



Боль в горле: как помочь ребенку справиться с ней

И.Н. Холодова, д.м.н., проф.¹, Г.Е. Зайденварг, к.м.н.¹, Д.И. Холодов²

Адрес для переписки: Ирина Николаевна Холодова, chin5@yandex.ru

Для цитирования: Холодова И.Н., Зайденварг Г.Е., Холодов Д.И. Боль в горле: как помочь ребенку справиться с ней // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 41. С. 18–22.

DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-41-18-22

В статье проанализированы целесообразность и эффективность терапии сезонных острых респираторных инфекций, в частности острого тонзиллофарингита, а также различные методы лечения, в том числе традиционные.

Ключевые слова: дети, острые респираторные вирусные инфекции, тонзиллофарингит, программа лечения, антибактериальная терапия, местная терапия, комплексные гомеопатические препараты

Согласно данным современной статистики, в структуре инфекционной патологии в Москве острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают до 90% [1]. Проблема ОРИ крайне актуальна в педиатрической практике, поскольку у детей, особенно первых лет жизни, ОРИ ассоциируются с потенциальным риском развития серьезных осложнений. Восприимчивость детского населения к респираторным возбудителям в несколько раз выше, чем у взрослых.

Как правило, ОРИ имеют вирусную природу, причем в возникновении заболевания могут участвовать свыше 200 типов вирусов. В ряде случаев причиной становятся другие инфекционные агенты, например бактерии [2–4]. Иногда течение ОРИ осложняется воспалением лимфоидной ткани глоточного кольца. Нередко в патологическом процессе задействованы не только вирусы, но и бактерии, в частности стрептококки группы А, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и различные виды *Mycoplasma* или *Chlamydia* [5, 6], которые переносятся преимущественно воздушно-капельным путем.

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) часто встречается у детей в возрасте от 5 до 15 лет. Острый тонзиллофарингит характеризуется сезонной зависимостью (зима, весна) и может быть сопутст-

вующим симптомом общего заболевания: скарлатины, инфекционного мононуклеоза, герпесной инфекции или афтозного стоматита. ОТФ – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). ОТФ относится к полиэтиологичным заболеваниям, в связи с чем без уточнения этиологии (вирусный/бактериальный, прежде всего стрептококковый/грибковый) не может выступать как клинический диагноз [7]. Термин ОТФ объединяет в себе два понятия – острое воспаление небных миндалин (острый тонзиллит) и острое воспаление задней стенки глотки (острый фарингит), поскольку в большинстве случаев имеет место воспаление обеих локализаций (за исключением фарингита у пациентов, перенесших тонзиллэктомию).

Первыми клиническими симптомами тонзиллофарингита являются покраснение и отек миндалин (катаральный тонзиллофарингит) или фолликулит (фолликулярный тонзиллофарингит) с ощущением покалывания, жжения и боли в горле, особенно при глотании [8]. Впоследствии могут наблюдаться повышение температуры до высоких цифр, болезненность и отек подчелюстных, шейных лимфоузлов, иногда – стреляющая боль в ухе. Из-за болевой



симптоматики, интоксикации и нарушения общего самочувствия у детей снижается аппетит, нарушается повседневная активность, они не могут посещать детские учреждения.

Часто рецидивирующие инфекции небных миндалин приводят к возникновению хронического воспаления со структурными изменениями и формированием рубцов на перитонзиллярной и тонзиллярной тканях. Остатки клеток, элементы воспаления в плохо дренируемых криптах, создают идеальную питательную среду для бактерий, что поддерживает процесс воспаления [9, 10]. Соответственно первоочередной задачей врача является своевременная диагностика, а также лечение остро протекающего процесса во избежание формирования хронической патологии.

Для врача первичного звена здравоохранения крайне важно решить вопрос о назначении антибактериальной терапии. С одной стороны, отсроченное назначение такой терапии способно привести к нежелательным последствиям в виде тяжелого бактериального процесса. С другой – необоснованное назначение антибиотиков вызывает формирование резистентности к ним, а также способствует развитию побочных эффектов (токсическое повреждение почек, печени, желудочно-кишечного тракта, антибиотик-ассоциированная диарея, грибковая инфекция, снижение иммунитета и др.), особенно у детей раннего возраста.

Антибиотики показаны лишь при бактериальной инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), а также в целях профилактики суперинфекций [11–14]. К основным симптомам стрептококковой инфекции относятся:

- ✓ интоксикационный синдром (головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры тела);
- ✓ синдром поражения ротоглотки (отграниченная дужками гиперемия слизистой оболочки и миндалин, точечная энантема на мягком небе);
- ✓ острый тонзиллит – катаральный, фолликулярный, лакунарный или некротический, что коррелирует со степенью тяжести тонзиллита;
- ✓ синдром лимфаденита – регионарный лимфаденит, увеличение подчелюстных лимфоузлов [15].

