

А.С. Островская<sup>1</sup>, С.А. Иваничкин<sup>2</sup><sup>1</sup> Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация<sup>2</sup> Российская детская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

## Актуальные аспекты лечения острых респираторных заболеваний у детей: препараты топического действия при ринофарингите

### Контактная информация:

Иваничкин Сергей Александрович, врач хирургического оториноларингологического отделения РДКБ

**Адрес:** 117997, Москва, Ленинский пр-т, д. 117, **тел.:** (495) 936-93-24, **e-mail:** sivanichkin@yandex.ru**Статья поступила:** 01.10.2012 г., **принята к печати:** 05.10.2012 г.

В статье освещены вопросы лечения острых респираторных заболеваний у детей: наиболее часто встречающиеся ошибки в тактике ведения ребенка, необоснованность назначения с этиопатогенетической точки зрения системной антибактериальной терапии, преимущества местного лечения с целью купирования воспалительного процесса, в частности конкретных лекарственных форм топического действия. Обсуждается наиболее часто встречаемая воспалительная патология ЛОР-органов при острых респираторных заболеваниях. При этом особое внимание уделено вопросу адекватной обезболивающей терапии и дифференциальному подходу при оценке боли в горле у детей разного возраста.

**Ключевые слова:** острое респираторное заболевание, острый ринофарингит у детей, боль в горле, препараты топического действия, леденцы для рассасывания.

(Вопросы современной педиатрии. 2012; 11 (5): 160–165)

Осеннее время года — это всегда период напряженной работы педиатров и оториноларингологов амбулаторного звена, поскольку на это время приходится резкий скачок детской заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) [1]. Начало посещения дошкольных образовательных учреждений и школ сопряжено с тем, что дети начинают обмениваться друг с другом большим числом инфекционных возбудителей данной группы заболеваний [2].

Подавляющее число ОРИ у взрослых и детей вызывают вирусы [1–5]. По данным многочисленных исследований, только 5–10% случаев таких заболеваний имеет доказанную первичную бактериальную природу

[1, 3, 5]. Практически все вирусные возбудители ОРИ обуславливают сходные поражения верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, и наиболее характерным симптомом болезни в любом возрасте является острый ринофарингит [1, 2, 5]. Вирусы гриппа А и В, аденовирусы, рино- и коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, вирус парагриппа — неполный список наиболее часто встречающихся возбудителей острого ринофарингита. Сочетанное острое фаринготонзиллярное воспаление у детей обычно вызывают аденовирусы и вирусы Коксаки А и В [1].

Осень — время «царствования» вируса парагриппа, а также рино- и аденовируса. Это период т.н. сезонных

A.S. Ostrovskaya<sup>1</sup>, S.A. Ivanichkin<sup>2</sup><sup>1</sup> Scientific Centre of Children's Health, RAMS, Moscow, Russian Federation<sup>2</sup> Russian Children Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

## Modern aspects of acute respiratory diseases treatment in children: topical drugs in rhinopharyngitis

The issues of acute respiratory diseases treatment in children, including the most common mistakes in management of such patients, unreasonable from the etiopathogenic point of view treatment with systemic antibacterial drugs and advantages of the topical therapy in arresting of the inflammatory process (in particular, of certain medical agents with topical effect) are discussed in this article. The authors review the most common otorhinolaryngological lesions in acute respiratory diseases. The problems of appropriate anaesthetic therapy and differentiated approach to the evaluation of sore throat in children of different age groups are emphasized.

**Key words:** acute respiratory disease, acute rhinopharyngitis in children, sore throat, topical drugs, lozenges.

(Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics. 2012; 11 (5): 160–166)

вспышек данных вирусных заболеваний [1, 4]. Кроме этого, имеются сведения, что у детей первых 2 лет жизни наиболее часто возбудителями ОРИ являются респираторный синцитиальный вирус, вирус парагриппа и риновирус — по 20–25% всех случаев заболеваний. У детей более старшего возраста в подавляющем числе случаев в структуре возбудителей преобладают риновирусы (до 50%) [1, 2].

