

РЕПРИНТНОЕ ИЗДАНИЕ

Е.Ю. Радциг
М.Р. Богомильский

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ У ДЕТЕЙ

Глава 8
Лечение пациентов
с воспалительными
заболеваниями
разных отделов
глотки



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Е.Ю. Радциг
М.Р. Богомильский

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ У ДЕТЕЙ

Данная брошюра содержит главу 8
«Лечение пациентов с воспалительными
заболеваниями разных отделов глотки» из книги
«Острый тонзиллофарингит у детей» Е.Ю. Радциг,
М.Р. Богомильский (Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023)



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2023



Глава 8

Лечение пациентов с воспалительными заболеваниями разных отделов глотки

Заболевания разных отделов глотки (носо-, рото-, гортаноглотки) могут протекать сочетанно или изолированно. Рассмотрим принципы ведения таких пациентов в соответствии с анатомическим делением глотки на отделы.

8.1. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОИДИТОМ

Располагающаяся в носоглотке глоточная миндалина (аденоидные вегетации, аденоиды), переживающая именно у детей период физиологической гиперплазии, традиционно «перетягивает» на себя основное внимание. Гипертрофия и особенно воспаление ее (аденоидит) не редкость у детей, особенно дошкольного и младшего школьного возраста, хотя точную частоту распространенности воспаления глоточной миндалины определить невозможно ввиду отсутствия кода для данной нозологии в МКБ-10. В соответствии с КР «Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин» гипертрофия глоточной миндалины (как и небных) сама по себе не является патологией, а вот воспаление ее, сопровождающееся симптомами, снижающими качество жизни и нарушающими повседневную активность (нарушение носового дыхания и/или сна, храп, кашель, вызванный стеканием отделяемого по задней стенке глотки, и т.п.), или осложнениями (особенно со стороны среднего уха), — повод для назначения пациенту консервативной терапии.

Что же рекомендуется пациенту с аденоидитом?

Однозначно — препараты элиминационно-ирригационной терапии, причем всем пациентам. Растворы морской воды (как изото-

нические, так и гипертонические) могут назначаться в соответствии с возрастными ограничениями, обусловленными формой выпуска [капли, аэрозоль, мягкий душ, спрей (табл. 8.1)] и курсовой длительностью (в соответствии с инструкцией по применению данных препаратов).

Таблица 8.1. Возрастные аспекты применения интраназальных препаратов элиминационно-ирригационной терапии

Препарат	Способ подачи струи	Возрастные ограничения
Изотонические		
Аква Марис*	Капли	С рождения
ЛинАква Беби*	Юнидозы	С рождения
ЛинАква Беби*	Аэрозоль	С рождения
Аква Марис беби*	Аэрозольный спрей	С 3 мес
Аква Марис норм*	Аэрозольный спрей	С 6 мес
Аква Марис*	Спрей	С 1 года
Аква Марис Плюс*	Спрей	С 1 года
ЛинАква Софт*	Аэрозоль	С 1 года
ЛинАква Норм*	Аэрозоль	С 2 лет
Гипертонические		
Аква Марис Стронг*	Спрей	С 1 года
Аква Марис экстраильный*	Аэрозольный спрей	С 2 лет
ЛинАква Форте*	Спрей 2,1% 30 мл	С 2 лет
ЛинАква Форте*	Аэрозоль 2,1%	С 2 лет

Обратим внимание, что для ряда гипертонических растворов (Аква Марис стронг*/Аква Марис экстраильный*; ЛинАква Форте*) длительность применения не ограничена 7 днями и может быть пролонгирована.

Также всем пациентам рекомендуется назначение топических (интраназальных) антимикробных препаратов, учитывая значимую роль

бактериальных патогенов в развитии/поддержании воспаления глоточной миндалины. Важно помнить о юридически разрешенной возможности интраназального введения лекарственного средства, что исключает назначение пациенту с аденоидитом, например, глазных капель или антисептиков для наружного применения, так как подобное может нарушить нормальное функционирование мерцательного эпителия дыхательных путей. Во избежание подобного off-table-использования (а частота его достигает 38%) информирование врачей не только о показаниях к применению и возрастных ограничениях, но и о способе введения топических лекарственных средств актуально и практически значимо. Топические антимикробные препараты для интраназального применения представлены в табл. 8.2.

Таблица 8.2. Топические антимикробные препараты для интраназального применения

Международное непатентованное наименование	Торговое название	Показания к применению	Возрастные ограничения
Фрамицетин	Изофра*, Трамицент*	Ринит, ринофарингит, синусит	С рождения
Дексаметазон + неомицин + полимиксин В + фенилэфрин	Полидекса с фенилэфрином*	Острый и хронический ринит, острый и хронический ринофарингит, синусит	С 2,5 года
Серебра протеинат	Протаргол*, Сиалор*	Ринит, ринофарингит, синусит	С 3 лет

Дополнительным аргументом в пользу целесообразности применения интраназальных антимикробных препаратов является их «топическое» воздействие (непосредственно в очаге воспаления), что повышает их концентрацию и терапевтическую активность (при местном применении концентрация препарата в очаге воспаления в 100–120 раз выше). С учетом расположения аденоидных вегетаций немаловажное значение имеет способ доставки препарата, определяющий точность дозирования и равномерность распределения в полости носа/носоглотке, поэтому при выборе конкретного лекарственного средства нужно обращать внимание и на это.

