

УДК 616.2-002.1:616.321/.322-002-085:615.23-053.4

ДАГАЕВА И.В., ДЕЦИК О.С.

ГКБ № 9 МСЧ ДМФ, г. Мариуполь, Украина

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ГОРЛОСПАС ДЛЯ ДЕТЕЙ ПРИ ОРЗ, ОСТРЫХ КАТАРАЛЬНЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТАХ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Местное лечение 30 детей дошкольного возраста с ОРЗ, острым катаральным тонзиллофарингитом было проведено препаратом Горлоспас для детей, представляющим собой дозированный спрей, содержащий морскую соль, коллоидное серебро, хлоргексидина биглюконат, экстракты календулы и шалфея, эфирные масла эвкалипта и мяты. Зарегистрировано заметное ускорение регресса воспалительного процесса и достоверное уменьшение количества осложнений после перенесенного острого респираторного заболевания. Применение комплексного препарата Горлоспас для детей позволило сократить количество эпизодов катарального тонзиллофарингита в зимнее время даже у часто болеющих детей дошкольного возраста.

Ключевые слова: ОРЗ, острый катаральный тонзиллофарингит, морская вода, коллоидное серебро.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) занимают одно из ведущих мест среди всей патологии лор-органов по распространенности среди населения и числу обращений не только к оториноларингологу, но и к врачам общей практики (семейным врачам, терапевтам, педиатрам) [1, 7]. К одним из наиболее распространенных заболеваний верхних дыхательных путей у детей дошкольного и младшего школьного возраста в силу несовершенства их иммунной системы относятся тонзиллофарингиты [2, 10, 12].

Группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем у их сверстников, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями, обозначают термином «часто болеющие дети» (ЧБД). Иногда, для того чтобы подчеркнуть особенности течения респираторных инфекций у этих детей (их затяжной характер), используется термин «часто и длительно болеющие дети» (ЧДБД) [7, 8].

ОРЗ, местными проявлениями которого является катаральное воспаление слизистой оболочки ротоглотки и небных миндалин, обычно склонно к спонтанному разрешению. Однако часто повторяющееся воспаление глотки и особенно глоточных миндалин не только приводит к усугублению общей и местной иммуносупрессии, но и обуславливает формирование хронического очага инфекции в иммунокомпетентном органе. В результате тонзилло-

фарингиты все чаще осложняются развитием различной респираторной патологии (ларинготрахеитами, бронхитами и даже пневмонией), а также тяжелой парафарингеальной (перитонзиллиты, перитонзиллярные и окологлоточные абсцессы) и метафарингеальной — при стрептококковой этиологии — патологией (острой ревматической лихорадкой или гломерулонефритом) [1, 2, 10, 12, 13].

Возбудителями ОРЗ, острого тонзиллофарингита могут быть вирусы, бактерии, простейшие, а также микотическая инфекция. У детей в возрасте до 3 лет преобладает вирусная этиология, а после 5 лет особую актуальность приобретают бактериальные формы поражения. Основными возбудителями тонзиллофарингитов являются бактерии и вирусы. Среди вирусов наиболее часто встречаются риновирусы, вирусы парагриппа, вирусы Коксаки, коронавирусы, вирус простого герпеса, цитомегаловирусы. При этом цитопатическое действие вирусов является основным предрасполагающим фактором

Адрес для переписки с авторами:
Дагаева Ирина Владимировна
E-mail: irina1953@mail.ru

© Дагаева И.В., Децик О.С., 2016

© «Здоровье ребенка», 2016

© Заславский А.Ю., 2016

для присоединения бактериальной флоры. Среди бактериальных возбудителей наиболее важным является *S. pyogenes* (β -гемолитический стрептококк группы А), вызывающий до 15–30 % случаев острого тонзиллофарингита у детей старше 3 лет. Более редкими бактериальными возбудителями являются стрептококки других серологических групп, а также *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Arcanobacterium hemolyticum*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* [3, 4, 6, 7].