С целью своевременной диагностики и назначения адекватного лечения при ОТФ у детей в практическом здравоохранении используется экспресс-диагностика БГСА, которая доступна и легко выполнима. Результаты метаанализов показывают, что защищенные пенициллины и цефалоспорины наиболее эффективны для эрадикации БГСА у пациентов с ОТФ. Препараты данной группы устойчивы к действию многих бета-лактамаз. Показано назначение следующих препаратов: амоксициллина/клавулановой кислоты; цефазолина, цефотаксима, цефтриаксона. При аллергии на пенициллины и цефалоспорины возможно назначение макролидов (эритромицин, азитромицин, кларитромицин) [14]. Длительность терапии, необходимая для эрадикации БГСА, со-

ставляет десять дней, за исключением макролидов (пять дней) (уровень доказательности I). Последнее время появляются данные о сравнимой эффективности более коротких (5–7 дней) курсов пероральных цефалоспоринов второго и третьего поколений. Однако этот вопрос требует дальнейшего изучения. Доказано, что профилактическое применение системных антибиотиков при вирусном ОТФ необоснованно, поскольку не предотвращает развития бактериальных осложнений (уровень доказательности I) [7].

Специфической терапии других видов тонзиллофарингита не существует, поэтому лечение является в основном симптоматическим и проводится, как правило, амбулаторно [16, 17]. Обычно при ОРВИ применяются жаропонижающие, противовоспалительные препараты, деконгестанты, противокашлевые средства, обезболивающие как отдельно, так и в комбинации. Кроме того, используются режимные мероприятия и поддерживающая терапия: постельный режим, обильное питье, витаминизированное питание, теплые ванны, полоскание горла.

При температуре и боли в горле альтернативными являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в стандартных рекомендованных дозах. В детской практике предпочтение отдают парацетамолу или ибупрофену (уровень доказательности I) в дозах 10–15 и 8–10 мг/кг/прием соответственно [7, 18]. Необходимо помнить, что необоснованный прием жаропонижающих средств может затруднить объективную оценку эффективности начатой антибактериальной терапии при стрептококковом ОТФ. Кроме того, возможна реализация побочных эффектов НПВП (гастропатия, нефропатия, гепатотоксичность).

Несомненно, огромную роль в ликвидации воспалительного процесса играет местное лечение, целью которого является прежде всего уменьшение выраженности болевого синдрома и других воспалительных реакций, а также профилактика вторичного инфицирования поврежденной слизистой оболочки. Подобная терапия не заменяет системную антибактериальную терапию при остром стрептококковом тонзиллите, поскольку не влияет на вероятность развития поздних аутоиммунных осложнений [7], тем не менее абсолютно необходима при вирусных и нестрептококковых формах ОТФ. К наиболее широко используемым местным антисептикам относятся бензалкония хлорид, гексэтидин, амилметакрезол, дихлорбензиловый спирт, хлоргексидин, препараты йода, октенидин, мирамистин, биклотимол, сульфаниламиды, амбазон и др. При назначении местных антисептиков следует придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений в связи с определенной токсичностью некоторых из них (хлоргексидин) и учитывать возможность развития аллергических реакций (препараты йода, сульфаниламиды). Из-за риска реактивного ла-



рингоспазма топические препараты назначаются с 2,5–3 лет. При боли в горле не рекомендуется использование местных средств для втирания и смазывания миндалин, а также механическое удаление налетов [18].

В качестве местной терапии хорошо зарекомендовал себя антисептический препарат Фарингосепт (амбазон) в таблетках. Препарат демонстрирует антибактериальные топические свойства при введении в орофарингеальную полость, эффективен против патогенов, обычно вызывающих инфекции на этом уровне (*Str. haemolyticus*, *Str. viridans*, *Рneитососсис* и т.д.), проявляет умеренную эффективность против стафилококка, не вызывает нарушений в составе микробиоты желудочно-кишечного тракта [19]. Фарингосепт лишен побочных эффектов и противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости), не вступает во взаимодействие с другими препаратами, не влияет негативно на кишечную микробиоту. Фарингосепт (таблетки для медленного рассасывания) назначают детям с трех лет.