Хорошо известно, что помимо непосредственно этиологической причины высокой сезонной заболеваемости ОРИ в дошкольном и школьном возрасте (всего многообразия вирусов, тропных к эпителию верхних дыхательных путей, и благоприятных условий в больших коллективах для их распространения) для детей этого возраста немаловажную роль играют еще 2 группы факторов. Во-первых, высокая чувствительность детей к воздействию неспецифических окружающих провоцирующих факторов: переохлаждению (в случае холодной ветреной погоды, нахождения в неотапливаемых помещениях) или, наоборот, перегреванию (когда родители избыточно одевают малыша), а также воздействию обогревательных приборов, пересушивающих слизистые оболочки верхних дыхательных путей, утомлению и т.п. [1, 6]. Во-вторых, следует помнить об особом состоянии иммунной системы, предрасполагающем детей к частым повторным респираторным инфекциям по сравнению со взрослыми людьми. Несформированность системы неспецифической фагоцитарной защиты, незрелость гуморального ответа без формирования иммунологической памяти, сниженный синтез интерферона  $\alpha$  и  $\gamma$ , обеспечивающего противовирусную защиту, высокий уровень аллергологической «настроенности» организма и сопровождающая весь этот период жизни выраженная недостаточность местного иммунитета слизистых оболочек являются факторами, которые делают детей особенно уязвимыми по отношению к вирусной инвазии [7, 8].

Повторные острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) для детей раннего возраста, особенно в первые годы посещения детского дошкольного учреждения, принято считать нормальным явлением [7]. Однако у ряда детей число перенесенных в течение года эпизодов ОРИ существенно превышает среднестатистические показатели для их возраста. Таких детей относят к группе часто и длительно болеющих [6–9]. В этих случаях тактика лечения при остром инфекционном процессе обычно требует повышенного внимания. Затяжные случаи болезни, высокая предрасположенность к развитию осложнений, в т.ч. за счет вмешательства бактериальной флоры в воспалительный процесс, существенно более частое наличие хронической патологии ЛОР-органов (обычно гипертрофии аденоидных вегетаций) заставляют педиатров не всегда обоснованно применять достаточно агрессивную медикаментозную тактику с включением в схему лечения препаратов системного действия, например антибиотиков, фактически только с целью «подстраховки» [9].

Само по себе частое применение лекарственных препаратов в данной группе пациентов в сравнении с детьми, менее подверженными заболеваниями, уже

является фактором, повышающим риск развития у них нежелательных побочных эффектов [9]. Необоснованное применение системных антибиотиков, особенно с учетом того, что эти препараты с большей долей вероятности не будут применяться в виде монотерапии, может привести к серьезным последствиям [9, 10]. Развитие токсического поражения органов, характерного для конкретного антибиотика, аллергических реакций, провоцирование нарушений биоценоза желудочно-кишечного тракта и слизистой оболочки верхних дыхательных путей, формирование полирезистентной микробной флоры, в т.ч. с перекрестной устойчивостью бактерий — вот распространенный ряд общих возможных побочных эффектов системной антибактериальной терапии [10, 11].

Вопрос о необходимости назначения антибиотиков при ОРИ у детей, несмотря на свою кажущуюся ясность, остается трудной проблемой для педиатра уже в течение долгого времени [10, 12, 13]. Казалось бы, применение системной антибактериальной терапии при ОРИ вирусной природы нецелесообразно, поскольку отсутствует непосредственная точка приложения действия антибактериального препарата — бактериальный возбудитель воспалительного процесса. Однако, по данным отечественных исследователей, до 60% детей получают системные антибиотики при ОРВИ в амбулаторных условиях [10, 11, 14]. Это может быть связано, во-первых, с тем, что у ребенка далеко не всегда достаточно легко разграничить вирусное и бактериальное заболевание верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, особенно при первичном обращении. Симптоматика и жалобы в таких случаях зачастую сходны [10, 14]. Особого внимания заслуживают заболевания, протекающие с тонзиллитом, сочетанным фаринготонзиллитом, когда на долю бактериальных возбудителей действительно приходится значительное число случаев, однако у детей раннего возраста при этом велика вероятность вирусной природы болезни (респираторный синцитиальный вирус, аденовирусы, вирус Коксаки, вирус Эпштейна–Барр) [11, 12]. Во-вторых, врачи нередко прибегают к многокомпонентным схемам лечения острой респираторной болезни в случае, когда течение заболевания в первые дни не позволяет расценить его как «легкое», чтобы предотвратить возможные осложнения [11, 14]. Согласно существующим положениям Всемирной организации здравоохранения и Национальной программы по лечению детей с ОРИ, подобная тактика в настоящее время также считается ошибочной [3, 15]. Выжидательная стратегия лечения с обоснованным включением каждого лекарственного препарата и максимально возможной минимизацией активных компонентов терапевтической схемы — таков должен быть оптимальный врачебный подход [3, 12].

