

## ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ

**А. Сабирова**, кандидат медицинских наук,  
**О. Матяш**, кандидат медицинских наук,  
**Т. Шилова**, кандидат медицинских наук  
Южно-Уральский государственный медицинский университет,  
Челябинск  
**E-mail:** doctor\_sabirova@mail.ru

*Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – самая распространенная патология у детей. Ведущей при симптомокомплексе ОРВИ является жалоба на боль в горле. Для терапии инфекционно-воспалительных заболеваний глотки у детей можно рекомендовать Стрепсилс.*

**Ключевые слова:** острые респираторные вирусные инфекции, дети, боль в горле, Стрепсилс.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) представляют собой полиэтиологичную группу инфекций. Под этим термином объединены все острые неспецифические инфекционные заболевания респираторного тракта вне зависимости от их локализации – от ринита до пневмонии. Этот термин удобен для эпидемиологических целей, поскольку у входящих в него форм много общего в патогенезе и путях передачи – речь идет в основном о воздушно-капельных инфекциях, хотя не меньшую роль играет контактный (через грязные руки) путь передачи. Однако в качестве клинического диагноз ОРЗ требует расшифровки: указания на органы поражения (отит, бронхит, фарингит и т.д.), для которых известен спектр возбудителей, или – при отсутствии четко выраженного поражения органа – на возможную этиологию заболевания (вирусное, бактериальное). Большинство ОРЗ (до 90%) вызывают респираторные вирусы и грипп, что оправдывает использование термина «острая респираторно-вирусная инфекция» (ОРВИ), указывающего на небактериальную этиологию и ненужность назначения антибиотиков. Поскольку у большинства детей с ОРВИ этиотропное лечение не показано и не дает выраженного эффекта, естественно внимание, уделяемое врачами и родителями симптоматической терапии [1]. ОРВИ – это группа острых вирусных инфекционных заболеваний респираторного тракта, различающихся по этиологии, но со сходными эпидемиологическими, патогенетическими и клиническими характеристиками [2, 3].

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

ОРЗ относятся к группе болезней, самых распространенных среди жителей нашей планеты. По официальным данным, ежегодно в России регистрируется от 27,3 до 41,2 млн случаев респираторных инфекций. По расчетам британских пульмонологов, сделанным еще в 1996 г., клинически значимые ОРВИ возникают с частотой 2–5 эпизодов на 1 взрослого человека и 7–10 эпизодов на 1 ребенка школьного возраста в год [4].

Заболеваемость ОРЗ выше в городах, чем в сельской местности, а также в зонах с высоким уровнем промышленного загрязнения атмосферного воздуха и у детей, начавших посещать детские дошкольные учреждения.

Частая заболеваемость ОРЗ, а также неконтролируемое применение антибактериальной и противовоспалительной терапии могут явиться фактором, предрасполагающим к формированию хронического процесса в ЛОР-органах.

### ЭТИОЛОГИЯ

Известно более 200 возбудителей респираторных заболеваний. Среди возбудителей ОРЗ у детей доминируют вирусы. В зависимости от времени года ОРЗ вызывают разные вирусы: осенью – парагрипп, приводящий к умеренной интоксикации, ларингиту, стенозирующему ларинготрахеиту (крупу), риниту и бронхиту, в зимний период – респираторно-синцитиальная инфекция, характеризующаяся развитием ринофарингита, ларингита, бронхита, бронхоолита, бронхообструктивного синдрома. В сезон ежегодных эпидемий грипп поражает не менее 10% населения Земли, а во время пандемий число больных возрастает в 4–5 раз.

Последние недели лета и сентябрь – время энтеровирусных ОРЗ, сезон вспышек заболеваемости в санаториях, детских лагерях, садах. А случаи аденовирусной инфекции регулярно регистрируются в течение всего года.

В период подъема заболеваемости ОРЗ выявляют: вирус гриппа А (16,4%), гриппа В (15,7%), парагриппа 1–3-го типа (4,3%), аденовирус (16,4%), респираторно-синцитиальный вирус (6,4%), вирус простого герпеса (2,1%), *Mycoplasma pneumoniae* (2,1%), более 2 вирусов – в 33% случаев, в 3,6% случаев вирус не идентифицирован [5]. В 25–30% случаев в процессе одновременно участвуют несколько возбудителей.

