

Е.А. Лебединская<sup>1</sup>, Н.П. Уткина<sup>1</sup>, Н.Б. Мерзлова<sup>2</sup>, О.В. Лебединская<sup>2</sup><sup>1</sup> Клиника «Ухо Горло Нос» им. проф. Е.Н. Оленевой, Пермь, Российская Федерация<sup>2</sup> Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, Российская Федерация

## Особенности местной терапии при фарингитах у детей

### Contacts:

Yelena Lebedinskaya, Candidate of Medical Science, director of the clinic «Ear Throat Nose» named after prof. Ye.N. Oleneva

**Address:** P.O.B. 6873, Perm, 614068, **Tel.:** (342) 21-66-05, **e-mail:** lebedinska@mail.ru**Article received:** 10.04.2014, **Accepted for publication:** 25.04.2014

Статья посвящена проблеме возникновения и лечения воспалительных форм патологии глотки у детей. Показано, что в патогенезе фарингита первостепенное значение имеет нарушение механизмов иммуногенной резистентности слизистой оболочки глотки. Именно иммунная система слизистых оболочек служит первым и значимым барьером на пути вирусных и бактериальных инфекций. Знание и учет закономерностей функционирования иммунной системы слизистых оболочек позволяют создавать индивидуальную программу иммунореабилитации, основанную на физиологических и комплексных принципах. В то же время в педиатрической практике большое значение приобретает не только эффективность препаратов, но и безопасность, удобство их применения, а также приятный вкус. С этих позиций рассматриваются возможности и преимущества применения местного антисептического препарата для лечения острого фарингита у детей.

**Ключевые слова:** дети, острый фарингит, местная терапия.

(Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (2): 136–139)

Большинство острых респираторных инфекций протекает с воспалительными явлениями со стороны слизистой оболочки глотки. Факторами риска их развития у детей следует считать не только болезнетворные микроорганизмы и воздействие внешней среды, но и иммунодефицитные состояния, проявляющиеся несформированностью системы неспецифической фагоцитарной защиты, незрелостью гуморального ответа в условиях формирования иммунологической памяти, сниженным синтезом интерферонов  $\alpha$  и  $\gamma$ , обеспечивающих противовирусную защиту, высоким уровнем аллергологической «настроенности» организма и сопро-

вождающей этот период жизни выраженной недостаточностью местного иммунитета слизистых оболочек.

Установлено, что первичное проникновение бактерий в ротовую полость происходит при прохождении плода по родовым путям. Первоначальная микрофлора представлена лакто-, энтеро-, коринебактериями, стафилококками и микрококками, но уже через 2–7 сут она практически полностью замещается на бактерии, обитающие в ротовой полости матери и персонала родильного отделения [1]. Однако полиморфизм бактериальной обсемененности слизистой оболочки глотки не дает оснований

Е.А. Lebedinskaya<sup>1</sup>, N.P. Utkina<sup>1</sup>, N.B. Merzlova<sup>2</sup>, O.V. Lebedinskaya<sup>2</sup><sup>1</sup> «Ear Nose and Throat Clinic» n.a. professor E.N. Oleneva, Perm, Russian Federation<sup>2</sup> Academician E.A. Wagner Perm State Medical Academy, Russian Federation

## Local Treatment Features of Pharyngitis in Children

This paper reviews causes and treatment methods for inflammatory forms of pharynx pathology in children. It is shown that the primary cause of pharyngitis pathogenesis is the dysfunction of immunogenic resistance of pharyngeal mucous membrane. It is mucosal immune system that blocks viral and bacterial infections. Taking into account functional principles of mucosal immune system allows creating a personal programme of immunorehabilitation based on physiological and complex principles. At the same time in pediatric practice not only drug efficacy, but also its safety, ease of use and flavor become increasingly important. In this regard possibilities and advantages of locally applied antiseptics for acute pharyngitis treatment in children are considered.

**Key words:** children, acute pharyngitis, local treatment.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2014; 13 (2): 136–139)

связывать возникновение и течение фарингита с каким-то одним видом микробов. Следует отметить, что бактериальная флора представлена исключительно условно-патогенными бактериями, способными проявить вирулентность при сниженной общей или локальной резистентности организма. Это дает основание думать, что в патогенезе фарингита первостепенное значение имеет нарушение защитных механизмов слизистой оболочки.

У детей любые острые респираторные инфекции начинаются с воспаления именно слизистой оболочки глотки. Подавляющее большинство острых фарингитов (до 70 %) имеет вирусную природу [2–4]. Однако они могут развиваться и вследствие другого заболевания: острого или подострого аденоидита, ангины, обострения хронического тонзиллита.

