e-mail: sivanichkin@yandex.ru

Статья поступила: 24.10.2011 г., принята к печати: 15.11.2011 г.

*В настоящее время инфекционно-воспалительные болезни ЛОР-органов занимают одно из первых мест среди острой патологии у детей разного возраста, начиная с самых ранних лет. Несмотря на хорошо изученную этиологию и патогенез данных патологических состояний, вопрос о выборе оптимальных схем лечения остается открытым. В настоящей статье особое внимание уделяется проблеме местной терапии инфекционно-воспалительных болезней ЛОР-органов в детской практике, обсуждаются преимущества и недостатки различных методов лечения, лекарственных форм препаратов, применяемых с этой целью.*

**Ключевые слова:** фарингит, тонзиллит, местное лечение, таблетки для рассасывания.

72

В настоящее время инфекционно-воспалительные болезни ЛОР-органов занимают одно из первых мест среди острой патологии у детей разного возраста, начиная с самых ранних лет [1, 2]. Именно поэтому их лечение до сих пор остается актуальной проблемой в практике оториноларингологов и педиатров. Нередко при так называемых «простудных болезнях» больные прибегают к самолечению, далеко не всегда организуя его правильно, в том числе бесконтрольно принимая antimicrobные средства или используя весь спектр известных препаратов для местного и общего применения без оценки предполагаемой этиологии болезни, патогенетических механизмов ее развития и тяжести состояния.

Следовательно, информированность педиатров и оториноларингологов, особенно поликлинического звена, к которым наиболее часто обращаются больные при данной патологии, является основой правильного и эффективного лечения пациентов на амбулаторном этапе. Грамотное обоснование схемы лечения позво-

ляет избежать ненужного, а иногда и небезопасного лечения, к которому прибегают родители в попытке справиться с проблемой самостоятельно.

Острые и хронические фарингиты, острые тонзиллиты (ангины) — вот спектр патологических состояний, заболеваемость которыми остается высокой у детей разных возрастных групп. Целесообразно начать анализ с характеристики острого фарингита — наиболее частой причины болей в горле, требующей применения медикаментозных препаратов [3].

Фарингитом называют острое или хроническое воспаление слизистой оболочки глотки. К основным клиническим проявлениям острого фарингита относят: боль, першение или дискомфорт в горле, особенно при глотании, а также сухой кашель. Общие симптомы, такие как недомогание, повышение температуры тела, встречаются нечасто. Их выраженность зависит от возбудителя болезни. При осмотре диагноз поставить нетрудно: при фарингоскопии определяют гиперемиию, а также зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки [1, 3].

**S.A. Ivanichkin**

Scientific Research Center of Children's Health RAMS, Moscow

## Peculiarities of a topical treatment of inflammatory diseases of ENT-organs in children

*Nowadays infectious-inflammatory diseases of ENT-organs take one of the leading positions among pediatric acute pathology including that of infants. Despite abundant information upon etiology and pathogenesis of these diseases there are still questions regarding the most effective therapeutic schemes. This article contains information about peculiarities of pediatric ENT inflammatory diseases treatment. Special attention is paid to the problem of topical treatment of pediatric infectious-inflammatory ENT-diseases. It also includes discussion of benefits and drawbacks of various treatment options and medications used in this field.*

**Key words:** pharyngitis, tonsillitis, topical treatment, lozenges.

Воспалительный процесс, как правило, протекает с диффузным поражением слизистой оболочки, при этом характерен нисходящий характер, поэтому фарингит — достаточно условное понятие, характеризующее скорее основное из проявлений болезни, чем собственно анатомическую характеристику воспалительного процесса. Часто болезнь, особенно вирусной этиологии, начинается с назофарингита [3].

Основными этиологическими факторами при развитии воспалительных болезней ЛОР-органов являются различные возбудители инфекции [1, 4]. Среди вирусов лидирующее место занимают аденовирусы, риновирус, респираторный синцитиальный вирус, вирус Эпштейна–Барр, вирусы гриппа и парагриппа, Коксаки, корона-вирусы. Основным микробным возбудителем является  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А, реже — стрептококки групп С и G, еще реже — гонококки, анаэробные бактерии, дифтерийная палочка. Общепринятой является точка зрения, что вирусные формы острых тонзиллитов преобладают у детей в возрасте до 3 лет, после 5 лет все чаще отмечаются бактериальные формы, особенно при повторяющихся ангинах [2].