Кроме того, необходимо еще раз упомянуть о лечении ОРИ у часто болеющих детей. В данной группе пациентов системные антибиотики применяют еще чаще, в т.ч. для снижения риска хронизации воспалительных процессов ЛОР-органов и профилактики осложнений [9]. Однако существуют данные хорошо организованных отечественных и зарубежных исследований, демонстрирующие отсутствие протективной роли системной анти-

бактериальной терапии для этих целей у детей с ОРВИ [10, 11, 13].

К сожалению, нельзя сбрасывать со счетов и недостаточную осведомленность в данном вопросе практикующих врачей, прибегающих к назначению антибиотика ребенку при ОРВИ вирусной природы [10]. Также крайне важны некоторые психологические и психосоциальные моменты общения педиатра с родителями, когда антибактериальный препарат назначают просто под давлением мамы или папы, не обладающих необходимыми знаниями в данной области, но ориентирующихся в рекламе лекарственных препаратов или являющихся активными участниками Интернет-форумов [10, 11].

Консервативное лечение с использованием в основном методов симптоматической терапии — основное направление при выборе способа лечения ребенка с ОРВИ [3, 4]. Чаще других применяют препараты с противовоспалительным, жаропонижающим, обезболивающим эффектом, системного или (для ряда из них) местного действия. Конечно, применение препаратов топического действия крайне привлекательно именно в педиатрической практике ввиду их направленного воздействия с минимальным числом (в большинстве случаев) побочных эффектов. Препараты, обладающие противовирусной, антимикробной, иммуномодулирующей активностью, а также лекарственные вещества, восстанавливающие функции воспаленной слизистой оболочки ЛОР-органов при ОРВИ, также занимают прочную позицию в схеме лекарственной терапии детей с данной группой заболеваний [4, 12]. Основными требованиями, предъявляемыми к препаратам как системного, так и местного действия у детей, являются, конечно же, их безопасность и эффективность, а также удобство в применении [3, 15].

В настоящей статье основной акцент сделан на методах лечения фарингита, одного из наиболее характерных проявлений ОРВИ у ребенка [1]. Острым фарингитом называют воспаление слизистой оболочки глотки. ОРВИ обычно диффузно воздействуют на слизистую оболочку, для них характерен нисходящий характер поражения [5, 16]. У детей заболевание чаще всего начинается с назофарингита [16]. Особое внимание должно быть уделено детям раннего возраста (младше 2 лет), имеющим симптоматику острого фарингита. В таком возрасте типично диффузное распространение воспалительного процесса на окружающие ткани носо- и гортаноглотки с возможным вовлечением в патологический процесс нижних дыхательных путей [1, 17].

Острые воспалительные процессы в слизистой оболочке глотки по характеру воспаления — чаще катаральные и гипертрофические [5, 16, 18]. Основным клиническим симптомом острого фарингита — боль в горле, которую дети могут описывать по-разному: першение, сухость, дискомфорт, саднение, боли постоянные или при глотании [16–19]. Выраженность общих симптомов определяется возбудителем острого фарингита и возрастом ребенка. У детей среднего и старшего возраста превалирует местная симптоматика, чаще всего общие проявления вирусной инфекции стерты [1, 4, 16]. Кроме этого, может присутствовать сухой кашель [20]. При воспалении тубофарингеальных валиков боль в горле

также иррадирует в уши [16]. При фарингоскопии диагноз не вызывает затруднений: видны гиперемия задней стенки глотки и небных дужек, отдельные воспаленные лимфоидные гранулы [16–19].