Основными бактериальными возбудителями ОРЗ у детей являются β-гемолитический стрептококк группы А, пневмококк, гемофильная палочка типа β, более редкими – *Klebsiella pneumoniae*, стафилококк, менингококк, *Moraxella catarrhalis* [6]. Установить точную причину заболевания бывает не просто – могут потребоваться лабораторные исследования, которые проводят при возникновении эпидемии.

Выраженность и скорость развития клинических проявлений зависят не только от свойств возбудителя, но и от активности факторов иммунной защиты.

### ИММУННАЯ ЗАЩИТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Слизистая оболочка дыхательных путей является «входными воротами» для возбудителей ОРЗ, морфологические изменения которой обуславливают развитие острого воспаления. Дыхательные пути оснащены эффективной системой защиты, препятствующей проникновению патогенов в организм человека.

Помимо механической защиты (мукоцилиарный клиренс, кашель, сужение бронхов), органы дыхания защищает иммунная система, в частности ряд субстанций бронхиального секрета. Это лизоцим (расщепляет мукополисахариды и мукопептиды клеточной стенки бактерий), трансферрин (связывает ионы железа, необходимые для роста сидерофильных микробов), фибронектин (предотвращает адгезию бактерий) и интерфероны (ИФН) (обладают противовирусной активностью). В легких образуются катионные пептиды с дисульфидными мостиками – так называемые бактерицидные дефенсины. Слизистая оболочка бронхов также выделяет β-дефенсины, обладающие, помимо бактерицидных, хемотаксическими и модулирующими воспалительную реакцию свойствами. Вирусная инфекция сопровождается увеличением продукции β-дефенсинов.

Система специфической иммунной защиты включает, в первую очередь, глоточное лимфоидное кольцо и ассоции-

рованную с бронхами лимфоидную ткань, где происходит первый контакт с антигеном и образуются предшественники субэпителиальных плазматических клеток, вырабатывающих иммуноглобулин (Ig) А. Две молекулы IgA соединяются с помощью секреторного компонента, выделяемого клетками бронхиального эпителия, что делает димер устойчивым к действию протеолитических ферментов бактерий и нейтрофилов. IgA-антитела нейтрализуют вирусы и токсины, опсонируют бактерии и предотвращают проникновение аллергенов через слизистую оболочку бронха.

В альвеолах и бронхиолах преобладают IgG, поступающие из плазмы крови; их количество резко возрастает при воспалении.

Высокая заболеваемость ОРЗ у детей обусловлена особенностями развития иммунной системы в детском возрасте. Новорожденные и дети первых месяцев жизни вполне способны к адекватному иммунному ответу; они также защищены получаемыми от матери антителами ко многим инфекциям. У иммунной системы маленьких детей есть ряд особенностей, объясняющих характерный спектр и тяжесть заболеваний. Так, показатели лизоцима высоки в период новорожденности, затем — несколько снижаются. В то же время у новорожденных и в первые 2–3 года жизни отмечается низкая способность к выработке ИФН, максимума она достигает только к 11–12 годам. Эта особенность детерминирует предрасположенность детей дошкольного возраста к ОРЗ [7].

Показатели секреторного IgA у детей нарастают медленно и достигают уровня, характерного для взрослых, только в школьном возрасте. Полинуклеары детей первых месяцев жизни способны к фагоцитозу, но их мобилизация при воспалении ниже, чем у взрослых, в 2–3 раза. Завершающая стадия фагоцитоза — переваривание поглощенных микроорганизмов — несовершенна и достигает уровня у взрослого человека только к 6–12 мес жизни. В этот период также меньше выражены цитотоксическая активность естественных киллеров (NK-клеток), продукция ИФН $\gamma$ , концентрация компонентов альтернативного пути активации системы комплемента (показатели, характерные для взрослых, достигаются лишь к 6–18 мес жизни). Продукция IgM В-лимфоцитами у новорожденных мало отличается от таковой у взрослых, но продукция IgG и IgA понижена и достигает зрелости соответственно к 2 и 5 годам жизни.

Со II триместра беременности до 6-го месяца жизни число циркулирующих Т-клеток увеличивается, а затем постепенно уменьшается. Соотношение CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> (иммунорегуляторный индекс) у новорожденного близко к 3; изменение численности субпопуляций лимфоцитов наблюдается весьма часто и не может трактоваться как патологическое без наличия клинических признаков иммунодефицита.