В качестве этиологических факторов при воспалительных болезнях ЛОР-органов рассматривают также аллергические реакции, травмы ЛОР-органов (в т.ч. вследствие попадания инородного тела) и воздействие внешних факторов (например, сухой, холодный или слишком теплый воздух, горячая пища, пыль, дым и пр.) [3, 4].

Острым тонзиллитом называют остро возникающую воспалительную болезнь лимфоидных образований окологлоточного кольца Пирогова–Вальдейера. Чаще всего поражаются небные миндалины. Важно отметить, что изолированное воспаление небных миндалин встречается достаточно редко — окружающая слизистая оболочка глотки неизбежно воспаляется, развивается так называемый тонзиллофарингит.

Различают следующие формы острого тонзиллита:

1. Катаральная
2. Фолликулярная
3. Лакунарная
4. Фибринозная
5. Герпетическая
6. Флегмонозная (интратонзиллярный абсцесс)
7. Язвенно-некротическая (гангренозная)
8. Смешанные формы [2, 5].

Независимо от этиологии для начала острого тонзиллита у ребенка характерно повышение температуры тела до фебрильных цифр с ознобом, выраженными болями в горле, усиливающимися при глотании. Могут присутствовать симптомы менингизма: головная боль, тошнота, слабость. Увеличиваются подчелюстные лимфоузлы, которые становятся болезненными при пальпации. При осмотре выявляют гиперемии и отечность миндалин, а также язычка и задней стенки глотки. Кроме этого, часто можно увидеть фолликулярный или лакунарный выпот, белые рыхлые налеты [4, 6, 7]. Степень повышения температуры тела не всегда коррелирует со степенью поражения миндалин и обширностью вовлечения в воспалительный процесс слизистой оболочки глотки [8, 9].

При наиболее часто встречающейся катаральной ангине отмечают боль, ощущение жжения, сухости и першения в горле. При фарингоскопии обнаруживают гиперемии и увеличение небных миндалин, возможно наличие тонкой пленки слизисто-гнойного экссудата. Наблюдают также незначительное увеличение регионарных лимфатических узлов. Обычно клинические проявления исчезают в течение 3–5 дней [8].

Клиническая картина фолликулярной ангины отличается более выраженными симптомами. Сильная боль в горле при глотании с частой иррадиацией в уши, симптомы интоксикации — головная боль, миалгия, лихорадка, озноб, общая слабость — сопровождаются существенными изменениями в клиническом анализе крови (нейтрофильным лейкоцитозом, моноцитозом, повышением СОЭ). Чаще всего увеличиваются регионарные лимфатические узлы, пальпация их болезненная, в некоторых случаях возможно увеличение селезенки. У части детей отмечаются явления менингизма, одно- или многократная рвота, диарея, на фоне высокой лихорадки возможно нарушение сознания, бред.

При осмотре выявляют гиперемии слизистой оболочки мягкого неба, небных миндалин, на поверхности которых видны многочисленные круглые, несколько возвышающиеся над поверхностью, желтоватые или желтовато-белые наложения. Продолжительность болезни составляет не менее 5–7 дней [9].

Лакунарная ангина протекает с симптомами аналогичными таковым при фолликулярной, но, как правило, еще более тяжело. При осмотре на фоне ярко гиперемированной поверхности увеличенных миндалин появляются желтовато-белые налеты. Фолликулярная и лакунарная ангины могут вести к развитию фибринозной ангины, когда фарингоскопия обнаруживает на поверхности миндалин очаги, покрытые желтой неомогенной пленкой. В первом случае она образуется из лопнувших нагноившихся фолликулов, во втором — путем распространения зон разрушающегося гнойным воспалением эпителия из устьев лакун [9].

