

# Порівняння ефективності препаратів місцевої дії в лікуванні гострого фарингіту у дітей

Н.А. Бєлих<sup>1</sup>, Н.А. Плугатаренко<sup>1</sup>, І.В. Губіна<sup>3</sup>, В.В. Головін<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Луганський державний медичний університет»

<sup>2</sup>Луганська обласна дитяча клінічна лікарня

<sup>3</sup>Луганська міська дитяча лікарня №4

У статті наведені результати вивчення ефективності застосування препаратів Терафлю Лар та Декатилен у лікуванні дітей, хворих на гострий фарингіт. Ефективність та безпечність препаратів оцінювали за динамікою клінічної та фарингоскопічної картини, оцінкою батьків та самих пацієнтів. Продемонстровано, що препарат Терафлю Лар при лікуванні гострого фарингіту у дітей має більш виражений анальгезивний ефект, зменшення патологічної симптоматики через 7 днів терапії у хворих, які вживали Терафлю Лар, склало мінус 18,22 бала, а у дітей, які отримували Декатилен, – мінус 15,88 бала. Обидва препарати є безпечними у застосуванні.

**Ключові слова:** діти, інфекції верхніх дихальних шляхів, гострий фарингіт, Терафлю Лар, Декатилен.

Захворювання верхнього відділу дихальних шляхів у дітей та підлітків не втрачають своєї актуальності, оскільки незважаючи на успіхи, досягнуті в діагностиці та лікуванні, їхня кількість неухильно зростає.

Загальновідомо, що інфекційно-запальна патологія верхніх дихальних шляхів розподіляється на гостру та хронічну, може мати як вірусну, так і бактеріальну етіологію. Основним механізмом розвитку гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, таких, як риносинусит, аденоїдит і фарингіт, зазвичай є вірусна інфекція (найчастіше це риновірус, коронавірус, аденовірус, віруси грипу та парагрипу), яка має безпосередньо цитопатичний вплив на епітелій верхніх дихальних шляхів.

При гострих респіраторних інфекціях ураження епітелію дихальних шляхів призводить до порушення його бар'єрної функції, що спричинює нашарування бактеріальної флори та подальший розвиток фарингіту, синуситу, отиту тощо. Загальне охолодження організму або місцеве переохолодження глотки, подразнення слизової оболонки їдкою парою або забрудненим повітрям, а також наявність хронічних вогнищ інфекції ЛОР-органів, можуть активізувати бактеріальну мікрофлору. При гострому фарингіті, зумовленому бактеріями, виявляють найчастіше стрептококи, у тому числі пневмококи, стафілококи, грамнегативні диплококи та ін. [1, 3, 4].

Гострий фарингіт (J02, J02.8, J02.9 за МКБ-Х) – інфекційне запалення слизової оболонки ротоглотки, який має схильність до спонтанного розрешення, проте нерідко захворювання ускладнюється розвитком гнійних процесів у прилеглих тканинах із формуванням хронічного тонзиллофарингіту. Хронічне запалення слизової оболонки мигдаликів може бути наслідком гострого запалення при неефективному лікуванні або поширення запального процесу з носової частини глотки та параназальних синусів [9].

Ротова частина глотки є відкритою екологічною системою, що зберігає динамічну рівновагу мікроорганізмів, які постійно перебувають в ній, за допомогою слини та захисних факторів (лізоцим, секреторний IgA, нейтрофіли) [1, 8]. У формуванні мукозального імунітету провідну роль відіграють піднебінні мигдалики. Їхня захисна функція реалізується завдяки наяв-