У новорожденных и детей первых месяцев жизни иммунный ответ — преимущественно фенотипа Th2: при антигенной стимуляции у них вырабатывается в 10 раз меньше ИФН $\gamma$ , чем у взрослых. У новорожденных отмечено также снижение продукции интерлейкина (ИЛ)-2. ИЛ2 и ИФН $\gamma$  — медиаторы, характерные для фенотипа Th1. В то же время у новорожденных выше, чем у взрослых, продукция ИЛ4 и ИЛ5, стимулирующих продукцию IgE, что соответствует фенотипу Th2.

С возрастом ребенок, утрачивая материнские антитела, становится восприимчивым ко многим инфекциям, особенно респираторным. Этим объясняется увеличение числа ОРЗ у детей в первые годы жизни; по мере роста ребенка оно сни-

жается, потому что в его организме накапливаются антитела к разнообразным возбудителям.

Ослабление антителообразования, например, вследствие применения жаропонижающих средств (они препятствуют выработке ИФН $\gamma$ ), может способствовать недостаточной выраженности иммунного ответа и повторному заболеванию при контакте с тем же возбудителем.

Склонность к усиленной продукции IgE вместо IgG-антител у детей с аллергией действует аналогично, обуславливая их повышенную восприимчивость к респираторным инфекциям.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ОРВИ обычно характеризуется симптомокомплексом, включающим воспалительные изменения в носоглотке (затруднение носового дыхания, выделения из носа, гиперемия зева, болезненность при глотании), кашель, явления интоксикации (лихорадка, озноб, одышка, слабость, мышечные боли). Вследствие особенностей иннервации болевой синдром является доминирующим в клинической картине острых и хронических заболеваний глотки. Боли и парестезии (ощущение першения, сухости, инородного тела в горле) причиняют пациентам значительный дискомфорт. Заболевания, вызванные разными вирусами, различаются степенью выраженности отдельных симптомов, продолжительностью течения. Причем при гриппе более выражены явления интоксикации, а катаральные явления в носоглотке — при других вариантах ОРВИ [8].

Самой распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является катаральный фарингит при ОРВИ. Известно, что примерно в 70% случаев фарингит вызывают вирусы (риновирусы, коронавирусы, респираторный синцитиальный вирус, аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа). Считается, что среди бактериальных возбудителей острого фарингита ведущая роль принадлежит  $\beta$ -гемолитическому стрептококку группы А; в 15–30% случаев заболевание у детей и в 5–17% — у взрослых могут вызывать стрептококки групп С и G [9]. В 90% случаев бактериальная флора задней стенки глотки представлена ассоциациями: 2–3 вида микробов [10].

Ведущей при фарингите у детей является жалоба на боль в горле. Выраженный болевой синдром при остром фарингите объясняется богатой иннервацией глотки [11] из сплетения, которое формируется за счет ветвей языкоглоточного и блуждающего нервов, а также симпатических волокон верхнего шейного ганглия. В области глоточных устьев слуховых труб имеются нервные связи со 2-й ветвью тройничного нерва. В иннервации гортаноглотки принимает участие также верхний гортанный нерв — ветвь вагуса. Богатство нервных связей объясняет возможность иррадиации боли при заболеваниях глотки в ухо, нижнюю челюсть и т.д. [12].

Польза от применения антибиотиков при фарингите весьма незначительна. Согласно результатам метаанализа, у 90% больных симптомы исчезают в течение 1 нед независимо от приема антибиотиков, а последние могут их сокращать всего на 1 сут. Более того, вероятность повторного обращения в медицинское учреждение по поводу фарингита у принимавших антибиотики выше, чем у пациентов, не прибегавших к ним. При этом следует помнить, что антибактериальные препараты являются потенциально токсичной фармакологической группой и обуславливают до 25–30% всех побочных эффектов лекарственных средств [10,13].

# 3 в 1 антисептическое, антимикотическое и противовирусное действие <sup>[1]</sup>

Содержит два антисептика, которые усиливают действие друг друга <sup>[2]</sup>

Обезболивающее действие начинается через 5 минут и продолжается до 2 часов <sup>[3]</sup>

Благоприятный профиль безопасности <sup>[4]</sup>

Лимонный и клубничный вкус

Без сахара



Реклама. Антисептическое средство. Рег. уд. П №015151/01 Номер материала: 000302 Дата выхода: январь 2015 г.

## ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Oxford J.S., Lambkin R., Gibb I. A throat lozenge containing amyl meta cresol and dichlorobenzyl alcohol has a direct virucidal effect on respiratory syncytial virus, influenza A and SARS-CoV. *Antiviral Chemistry & Chemotherapy* 2005 (16):129-134
2. Солдатский Ю.Л. и соавт. Сравнительная эффективность местной антибактериальной терапии острого хронического фарингита и его обострения у детей при помощи таблеток для рассасывания и лекарственного аэрозоля. *Лечащий Врач*, №1/2008: 1-21
3. McNally B et al. Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomized controlled trial. *The International Journal of Clinical Practice*. 2009; 64: 194-207
4. Limb M., Connor A., Pickford M. et al. Scintigraphy can be used to compare efficacy of sore throat formulations. *Int J Clin Pract* 2009; 63: 606-12



Дети больше подвержены риску заражения бактериальными инфекциями, чем взрослые. Тем не менее 70% случаев боли в горле у детей вызваны именно вирусными инфекциями, против которых антибиотики не показаны.

В России 97% населения покупают антибиотики «на всякий случай»: для лечения любых инфекционных заболеваний, ОРЗ, гриппа. Нередко бесконтрольный прием антибактериальных средств ведет к антибиотикорезистентности [14].

Антибиотики для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа не используют, в том числе если заболевание в первые 10–14 дней сопровождается ринитом, конъюнктивитом, затемнением синусов, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом. Антибактериальная терапия не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствуют ее развитию из-за подавления нормальной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. Антибиотики могут быть показаны при ОРВИ и гриппе детям с хронической патологией легких, иммунодефицитами, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибиотика у них обычно predetermined характером микрофлоры [15].

По данным исследователей, системная антибактериальная терапия показана только при подтвержденной бактериальной этиологии фарингита. Согласно международным рекомендациям [16], клинические критерии бактериальной этиологии фарингита следующие: воспаление миндалин, увеличение шейных лимфатических узлов, лихорадка и отсутствие кашля. Если у пациента присутствуют все 4 критерия, антибактериальную терапию можно назначать эмпирически. Наличие 2 или 3 из перечисленных критериев + положительный тест на стрептококк группы А – показание к назначению антибиотиков. Пациентам, у которых отмечен 1 из указанных критериев или нет ни одного, не требуются тест на стрептококковый антиген и проведение антибактериальной терапии.

Из сказанного следует, что лечение острого фарингита складывается из этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии; в качестве этиотропной применяют группу местных и системных антибиотиков, а также антисептиков, в качестве патогенетической терапии используются в основном противовоспалительные препараты.

### ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Всем больным на время лихорадочного периода назначают постельный режим. Рекомендуются диета, богатая витаминами, обильное питье – потогонные горячие напитки из отваров и настоев лечебных трав (малины, калины или шиповника), теплые щелочные минеральные воды.

Но именно чувствительность детей к боли определяет важность топической терапии. Наиболее рационально использование топического препарата, который обладает антисептическими и анальгетическими свойствами.

Лекарственные препараты, применяемые для местного лечения фарингита, можно условно разделить на 6 групп: местные антибиотики, антисептики, местные антимикотические средства, иммунокорректоры, местноанестезирующие и противовоспалительные, а также гомеопатические препараты. При неосложненном фарингите обычно не требуется системное назначение антибиотиков [17]. Если роль системной антибактериальной терапии при лечении фарингита бактериальной природы не вызывает сомнений, то назначение антибиотиков при респираторной инфекции вирусной этиологии в большинстве случаев нецелесообраз-

но и приводит к росту антибиотикорезистентной бактериальной флоры, нежелательным реакциям на лекарственное средство, а также увеличивает экономические затраты на лечение. В связи с этим на первый план выступает топическая антимикробная терапия, позволяющая адекватно воздействовать на воспалительный процесс слизистой оболочки [18].

Главными требованиями к местным антимикробным препаратам, наносимым на слизистую оболочку глотки, являются:

- широкий спектр антимикробного действия, желательное включение противовирусную и противомикробную активность;
- отсутствие токсического эффекта и низкая скорость абсорбции со слизистых оболочек;
- низкая аллергенность;
- отсутствие раздражающего действия [19].

Дополнительными условиями, особенно актуальными в педиатрической практике, должны быть удобство применения и отсутствие неприятных вкусовых ощущений. На фармацевтическом рынке представлен широкий спектр топических антисептиков, которые могут содержать одно или несколько действующих веществ природного или синтетического происхождения, бактериальные лизаты и др. В зависимости от лекарственной формы местные антисептики можно разделить на 3 группы: растворы для полоскания, аэрозоли и таблетки для рассасывания. Причем показано [20] преимущество таблеток для рассасывания перед лекарственным аэрозолем и раствором для полоскания.