При нечасто встречающейся флегмонозной ангине происходит гнойное расплавление участка небной миндалины. При этом в отличие от предыдущих форм, поражается, как правило, одна из миндалин, которая при осмотре существенно увеличена, ярко гиперемирована, поверхность ее напряжена, пальпация резко болезненна.

Герпетическая ангина чаще всего развивается на фоне инфекции, вызванной вирусами Коксаки группы А и В, реже — ЕСНО-вирусами. Болезнь отличается высокой контагиозностью, передается воздушно-капельным и фекально-оральным путем. Герпетическая ангина также дебютирует остро с высокой лихорадкой до 39–40°C, болей в горле при глотании. Кроме этого, присутствует головная боль, мышечные боли, могут наблюдаться рвота и диарея. При осмотре на слизистой оболочке мягкого неба, язычка, небных дужках, задней стенке глотки и миндалинах, удается выявить везикулы, окруженные венчиком яркой гиперемии. Через 3–4 дня происходит разрыв везикул с образованием язвочек с чистым красным дном. Реже везикулы подвергаются обратному развитию без образования язв [9, 10].

Нельзя не упомянуть о язвенно-некротической ангине Симановского–Плаута–Венсана, которая редко встречается у детей. Причиной этой формы ангины являются бактерии *Fusobacterium fusiformis* и *Spirochela buccalis*, которые часто обитают в полости рта у здоровых людей. Считается, что определенную роль в возникновении болезни играет наличие кариозных зубов. Ангина Симановского развивается главным образом при снижении сопротивляемости организма, гиповитаминозах, при общем истощении (например, при алиментарной дистрофии) [4, 11].

Чаще поражается одна небная миндалина, но описаны и двусторонние поражения. Болезнь начинается с дискомфорта, неинтенсивной боли при глотании. Выраженные изменения в глотке не соответствуют общему удовлетворительному состоянию больного: температура субфебрильная или нормальная, боль в горле сначала

беспокоит мало, но затем становится довольно сильной. При фарингоскопии на медиальной поверхности миндалины виден налет серого или желтовато-белого цвета, обычно округлой формы, иногда распространяющийся на переднюю дужку. Границы налета окружены воспалительным ободком, налет сравнительно легко снимается ватным тампоном. После удаления пленки обнаруживается кровотокающая изъязвленная поверхность желтого цвета с четкими краями. Изъязвления вначале носят поверхностный характер, при длительном течении формируется глубокий язвенный дефект кратерообразной формы, который может распространиться за пределы миндалины с вовлечением в процесс глубоких тканей глотки. Язвенный процесс сопровождается характерным неприятным гнилостным запахом изо рта. Регионарные лимфатические узлы увеличены на стороне поражения, обычно малоблезненны.

При благоприятных условиях выздоровление наступает в течение 1–2 нед. Однако болезнь может затягиваться до нескольких недель даже при адекватном лечении, а без лечения — до нескольких месяцев. Дифференцировать ангину Симановского у детей необходимо, в первую очередь, с лакунарной ангиной, вторичной ангиной при остром лейкозе [4, 11].

Знание клинической картины форм острого тонзиллита крайне важно в общем алгоритме дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных его форм, что позволяет значительно снизить риск диагностических ошибок и назначения необоснованного лечения.

Известно, что у детей в возрасте до 7 лет острые вирусные тонзиллиты встречаются чаще, чем бактериальные, тогда как после 8 лет их процент достигает приблизительно одинаковых значений. При этом в общем процентном отношении во всех возрастных группах частота бактериальных тонзиллитов практически одинакова и достигает 32–34% [4].

Для острого тонзиллита вирусной этиологии характерно наличие катаральных симптомов: существенно выраженного ринофарингита, который в случае аденовирусной этиологии может сопровождаться конъюнктивитом. Однако дифференциальная диагностика тонзиллитов крайне трудна, особенно на начальных этапах, когда необходимо принимать важное решение о необходимости антибактериальной терапии, способной предотвратить развитие осложнений тонзиллитов бактериальной этиологии.

Отсутствие четких лабораторных маркеров, позволяющих в короткие сроки определить точную этиологию процесса, вносит дополнительные сложности при выборе терапии [2].