ності глибоких крипт, що збільшують корисну площу мигдаликів до 300 см<sup>2</sup>, і помповому механізму функціонування [10]. На поверхні мигдаликів завжди присутня коменсальна флора, що містить потенційно патогенні мікроорганізми, такі, як *Str. pneumoniae*, *H. Influenzae*, *Moraxella catarrhalis* [9]. При цьому резидентна флора виконує бар'єрну функцію, яка перешкоджає колонізації патогенних мікроорганізмів та надлишковому росту присутніх бактерій [1, 9]. Недостатність будь-якого з наведених чинників внаслідок частих респіраторних інфекцій у дітей спричинює розвиток дисбіозу ротоглотки із подальшим зниженням рівня секреторного IgA в секреті у 70,0% пацієнтів із хронічним тонзилітом, зменшенням кількості рецепторів до цитокінів, що підвищує ризик формування інфекційної патології верхніх відділів дихальних шляхів, перш за все, гострого тонзиліту та гострого фарингіту, які у дітей віком до 5 років мають переважно вірусну або вірусно-бактеріальну природу. У дітей, старших за 5 років, більш значущими етіологічними чинниками є β-гемолітичний стрептокок групи А (*S. pyogenes*), С та G, *M. pneumoniae*, *Chl. pneumoniae*, віруси грипу, стафілококи, гриби роду *Candida* та ін. [1, 4, 10].

Тактика терапії інфекційно-запальних захворювань глотки повинна включати призначення лікарських препаратів, яким властива протизапальна та анальгезивна дія, локальних антисептиків, протинабрякових препаратів. Системна антибактеріальна терапія є обґрунтованою в разі гострого тонзиллофарингіту, спричиненого піогенним стрептококом або β-гемолітичним стрептококом групи А. Препаратами вибору при цьому є антибіотики пеніцилінового ряду (феноксиметилпеніцилін), альтернативними – пероральні цефалоспорини I покоління, при алергії на пеніциліни – макроліди [4, 6]. Сучасний погляд на проблему лікування гострих інфекційно-запальних захворювань глотки припускає, що перспективним напрямком є топічна фармакотерапія.

**Мета дослідження:** вивчення ефективності та переносимості препаратів місцевої дії Терафлю Лар і Декатилен у комплексі лікування дітей з гострим фарингітом.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 64 пацієнта віком від 6 до 15 років (34 хлопчика та 30 дівчат) з гострим фарингітом, які перебували на лікуванні у вірусному боксованому відділенні Луганської міської дитячої лікарні № 4 (завідувачка відділенням – Воронова Т.В.). Дослідження проводили після отримання інформованої згоди батьків. Усі діти, включені до дослідження, мали тривалість захворювання до 48 год та не отримували лікування до госпіталізації. Із дослідження виключили пацієнтів, які отримували антибіотики протягом місяця до захворювання. Випадковим відбором діти були розподілені на 2 групи: до 1-ї групи увійшли 33 дитини, які отримували Терафлю Лар у таблетованому вигляді, до 2-ї групи – 31 дитина, яка отримувала в якості препарату місцевої дії препарат Декатилен. Лікарські засоби призначали у віковому дозуванні згідно з інструкцією про застосування на фоні базисної терапії, що

Скарги та об'єктивні дані хворих на початку лікування

Скарги та симптоми	Група 1, n=33		Група 2, n=31	
	Абс. Число	%, M±m	Абс. число	%, M±m
<b>Скарги</b>				
Біль у горлі	33	100,0±0,0	31	100,0±0,0
Першіння	33	100,0±0,0	31	100,0±0,0
Утруднене ковтання	21	63,6±1,7	20	64,5±8,6
Кашель (сухий, нав'язливий)	27	81,8±6,7	23	74,2±7,8
Нежить	16	48,5±8,7	9	42,8±8,9
Загальне нездужання	33	100,0±0,0	31	100,0±0,0
Відсутність апетиту	4	12,1±5,7	5	16,1±6,6
<b>Об'єктивні дані</b>				
Гіперемія задньої стінки глотки	33	100,0±0,0	31	100,0±0,0
Гіпертрофія фолікулів задньої стінки глотки	29	87,9±5,7	24	77,4±7,5
Гіперемія піднебінних дужок	33	100,0±0,0	31	100,0±0,0
Регіонарний лімфаденіт	31	89,3±4,3	19	90,5±5,4
Лихоманка	10	30,3±7,9	9	29,0±8,1

включала рясне тепле пиття, дотримання збалансованої дієти, застосування жарознижувальних та відхаркувальних засобів, вітамінотерапію.

