

Е.Ю. Радциг¹, Н.В. Ермилова², М.Р. Богомильский¹, Е.А. Царевская³

¹ Российский государственный медицинский университет, Москва

² Детская городская поликлиника № 99, Москва

³ Детская городская поликлиника № 102, Москва

Возможности препаратов природного происхождения в симптоматической терапии и профилактике воспалительных заболеваний глотки у детей

Контактная информация:

Радциг Елена Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ

Адрес: 119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 1, тел.: (495) 959-87-58, e-mail: radena@rambler.ru

Статья поступила: 03.10.2011 г., принята к печати: 11.10.2011 г.

88

Статья посвящена проблеме эффективной диагностики и лечения острого фарингита. Рассматриваются вопросы этиопатогенеза и терапии. Акцент поставлен на возможностях препарата природного происхождения как средства лечения и профилактики воспалительной патологии глотки у детей, в том числе в организованных детских коллективах.

Ключевые слова: острый фарингит, препарат природного происхождения, профилактика сезонного всплеска ОРВИ, дети.

Слизистые оболочки верхних дыхательных путей первыми на своем пути встречают разнообразные патогены, поэтому должны обеспечивать местную защиту организма. При сбое в работе защитных механизмов (общее охлаждение организма или местное переохлаждение глотки; раздражение слизистой оболочки задней стенки глотки патологическими выделениями, курение и пр.) развивается воспалительная реакция. Наиболее распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является фарингит. Причиной заболевания примерно в 70% случаев являются вирусы, наиболее распространенные из них рино-, адено-, респираторно-синцитиальный, гриппа и парагриппа [1, 2]. Помимо вирусов (более

200 видов) способностью поражать эпителий слизистой оболочки дыхательных путей обладают также бактерии (особое место среди которых отводят β-гемолитическому стрептококку группы А) и простейшие (хламидии, микоплазмы и пр.) [1].

Причиной острого фарингита становятся травмы, аллергия, воздействие раздражающих факторов (горячие жидкости, пар, кислоты, щелочи, радиация и пр.), детские инфекции (корь, скарлатина, коревая краснуха, менингит). Предрасполагающим к развитию фарингита фактором можно считать и различные виды ринита, поскольку при невозможности (или затруднении) носового дыхания ребенок начинает дышать ртом [2].

E.Y. Radzig¹, N.V. Ermilova², M.R. Bogomilskiy¹, E.A. Tsarevskaya³

¹ Russian State Medical University, Moscow

² Children's City Outpatient's Clinic № 99, Moscow

³ Children's City Outpatient's Clinic № 102, Moscow

Capabilities of natural remedies in symptomatic treatment and prophylaxis of pediatric inflammatory diseases of the pharynx

The article is dedicated to the problem of effective diagnostics and treatment of acute pharyngitis. Authors discuss problems of etiopathogenesis and treatment. What is being stressed in the article — it's the capability of natural remedy in treatment and prophylaxis of inflammatory pathology of the pharynx in children, including those from welfare institutions.

Key words: acute pharyngitis, natural remedy, seasonal increase in acute respiratory infection prophylaxis, children.



Наиболее распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является катаральный фарингит на фоне ОРВИ. При фарингоскопии определяется гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные для ангины признаки воспаления небных миндалин. Основными жалобами при катаральном фарингите являются боль в горле, которая усиливается при глотании; першение и сухость в горле; общее состояние обычно не страдает. При воспалении боковых (тубофарингеальных) валиков глотки возможны иррадиация боли в уши и сухой кашель. Основная нагрузка в лечении респираторных вирусных инфекций во всем их многообразии ложится на врачей-педиатров, терапевтов, семейных врачей. Традиционная терапия острого фарингита является симптоматической и включает обильное питье, использование различных растворов для полоскания, обработку задней стенки глотки раствором Люголя, физические методы лечения. Многочисленные исследования, основанные на принципах доказательной медицины, рекомендуют избегать назначения антибиотиков при терапии острых фарингитов нестрептококковой этиологии [1, 2]. Согласно результатам мета-анализа, проведенного у 90% больных с неосложненной формой фарингита, симптомы заболевания исчезают в течение 1 недели независимо от приема антибиотиков [2]. Антибиотикотерапия сокращает продолжительность симптомов менее чем на сутки, при этом необоснованное лечение ими способствует как развитию резистентности к антибиотикам, так и способно осложняться развитием побочных реакций (на долю антибиотиков приходится 25–30% всех побочных эффектов лекарственных средств). Кроме того, назначение антибиотиков существенно увеличивает стоимость лечения.