Хронический фарингит чаще встречается у детей старшего возраста и подростков. На его долю приходится 12–15% всех случаев тонзиллита. Чаще всего он является последствием недолеченного острого фарингита, но может развиваться и как самостоятельная болезнь [3].

Как и при острых фарингитах, обострение хронического фарингита может сопровождаться ухудшением общего состояния, лихорадкой, хотя эти симптомы встречаются реже, чем при остром процессе. Больные жалуются на сухость, першение в горле, упорный сухой кашель. У пациентов нарушен сон, аппетит из-за постоянного ощущения дискомфорта в горле [3].

Фарингоскопически определяют гиперемию и валикообразное утолщение краев небных дужек, рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками, разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины, казеозно-гнойное отделяемое или жидкий гной в лакунах миндалин [3].

Как правило, у детей при атрофическом фарингите слизистая оболочка глотки выглядит истонченной, с инъецированными сосудами, сухой, нередко покрыта подсохшей слизью. При гипертрофической форме выявляются беспорядочно разбросанные на задней стенке глотки очаги гиперплазированной лимфоидной ткани, увеличенные трубные валики. Для развития хронического фарингита необходимо присутствие ряда предрасполагающих факторов. К ним можно отнести:

- врожденные особенности строения слизистых оболочек;
- затрудненное носовое дыхание (при искривлении носовой перегородки, гипертрофии аденоидных вегетаций);
- хронические воспалительные болезни полости носа, носоглотки, околоносовых пазух;
- регулярное употребление сосудосуживающих капель, неизбежно попадающих в глотку, способствующих развитию сухости слизистой оболочки, нарушению ее кровоснабжения, снижению местного иммунитета;
- неблагоприятные внешние условия (жаркий сухой воздух, неадекватное искусственное отопление в холодное время года);
- эндокринные болезни (например, сахарный диабет, гипопункция щитовидной железы);
- хронические болезни желудочно-кишечного тракта (например, ахалазия кардии, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь), почек с развитием почечной недостаточности (вследствие раздражения слизистой оболочки выделяемой ею мочевиной);
- состояния после оперативных вмешательств на ЛОР-органах, приводящих к атрофическим изменениям слизистой оболочки, нарушениям ее кровоснабжения [1, 6, 7].

Как при острой болезни, так и при обострении хронического тонзиллита не всегда представляется возможным точно определить этиологию процесса, что может повлечь за собой назначение необоснованной терапии в т.ч. системных антибиотиков. В этой связи выглядит целесообразным назначение в качестве стартовой терапии фарингитов и тонзиллитов топических препаратов, обладающих активным противовоспалительным и антисептическим действием. При вирусных болезнях такая тактика позволяет снизить риск развития бактериальных осложнений, начинающихся вследствие активации сапрофитной микрофлоры на фоне снижения общего и местного иммунитетов, спровоцированного вирусной инфекцией [1, 2, 5].

Препараты с противовоспалительным, противомикробным, противовирусным, обезболивающим, а также смягчающим действием могут использоваться как основной этап терапии при острых и хронических фарингитах, острых тонзиллитах, не требующих применения системных антибиотиков. В остальных случаях, когда применение антибактериальных препаратов необходимо, раннее начало грамотно организованной местной терапии может помочь быстро облегчить выраженность локальных симптомов воспалительных болезней, сократить сроки болезни, повысить местный иммунитет, избежать развития бактериальных или грибковых осложнений, и тем самым уменьшить сроки приема системных препаратов [1, 9, 10].

Профессиональный подход к выбору методики и препаратов для местного лечения после оценки этиологии болезни может позволить избежать необоснованного применения антибиотиков, что в современных условиях является крайне важным фактором профилактики формирования полирезистентности микроорганизмов. Как говорилось выше, даже при своевременно проведенной

диагностике причин воспалительных болезней не всегда возможно установление этиологического фактора за короткий период. Поэтому проведение активной местной терапии в ряде случаев позволяет предотвратить развитие осложнений, а следовательно, и назначение системной антибактериальной терапии [1, 2, 10].