По современным усредненным данным, не менее 80% острых фарингитов у детей имеют вирусную этиологию [4, 16]. Острые бактериальные фарингиты могут протекать более тяжело, с выраженными системными симптомами, при фарингоскопии нередко определяется гнойный налет на лимфоидных фолликулах задней стенки глотки. Чаще это сочетанные тонзиллофарингеальные поражения [21–23]. Возбудителем в таких случаях чаще всего является  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А. Другие микроорганизмы, вызывающие острые фарингиты, — гемолитические стрептококки группы С и G, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae*, анаэробные бактерии (пептострептококки, фузобактерии), бактероиды [21–23].

Хронические формы фарингита у детей встречаются редко: не более чем в 3–5% всех случаев [16]. Для детей младшего возраста они нехарактерны, и в основном развиваются у старшей возрастной группы [16]. Чаще всего фоновым состоянием для развития хронического фарингита в таких случаях оказывается затрудненное носовое дыхание (при искривлении носовой перегородки, гипертрофии аденоидных вегетаций, хроническом аденоидите), т.н. постназальный синдром [16, 24]. Постоянное дыхание через рот, регулярное применение вследствие этого сосудосуживающих капель, неизбежно попадающих в глотку и способствующих развитию сухости слизистой оболочки, стекание воспалительного отделяемого из носа по задней стенке глотки ведут к нарушению кровоснабжения слизистой оболочки, снижению местного иммунитета, провоцируют местные нарушения биоценоза [16, 24, 25]. Немаловажную роль в развитии хронических форм заболевания играет воздействие неблагоприятных внешних факторов, например жаркого, пересушенного воздуха, пассивного курения, наличие врожденной эндокринной патологии (сахарного диабета 1-го типа, микседемы), муковисцидоза, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, неизбежно ведущих к системному дисбиозу слизистых оболочек [16, 24, 26].

При хроническом фарингите у детей общая картина в виде лихорадки и существенного ухудшения самочувствия — явление редкое, чаще отмечается снижение аппетита, нарушение сна из-за выраженной местной симптоматики [16, 24]. По характеру поражения слизистой оболочки глотки воспалительные процессы в таких случаях делят на катаральные, атрофические и гипертрофические (последние 2 варианта встречаются чаще первого, сочетаясь между собой). При хроническом фарингите в отличие от острого морфологические изменения слизистой оболочки имеют преимущественную локализацию в одном из анатомических отделов глотки [16]. Характерно также расхождение между скудностью объективных признаков заболевания и выраженностью жалоб [24].

Крайне редко у детей встречаются грибковые, аллергические, травматические фарингиты и фарин-

гиты, обусловленные воздействием раздражающих факторов [16].

Таким образом, боль в горле является ведущим клиническим симптомом острого и обострения хронического фарингита [25, 26]. Необходимо учитывать, что, несмотря на высокую встречаемость острого фарингита именно в раннем возрасте, дети младше 3–4 лет могут не предъявлять жалобы на болевые ощущения в горле, четко не дифференцируя локализацию боли или вообще свои ощущения как болевые. Чаще всего такие жалобы характерны для детей старше 4 лет [27, 28].

Для оценки болевых ощущений у новорожденных, грудных детей и детей в возрасте от 1 до 4 лет, а также у детей с нарушениями развития обычно используют метод наблюдения за поведением ребенка [27]. В таких случаях наличие и степень выраженности боли оценивают в комплексе по тому, изменился ли аппетит у ребенка, отказывается ли он от питья, по выражению лица, двигательным реакциям со стороны конечностей и туловища, вербальным реакциям или по сочетанию поведенческих и вегетативных изменений [27]. Дети от 4 до 8 лет уже вполне могут охарактеризовать свои ощущения, однако и в этом возрасте полезна оценка поведения ребенка, т.к. именно в этот период жизни характерно «приукрашивание» детьми ощущаемой боли для того, чтобы вызвать, например, сочувствие у родителей [27]. Есть данные о том, что наиболее чувствительны к боли подростки. Кроме того, пороги болевой восприимчивости и толерантность к боли у девочек ниже, чем у мальчиков [28].