Септолете Нео – антисептическое средство для горла и ротовой полости, назначается детям с четырех лет. Активное вещество – цетилпиридиния хлорид. Основной удар пастилки наносят по грамположительным бактериям, провоцирующим возникновение ангины. Дополнительные эффекты – обезболивание, фунгицидный, противогрибковый и освежающий. В исследовании Е.А. Лебединской и соавт. показано, что Септолете Нео является высокоэффективным средством с широким спектром действия, может считаться препаратом выбора для местной терапии при боли в горле. Он удобен в применении, отличается хорошей переносимостью, безопасностью, что делает возможным его использование в педиатрической практике [20].

У детей с шести лет может применяться Нео-ангин (таблетки) – антисептик и дезинфицирующий препарат одновременно. Входящий в состав препарата дихлорбензиловый спирт выполняет роль антисептика, амилметакрезол отвечает за дезинфекцию организма, левоментол освежает дыхание. Все три действующих вещества блокируют медиаторы боли и воспаления полости рта, слизистых оболочек горла. Боль купируется благодаря анестезирующему эффекту [21].

Граммидин (таблетки) – препарат с антибактериальным действием, основным активным веществом которого является грамицидин С, входящий в группу полипептидных антибиотиков. Грамицидин С был выделен сотрудниками Московского института малярии и медицинской паразитологии Г.Ф. Гаузе и М.Г. Бражниковой еще в 1942 г. [22]. До сих пор применяется как местное антибактериальное средство, активен в отношении гонококков, менингококков, стрептококков, оказывает бактериостатическое действие. Детям до 12 лет назначают Граммидин детский, с 12 лет –

взрослую форму. Существуют две разновидности этого средства – с добавлением анестетика и лидокаина. Таблетки с лидокаином более эффективны: они быстро воздействуют на болевые рецепторы и купируют боль в процессе глотания. Повышенное слюноотделение приводит к ускоренному выведению субстрата из ротоглотки (вместе с патогенной микрофлорой).

Спрей Каметон – комбинированное лекарственное средство, оказывает местное противовоспалительное, антисептическое, обезболивающее и умеренное отвлекающее действие за счет входящих в него компонентов: камфоры, эвкалиптового масла, левоментола, хлорбутанола. Назначается детям с пяти лет. В 2004 г. было проведено исследование общетоксических свойств спрея Каметон. При его ежедневных ингаляциях белым крысам в ротовую полость в течение двух недель в дозах, превышающих максимальную суточную дозу для человека примерно в 50 раз, не наблюдалось каких-либо существенных изменений биохимических показателей крови, а также со стороны внутренних органов подопытных животных [23]. Аллергические реакции и кожная сыпь регистрируются крайне редко, системных эффектов не возникает, поскольку препарат не попадает в кровоток. Детям в возрасте до пяти лет пользоваться аэрозольными баллонами без присмотра взрослых не рекомендуют.

Широкой популярностью пользуется спрей Пропосол (главный компонент – прополис, или пчелиный клей). Рекомендуются детям после 12 лет, так как содержит 95%-ный этанол. Обладает противовоспалительным, противомикробным, болеутоляющим свойствами, стимулирует процессы регенерации. Детям с восьми лет показан Йокс – современный аналог раствора Люголя, содержащий йод. Оказывает антисептическое и противовоспалительное действие. Обладает широким спектром противомикробного действия. Активен в отношении бактерий, вирусов, грибов, простейших.

Гексорал – гексэтидин воздействует на метаболизм патогенной микрофлоры, что приводит к уничтожению микробов, уменьшает воспаление и болевой синдром. Назначается детям с трех лет.

От использования средства Ингалипт следует воздерживаться. Он относится к лекарственным средствам с недоказанной эффективностью: результатов клинических исследований, подтверждающих эффективность и безопасность данной комбинации, к данному моменту не опубликовано. Сульфаниламиды, входящие в состав Ингалипта, могут вызывать побочные явления, такие как нефротоксичность, эксфолиативный дерматит, эритема, агранулоцитоз, гемолитическая или апластическая анемия. Во многих странах мира использование сульфаниламидов у детей раннего возраста запрещено. Кроме этого, экспертами Всемирной организации здравоохранения их применение признано неоправданным



из-за возросшей резистентности к ним патогенов, а также наличия альтернативы в виде антибиотиков, которые, как правило, более эффективны и менее токсичны [24]. Несмотря на это, в России Ингалипт до сих пор широко применяется и производится многими фармацевтическими компаниями.

Вопрос целесообразности включения в схему лечения ОТФ противовирусных препаратов, иммуномодуляторов, топических и системных бактериальных лизатов остается дискуссионным и требует дальнейшего изучения [7].