По причине высокой частоты возникновения ОРВИ, протекающих с поражением ЛОР-органов, препараты, применяемые в качестве противовоспалительного агента и противомикробного средства, не должны вызывать привыкания и быть эффективными при каждом повторном их использовании. Кроме этого, основными требованиями к средствам, используемым в педиатрической практике для местной терапии воспалительных болезней, являются [1]:

- широкий спектр действия: антимикробное, противовирусное, противогрибковое;
- минимальная абсорбция со слизистых оболочек;
- отсутствие местного и общего токсического эффекта;
- низкое аллергизирующее действие;
- отсутствие раздражающего действия на слизистую оболочку, т. к. у детей младшего возраста это может спровоцировать развитие спазма мускулатуры гортани;
- простота в применении [1].

Основными принципами местного консервативного лечения являются [5, 8, 12]:

- щадящее питание;
- использование теплого питья;
- паровые ингаляции с антисептиками и смягчающими слизистую оболочку препаратами;
- исключение раздражающих слизистую оболочку факторов;
- применение местных антимикробных препаратов [5, 8, 12].

Включение последнего пункта в список мер местного лечения переводит его из симптоматического (щадящее питание, теплое питье, ингаляции и др.) в этиопатогенетическое за счет применения антимикробных средств. Использование местных антисептиков и антимикробных препаратов возможно в нескольких формах: в виде орошения слизистых оболочек с помощью спреев, ингаляций, полосканий, туширования воспалительных очагов, а также с помощью популярных в детской практике таблеток для рассасывания. Каждая из указанных методик имеет свои преимущества и недостатки, выбор препарата в каждом конкретном случае должен осуществляться с учетом течения болезни и индивидуальных особенностей пациента.

Средства для местной антибактериальной терапии включают один действующий агент или комбинацию агентов с различным механизмом действия (антисептик, анестетик, антибиотик). В состав препаратов могут включаться витамины, компоненты растительного происхождения (эфирные масла, экстракты), обладающие различными эффектами (смягчающим, болеутоляющим, противовоспалительным). Сочетание активных веществ с различным действием в одной форме позволяет оказывать на пораженную слизистую оболочку комплексное лечебное воздействие, а также за счет плейотропных эффектов добиваться коррекции состояния местного иммунитета, повышения сопротивляемости слизистых оболочек бактериальной инвазии [13], облегчения носового дыхания. В настоящее время наиболее часто в состав описанных препаратов производители включают:

- антисептические средства (амилметакрезол, 2,4-дихлорбензиловый спирт, хлоргексидин, гексетидин, бензидамин, амбазон, препараты йода и другие);

- антибиотики (фюзафунжин, фрамицетин);
- сульфаниламиды (Бикарминт, Ингалипт);
- местные анестетики (лидокаин, тетракаин, ментол);
- лизаты бактерий, чаще всего вызывающих воспалительные процессы в полости рта и в глотке;
- природные антисептики;
- витамин С;
- эфирные масла;
- лизоцим, интерферон, улучшающие состояние местного иммунитета [1, 5, 12].

Выбор антисептических препаратов достаточно велик, однако не все из них можно использовать в педиатрической практике безоголосно.

Так, например, эффективный и хорошо зарекомендовавший себя хлоргексидин, входящий в состав многих препаратов, обладает умеренно выраженной токсичностью [13, 14]. Поэтому существует реальная опасность интоксикации при бесконтрольном приеме его детьми, особенно, если он выпускается в лекарственной форме таблеток. Традиционно применяемые при болезнях ротоглотки растворы для полоскания: раствор перманганата марганца, соды, фурацилина, Хлорофиллипт, Ротокан или отвары лекарственных трав могут исказить клиническую картину болезни и вызывать нежелательные эффекты (в т. ч. аллергические реакции, интоксикацию) [13, 14]. Учитывая тот факт, что многие дети не могут правильно полоскать горло, и существует риск проглатывания растворов, риск нежелательных явлений при применении данных препаратов у детей младшей возрастной группы существенно выше.