Препарат Терафлю Лар (Theraflu Lar, реєстраційний номер 2022/09/11) відповідає вимогам до топічних препаратів для лікування гострих інфекційно-запальних захворювань глотки, має широкий спектр антимікробної дії, протигрибкову та протівірусну активність, низьку швидкість абсорбції зі слизової оболонки порожнини рота й глотки, низьку алергенність; відсутність токсичного ефекту та подразнювальної дії на слизову оболонку [5, 6, 8]. Один з основних компонентів препарату Терафлю Лар – бензоксонія хлорид практично не абсорбується, його катіонна структура забезпечує мембранотропну активність, завдяки якій відбувається антибактеріальна дія на широкий спектр патогенних аеробних грампозитивних мікробів і грамнегативних мікроорганізми. Крім того, важливою є антимікотична та протівірусна його активність, у тому числі й по відношенню до мембранних вірусів грипу, парагрипу та герпесу. Другий компонент препарату – лідокаїн абсорбується через слизову оболонку порожнини рота, як місцевий анестетик, спричинює блокаду натрієвих каналів нервового волокна, порушує процеси деполяризації мембрани нервової клітини, блокує передачу збудження у волокнах чутливих нервів. Показаннями для призначення Терафлю Лар є фарингіт, стоматит, гінгівіт, пародонтит, глосит, профілактика інфекцій перед хірургічним втручанням у ротовій порожнині та глотці (екстракція зуба, тонзилектомія). Препарат можна застосовувати дітям з 4-річного віку по 1 таблетці для розсмоктування кожні 2–3 год (не більше 6 таблеток на добу) протягом 5 днів. Дезодорувальний ефект забезпечує апельсинний ароматизатор таблеток [2].

Декатилен (реєстраційний номер UA/6633/01/01) – комплексний препарат, до складу якого входять деквалінія хлорид (0,25 мг) та дибукаїна гідрохлорид (0,03 мг); призначають у формі таблеток для розсмоктування з 4-річного віку. Препарату властиві протигрибкова та протизапальна дія, бактеріцидний ефект по відношенню до більшості грампозитивних та грамнегативних бактерій, грибів. Дибукаїну гідрохлорид забезпечує місцеву знеболювальну дію. Показаннями для призначення препарату є гострі інфекційно-запальні захворювання ротової порожнини та глотки: гінгівіт, ларингіт і фарингіт,

стоматит, стани після тонзилектомії та екстракції зубів; для усунення неприємного запаху з рота [6]. Дітям старше 4 років Декатилен призначають по 1 таблетці кожні 3 год, після зменшення симптомів запалення – по 1 таблетці кожні 4 год, дітям у віці старше 12 років – по 1 таблетці кожні 2 год, після зменшення симптомів запалення – по 1 таблетці кожні 4 год. Максимальна денна кількість складає 10–12 таблеток у період гострої фази і 6 таблеток на день – після зникнення запальних симптомів. Рекомендується вживати Декатилен до зникнення симптомів захворювання (приблизно протягом 5 днів).

Протипоказанням для призначення обох препаратів є підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату. Антибактеріальна дія знижується при одночасному застосуванні з аніонними детергентами (зубна паста) [2].

Тривалість участі в дослідженні одного пацієнта складала не менше 7 днів. Протягом цього часу фіксували результати 4 оглядів дитини: під час госпіталізації, на 3, 5 та 7-у добу терапії (у тому числі й у разі продовження лікування в амбулаторних умовах).

Комплекс обстеження складався з вивчення анамнезу, аналізу скарг за спеціально розробленою анкетною, оцінювання тяжкості симптомів (у балах), термометрії, мікробіологічного дослідження слизу с поверхні мигдаликів до початку терапії та через 7 днів лікування. Бальна шкала включала оцінку таких симптомів, як біль у горлі, першіння, кашель, утруднене ковтання, загальне нездужання (0 – симптом відсутній; 1 – помірно виражений; 2 – сильно виражений). Також оцінювали в балах дані огляду: гіперемія задньої стінки глотки (0 балів – відсутня; 1 бал – помірна; 2 бали – сильна), стан піднебінних дужок (0 балів – гіперемія відсутня; 1 бал – легко виражена; 2 бали – помірна; 3 бали – сильно виражена), стан лімфатичних фолікулів задньої стінки глотки (0 балів – відсутня гіперемія, набряклість; 1 – легко виражені; 2 – помірні; 3 – сильно виражені), регіонарний лімфаденіт (0 балів – відсутній; 1 бал – помірний; 2 бали – сильний).