Последние годы ведется активный поиск малотоксичных, безвредных препаратов, полученных из экологически чистого природного сырья и обладающих противовирусным и иммуномодулирующим эффектами. Альтернативными средствами при ОРВИ считаются комплексные гомеопатические лекарственные препараты. Они не обостряют и не вызывают аллергических реакций, поэтому их можно применять у детей с аллергическими заболеваниями [25–28]. В отличие от гомеопатических комплексных гомеопатических препаратов может назначать любой врач без специальной гомеопатической подготовки, исходя из рекомендованных и проверенных показаний (препараты прошли клинические испытания, зарегистрированы и рекомендованы Фармкомитетом РФ для лечения детей и взрослых). Такие средства способны снизить потребность в аллопатических препаратах, в частности антибиотиках и гормонах, уменьшить их побочные эффекты. Кроме того, в экспериментальных исследованиях доказано противовирусное и цитопротективное свойства комплексных гомеопатических препаратов [29–31]. При ОТФ обычно используют Медитонзин, Гомеовокс, Тонзилотрен, Ангин Хель СД, Лимфомиозот, Тонзилла композитум. Препараты лишены побочных и нежелательных эффектов, нетоксичны, не создают фармакологической нагрузки на органы детоксикации

и выведения, оказывают иммуностимулирующий эффект и могут быть рекомендованы детям любого возраста.

В программах лечения ОРВИ и тонзиллофарингитов необходимо обязательно предусмотреть мукоактивную терапию. Как известно, первой линией защиты являются слизистые оболочки, именно они служат защитным барьером на пути проникновения повреждающих факторов и условно-патогенных микроорганизмов. Несостоятельность слизистых оболочек обуславливает высокую восприимчивость к инфекциям и приводит к частым заболеваниям. Для всех слизистых оболочек характерны рецидивирующее течение заболевания, выраженность воспалительной реакции, устойчивость к терапевтическим воздействиям, снижение местной защиты (часто вторичный дефицит секреторного иммуноглобулина А). Таким образом, в данном аспекте особое значение приобретает включение в схему лечения и реабилитации биорегуляционного препарата Мукоза композитум, обладающего одновременно противовоспалительным, мукосохраняющим, мукозащитным, регулирующим и репаративным действием на слизистую оболочку респираторного, желудочно-кишечного тракта и мочевой системы [32].

Острый вирусный тонзиллофарингит относится к заболеваниям, склонным к саморазрешению у иммунокомпетентных лиц, и в подавляющем большинстве случаев завершается самостоятельным выздоровлением независимо от проводимого лечения [7]. Однако для улучшения качества жизни пациентов, предотвращения осложненного течения, присоединения бактериальной инфекции и хронизации процесса целесообразно применение симптоматической терапии. В случае острого стрептококкового тонзиллофарингита благоприятный исход зависит от своевременности назначения системной антибактериальной терапии. *

Литература

1. <http://26.rospotrebnadzor.ru/an/1279/>
2. Карпова Е.П., Тулунов Д.А. Симптоматическое лечение ОРВИ у детей // ЛОР-практика. 2012. № 2. С. 25–28.
3. Meneghetti A., Mosenifar Z., Brawerman G. et al. Upper respiratory tract infection. Medscape website. 2015 // emedicine. medscape.com/article/302460-overview#a1.
4. Jacobs S.E., Lamson D.M., George K.S., Walsh T.J. Human rhinoviruses // Clin. Microbiol. Rev. 2013. Vol. 26. № 1. P. 135–162.
5. Carapetis J.R., Steer A.C. The global burden of group A streptococcus disease // Lancet Infect. Dis. 2005. Vol. 5. № 11. P. 685–694.
6. Posfay-Barbe K.M. Infection in pediatrics: old and new diseases // Swiss Med. Wkly. 2012. Vol. 142.
7. Рязанцев С.В., Гаращенко Т.А., Карнеева О.В. и др. Дифференциальная диагностика и лечение острого тонзиллофарингита. Клинические рекомендации. М., 2014.
8. Учайкин В.Ф., Нусевич Н.И., Шамиева О.В. Инфекционные болезни у детей. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
9. Каспранская Г.Р., Лопатин А.С. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему // Медицинский совет. 2013. № 5–6. С. 69–71.
10. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С. Острые тонзиллиты в детском возрасте: диагностика и лечение // Фарматека. 2009. № 14. С. 65–69.