Анатомические особенности ЛОР-органов и высокий риск ларингоспазма ограничивает использование спреев для орошения ротоглотки у детей первых трех лет жизни.

Орошение ротоглотки антисептическими спреями или содержащими антибиотики аэрозолями также широко применяется в детской практике лечения воспалительных болезней ЛОР-органов, но с ограничениями, описанными выше. Некоторые исследователи указывают на сопоставимую в целом эффективность комплекса местных консервативных мероприятий, проводимых детям при острых воспалительных болезнях носоглотки, независимо от способа применения местных противовоспалительных препаратов [5, 11].

У детей, страдающих атопической формой аллергии, ограничено применение растительных антисептиков и эфирных масел. Кроме этого, с осторожностью у данного контингента пациентов применяются препараты, обладающие достаточно высоким раздражающим действием на слизистую оболочку, как, например, производные йода (Йокс, повидон-йод), и сульфаниламиды, особенно в форме спреев [1, 6, 11].

Хорошо зарекомендовавший себя и известным в ЛОР-практике более 30 лет антисептическим средством для местного применения является 2,4-дихлорбензиловый спирт (2,4-ДХБС), обладающий бактерицидным, фунгицидным действием, в т. ч. в отношении дрожжеподобных грибов, грамположительных и грамотрицательных бактерий [15]. Известно, что применение 2,4-ДХБС в низких концентрациях не оказывает раздражающего действия на слизистую оболочку, например, в отличие от хлоргексидина [13, 14]. Часто производители комбинируют 2,4-ДХБС в составе лечебных препаратов с амилметакрезолом (например, в препарате Стрепсилс), обладающим противомикробной активностью в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. В состав некоторых антисептических препаратов входит лидокаин, являющийся местным

анестетиком и обладающий прямым обезболивающим действием (например, Стрепсилс Плюс). Данные препараты могут рекомендовать при выраженном болевом синдроме.

Для достижения оптимального действия любого активного соединения важно, чтобы оно сохранялось в месте воспаления в течение как можно более продолжительного времени. В перспективе в состав препаратов для местного применения, по всей видимости, должны входить мукоадгезивные материалы (полимеры, способные образовывать гидрогели), которые обеспечивают контролируемое высвобождение и пролонгированное удержание активного агента в воспалительном очаге.

Наиболее медленное высвобождение и эффективное распределение противовоспалительных и антимикробных средств в полости рта и носоглотке обеспечивает применение их в форме таблеток для рассасывания. Часто лечение детей может представлять некую трудность из-за отрицательного отношения родителей к медицинским вмешательствам, поэтому использование в качестве лечебного средства таблеток может также иметь немаловажное значение при выборе способа «нанесения» антисептика на слизистую оболочку. Однако применение противовоспалительных средств в форме таблеток ограничено у детей в возрасте до 2 лет, которые не могут их рассасывать. Им назначается только обильное питье и с осторожностью — орошение глотки антисептиком в форме спрея.

Хорошо известно, что для повышения эффективности терапии воспалительных болезней ЛОР-органов, в т.ч. хронического характера, могут дополнительно применяться иммуностимулирующие растительные экстракты [14] в качестве полосканий ротоглотки, а также в составе медикаментозных препаратов, например таблеток для рассасывания Стрепсилс. Компоненты ромашки, алтея, хвоща, эвкалиптовое масло стимулируют защитные механизмы организма за счет повышения фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов [1]. Кроме этого, нельзя забывать и о стремлении родителей лечить

детей только натуральными средствами — наличие растительных компонентов в составе противовоспалительных средств в этом отношении предпочтительно.

Отдельно следует упомянуть о полезных свойствах эвкалипта, точнее его компонентах, обычно включаемых в состав таблеток для рассасывания — эфирного масла 1,8-цинеол (эвкалиптола). Это средство обладает бактерицидным, противовирусным, противопротозойным и фунгицидным действием [14, 16]. При ингаляционном применении оказывает отхаркивающий, муколитический, антигипоксический эффекты, что, например, при рассасывании может способствовать улучшению носового дыхания. Известно, что экстракты эвкалипта рекомендуют для применения при синуситах и ринитах с противовоспалительной целью, для улучшения отхождения воспалительного секрета [14, 16].