При неосложненном течении фарингита назначение системных антибиотиков не оправдано. Между тем в настоящее время в амбулаторной практике детям довольно часто назначают антибактериальные препараты. При этом почти в 80 % случаев показаниями для их использования являются инфекции верхних дыхательных путей, несмотря на вирусную природу подавляющего их большинства. Необоснованное применение антибиотиков ведет к росту резистентности к ним микрофлоры, нарушению соотношения различных ее классов в организме, риску развития нежелательных реакций (аллергия, нарушение ферментативной работы желудочно-кишечного тракта и др.), а также к увеличению затрат на лечение [5, 6]. Абсолютными показаниями к назначению антибактериальной терапии при боли в горле являются острый стрептококковый тонзиллит, паратонзиллит, эпиглоттит.

Глотка (лат. *pharynx*) — трубка с мышечными стенками, место перекреста двух важных для человека путей: дыхательного и пищеварительного. Выделяют 3 отдела глотки: верхний — носоглотка, средний — ротоглотка и нижний — гортаноглотка. Во всех отделах глотки присутствует входящая в состав иммунной системы организма лимфоидная ткань, которая представлена либо крупными образованиями — миндалинами, либо имеет вид отдельных скоплений на задней и боковых ее стенках.

Иммунная система слизистых оболочек служит первым и значимым барьером на пути вирусных и бактериальных инфекций. Поверхность слизистых оболочек покрыта слоем эпителиальных клеток, предотвращающих попадание экзогенных антигенов в организм. Эпителиальные клетки формируют физический барьер за счет движе-

ния ресничек, продукции слизи, секреции биологически активных веществ с антибактериальной и цитолитической активностью (дефенсины, лактоферрин, лизоцим и др.). В совокупности эти врожденные механизмы обеспечивают первую линию защиты против чужеродных антигенов, аллергенов и возбудителей инфекционных заболеваний. Слизистые оболочки представляют собой единую систему, по которой распространяются активированные в любом ее участке лимфоциты через лимфатическую и кровеносную систему, и которая имеет функциональную связь с системным иммунитетом [7]. Знание и учет закономерностей функционирования иммунной системы слизистых оболочек позволяют создавать индивидуальную программу иммунореабилитации, основанную на физиологических и комплексных принципах. Однако знания о механизмах регуляции иммунного ответа слизистых оболочек находятся на начальном этапе своего развития, поэтому в настоящее время лечение назначают с учетом особенностей механизмов развития воспаления.

Воспалительные процессы в глотке подразделяют в зависимости от их преимущественной локализации. Однако это деление весьма условно, особенно при остром фарингите, ввиду того, что острые вирусные и бактериальные инфекции диффузно поражают слизистую оболочку верхних дыхательных путей [2, 4]. Слизистая оболочка глотки имеет большое число нервных окончаний, вследствие чего боль в горле сопровождается многочисленными проявлениями: ощущением сухости, инородного тела, дискомфортом и першением. Наиболее частые жалобы при фарингите — боль в горле (причем глотание слюны обычно более болезненно, чем глотание пищи), першение, сухость, желание прокашляться или сглотнуть; пациент может также жаловаться на боль и зуд в ушах [4].

Острые воспалительные процессы слизистой оболочки глотки чаще носят катаральный и гипертрофический характер. Диагноз фарингита ставят на основании данных осмотра глотки. При фарингоскопии видны гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы, но при этом отсутствуют характерные для ангины признаки воспаления небных миндалин. При остром фарингите, не сопровождающемся выраженными расстройствами общего состояния, бывает достаточно симптоматического лечения, включающего щадящую диету (пища должна быть комнатной температуры, из рациона исключается кислое, соленое, копченое), ограниченный голосовой режим (т.е. не рекомендуется

даже разговаривать шепотом, больше молчать), горячие ножные ванны, согревающие компрессы на переднюю поверхность шеи, полоскание горла растворами антисептиков.

Существует множество современных лекарственных препаратов для местного воздействия на слизистую оболочку глотки, однако выбор их подчас затруднителен из-за сходного механизма действия. С патогенетической точки зрения наиболее целесообразно назначение комбинированных препаратов местного действия, содержащих антисептический и обезболивающий компонент [2, 5, 6]. В педиатрической практике необходимо учитывать особенности действия препаратов на растущий организм и выбирать самые безопасные и высокоэффективные [3, 8]. В настоящее время прослеживается общая тенденция к преимущественному использованию топических антимикробных препаратов для лечения боли в горле. Причинами этого являются рост аллергии населения, многочисленные противопоказания и значительное число побочных эффектов при использовании системных препаратов. На современном фармацевтическом рынке представлены препараты для местной терапии неосложненных острых фарингитов с противовирусным, антибактериальным и противогрибковым действием.