Вероятность повторного обращения в медицинские учреждения по поводу фарингита выше у лиц, получавших антибиотики, что чаще связано с иммуносупрессивным воздействием некоторых препаратов [3].

Несмотря на приведенные факты, 45–60% пациентов с острым фарингитом получают антибиотикотерапию [3, 4]. При этом в большинстве случаев системные антибиотики при фарингите назначаются не на основании верифицированной бактериальной инфекции, а в связи с болевым синдромом [5].

С учетом знания патогенеза оптимальным выбором при лечении фарингитов было бы назначение монопрепарата, сочетающего в себе противовоспалительное и анальгезирующее действие, а в качестве дополнительных эффектов — стимуляцию локального иммунитета, гипоаллергенность, отсутствие токсического влияния, местнораздражающего действия, низкую скорость абсорбции, удобство применения и отсутствие неприятных вкусовых ощущений.

На первый взгляд этим требованиям отвечает большинство средств для местного применения, которые в зависимости от лекарственной формы можно разделить на 3 группы: растворы для полоскания, аэрозоли и таблетки для рассасывания. В то же время известно, что использование средств для местного применения

Тонзилгон® Н

**Целебная сила растений
против ангин, хронических
тонзиллитов и частых простуд**



- Рекомендован для лечения и профилактики острых и хронических заболеваний ротоглотки
- Устраняет воспаление в горле
- Повышает иммунитет
- Применяется с грудного возраста

РЕКОМЕНДОВАНО:



Рег. уд.
П № 014245/01 от 24.11.06
П № 014245/02 от 01.12.06




BIONORICA®
The phytonceering company

БИОНОРИКА, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru

(особенно растворов и аэрозолей при частом и повторном использовании) способно приводить к развитию «медикаментозных» фарингитов. Назначение системных противовоспалительных средств, в том числе нестероидных противовоспалительных, сопряжено с риском развития желудочно-кишечных кровотечений и реакций гиперчувствительности.

С учетом вышесказанного наиболее безопасной (с точки зрения развития побочных и/или нежелательных реакций) группой средств для лечения острых фарингитов являются комплексные гомеопатические препараты и фитопрепараты. Выпускаемые в различных формах (таблетки для рассасывания, сиропы, капли), они практически не имеют побочных эффектов, про-

тивопоказаний и возрастных ограничений к применению. Кроме того, могут использоваться как средства профилактики.

Одним из таких препаратов является Тонзилгон Н («Бионорика», Германия), представляющий собой комбинацию экстрактов из корня алтея, цветов ромашки, листьев ореха, коры дуба и трав (хвоща, тысячелистника, одуванчика). Эффекты входящих в состав компонентов представлены в табл. 1.

Противовирусный эффект препарата был оценен в группе часто болеющих детей [6]. Было установлено, что прием препарата способствовал повышению противовирусного иммунитета в данной группе детей за счет увеличения продукции α - и γ -интерферонов (рис. 1, 2).