Отмечается, что в течение последних лет существенно возросла роль резидентной микрофлоры в возникновении воспалительных процессов глотки. Широкое, не всегда обоснованное и рациональное применение антибактериальной и иммунодепрессивной терапии, влияние ряда экологических факторов обуславливают изменение традиционной клиники моноинфекций и способствуют увеличению удельного веса ассоциированной бактериально-бактериальной, бактериально-вирусной, бактериально-грибковой и грибково-вирусной патологии [5–7, 9, 11].

Из изложенного следует, что рациональное лечение пациентов с ОРЗ, острыми тонзиллофарингитами непременно подразумевает эффективную элиминацию патогенного микроорганизма и повышение иммунологической состоятельности макроорганизма.

С этой точки зрения обращает на себя внимание комплексный препарат Горлоспас для детей, выпускаемый в форме дозированного аэрозоля.

Препарат создан на основе морской воды, благотворное воздействие которой на верхние дыхательные пути известно со времен Гиппократов: благодаря своему нативному сложному составу микроэлементов и солей морская вода оказывает выраженный противовоспалительный, регенерирующий, иммуностимулирующий и адаптогенный эффект.

Коллоидное серебро придает препарату мощные антимикробные, противовирусные и противогрибковые свойства. Широкий спектр противомикробного действия серебра, отсутствие устойчивости к нему у большинства патогенных микроорганизмов, низкая токсичность, отсутствие аллергенности и, наконец, хорошая переносимость больными — все это обуславливает высочайшую ценность препарата, особенно на фоне роста таких негативных последствий антибактериальной терапии, как аллергические осложнения, токсическое действие и подавление иммунитета, формирование микозов и дисбактериоза.

Хлоргексидин возглавляет мировой перечень действующих веществ для производства антисептиков. В виде водных растворов он активен в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий (кроме микобактерий туберкулеза) и грибов кандиды. При этом он не вызывает резистентности микроорганизмов и не оказывает токсического, раздражающего и алергизирующего действия.

Кроме указанного, в состав Горлоспаса для детей входят лекарственные травы, эффективность

которых проверена и подтверждена многовековой медицинской практикой: эфирные масла мяты и эвкалипта, экстракты календулы и шалфея. Эти растения не просто обладают выраженным антисептическим, антибактериальным, противовирусным, противовоспалительным, анальгетическим и иммуномодулирующим действием, но в комплексе взаимно усиливают и пролонгируют свой терапевтический эффект.

Цель исследования: оценить эффективность препарата Горлоспас для детей в местном лечении ОРЗ, острых катаральных тонзиллофарингитов у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы

Объектом исследования послужили 30 детей с ОРЗ, острыми катаральными тонзиллофарингитами в возрасте от 3 до 6 лет из числа находящихся на диспансерном наблюдении в группе ЧДБД. Из них было 16 (53,33 %) мальчиков и 14 (46,67 %) девочек. Все дети посещали дошкольные учреждения. Критериями включения в исследование были:

- не менее 6 эпизодов ОРЗ, катарального тонзиллофарингита в течение года перед началом исследования;
- обращение не позднее 2 суток от начала заболевания;
- отсутствие тяжелой сопутствующей острой и/или хронической патологии;
- неотягощенный аллергический анамнез;
- наличие подробных данных в амбулаторных картах пациентов о клинической картине последних трех эпизодов тонзиллофарингита и его динамике;
- согласие родителей на участие их детей в исследовании.

Исследование проводилось в ноябре — декабре 2015 г., после чего дети оставались под диспансерным наблюдением.

У всех детей заболевание начиналось остро после местного или общего переохлаждения. Отмечалась общая слабость, субфебрилитет, дискомфортные или болезненные ощущения в горле, усиливавшиеся при глотании. Фарингоскопическая картина характеризовалась яркой гиперемией и инфильтрацией слизистой оболочки глотки, сопровождавшейся некоторой ее сухостью. Небные миндалины также были гиперемированы и отечны, за счет чего контуры их выглядели сглаженными, а входы в лакуны «сжатыми». Лакуны были свободны от патологического содержимого, региональные лимфоузлы пальпаторно не определялись.