В педиатрической практике важна не только эффективность препарата, но и безопасность, удобство его применения и приятный вкус. Кроме того, активные вещества, входящие в состав препарата, не должны вызывать привыкания, то есть должны оставаться эффективными при повторном использовании с учетом необходимости их частого применения при респираторных инфекциях, повторяющихся у детей [3, 8]. Применение местных препаратов в виде растворов для полосканий вызывает затруднение у многих детей, т. к. требует умения задерживать дыхание и не проглатывать препарат. Спреи не всегда попадают непосредственно в очаг воспаления (чаще на язык), что может снижать их эффективность; кроме того, многие из них имеют не очень приятный вкус. Аэрозольная форма препаратов разрешена к применению только с трехлетнего возраста ввиду опасности развития рефлекторного ларингоспазма [3]. Таблетки для рассасывания, которые способен использовать почти каждый ребенок старше 4 лет, рассчитаны на длительное рассасывание, что увеличивает время нахожде-

ния препарата в очаге воспаления и повышает эффективность лечения. Именно поэтому таблетки для рассасывания в ряде исследований продемонстрировали преимущества использования перед другими лекарственными формами.

Указанными выше положительными свойствами обладает препарат Стрепсилс для детей с 6 лет со вкусом клубники (Рекитт Бенкизер Хэлскэр, Великобритания) в форме таблеток для рассасывания. В группе лечебных таблеток для рассасывания Стрепсилс занимает одно из лидирующих мест. В состав препарата входит 2 активных компонента: амилметакрезол (0,6 мг) и 2,4 дихлорбензиловый спирт (1,2 мг). Оба антисептика активны в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов и оказывают противогрибковое действие. Комбинация двух антисептиков считается удачно подобранной, поскольку практически нивелирует риск развития резистентности микрофлоры. Вышеизложенные качества препарата делают его незаменимым у больных, страдающих аллергией на антибиотики и их непереносимостью.

Препарат выпускают в виде таблеток для рассасывания со вкусом клубники, что очень важно, т. к. дети не любят принимать «невкусные» лекарства. Кроме того, эти таблетки не содержат сахара, следовательно, их прием не провоцирует развитие кариеса у детей. Еще одно преимущество выпуска препарата в форме таблеток состоит в том, что он распределяется в тканях глотки более равномерно, обеспечивая более длительный контакт со слизистой оболочкой. Препарат можно назначать довольно рано — с 6 лет, что имеет большое значение для педиатров. Детям и взрослым прописывают по 1 таблетке для рассасывания каждые 2–3 ч, максимальная суточная доза составляет 8 таблеток. В рекомендуемых дозах препарат вызывает быстрый анальгезирующий эффект на срок до 2 ч и не оказывает раздражающего действия на слизистую оболочку ротоглотки.

Таким образом, Стрепсилс для детей с 6 лет со вкусом клубники является эффективным средством при боли в горле и может считаться препаратом выбора для местной терапии. Он удобен в применении, отличается хорошей переносимостью и безопасностью, имеет приятный вкус, что делает возможным его использование в педиатрической практике.

## REFERENCES

1. Pokrovskiy V.I., Pozdeyev O.K. *Meditinskaya mikrobiologiya. Uchebnaya literatura dlya studentov med. VUZov* [Medical Microbiology. Educational Literature For Students of Medical Higher Education Institutions]. M. 1999. 1184 p.
2. Turovskiy A.B., Kudryavtseva Yu.S. *RMZh — Russian Medical Journal*. 2012; 9: 471.
3. Kharina D.V., Macharadze D.Sh. *Voprosi sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2013; 12 (5): 49–53.
4. Bogomil'skiy M.R., Radtsig Ye.Yu., Kotova Ye.N., Yermilova N.V. *Vestnik otorinolaringologii — Bulletin of Otolaryngology*. 2010; 2: 63–65.
5. Garashchenko T.I., Strachunskiy L.S. *Detskaya otorinolaringologiya: Rukovodstvo dlya vrachey* [Pediatric Otorhinolaryngology: Guidance For Doctors]. V. II. Ed. Bogomil'skiy M.R., Chistyakova V.R. M.: *Meditsina*. 2005. Pp. 275–317.
6. Yegorova O.A. *Farmateka — Pharmateca*. 2008; 4: 45–49.
7. Ovcharenko L.S., Vertegel A.A., Andriyenko T.G., Samokhin I.V., Kryazhev A.V. *Imunnaya sistema slizistyykh obolochek i asso-tsirovannaya limfoidnaya tkan': mekhanizmy vzaimodeystviya v norme i patologii* [Immune System of Mucous Membranes and Associated Lymphoid Fabric: Interaction Mechanisms in Health and Disease]. <http://immuno.health-ua.com/article/201.html>
8. Ostrovskaya A.S., Ivanichkin S.A. *Voprosi sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2012; 11 (5): 160–166.