Таблица 1. Эффекты компонентов, входящих в состав препарата

Компоненты	Ингредиенты	Эффекты				
		противовоспалительный	иммуномодулирующий	обволакивающий	антибактериальный	другие
Корень алтея	Муцины, полисахариды		+			Снимает раздражение
Цветки ромашки	Эссенциальные масла, полисахариды, флавоноиды	+	+		+	Дезодорирующий эффект
Трава хвоща	Кремниевая кислота, сапонины, флавоноиды	+	+			
Листья ореха	Танины, эссенциальные масла	+		+	+	
Трава тысячелистника	Горечи, хамазулен, азуленогены	+		+	+	Холеретик, спазмолитик
Кора дуба	Танины			+		Вирусостатик
Трава одуванчика	Горечи, производные стеролов	+				Диуретик

Рис. 1. Показатели α -интерферона в группе часто болеющих детей до и после приема препарата Тонзилгон Н

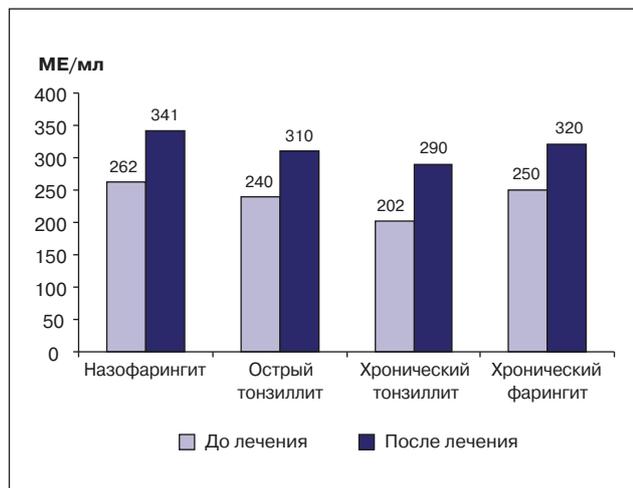


Рис. 2. Показатели γ -интерферона в группе часто болеющих детей до и после приема препарата Тонзилгон Н



На фоне лечения отмечен иммуномодулирующий эффект в виде повышения фагоцитарной активности лейкоцитов, улучшения функционального состояния иммунитета за счет увеличения уровня секреторного иммуноглобулина (Ig) А и лизоцима в слюне, повышения концентрации антител группы А и М в сыворотке крови и уменьшения дисглобулинемии [6].

Нами проведена оценка профилактической эффективности препарата при пролонгированном (в течение 1 мес) приеме у детей в группах восстановительного лечения дошкольного детского учреждения в период эпидемического подъема заболеваемости острой респираторной инфекции (ОРИ).

В исследовании участвовало 50 детей в возрасте от 3 до 6 лет (27 мальчиков и 23 девочки). Все дети относились к категории часто болеющих и посещали отделение восстановительного лечения (дневной стационар) на базе детского сада. Данное отделение посещают дети с частыми заболеваниями дыхательной системы; контингент обновляется каждые 3–6 мес.

Все дети ежедневно (с 1 по 30-й дни наблюдения, т.е. во время приема исследуемого препарата) осматривались врачом. На 60 и 90-й дни кроме осмотра врач-исследователь проводил подробный опрос наблюдаемых детей и их родителей о состоянии здоровья ребенка за истекший период, также обращал внимание на наличие побочных/нежелательных эффектов на фоне проводимого лечения.

Препарат для приема внутрь назначали в дозе 10 капель 3 раза в день в течение 1 мес. Капли следовало принимать в неразбавленном виде, некоторое время подержав во рту перед глотком.

Для сравнительной оценки использована контрольная группа детей (50 человек), сопоставимая по возрасту и полу, посещающая тот же детский сад. Для профилактики сезонного подъема заболеваемости острой респираторной инфекцией дети данной группы прини-

мали препарат Ротокан — внутрь по 1/3–1/2 стакана (60–100 мл) раствора за 30 мин до еды или через 40–60 мин после еды, 3–4 раза в день.

Данные о состоянии здоровья детей ежедневно заносились в индивидуальную карту наблюдения в течение 30 дней приема препаратов и на 60 и 90-й дни (контрольное наблюдение). Для анализа заболеваемости ОРИ у детей за период наблюдения (ноябрь 2010–февраль 2011 гг.) и аналогичный период предшествующего эпидемического сезона (ноябрь 2009–февраль 2010 гг.) использовалась первичная медицинская документация детского учреждения.