Не вызывает сомнений, что болевой синдром, даже незначительной интенсивности, не только ухудшает самочувствие и настроение ребенка любого возраста, но и замедляет репаративные процессы и, соответственно, темпы выздоровления [25, 27, 28]. Таким образом, применение адекватного обезболивания является необходимым вкладом в патогенетическую терапию любого воспалительного заболевания [12]. Механизм формирования боли сложен, но наиболее важную роль в нем играют вещества простагландинового и кининового ряда, которые являются прямыми нейрорхимическими медиаторами боли и накапливаются в высоких концентрациях в очаге воспаления. Кроме того, непосредственно воспалительный отек за счет механических факторов, как правило, усиливает болевой синдром [25, 26].

Применение анальгетиков системного действия из группы нестероидных противовоспалительных препаратов при остром фарингите оправдано при сочетании боли в горле с лихорадкой, при одновременном наличии головной боли [10]. Однако оптимальным вариантом является, безусловно, местная анальгезирующая терапия ввиду существенно более низкого риска развития ее побочных эффектов и воздействия непосредственно на очаг воспаления и боли [4, 25].

Хотя в большинстве случаев боль в горле у детей является симптомом острого фарингита или тонзиллита [25, 26], у детей младше 15 лет велика вероятность развития ангины стрептококковой этиологии, и дифференциальная диагностика должна быть направлена в пер-

вую очередь на исключение этого состояния [21, 22]. Ангина — общее инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления одного или нескольких компонентов лимфаденоидного глоточного кольца, чаще всего небных (тонзиллит), глоточной (аденоидит), язычной, а также трубных миндалин [29]. При катаральной ангине, которую чаще всего приходится дифференцировать с вирусным фарингитом, отмечают гиперемию и увеличение небных миндалин, регионарный лимфаденит, налеты отсутствуют, в клиническом анализе крови — небольшой лейкоцитоз, повышение СОЭ [21, 22, 29]. Другими, более редкими причинами боли в горле у детей могут быть стоматит (герпетический, афтозный, кандидозный), острый эпиглоттит, острый трахеит или ларинготрахеит, ларингит, инородные тела в верхних дыхательных путях [25].

Итак, основными направлениями лечения ребенка с острым фарингитом, а также обострением хронического его варианта являются этиотропная терапия (ликвидация возбудителя заболевания) и назначение противовоспалительных препаратов [16, 19, 23]. Дополнительно применяют симптоматические средства, способствующие устранению болевого синдрома и других признаков воспаления — сухого кашля, дисфагических явлений, раздражения слизистой оболочки глотки и др. [16, 17, 19, 23]. Поскольку в большинстве случаев заболевание имеет вирусную природу, проведение направленной этиотропной терапии в таких случаях крайне затруднительно [19]. Местное лечение — основное звено терапевтической схемы. Использование лекарственных препаратов топического действия и физических методов местного лечения (например, теплого щелочного питья) в ряде случаев могут стать составляющим этапом комбинированной терапии [16, 19, 23].

Основными требованиями, предъявляемыми к применяемым препаратам топического действия в педиатрической практике, являются их высокий профиль безопасности, в т.ч. отсутствие системного токсического действия за счет минимальной абсорбции со слизистых оболочек и местных побочных реакций, а также эффективность, включая время наступления ожидаемого результата, и продолжительность эффекта, низкое аллергизирующее и раздражающее действие [3, 10, 15, 16]. Также, учитывая частую необходимость применения таких препаратов при ОРВИ у детей, активные вещества, входящие в их состав, не должны вызывать привыкания и должны быть эффективными при повторном их использовании [10, 16, 19]. Препараты с антимикробным местным действием должны хорошо проникать в наиболее глубокие слои слизистой оболочки, миндалин, создавая там достаточную концентрацию для профилактики вторичных бактериальных инфекций [12, 29].