Таким образом, знание патогенеза воспалительных болезней ЛОР-органов позволяет специалисту обоснованно подходить к выбору лечебной тактики. В ряде случаев грамотное и своевременное применение местной противовоспалительной терапии при острых и хронических болезнях ЛОР-органов у детей позволяет избежать применения средств системной терапии. Подобная противовоспалительная терапия может использоваться в комплексном лечении данной патологии с целью скорейшего купирования воспалительных явлений слизистой оболочки ротоглотки и облегчения болевого синдрома [10, 12]. Важно отметить, что многообразие препаратов для лечения воспалительных болезней ротоглотки, в т.ч. доказавших свою эффективность, не должно служить поводом для бесконтрольного их применения, особенно у детей. При выборе препарата необходимо учитывать возраст пациента, анамнез, в т.ч. аллергологический, предполагаемую этиологию процесса и т.д.

Отдавать предпочтение стоит препаратам, содержащим нетоксичные антисептические агенты и дополнительные компоненты с антимикробным, противовирусным эффектами, повышающим местный иммунитет слизистой оболочки.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лучихин Л.А., Мальченко О.В. Эффективность препарата Имудон в лечении больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки // *Вестн. оторинолар.* — 2001; 3: 62–64.
2. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С. Острые тонзиллиты в детском возрасте: диагностика и лечение // *Фарматека.* — 2009; 14: 6–9.
3. Stiefelhagen P. Sore throat, fever and swallowing difficulty: what compresses the pharynx? // *MMW Fortschr. Med.* — 2011; 153 (38): 14.
4. Hansaker D.H., Boone J.L. Etiology of Infectious Diseases of the Upper Respiratory Tract. In: Ballenger J.J., Snow J.B., editors // *Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery*. 15th edition. Baltimore: Williams & Wilkins. — 1996; 69–83.
5. Dagnelie C.F. Sore Throat in General Practice / A Diagnostic and Therapeutic Study Thesis. — Rotterdam, 1994.
6. Klimek L., Schottler S., Grevers G. Differential diagnosis and therapeutic options in acute sore throat // *CMAJ.* — 2011; 63 (5): 113–114.
7. Alter S.J., Vidwan N.K., Sobande P.O. et al. Common childhood bacterial infections // *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.* — 2011; 41 (10): 256–283.
8. Kusuhabara K. Periodic Fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis syndrome // *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi.* — 2011; 34 (5): 401–407.
9. Пискунов Г.З., Анготова И.Б. Острый тонзиллофарингит // *Леч. врач.* — 2007; 2: 70–75.
10. Сидоренко С.В., Грудина С.А., Филимонова О.Ю. и др. Резистентность к макролидам и линкозамидам среди *Streptococcus pneumoniae* и *Streptococcus pyogenes* в Российской Федерации // *Клин. фармакол. тер.* — 2008; 17 (2): 1–4.
11. McIsaac W.J., Goel V., To T. et al. The validity of sore throat score in family practice // *CMAJ.* — 2000; 163 (7): 811–815.
12. Ressel G. Principles of appropriate antibiotic use: Acute pharyngitis. Part IV. Centers for Disease Control and Prevention, American College of Physicians — American Society of Internal Medicine, American Academy of Family Physicians, Infectious Diseases Society of America // *Am Fam Physician.* — 2001; 64 (5): 870–875.
13. Хлорексидин. ФГУ Научный центр экспертизы средств медицинского применения. Электрон. ресурс «Обращение лекарственных средств». URL: <http://www.regmed.ru/>.
14. Рязанцев С.В. Этиопатогенетическая терапия острых фарингитов // *Consilium Medicum.* — 2007; 10 (9): 22–26.
15. Применение дихлорбензилового спирта для получения лекарственного средства для местного лечения воспаления и лекарственное средство, содержащее дихлорбензиловый спирт. URL: <http://ru-patent.info/21/80-84/2184538.htm>
16. Эвкалиптовое масло. URL: <http://medn.ru/statyi>