Общее лечение пациентов включало: обильное щелочное питье, витамины, гипосенсибилизирующие препараты, нестероидные противовоспалительные препараты. Местное лечение проводилось препаратом Горлоспас для детей — по 2 орошения 4 раза в день после еды.

Для оценки динамики субъективных и объективных данных использовали визуально-аналоговую шкалу по 5-балльной системе. За 0 баллов принима-

ли отсутствие данного симптома, за 5 баллов — его максимальное проявление. Таким образом оценивали выраженность местных жалоб, общих жалоб и клинической картины. Кроме того, учитывали исход заболевания: выздоровление, развитие осложнений или переход в экссудативную форму воспаления.

Контролем оцениваемых показателей послужили индивидуальные анамнестические данные о динамике клинической картины и исходах прошлых эпизодов ОРЗ, острого катарального тонзиллофарингита у тех же пациентов.

Результаты и обсуждение

Анализ динамики субъективных данных в процессе лечения выявил более значительные положительные сдвиги у детей при использовании препарата Горлоспас для детей по сравнению с контролем.

Выраженность местных жалоб в исследовании до лечения составила $3,40 \pm 0,49$ балла, а в контроле — $3,10 \pm 0,45$. Разница сравниваемых величин оказалась статистически недостоверной ($p > 0,05$).

Через 3 дня болезненность и дискомфорт в горле исчезли у 22 (73,33 %) пациентов, а у остальных 8 (26,67 %) детей уменьшились до $0,8 \pm 0,15$ балла. В контрольных данных купирование жалоб зарегистрировано в 14 (46,67 %) случаях, а улучшение у остальных 16 (53,33 %) больных оценено в $1,10 \pm 0,26$ балла. На 5–6-й день местные жалобы в исследуемой группе были полностью купированы, в то время как в контроле они сохранялись у трети пациентов и были оценены в $1,00 \pm 0,38$. А у 2 детей к этому сроку боль в горле усилилась — до $2,30 \pm 0,06$ балла. Таким образом, к этому времени описываемый показатель приобретал статистическую разницу в сравниваемых группах ($p < 0,01$).

Аналогичная картина наблюдалась со стороны общего состояния: до начала лечения выраженность общих жалоб пациентов, включенных в исследование, составила $4,40 \pm 0,42$ балла, а в контроле — $4,50 \pm 0,39$ балла. То есть этот показатель отражал статистическую однородность сравниваемых величин.

На 3-й день лечения общее состояние нормализовалось у 22 (73,33 %) детей исследуемой группы и у 13 (41,3 %) детей из группы контроля. У остальных пациентов выраженность общего недомогания уменьшилась: у 8 (26,67 %) детей исследуемой группы — до $2,40 \pm 0,38$ балла и у 15 (50 %) детей контрольной группы — до $3,1 \pm 0,6$. У 2 пациентов контрольной группы динамики этого параметра отмечено не было. К 5–6-му дню лечения общие жалобы полностью исчезли у всех детей исследуемой группы и у 22 (73,33 %) пациентов группы контроля. У 5 (16,67 %) детей контрольной группы этот показатель снизился незначительно и составил $2,60 \pm 0,34$ балла, а у 2 пациентов отмечено его возрастание до исходного значения. Таким образом, на этом этапе была зарегистрирована статистически значимая разница сравниваемого показателя ($p < 0,05$).

Выраженность катаральных проявлений в глотке до начала лечения в группе исследования была оценена в $4,60 \pm 0,29$ балла и в $4,50 \pm 0,33$ балла в контроле.

Динамика фарингоскопических характеристик оказалась наиболее показательным параметром: в исследуемой группе через 3 дня лечения выраженность воспалительного процесса составила $1,5 \pm 0,4$ балла, а в контроле — $3,30 \pm 0,61$. Уже на этом промежуточном этапе разница сравниваемых величин становится статистически достоверной ($p < 0,01$).

Но в значительно большей степени преимущества комплексного, полинаправленного местного воздействия, обеспечиваемого препаратом Горлоспас для детей, демонстрируют данные об исходе заболевания у пациентов.