Использование местных противовоспалительных, антимикробных, обезболивающих препаратов, антисептиков в детском возрасте возможно в нескольких формах: в виде леденцов для рассасывания, спреев для орошения слизистых оболочек, ингаляций, полосканий, туширования воспалительных очагов на слизистой. Применение комбинированных препаратов, сочетающих в себе несколько активных веществ с различным дей-



ствием, является приоритетным направлением в педиатрической практике. Такие препараты позволяют оказывать на пораженную слизистую оболочку комплексное лечебное воздействие [10, 12, 16, 30, 31].

Спектр топических препаратов для лечения воспалительных процессов в глотке на сегодняшний день достаточно велик. Но к выбору такого лекарственного средства для ребенка необходимо подходить обдуманно. Применение противовоспалительных средств в форме леденцов ограничено у детей до 2 лет, поскольку они не могут их рассасывать [19, 32]. Препараты, содержащие ментол, любые спреи нельзя применять у детей до 3-летнего возраста в связи с возможным развитием ларингоспазма [16]. Хлоргексидин, входящий в состав многих препаратов, в т.ч. таблеток для рассасывания, обладает токсическим эффектом при превышении допустимой дозы [10]. Активные вещества с повышенными аллергизирующими свойствами, раздражающим действием (производные йода, эфирные масла, сульфаниламиды) также ограниченно применимы в детском, особенно раннем возрасте [19, 23].

В настоящее время в ряде современных исследований продемонстрированы преимущества использования леденцов для рассасывания перед другими лекарственными формами топических препаратов — спреями и растворами для полоскания [30]. По данным этих исследований, активное вещество, введенное посредством рассасывания, в связи с постепенным растворением дольше сохраняется на слизистой оболочке глотки эффективную концентрацию, и площадь его воздействия также выше, чем при использовании других лекарственных форм [30–32]. Помимо этого, рассасывание леденца ведет к увеличению интенсивности слюноотделения — важнейшего неспецифического защитного механизма, оказывающего смягчающий, успокаивающий, антибактериальный и природный антисептический эффект на раздраженную слизистую оболочку глотки [31, 32].

Хорошо зарекомендовали себя и популярны в практике педиатров и оториноларингологов леденцы для рассасывания Стрепсилс (Рекитт Бенклизер Хелскэр, Великобритания) с антисептическим эффектом [33, 34]. Недавно также появился новый препарат этого ряда — Стрепсилс для детей с 5 лет с лимонным вкусом. В состав леденцов входит 2, 4-дихлорбензиловый спирт в дозе 1,2 мг и амилметакрезол в дозе 0,6 мг, т.е. концентрации, в несколько тысяч раз меньше установленных токсических [35]. Препарат отвечает основным требованиям, предъявляемым к средствам топического действия в педиатрической практике, а именно: обладает благоприятным профилем безопасности и эффективности. Кроме того, леденцы не содержат сахара, что имеет большое значение ввиду широкой распространенности кариеса у детей.

2, 4-дихлорбензиловый спирт обладает бактерицидным, фунгицидным действием против множества бактерий и грибов, включая дрожжевые, плесневые, кожные грибы, и ряда грамположительных и грамотрицательных бактерий [33, 35–37]. Применение 2, 4-дихлорбензилового спирта в указанных концентрациях не оказывает раздражающего действия на слизистую оболочку [36].

Амилметакрезол оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и местноанестезирующее действие; он коагулирует белки микробных клеток, проявляя активность в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов [35]. Существуют данные, демонстрирующие противовирусную активность этого препарата [38]. За счет противовоспалительного, антисептического и анальгезирующего воздействия он уменьшает выраженность воспалительных явлений: боль, раздражение в глотке, ощущение инородного тела, першение [33, 35–37]. Установлено, что обезболивающее действие препарата проявляется уже через 5 мин и продолжается в среднем до 2 ч [34]. Эффективность леденцов для лечения воспалительных процессов в глотке, в т.ч. для купирования болевого синдрома, их сопровождающих, была показана в отечественных и зарубежных исследованиях [33, 34].