Ефективність терапії оцінювали з урахуванням думки пацієнта або його батьків за інтегральною шкалою оцінки результатів лікування (IMOS, Integrative Medicine Outcome Scale): повне одужання, значне поліпшення стану, помірне або незначне поліпшення, без змін, погіршення. Безпечність терапії оцінювали за наступними критеріями: переносимість препара-

ту, виникнення алергійних реакцій та інших побічних ефектів. Переносимість оцінювали як: добра, задовільна, незадовільна.

Математичне оброблення даних здійснювали методом варіаційної статистики за допомогою стандартних засобів Microsoft Excel 2007. При порівнянні двох величин різницю між ними вважали достовірною при досягнутому рівні  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час первинного клінічного обстеження всі діти скаржилися на біль та першіння в горлі, більшість пацієнтів скаржилися на утруднене ковтання, загальне нездужання та кашель, у кожній третій дитини реєстрували підвищену температуру тіла (табл. 1).

Як свідчать отримані дані, всі обстежені діти 1-ї і 2-ї груп скаржилися на загальне нездужання (середній бал – 1,44 та 1,48 відповідно) та біль (середній бал – 4,12 і 4,26 відповідно) і першіння в горлі (середній бал – 1,74 і 1,62 відповідно). При фарингоскопії у пацієнтів була виявлена гіперемія задньої стінки глотки (середній бал – 1,92 і 1,86 відповідно), гіпертрофія фолікулів задньої стінки глотки (2,31 та 2,28 бала), гіперемія піднебінних дужок (2,31 і 2,26 бала відповідно) різного ступеня, регіонарний лімфаденіт (1,12 та 1,26 бала відповідно) (див. табл. 1).

На відсутність апетиту скаржилися 12,1% дітей 1-ї групи та 16,1% дітей 2-ї групи спостереження (середній бал – 1,72 та 1,76 відповідно), на утруднене ковтання – 63,6% дітей 1-ї

групи та 64,5% хворих 2-ї групи (1,78 та 1,82 бала відповідно). На початку лікування переважна більшість хворих скаржилася на кашель, що мав сухий нав'язливий характер: 81,8% пацієнтів 1-ї групи та 74,2% 2-ї групи (1,41 та 1,36 бала відповідно).

За даними об'єктивного огляду визначали гіпертрофію фолікулів задньої стінки глотки у 87,9% пацієнтів 1-ї групи та 77,4% хворих 2-ї групи (2,31 і 2,28 бала відповідно), регіонарний лімфаденіт – у 89,3% дітей 1-ї групи та 90,5% хворих 2-ї групи (середній бал – 1,12 і 1,26 відповідно). Таким чином, групи були репрезентативними за клінічними симптомами та даними об'єктивного огляду.

Через три години після вживання першої дози препарату зменшення болісних відчуттів в горлі зазначали 63,6% дітей, які вживали Терафлю Лар і 51,6% хворих, які вживали Декатилен. Під кінець першої доби терапії поліпшення самопочуття відзначили 75,8% дітей, які отримували Терафлю Лар, і 61,3% дітей, які отримували Декатилен. Подальша динаміка суми балів за скаргами та фарингоскопічною картиною протягом курсу лікування в обстежених пацієнтів наведена в табл. 2.

Як свідчать отримані дані, в обох групах спостерігали поступове зменшення скарг та вираженості об'єктивних симптомів, проте зменшення болю в горлі, першіння та утруднене ковтання у хворих, які отримували Терафлю Лар, відбувалося скоріше, ніж у групі дітей, що отримували Декатилен. Загальне зменшення кількості балів у пацієнтів, які отримували Терафлю Лар, склало на 5-й день лікування 14,57 бала, на