Заболеваемость ОРИ у детей, принимавших препарат Тонзилгон Н, представлена на рис. 3, группы сравнения — на рис. 4.

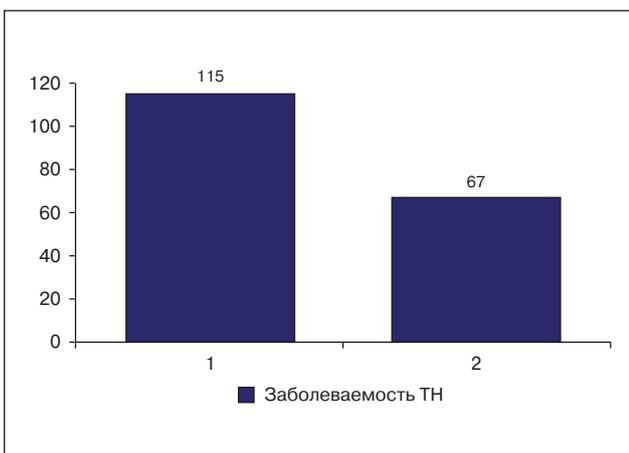
Анализ данных показал, что среди детей, принимавших исследуемый препарат, отмечено снижение заболеваемости в 1,71 раза. В группе сравнения статистически достоверного снижения заболеваемости не зафиксировано.

Проанализирована индивидуальная заболеваемость детей в текущем и предшествующем эпидемиологических сезонах по критериям:

- снижение заболеваемости;
- повышение заболеваемости;
- отсутствие заболеваемости;
- отсутствие динамики заболеваемости (число эпизодов ОРИ одинаково в сравниваемые эпидемиологические сезоны).

Согласно полученным данным, в основной группе детей снизилась заболеваемость респираторными инфекциями на фоне проводимых профилактических мероприятий в 2,3 раза. В группе контроля оказалось в 3,7 раза больше детей, заболеваемость которых повысилась по сравнению с предыдущим эпидемиологическим сезоном, и в 1,8 раза больше детей, заболеваемость которых осталась неизменной (табл. 2; рис. 5, 6).

Рис. 3. Динамика суммарной заболеваемости у детей, принимавших препарат Тонзилгон Н (в абсолютных числах/случаях эпизодов ОРВИ)



Примечание. Здесь и на рис. 4: 1 — эпидемиологический сезон 2009–2010 гг.; 2 — эпидемиологический сезон 2010–2011 гг.

Рис. 4. Динамика суммарной заболеваемости у детей, принимавших препарат Ротокан (в абсолютных числах/случаях эпизодов ОРВИ)