Препараты местного действия направлены, в первую очередь, на облегчение боли в горле, доставляя активные ингредиенты непосредственно к пораженным участкам. Однако жидкости для полоскания рта и горла могут доставить активные ингредиенты только в переднюю зону полости рта, а не к небным миндалинам или глотке. Лекарственные таблетки для рассасывания для горла имеют дополнительное преимущество перед спреями и жидкостями для полоскания рта и горла, поскольку являются препаратами медленного высвобождения и, таким образом, доставляют активные ингредиенты к труднодоступным участкам горла и обеспечивают длительное их действие [21]. Увеличение слюноотделения при рассасывании таблетки обеспечивает смягчающий и успокаивающий эффект в очаге воспаления и способствует смыванию патогенных микроорганизмов с поверхности слизистой оболочки. Со слюной также выделяется природный антисептик лизоцим [22].

С учетом изложенного наиболее целесообразными могут оказаться средства симптоматической терапии – такие, как препарат Стрепсилс® для детей с 6 лет (Strepsils® производства компании Рекитт Бенкизер Хэлскэр, Великобритания), оказывающий антисептическое и антимикотическое действие. Препарат выпускается в виде таблеток для рассасывания со вкусом лимона и клубники.

Исследования отечественных и зарубежных отоларингологов доказали высокую эффективность компонентов Стрепсилс® для детей с 6 лет в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в том числе – большинства штаммов стафилококка (*Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus salivarius*), стрептококков групп А, С и D, *Diplococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella aerogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Proteus* spp., *Aerobacter aerogenes*, *Aerobacter cloacae* и др., а также дрожжеподобных

грибов *Candida albicans*, что является важным критерием выбора при лечении воспалительных заболеваний, усугубленных грибковой инфекцией [23]. Кроме того, есть данные, подтверждающие противовирусную активность этого препарата [24].

Каждая таблетка препарата Стрепсилс® для детей с 6 лет содержит 2 антисептических средства: 0,6 мг амилметакрезола и 1,2 мг 2,4-дихлорбензилового спирта. Последний обладает мягким антисептическим эффектом и вызывает дегидратацию клеток микроорганизмов, оказывает прямое воздействие на респираторно-синцитиальные и коронавирусы, однако не влияет на риновирусы и аденовирусы [17]. Амилметакрезол препятствует синтезу белка в микроорганизмах [25]. Благодаря синергическому действию указанные компоненты в лекарственных средствах оказывают двойное действие: уничтожают существующие микроорганизмы и препятствуют фиксации и размножению микроорганизмов на слизистой оболочке полости рта и горла. Стрепсилс® уменьшает ощущение инородного тела, раздражение в глотке и полости рта; устраняет боль, першение, чувство саднения в глотке. Обезболивающее действие препарата проявляется примерно через 5 мин и продолжается до 2 ч [26, 27]. Из-за низкого всасывания препарата отсутствует системный эффект – токсическая доза для человека составляет около 70 тыс. доз.

С учетом распространенности кариеса у детей одним из преимуществ данного препарата является отсутствие в нем сахара, что позволяет применять Стрепсилс® для детей с 6 лет и у пациентов с сахарным диабетом. Кроме того, отмечено отсутствие клинически значимых взаимодействий Стрепсилс® для детей с 6 лет с другими препаратами.

Детям старше 6 лет рекомендуется рассасывать по 1 таблетке каждые 2–3 ч, но не более 8 таблеток в течение 24 ч.

Таким образом, уникальные свойства и безопасность препарата Стрепсилс®, удобство применения и отсутствие неприятных вкусовых ощущений позволяют отнести его к препаратам выбора при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний в ротовой полости и глотке [28].