Таблиця 2

#### Динаміка скарг та фарингоскопічної картини у дітей з гострим фарингітом на фоні терапії Терафлю Лар та Декатиленом

Скарги та симптоми	Бальна оцінка				Динаміка бальної оцінки
	До лікування	На 3-й день терапії	На 5-й день терапії	На 7-й день терапії	
<b>1-а група, n=33</b>					
Біль у горлі	4,12	1,10	0,24	0,00	4,12
Першіння	1,74	0,88	0,19	0,10	1,64
Утруднене ковтання	1,78	0,88	0,21	0,00	1,78
Загальне нездужання	1,44	0,51	0,00	0,00	1,44
Відсутність апетиту	1,72	0,66	0,00	0,00	1,72
Кашель	1,41	1,09	0,66	0,18	1,23
Гіперемія задньої стінки глотки	1,92	1,10	0,74	0,12	1,8
Гіпертрофія фолікулів задньої стінки глотки	2,31	1,22	1,14	0,26	2,05
Гіперемія піднебінних дужок	2,31	1,22	1,14	0,51	1,8
Регіонарний лімфаденіт	1,12	1,15	0,98	0,48	0,64
<b>Усього балів</b>	<b>19,87</b>	<b>9,81</b>	<b>5,30</b>	<b>1,65</b>	<b>18,22</b>
<b>2-а група, n=31</b>					
Біль у горлі	4,26	2,32	1,29	0,32	3,94
Першіння	1,62	1,11	1,10	0,41	1,21
Утруднене ковтання	1,80	1,34	0,88	0,32	1,48
Загальне нездужання	1,48	0,68	0,00	0,00	1,48
Відсутність апетиту	1,76	0,62	0,12	0,00	1,76
Кашель	1,36	1,12	0,64	0,32	1,04
Гіперемія задньої стінки глотки	1,86	1,14	1,24	1,04	0,82
Гіпертрофія фолікулів задньої стінки глотки	2,28	1,24	1,32	0,45	1,83
Гіперемія піднебінних дужок	2,26	1,56	1,42	0,52	1,74
Регіонарний лімфаденіт	1,26	1,16	0,96	0,68	0,58
<b>Усього балів</b>	<b>19,94</b>	<b>12,29</b>	<b>8,97</b>	<b>4,06</b>	<b>15,88</b>

7-й день – 18,22 бала; у групі хворих, які отримували Дека- тилен, – 10,97 та 15,88 бала відповідно ( $p < 0,05$ ) (мал. 1).

Серед бактеріальних збудників, виділених із слизової оболонки мигдаликів і задньої стінки глотки, в обох групах хворих реєстрували *Str. pyogenes*, *St. aureus*, *Str. mitis*. Після 7 днів терапії результати повторного бактеріологічного дослідження довели позитивну динаміку в обох групах. При цьому в групі, де діти отримували Терафлю Лар, зменшення питомої ваги дітей, які мали патологічну концентрацію *St. aureus*, було статистично значущим (у 3,1 разу,  $p < 0,05$ ).

Під час дослідження не було встановлено побічної дії медичних препаратів, що застосовували в комплексній терапії в обох групах.

Хороші та відмінні результати лікування батьки визначали у 31 (93,9±4,4%) пацієнта 1-ї та у 21 (67,7±8,4%) дитини 2-ї групи (мал. 2). Задовільний результат визначали у кожній групі відповідно у 2 (6,1±4,6%) та 8 (25,8±7,4%) дітей. Незадоволений результатом лікування були 2 (6,4±4,2%) батьків дітей 2-ї групи.

Таким чином, висока ефективність сучасного комбінованого препарату Терафлю Лар визначається його активною антисептичною та місцевоанестезувальною дією, доброю переносимістю та зручною для пацієнта формою випуску. Отримані результати підтвердили обґрунтованість застосування препарату в клінічній педіатричній практиці.

### ВИСНОВКИ

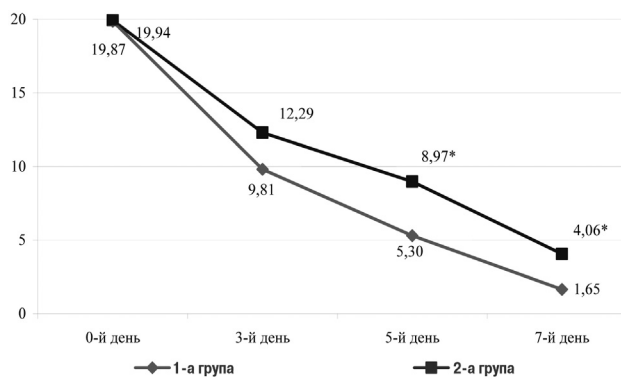
1. Застосування лікарських засобів місцевої дії Терафлю Лар і Декатилен є ефективним у лікуванні гострого фарингіту у дітей. Разом з тим препарат Терафлю Лар властивий більш виражений анальгезивний ефект, що спостерігали з першої доби лікування. Зменшення патологічної симптоматики через 7 днів терапії у хворих, які отримували Терафлю Лар, склало мінус 18,22 бала, а у дітей, які отримували Декатилен, – мінус 15,88 бала.

