

Порівняння ефективності препаратів місцевої дії в лікуванні гострого фарингіту у дітей

Н.А. Белих¹, Н.А. Плугатаренко⁴, І.В. Губіна³, В.В. Головін²

¹ДЗ «Луганський державний медичний університет»

²Луганська обласна дитяча клінічна лікарня

³Луганська міська дитяча лікарня №4

⁴Управління охорони здоров'я Луганської міської ради

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, оцінюванням батьків та самих пацієнтів. Продемонстровано, що препарат Терафлю Лар при лікуванні гострого фарингіту у дітей має більш виражений анальгезувальний ефект, 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. Обидва препарати є безпечними у застосуванні.

Ключові слова: діти, інфекція верхніх дихальних шляхів, гострий фарингіт.

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

У разі гострих респіраторних інфекцій ураження епітелію дихальних шляхів призводить до порушення його бар'єрної функції, що сприяє нашаруванню бактеріальної флори та подальшому розвитку фарингіту, синуситу, отиту тощо. Загальне охолодження організму або місцеве переохолодження глотки, подразнення слизової оболонки їдкими парами або забрудненим повітрям, а також наявність хронічних вогнищ інфекції ЛОР-органів можуть сприяти активізації бактеріальної мікрофлори. 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-10) – інфекційне запалення слизової оболонки ротоглотки, яке має схильність до спонтанного розрешення, проте нерідко захворювання ускладнюється розвитком гнійних процесів в оточуючих тканинах із формуванням хронічного тонзиллофарингіту. Хронічне запалення слизової оболонки мигдаликів може бути наслідком гострого запалення за неефективного лікування або розповсюдження запального процесу з носоглотки та параназальних синусів [9].

Ротоглотка є відкритою екологічною системою, що зберігає динамічну рівновагу мікроорганізмів, які постійно перебувають в ній, за допомогою слини та захисних факторів (лізоцим, секреторний імуноглобулін А, нейтрофіли) [1, 8]. У формуванні мукозального імунітету провідну роль

відіграють піднебінні мигдалики. Їхня захисна функція реалізується завдяки наявності глибоких крипт, що збільшують корисну площу мигдаликів до 300 см², і помповому механізму функціонування [10]. На поверхні мигдаликів завжди присутня коменсальна флора, що включає 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 вказаних чинників внаслідок частих респіраторних інфекцій у дітей сприяє розвитку дисбіозу ротоглотки із подальшим зниженням рівня секреторного імуноглобуліну А 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 понад 5 років більш значущими етіологічними чинниками є β-гемолітичний стрептокок групи А (*S. pyogenes*), *S* та *G*, *M. pneumoniae*, *Chl. pneumoniae*, віруси грипу, стафілококи, гриби роду *Candida* та ін. [1, 4, 10].

Тактика терапії при інфекційно-запальних захворюваннях глотки повинна включати в себе призначення лікарських препаратів, яким властива протизапальна та анальгезувальна дія, локальних антисептиків, протинабрякових препаратів. Системна антибактеріальна терапія є обґрунтованою в разі гострого тонзиллофарингіту, викликаного піогенними стрептококом або β-гемолітичним стрептококом групи А. Препаратами вибору в цьому разі є антибіотики пеніцилінового ряду (феноксиметилпеніцилін), альтернативними – пероральні цефалоспорины 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 Декатилену у лікуванні дітей з гострим фарингітом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 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 відділення – 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. Критеріями виключення були пацієнти, які отримували антибіотики протягом місяця до захворювання. Випадковим відбором діти були розподілені на 2 групи: до 1-ї групи (основної) увійшли 33 дитини, які отримували

Терафлю Лар у таблетованому вигляді, до 2-ї групи (контрольної) – 31 дитина, які отримували в якості препарату місцевої дії Декатилен. Лікарські засоби призначали у віковому дозуванні згідно з інструкцією про застосування на фоні базисної терапії, яка включала рясне тепле пиття, дотримання збалансованої дієти, вживання 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, володіє широким спектром антимікробної дії, має протигрибкову та противірусну 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 – бензоксонію хлорид – практично не абсорбується, його катіонна структура забезпечує мембранотропну активність, завдяки якій відбувається антибактеріальна дія на широкий спектр патогенних аеробних грампозитивних мікробів і грамнегативні мікроорганізми. Крім того, важливою є антимікотична та противірусна 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, викликає 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. Дезодоруючий ефект забезпечує апельсиновий ароматизатор [2].

Декатилен (реєстраційний номер UA/6633/01/01) – комплексний препарат, до складу якого входять деквалінія хлорид (0,25 мг) та дибукаїну гідрохлорид (0,03 мг); призначають у вигляді таблеток для розсмоктування з 4-річного віку. Препарату властиві протигрибкова та протизапальна

дія, бактерицидний 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, старшим за 4 роки, Декатилен призначають по 1 таблетці кожні 3 год, після зменшення симптомів запалення – по 1 таблетці кожні 4 год, дітям у віці понад 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 – після зникнення запальних симптомів. Рекомендують виживати Декатилен до зникнення симптомів захворювання (приблизно протягом 5 днів).

Протипоказаннями для призначення обох препаратів є підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату. Антибактеріальна дія знижується у разі одночасного застосування 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-у, 5-у та 7-у добу терапії (у тому числі у разі продовження лікування в амбулаторних умовах).

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

Таблиця 1

Скарги та об'єктивні дані хворих на початку лікування

Скарги та симптоми	1-а група (n=33)		2-а група (n=31)	
	Абс. число	%, M±m	Абс. число	%, M±m
Скарги				
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
Об'єктивні дані				
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

ОБЩАЯ МЕДИЦИНА

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 препарату, виникнення алергійних реакцій та інших побічних ефектів. Переносимість оцінювали як: добру, задовільну, незадовільну.