## Литература

1. Таточенко В.К. Терапия ОРЗ у детей // Рус. мед. журн. – 2004; 12 (21): 1200–7.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002; 69 с.
3. Red Book: 2006. Report of the Committee on Infection Diseases. 25rd. American Academy of Pediatrics, 2006; 25 (10): 870–9.
4. Johnston S., Holgate S. Epidemiology of respiratory tract infections. Viral other infections of the human respiratory tract. In: S. Myint, D. Taylor-Robinson eds. // London: Chapman & Hall, 1996.
5. Турьянов М.Х., Царегородцев А.Д., Лобзин Ю.В. Инфекционные болезни / М.: ГЭОТАР-Медицина, 1998; 1566–9.
6. Стандартизированные принципы диагностики, лечения и экстренной профилактики гриппа и других острых респираторных инфекций у детей. Под ред. О.И. Киселева / СПб, 2004; с. 96.
7. Комплексный подход к лечению и профилактике острых респираторных вирусных инфекций у детей: Практ. рук-во для врачей. Под ред. Н.А. Геппе, А.Б. Малахов / М.: МедиаСфера, 2013; с.48.
8. Зайцев А.А., Клочков О.И., Миронов М.Б. и др. Острые респираторные вирусные инфекции: этиология, диагностика, лечение и профилактика / М., 2008; 37 с.
9. Шпынев К.В., Кречиков В.А. Современные подходы к диагностике стрептококкового фарингита // КМАХ. – 2007; 9 (1): 20–33.
10. Лучшева Ю.В., Изотова Г.Н. Местная терапия при фарингите // Рус. мед. журн. – 2011; 19 (6): 420–6.
11. Гаращенко Т.И., Бойкова Н.Э. Острые тонзиллофарингиты и вопросы выбора стартовой терапии // Рус. мед. журн. – 2013; 29: 1468–75.
12. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Ошибки в антибактериальной терапии инфекционных заболеваний дыхательных путей в амбулаторной практике // Лечащий врач. – 2003; 8: 34–7.
13. Овчинников Ю.М., Левин А.М., Фитилев С.Б. Местная антибактериальная терапия в лечении острых респираторных заболеваний // Лечащий врач. – 2000; 4: 2–5.
14. Горенков П.В. Острые респираторные заболевания и грипп – методы борьбы // Лечащий врач. – 2012; 3: 78–82.
15. Страчунский Л.С., Богомилский М.Р. Антибактериальная терапия стрептококковых тонзиллита и фарингита // Детский доктор. – 2000; 3: 32–3.
16. McIsaac W., Kellner J., Aufrecht P. et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults // JAMA. – 2004; 291 (13): 1587–95.
17. Зайцева О.В. Острый ринофарингит в педиатрической практике // Лечащий врач. – 2012; 10: 68–70.
18. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Гаспарян С.Ф. и др. Эффективность таблетированной формы антисептического препарата при лечении острого фарингита нестрептококковой этиологии // Consilium Medicum. – 2008; 10 (10): 109–13.
19. Полунина Т.А. Лечение боли в горле у детей // Практика педиатра. – 2011; 10: 59–61.
20. Church A., Evans P., Pickford M. et al. Scintigraph: 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, 2007.
21. Wade A., Marshall L., Simpson M. et al. Bioavailability and efficacy of active lozenges in the relief of sore throat pain. Poster presented at the Annual Scientific Meetings of The British Pain Society, 24–27 April 2007. Glasgow, UK.
22. Mandel I. The functions of saliva // J. Dent. Res. – 1987; 66 Spec No: 623–7.
23. Кладова О.В. Местная антисептическая терапия при инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей у детей // Практика педиатра. – 2012; 10: 52–4.
24. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Гаспарян С.Ф. и др. Выбор оптимального средства для местного лечения фарингита у детей // Вопр. совр. педиатрии. – 2012; 2 (11): 94–7.
25. Бойкова Н.Э. Острые воспалительные заболевания глотки и гортани // Consilium medicum. – 2000; 2 (8): 332–7.
26. McNally D. et al. Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomised controlled trial // Int. J. Clin. Pract. – 2010; 64: 194–207.
27. Wade A. 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 JS. ed. Developments in acute sore throat relief efficacy and sensorial benefits of medicated lozenges / Royal society of Medicine Press Ltd., 2008; 22–32.
28. Гарюк Г.И., Гарюк О.Г. Стрепсилс – эффективное и доступное средство борьбы с респираторными заболеваниями // Провизор. – 1998; 23.

## TOPICAL THERAPY FOR ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN CHILDREN

**A. Sabirova**, Candidate of Medical Sciences; **O. Matyash**, Candidate of Medical Sciences; **T. Shilova**, Candidate of Medical Sciences  
South Ural State Medical University, Chelyabinsk

*Acute respiratory viral infections (ARVI) are the most frequent illness in children. Sore throat is a leading complaint in the syndrome of ARVI. Strepsils may be recommended for the therapy of throat infection and inflammation in children.*

**Key words:** acute respiratory viral infections, children, sore throat, Strepsils.