2. З метою більш швидкої регресії симптомів запалення, елімінації патогенної флори, зниження ризику бактеріальної інфекції та інших ускладнень доцільним є ранній початок лікування гострого фарингіту (в першу добу появи симптомів хвороби) з використанням препарату, що містить топічний антибіотик, анестетик і антисептик.

### Сравнение эффективности препаратов местного действия в лечении острого фарингита у детей Н.А. Бельх, Н.А. Плугатаренко, И.В. Губина, В.В. Головин

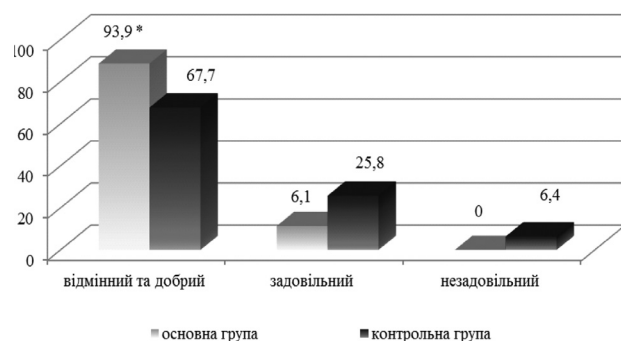
В статье приведены результаты изучения эффективности применения препаратов Терафлю Лар и Декатилен в терапии детей с острым фарингитом. Эффективность и безопасность препарата оценивали по динамике клинической и фарингоскопической картины, оценке родителей и самих пациентов. Продемонстрировано, что препарат Терафлю Лар при лечении острого фарингита у детей имеет более выраженный анальгезирующий эффект, уменьшение патологической симптоматики через 7 дней терапии у больных, получавших Терафлю Лар, составило минус 18,22 балла, а у детей, которые получали Декатилен, – минус 15,88 балла. Оба препарата безопасны в применении.

**Ключевые слова:** дети, инфекции верхних дыхательных путей, острый фарингит, Терафлю Лар, Декатилен.



Мал. 1. Динаміка суми балів за скаргами та фарингоскопічною картиною протягом лікування в обстежених пацієнтів

Примітка: \* – вірогідність різниці з групою пацієнтів, які отримували Декатилен ( $p < 0,05$ )



Мал. 2. Результати лікування за оцінюванням батьків (%)

Примітка: \* – вірогідність різниці з групою пацієнтів, які отримували Декатилен ( $p < 0,05$ )

### A comparison of the effectiveness of topical preparations in the treatment of acute pharyngitis in children N.A. Belykh, N.A. Pluhatarenko, I.V. Gubina, V.V. Golovin

The article deals with the results of the study the clinical efficiency of the drug Theraflu Lar and Dekatylen in children with acute pharyngitis. The estimation of efficiency was by improvement of clinical symptoms and laryngoscope, assessment of parents and patients. It was demonstrated that the drug Theraflu Lar in treatment of acute pharyngitis in children has a more pronounced analgesic effect, reducing of the pathological symptoms after 7 days of treatment. Both drugs are safe to use.