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 дитині реєстрували підвищену температуру тіла (табл. 1).

Як свідчать отримані дані, всі обстежені діти скаржилися на загальне нездужання (середній бал – 1,44 і 1,48 відповідно), біль (середній бал – 4,12 і 4,26 відповідно) та

першіння в горлі (середній бал – 1,74 і 1,62 відповідно). Під час 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 відповідно), гіперемія піднебінних дужок (2,31 і 2,26 бала відповідно) різного ступеня, регіонарний лімфаденіт (1,12 та 1,26 бала відповідно) (табл. 2).

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).

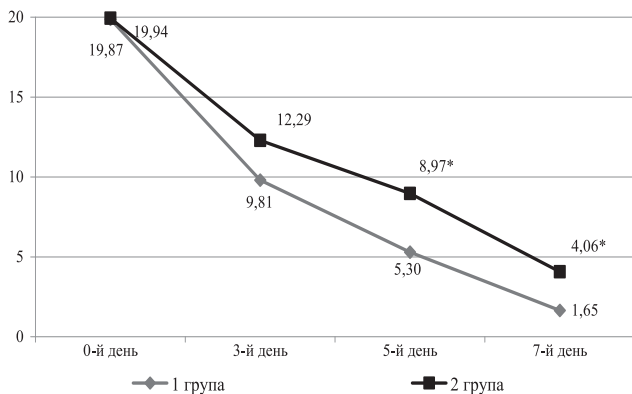
За даними об'єктивного огляду визначали гіпертрофію фолікулів задньої стінки глотки у 87,9% пацієнтів 1-ї групи та 77,4% хворих 2-ї групи (2,31 і 2,28 бала відповідно), регіонарний лімфаденіт у 89,3% дітей 1-ї групи та 90,5% хворих 2-ї групи (середній бал – 1,12 і 1,26 відповідно). Таким чином, групи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

Через 3 год після вживання першої дози препарату зменшення болісних відчуттів у горлі зазначали 63,6% дітей, які отримували Терафлю Лар, і 51,6% хворих, які от-

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	3-й день терапії	5-й день терапії	7-й день терапії	
1-а група (n=33)					
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
Усього балів	19,87	9,81	5,30	1,65	18,22
2-а група (n=31)					
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
Усього балів	19,94	12,29	8,97	4,06	15,88



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

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

римували Декатилен. Під кінець першої доби терапії поліпшення самопочуття відзначали 75,8% дітей, які вживали Терафлю Лар, і 61,3% дітей, що 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 вираженості скарг та 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 7-й день – 18,22 бала; у групі хворих, які отримували Декатилен, – 10,97 та 15,88 бала відповідно ($p < 0,05$) (мал. 1).

Серед бактеріальних збудників, виділених зі 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, $p < 0,05$).

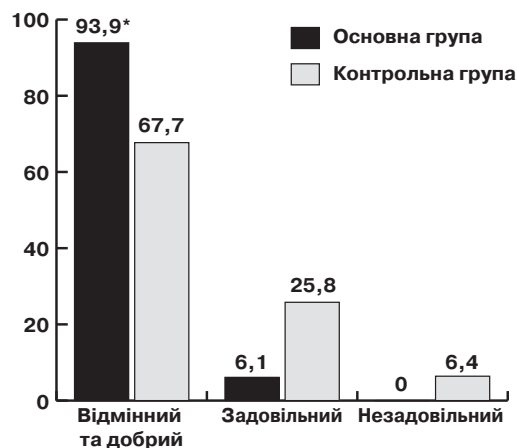
Під час дослідження не було встановлено побічної дії медичних препаратів, що застосовували в комплексній терапії в обох групах.

Добрі та відмінні результати лікування батьки визначали у 31 (93,9±4,4%) пацієнта основної та у 21 (67,7±8,4%) дитини контрольної групи (мал. 2). Задовільний результат відзначали у 1-й та 2-й групах у 2 (6,1±4,6%) та 8 (25,8±7,4%) дітей відповідно. Незадоволені результатом лікування були 2 (6,4±4,2%) батьків дітей контрольної групи.

Таким чином, висока ефективність сучасного комбінованого препарату Терафлю Лар визначається його активною антисептичною та місцево-анестезувальною 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. Поряд з цим препаратом Терафлю Лар влас-



Примітка: * – вірогідність різниці з контрольною групою ($p < 0,05$).

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

тивий більш виражений анальгезувальний ефект, що виникає у першу добу 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 та антисептик.

Сравнение эффективности препаратов местного действия в лечении острого фарингита у детей Н.А. Белых, Н.А. Плуатаренко, 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 препаратов 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.

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.

Сведения об авторах

Белых Наталия Анатольевна – Луганский государственный медицинский университет, 91045, г. Луганск, кв. 50 лет обороны Луганска, 1г; тел.: (0642) 58-55-03, (0642) 53-20-36, (050) 658-70-43.

Плугатаренко Наталия Анатольевна – Управление охраны здоровья Луганского городского совета, 91000, г. Луганск, ул. Новопромышленная, 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, 91000, г. Луганск, ул. Советская, 68, тел.: (0642) 53-24-64.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абатуров О.Є. Вплив бактеріосійства *St. Aureus* та *Str. Hemoliticus* слизових мигдаликів та носа на стан імунної системи дітей шкільного віку / О.Є. Абатуров, І.Л. Височина // Современная педиатрия. – 2010. – № 2 (30). – С. 151–153.
2. Компендиум 2010 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: Морион, 2010. – 2240 с.
3. Кривогузов С.П. Острый тонзиллофарингит у детей: вопросы дифференциальной диагностики и лечения / С.П. Кривогузов // 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 14.02.2013