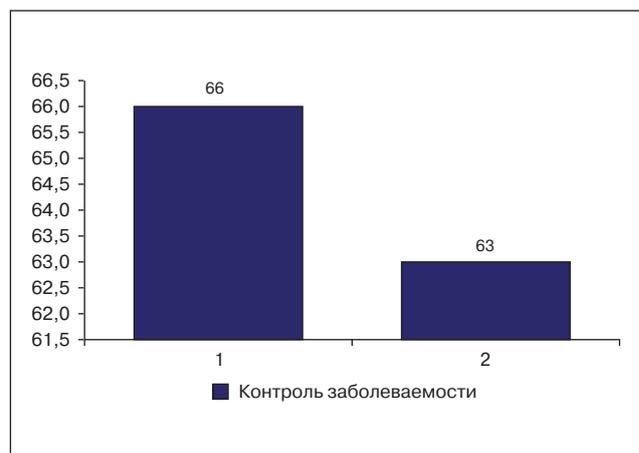
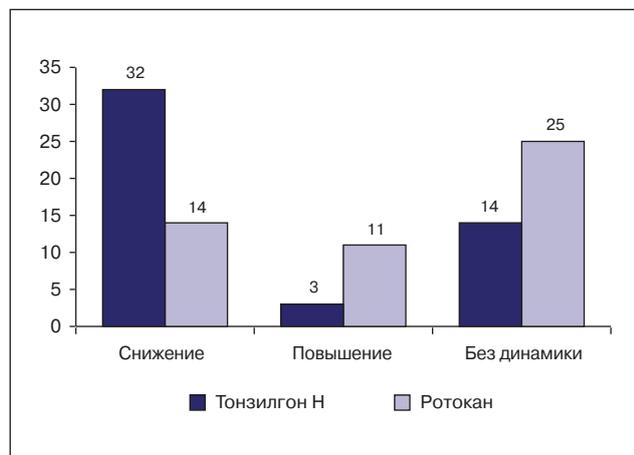
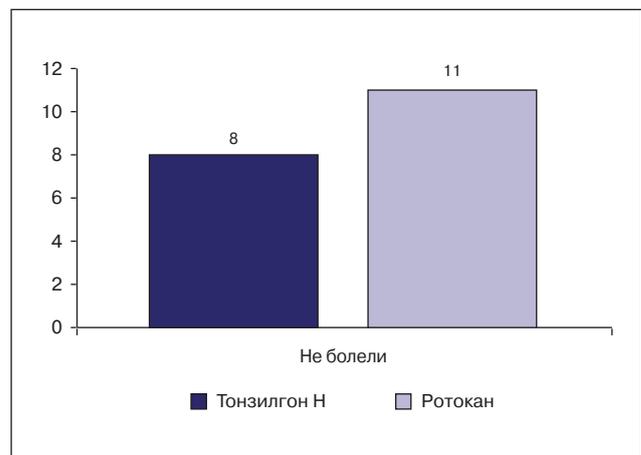


Таблица 2. Динамика заболеваемости у наблюдаемых детей (в абсолютных числах — число детей)

Динамика заболеваемости	Тонзилгон Н	Ротокан
Снижение	32*	14
Повышение	3	11*
Без динамики	14	25*
Всего	49	50

Примечание. * — $p < 0,05$.

Рис. 5. Динамика заболеваемости у наблюдаемых детей (в абсолютных числах — число детей)**Рис. 6.** Соотношение неболевших детей в группах наблюдения (в абсолютных числах — число детей)

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- на фоне приема исследуемого препарата средняя заболеваемость сезонными ОРВИ снизилась в 1,71 раза (в контрольной группе заболеваемость практически не изменилась);
- месячный прием препарата в профилактических целях привел к снижению заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом прошлого года у 32 (64%) детей основной группы, в контрольной — у 14 (28%);
- повышение заболеваемости за период наблюдения отмечено только у 3 (6%) детей, принимавших

исследуемый препарат; в контрольной группе — у 11 (22%);

- отличная и хорошая переносимость препарата отмечена в 98% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать короткий или пролонгированный прием препарата Тонзилгон Н как для успешного лечения воспалительной патологии глотки, так и для профилактики сезонного всплеска ОРВИ у детей, в том числе в организованных детских коллективах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козлов С.Н., Страчунский Л.С., Рачина С.А. Фармакотерапия острого тонзиллофарингита в амбулаторной практике: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования // Терапевтический архив. — 2004; 76 (5): 45–51.
2. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Туровский А.Б., Изотова Г.Н. Тонзиллофарингиты: диагностика и лечение // Справочник поликлинического врача. — 2007; 1: 38–42.
3. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Изотова Г.Н., Туровский А.Б. Стрептококковые заболевания глотки // Русский медицинский журнал. — 2006; 14 (27): 1973–1977.
4. Кочетков П.А., Лопатин А.С. Ангина и острые тонзиллофарингиты // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2005; 4: 10–14.
5. URL: <http://www.antibiotic.ru/Scrip, No 2747/3>.
6. Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Детский доктор. — 2001; 1: 25–29.