Так, в исследуемой группе на 5–6-й день было зарегистрировано клиническое выздоровление всех пациентов. Только у 9 человек (30 %) фарингоскопически отмечались остаточные явления перенесенного ОРЗ ($0,40 \pm 0,06$ балла). К этому же сроку выздоровление по контрольным данным зарегистрировано только в 22 случаях (73,33 %), из которых остаточные явления аналогичной степени выраженности присутствовали у 15 человек (50 %). А у 5 человек (16,67 %) контрольной группы воспалительный процесс распространился на гортань, трахею и бронхи: у 2 человек (6,67 %) диагностирован бронхит, у 3 (10 %) — ларинготрахеит.

Таким образом, в 100 % случаев исходом ОРЗ, острого катарального тонзиллофарингита в проведенном исследовании стало выздоровление, в то время как в предыдущем эпизоде заболевания в 16,67 % случаев развились осложнения, требующие антибактериальной терапии.

Суммарная (по всем трем изучаемым клиническим показателям) динамика течения тонзиллофарингита с исходом «выздоровление» при использовании препарата Горлоспас для детей и по контрольным анамнестическим данным отражена на рис. 1.

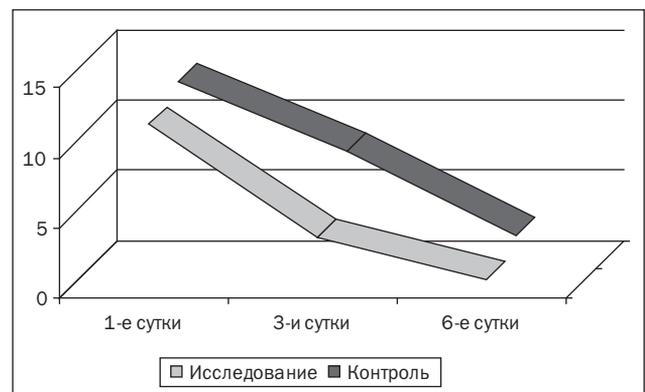


Рисунок 1. Клиническая динамика неосложненного ОРЗ, острого катарального тонзиллофарингита при использовании препарата Горлоспас для детей в сравнении с предыдущими анамнестическими данными (баллы)

Не менше показательними оказались результаты дальнейшего наблюдения: за последующие три зимних месяца только 7 детей (23,33 %) перенесли новый эпизод ОРЗ, острого катарального тонзиллофарингита. В то время как по данным анамнеза ранее в холодное время года ОРЗ отмечались у всех детей с частотой 1 раз в 1,5–2 месяца.

Следует также отметить, что побочных действий препарата Горлоспас для детей за время исследования выявлено не было. Все дети демонстрировали хорошую переносимость препарата. Родители отмечали простоту использования и давали положительную оценку органолептическим свойствам препарата Горлоспас для детей, не вызывавшего негативной реакции ребенка, что значительно облегчало процесс лечения.

Выводы

1. Применение препарата Горлоспас для детей значительно ускоряет регресс ОРЗ, острого катарального тонзиллофарингита.

2. Включение препарата Горлоспас для детей в комплекс медикаментозной терапии ОРЗ, острого катарального тонзиллофарингита значительно уменьшает количество и тяжесть осложнений этого заболевания даже у часто болеющих детей.

3. Удобство применения дозированной аэрозольной формы препарата и его клиническая эффективность и фармакологическая безопасность позволяют рекомендовать препарат Горлоспас для детей для широкого использования при воспалительной патологии глотки у детей с 3-летнего возраста.