**Key words:** children, upper respiratory tract infection, acute pharyngitis, Theraflu Lar, Dekatylen.

### Сведения об авторах

**Бельх Наталия Анатольевна** – ГУ «Луганский государственный медицинский университет», 91045, г. Луганск, кв. 50 лет Обороны Луганска, 1г; тел.: (0642) 58-55-03, (0642) 53-20-36

**Плугатаренко Наталия Анатольевна** – Управление здравоохранения Луганского госсвета, ГУ «Луганский государственный медицинский университет», 91045, г. Луганск, кв. 50 лет Обороны Луганска, 1г; 91000, г. Луганск, ул. Новопромысловая, 8; тел.: (0642) 92-24-89

**Губина Ирина Владимировна** – Луганская городская детская больница №4, 91000, г. Луганск, пл. Ленина, 65а; тел.: (0642) 42-34-98

**Головин Владимир Владимирович** – Луганская областная детская клиническая больница, 91016, г. Луганск, ул. Советская, 68; тел.: (0642) 53-24-64

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абатуров О.Є. Вплив бактеріоносійства *St. Aureus* та *Str. Hemoliticus* на слизових мигдаликах та носа на стан імунної системи дітей шкільного віку / О.Є. Абатуров, І.Л. Височина // Современная педиатрия. – 2010. – № 2 (30). – С. 151–153.
2. Комpendиум 2010 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: Морион, 2010. – 2240 с.
3. Кривоустов С.П. Острый тонзиллофарингит у детей: вопросы дифференциальной диагностики и лечения / С.П. Кривоустов // Здоровье ребенка. – 2010. – № 1 (22). – С. 94–98.
4. Крючко Т.А. Проблема тонзиллита в педиатрической практике / Т.А. Крючко, О.Я. Ткаченко, Т.В. Шпехт // Здоровье ребенка. – 2010. – № 1 (22). – С. 79–82.
5. Морозова С.В. Боль в глотке: причины и возможности медикаментозной терапии / С.В. Морозова // РМЖ. – 2005. – Т. 13, № 21. – С. 1447–1452.
6. Наказ МОЗ України № 181 від 21.04.2005 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча отоларингологія» // Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Педіатрія): Нормативне виробничо-практичне видання. – К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ», 2005. – 320 с.
7. Онуфриева Е.К. Сравнительная эффективность местной антибактериальной терапии острого и обострения хронического фарингитов у детей при помощи таблеток для рассасывания и лекарственного аэрозоля / Е.К. Онуфриева, Ю.Л. Солдатский, Н.В. Щепин [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – № 1. – С. 73–74.
8. Рябова М.А. Боль в горле как полиэтиологический симптом / М.А. Рябова // Справочник поликлинического врача. – 2011. – № 1. – С. 42–46.
9. Рязанцев С.В. Этиопатогенетическая терапия заболеваний верхних дыхательных путей и уха / С.В. Рязанцев, В.И. Кочеровец // Методические рекомендации. – СПб., 2008. – 98 с.
10. Щербак И.Б. Топическая терапия при острых воспалительных заболеваниях глотки / И.Б. Щербак // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 6 (86). – С. 71–73.

*Статья поступила в редакцию 15.11.2013*

**Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы**

**ВОЗ ПРИЗНАЛА ДЕПРЕССИЮ ОДНИМ ИЗ САМЫХ ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЗЕМЛЕ**

По словам экспертов, депрессию необходимо расценивать как мировую проблему первого порядка, передают западные СМИ.

Депрессия – вторая распространенная причина недееспособности в мире после болей в спине, установили эксперты, которые сравнивают данные более чем 200 болезней и травм.

К сожалению, лишь немногие могут получить помощь специалиста в связи с депрессией. Затем, влияние депрессии с точки зрения недееспособности в рамках всего населения сильно различается в зависимости от стра-

ны. Например, показатели общей депрессии самые высокие в Афганистане, а самые низкие – в Японии.

Комментирует доктор Элизе Феррари из Университета Квинсленда: "Хуже всего обстоит ситуация в странах с низким и средним доходом. Лучшее – в странах с высоким доходом."

Всемирная организация здравоохранения уже создала план действий по лечению психических заболеваний в мире. По официальной характеристике, депрессия – это распространенное психическое рас-

стройство, для которого характерны разочарование, потеря интереса или радости, чувство вины и низкая самооценка, нарушение сна или аппетита, вялость и плохая концентрация внимания.

Симптомы бывают хроническими или периодически возникающими. Иногда человек теряет способность справляться с проблемами повседневной жизни. А в самой тяжелой форме депрессия может приводить к самоубийству.

*Источник: УНН  
<http://www.unn.com.ua>*