Известно, что методы введения лекарственного вещества в организм ребенка, органолептические свойства и даже внешний вид лекарственного средства в педиатрии не менее важны, чем активное вещество, составляющее основу препарата. Именно от метода введения во многом зависит его эффективность. Неприятный вкус лекарства, внешний вид пипетки, шприца, пузырька с непонятной жидкостью и/или насадки для проведения ингаляции могут испугать ребенка. Он откажется от повторных попыток ввести ему данное лекарственное средство, надолго сформировав в своей памяти негативную охранительную реакцию даже на другие, похожие внешне, препараты. Невозможно уговорить ребенка принять невкусное лекарство, произвести ингаляцию или туширование задней стенки глотки, небных миндалин, только объясняя ему, что это поможет быстрее выздороветь. К тому же маленькие дети на фоне лихорадки, плохого самочувствия, ассоциированного с болью, общим недомоганием часто отказываются не только от приема лекарств, но и от пищи и питья. Поэтому крайне привлекательным в педиатрической и отоларингологической практике для детей дошкольного и раннего школьного возраста является применение препаратов топического действия в виде леденцов для рассасывания с приятным вкусом. В этом возрасте подавляющее число детей уже пробовали рассасывающиеся конфеты, поэтому данная форма препарата не должна отпугнуть их и вызвать неприятные ассоциации, а наличие приятного вкуса обеспечит возможность повторного применения лекарства.

Таким образом, лечение ребенка с ОРИ с большей долей вероятности будет включать в себя необходимость назначения ему препаратов для терапии острого вирусного ринофарингита. В таком случае адекватно подобранная местная консервативная терапия чаще всего окажется достаточной лечебной мерой, в ряде ситуаций — звеном комбинированной терапии. Необоснованность системной антибактериальной терапии при ОРИ вирусной природы не исключает использования лекарственных веществ с местным антисептическим действием для профилактики бактериальных осложнений [23]. При этом назначение ребенку пре-

паратов с топическим антисептическим, противовоспалительным, обезболивающим действием является приоритетным направлением лечения. Применение для этих целей такой лекарственной формы, как леденцы для рассасывания, является оправданным с различных