11. Simasek V., Blandino G.A. Treatment of the common cold // Am. Fam. Physician. 2007. Vol. 75. № 4. P. 515–520.
12. McCaig L.F., Besser R.E., Hughes J.M. Trends in antimicrobial prescribing rates for children adolescents // JAMA. 2002. Vol. 287. № 23. P. 3096–3102.
13. Little P., Moore M., Kelly J. et al. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care pragmatic, factorial, randomized controlled trial // BMJ. 2014.
14. Пайганова Н.Э., Гаращенко Т.И. Современные подходы к комплексному лечению острого тонзиллофарингита у детей // Детская оториноларингология. 2018. № 2. С. 27–31.
15. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным тонзиллитом (острый стрептококковый тонзиллит). 2015.
16. Fashner J., Ericson K., Werner S. Treatment of the common cold in children and adults // Am. Fam. Physician. 2012. Vol. 86. № 2. P. 153–159.
17. Hess R., Scott J.D. Prevention and treatment of the common cold in adults // Pharm. Times. 2008. Vol. 74. P. 109–116.
18. Острый тонзиллит у детей. Клинические рекомендации. 2016.
19. Кладова О.В., Шамшева О.В. Клинически доказанная эффективность антисептического средства Фарингосепт (амбазон) за многолетний период его применения в медицинской практике // Практика педиатра. 2017.
20. Лебединская Е.А., Уткина Н.П., Мерзлова Н.Б., Лебединская О.В. Оценка эффективности препаратов, содержащих цетилпиридиния хлорид, в местной терапии острых фарингитов, ларингитов и катаральной ангины // Вопросы современной педиатрии. 2013. Т. 12. № 1. С. 177–180.
21. www.rlsnet.ru/tn_index_id_38031.htm.
22. Недюк М. На медицинском фронте: как советский антибиотик спас сотни тысяч солдат. «Известия» впервые публикуют документы о применении грамицидина С во время Великой Отечественной войны // Известия. 2019. № 82 (30314).
23. Губин М.М., Азметова Г.В. Особенности технологии производства новой лекарственной формы – КАМЕТОН-СПРЕЙ // Ремедиум. 2007. № 3. С. 61–63.
24. Consolidated list of products – whose consumption and/or sale have been banned, withdrawn, severely restricted or not approved by governments, twelfth issue. Pharmaceuticals. United Nations. New York, 2005.
25. Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Холодова И.Н., Сырьева Т.Н. К вопросу о реабилитации часто болеющих детей // Гомеопатический ежегодник. Московский гомеопатический центр. М., 2009. С. 84–91.
26. Ильенко Л.И., Сырьева Т.Н., Холодов Д.И. и др. Использование средств природного происхождения при патологической дентации у детей первых лет жизни // Научно-практический журнал «Вопросы детской диетологии». 2011. Т. 9. № 2. С. 2–4.
27. Холодова И.Н., Холодов Д.И. Как снизить резистентность к антибактериальным препаратам // Медицинский совет. 2017. № 19. С. 84–89.
28. Холодова И.Н., Сырьева Т.Н. Как помочь ребенку пережить сезон ОРВИ // Медицинский совет. 2018. № 17. С. 74–78.
29. Gottwald R., Weiser M. Antihomotoxic treatment of agitation with and without fever in children; results of a post-marketing clinical study // Int. J. Biomed. Res. Ther. 1999. Vol. 28. № 6. P. 308–312.
30. Glatthaar-Saalmüller B., Borner M., Weiser M. Euphorbium compositum: viruses of the upper respiratory tract inhibited // Biologische Medizin. 2002. Vol. 31. № 4. P. 194–195.
31. Рабе А., Вайзер М., Кляйн П. Эффективность и переносимость гомеопатического лекарственного средства в сравнении с общепринятой терапией вирусных инфекций // Биологическая медицина. 2009. № 2. С. 19–25.
32. Каладзе Н.Н., Юрьева А.В., Дубченко Л.Ш. Мукоза композитум в терапии заболеваний, ассоциированных со слизистыми оболочками // Биологическая медицина. 2005. № 1. С. 2434.

Sore Throat: How to Help a Child Cope with It

I.N. Kholodova, PhD, Prof.¹, G.Ye. Zaydenvarg, PhD¹, D.I. Kholodov²

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

² Children's City Polyclinic № 94, Moscow

Contact person: Irina N. Kholodova, chin5@yandex.ru

The article analyzes the expediency and effectiveness of therapy for seasonal acute respiratory infections, in particular acute tonsillopharyngitis, as well as various treatment methods, including traditional ones.

Key words: children, acute respiratory viral infections, tonsillopharyngitis, treatment program, antibacterial therapy, local therapy, complex homeopathic preparations