Дагаєва І.В., Децик О.С.
МКА № 9 МСЧ ДМФ, м. Маріуполь, Україна

ЭФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ГОРЛОСПАС ДЛЯ ДІТЕЙ ПРИ ГРЗ, ГОСТРИХ КАТАРАЛЬНИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТАХ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Резюме. Місцеве лікування 30 дітей дошкільного віку з ГРЗ, гострим катаральним тонзилофарингітом було проведено препаратом Горлоспас для дітей, що є дозованим спреєм, який містить морську сіль, колоїдне срібло, хлоргексидину біглюконат, екстракти календули і шавлії, ефірні масла евкаліпта та м'яти. Зареєстровано помітне прискорення регресу запального процесу і вірогідне зменшення кількості ускладнень після перенесеного гострого респіраторного захворювання. Застосування препарату Горлоспас для дітей дозволило скоротити кількість епізодів катарального тонзилофарингіту в зимовий час навіть у дітей дошкільного віку, які часто хворіють.

Ключові слова: ГРЗ, гострий катаральний тонзилофарингіт, морська вода, колоїдне срібло.

Список литературы

1. Бойкова Н.Э. Острые воспалительные заболевания глотки и гортани // *Consilium medicum*. — 2000. — Т. 2, № 8. — С. 332-337.
2. Гаращенко Т.И., Бойкова Н.Э. Острые тонзиллофарингиты и вопросы выбора стартовой терапии // *РМЖ*. — 2013. — № 29. — С. 1468-1475.
3. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Ошибки в антибактериальной терапии инфекционных заболеваний дыхательных путей в амбулаторной практике // *Лечащий врач*. — 2003. — № 8. — С. 34-37.
4. Егорова О.А. Целесообразность применения местных антимикробных препаратов при лечении инфекций верхних дыхательных путей // *Фарматека*. — 2006. — № 5. — С. 107-109.
5. Извин А.И., Катаева Л.В. Микробный пейзаж слизистой оболочки верхних дыхательных путей в норме и патологии. — М., 2009. — 138 с.
6. Козлов Р.С. Клиническая микробиология // *Антимикробная химиотерапия*. — 2006. — Т. 8 (1). — С. 33-47.
7. Колобухина Л.В. Вирусные инфекции дыхательных путей // *РМЖ*. — 2000. — Т. 8, № 13-14 (114-115). — С. 559-564.
8. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети; современные возможности иммунореабилитации. Руководство для врачей. — М., 2001.
9. Лучшева Ю.В., Изотова Г.Н. Местная терапия при фарингите // *РМЖ*. — 2011. — Т. 19, № 6 (400). — С. 420-426.
10. Морозова С.В., Митюк А.М. Принципы дифференциальной диагностики и топической терапии острых воспалительных заболеваний глотки // *РМЖ*. — 2011. — № 8. — С. 525-530.
11. Овчинников Ю.М., Левин А.М., Фитилев С.Б. Местная антибактериальная терапия в лечении острых респираторных заболеваний // *Лечащий врач*. — 2000. — № 4. — С. 2-5.
12. Пискунов Г.З., Анготоева И.Б. Острый тонзиллофарингит // *Лечащий врач*. — 2007. — № 2. — С. 37-41.
13. Шпынев К.В., Кречиков В.А. Современные подходы к диагностике стрептококкового фарингита // *КМАХ*. — 2007. — Т. 9 (1). — С. 20-33.

Получено 01.03.16 ■

Dahaieva I.V., Detsyk O.S.
Municipal Clinical Hospital № 9 — Healthcare Facility of the Navy Department, Mariupol, Ukraine

EFFICACY OF THE DRUG «HORLOSPAS FOR CHILDREN» IN ACUTE RESPIRATORY DISEASES, ACUTE CATARRHAL TONSILLOPHARYNGITIS IN PRESCHOOL CHILDREN

Summary. Local treatment of 30 preschool children suffering from acute respiratory diseases, acute catarrhal tonsillopharyngitis was conducted using the drug Horlospas for Children, which is a metered dose spray containing sea salt, colloidal silver, chlorhexidine bigluconate, marigold and sage extracts, eucalyptus and mint essential oils. A notable acceleration of inflammation regression and a significant decrease in the number of complications after acute respiratory disease were registered. The use of combined drug Horlospas for Children has reduced the number of catarrhal tonsillopharyngitis episodes in the winter, even in sickly children of preschool age.

Key words: acute respiratory diseases, acute catarrhal tonsillopharyngitis, sea water, colloidal silver.