точек зрения, как было показано выше. В частности, Стрепсилс для детей с 5 лет [35] — препарат, обладающий высоким профилем эффективности и безопасности, который можно широко применять в педиатрической практике.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Булгакова В.А. Острые респираторные инфекции у детей: рациональный выбор фармакотерапии. *Справочник педиатра*. 2011; 8: 28–37.
2. Зайцева О.В. Острый инфекционный ринит в практике врача-интерниста. *Справочник поликлинического врача*. 2010; 1: 34–36.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научн.-практ. прогр. Союза педиатров России под ред. акад. А.А. Баранова. М. 2008.
4. Таточенко В.К. Терапия ОРЗ у детей. *РМЖ*. 2004; 21: 21–24.
5. Dagnelie C.F. Sore throat in general practice. A diagnostic and therapeutic study. *MMW Fortschr. Med.* 2011; 153 (38): 14.
6. Гончарова О.В. Программы профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. *Consilium medicum* (Приложение: Педиатрия). 2010; 1: 12–16.
7. Бережной В.В. Иммунокоррекция в педиатрии. *Здоровье Украины*. 2004; 108: 15–19.
8. Василевский И.В. Иммуитет часто болеющих детей. *Медицинская панорама*. 2003; 1: 12–16.
9. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. 162 с.
10. Таточенко В.К. Антибиотико- и химиотерапия инфекций у детей. М.: Континент-Пресс. 2008. 256 с.
11. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Ошибки в антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике. *Лечащий врач*. 2003; 8: 48–54.
12. Рязанцев С.В., Коцеровец В.И. Этиопатогенетическая терапия заболеваний верхних дыхательных путей и уха: Методические рекомендации. С.-Пб.: Национальный регистр. 2008. 100 с.
13. Tomii K., Matsumura Y., Maeda K., Kobayashi Y. Minimal use of antibiotics for acute respiratory tract infections: validity and patient satisfaction. *Intern. Med.* 2007; 46 (6): 267–272.
14. Овчинников А.Ю. «Трудный» пациент, или о некоторых причинах неэффективной антимикробной терапии больных инфекционным риносинуситом. *Справочник поликлинического врача*. 2010; 9: 56–57.
15. World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. WHO/FCH/CAH/01.02. WHO. 2001.
16. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита. *РМЖ*. 2001; 9 (16–17): 33–36.
17. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Лечение и профилактика воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта и глотки у детей. М. 2002. С. 52–59.
18. Klimek L., Schottler S., Grevers G. Differential diagnosis and therapeutic options in acute sore throat. *CMAJ*. 2011; 63 (5): 113–114.
19. Chiappini E., Principi N., Mansi N., Serra A., De Masi S. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. *Clin. Ther.* 2012; 34 (6): 1442–1458.
20. Рябова М.А. Кашель — междисциплинарная проблема. Взгляд оториноларинголога. *Лечащий врач*. 2010; 9: 14–18.
21. Морозова С.В. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики и лечения острых фарингеальных инфекционно-воспалительных заболеваний. *Лечащий врач*. 2010; 3: 72–74.
22. Сидоренко С.В., Гучев И.А. Тонзиллофарингит: вопросы диагностики и антибактериальной терапии. *Consilium medicum* (Приложение: Инфекции и антимикробная терапия). 2004; 4: 36–38.
23. Pelucchi C., Grigoryan L., Galeone C., Esposito S. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin. Microbiol. Infect.* 2012; 18 (1): 1–28.
24. Васяева А.А., Арефьева Н.А. Иммунотерапия при хронических фарингитах: показания, результаты. *РМЖ*. 2010; 30: 1864.
25. Рябова М.А. Боль в горле. *Участковый терапевт*. 2010; 2: 18–19.
26. Субботина М.В. Боль в горле: возможные причины, диагностика и лечение. *Лечащий врач*. 2010; 9: 36–41.
27. Милованова О.А., Бегашева О.И. Лечение болевых синдромов у детей. *РМЖ*. 2006; 3: 33–34.
28. Павленко Н.С. Эпидемиология болевых синдромов у детей и подростков. *Медицина неотложных состояний*. 2007; 6 (13): 12–19.
29. Кунельская Н.Л., Туровский А.Б., Кудрявцева Ю.С. Ангины: диагностика и лечение. *РМЖ*. 2010; 7: 438.
30. Church A., Evans P., Pickford M. et al. Scintigraphy: an appropriate methodology to assess the effectiveness of medication formats in providing local delivery to the mouth and throat. Annual Scientific Meeting of the British Pain Society. *Glasgow, UK*. 2007.
31. Marshall S. Giving advice on sore throats. *Pharm. J.* 2008; 280: 127–130.
32. Wade A.G., Marshall L.E., Simpson M., Shephard A. Bio-availability and efficacy of active lozenges in the relief of sore throat pain. Poster presented at the Annual Scientific Meetings of The British Pain Society. *Glasgow, UK*. 2007.
33. Wade A.G. A randomized, double-blind parallel-group, placebo-controlled, multiple-dose study of the efficacy of Strepsils lozenges in the relief of acute sore throat. In: Oxford J.S. (ed.). *Developments in acute sore throat relief efficacy and sensorial benefits of medicated lozenges*. Royal society of Medicine Press Ltd. 2008. P. 22–32.
34. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Гаспарян С.Ф., Щепин Н.В. Выбор оптимального средства для местного лечения фарингита у детей. *Вопр. совр. педиатрии*. 2012; 11 (2): 84–87.
35. Официальная инструкция по использованию препарата Стрепсилс для детей с 5 лет. Интернет-ресурс: [www.medi.ru](http://www.medi.ru).
36. Oxford J.S., Leuwer M. Acute sore throat revisited: clinical and experimental evidence for the efficacy of over-the-counter AMC/DCBA throat lozenges. *Int. J. Clin. Pract.* 2011; 65 (5): 524–530.
37. McNally D., Simpson M., Morris C., Shephard A., Goulder M. Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomised controlled trial. *Int. J. Clin. Pract.* 2010; 64: 194–207.
38. RSV, SARS-assoziertes Coronavirus, Influenza-A-Virus. A throat lozenge containing amylmetacresol and dichlorobenzyl alcohol has a direct virucidal effect on respiratory syncytial virus, influenza A and SARS-CoV. *Antivir. Chem. Chemother.* 2005; 16: 129–134.