Говоря о комплексном ведении пациентов с аденоидитом, хотим остановиться на терапевтических возможностях гомеопатических препаратов, эффективность которых, в том числе в сочетании с традиционными схемами лечения, неоднократно описывалась в литературе [4, 5].

Гомеопатия (как метод лечения) используется по всему миру более 200 лет, признается ВОЗ, официально разрешена для использования в практическом здравоохранении на территории Российской Федерации [6], и гомеопатические препараты внесены в Реестр лекарственных средств [7]. Некоторая двойственность в оценке эффективности гомеопатических средств с позиции доказательной медицины связана, в частности, с описательным характером публикаций (отсутствие систематизации по нозологиям/четких критериев включения-исключения при наборе групп в исследования/оцениваемых симптомов и объективности их оценки и т.п.), приводила к тому, что более 90% публикаций игнорировались или оценивались негативно. Изменение подхода [предложение фокусироваться на применении гомеопатии при определенных заболеваниях (или группах заболеваний) с построением дизайна наблюдения/исследования по принципам, аналогичным для любого другого лекарственного средства, и достойной статистической обработкой результатов] «реабilitирует» гомеопатию как метод лечения, что показывает недавняя публикация [8], проанализировавшая результаты четырех обзоров эффективности гомеопатических препаратов, приведших, в частности, к исключению гомеопатических средств из списка субсидируемых страховыми компаниями в государствах, заказавших эти обзоры. Итогом стал вывод, что три обзора, давшие негативный отзыв об эффективности гомеопатии, были проведены некорректно, а один (наиболее сравнительный, включающий анализ клинических исследований, проведенных в свете основных научных подходов) показал большинство позитивных результатов в оценке эффективности гомеопатических средств [8].

Говоря о гомеопатических средствах, особенно монокомпонентных, врачи, использующие гомеопатический метод лечения в рутинной практике, напоминают про понятие «гомеопатическое обострение», описываемое как транзиторное ухудшение состояния больного, которое не должно оцениваться как «нежелательное побочное явление» [9]. Тем не менее с позиции официальной доказательной медицины в плане обеспечения безопасности здоровья пациента все-таки следует идентифицировать подобные изменения как «побочные нежелательные явления» и описывать их для унифицирования/стандар-

тизации отчетов и возможности проведения метаанализов. При этом отмечается, что частота побочных нежелательных явлений у пациентов, принимавших гомеопатические препараты, намного ниже, чем у тех, кто принимал традиционные аллопатические или растительные препараты [9]. Таким образом, современная доказательная медицина обосновывает возможность применения гомеопатических препаратов (как комплексных, так и монокомпонентных) в медицинской практике как альтернативу или дополнение к стандартным протоколам ведения больных.

Гомеопатические препараты бывают комплексными и монокомпонентными. Для врача, не проходившего дополнительную «гомеопатическую» подготовку, комплексные гомеопатические препараты, выпускаемые в виде таблеток (Коризалия*, Гомеовокс*, Гомеострес*), сиропа (Стодаль*), раствора для приема внутрь (Дантинорм Бэби*), геля и мази (Арнигель*, Цикадерма*), туб с определенной дозой гранул (Оциллококцидум*) и имеющие четко определенные инструкции по применению показания (перечень нозологий, разовых/суточных доз и курсов приема), не вызывают никаких сложностей (полная аналогия с назначением системного антибиотика, антигистаминного, противокашлевого или любого другого лекарственного средства). Несколько непривычно может быть первое знакомство с монопрепаратами. Тем не менее для амбулаторного врача (педиатра, оториноларинголога, семейного или врача общей практики) полезными в данном случае окажутся стандартизированные протоколы, созданные врачами-гомеопатами для конкретных клинических ситуаций. Дополнительным преимуществом монокомпонентных гомеопатических препаратов является *отсутствие возрастных ограничений к применению*, что особенно востребовано в педиатрической практике.

Говоря о ведении пациента с аденоидитом, хотим поделиться собственным опытом применения гомеопатических протоколов [как в качестве монотерапии, так и в сочетании со стандартными (аллопатическими) схемами лечения)] [10].

Под нашим наблюдением находились 154 пациента в возрасте от 2 до 7 лет с эндоскопически подтвержденными признаками аденоидита, судя по предъявляемым жалобам, снижавшими качество жизни. В зависимости от выбранной схемы лечения пациенты были распределены на три группы: I группа – стандартная терапия, II группа – стандартная терапия + специально разработанный гомеопатический протокол, III группа – специально разработанный гомеопатический протокол (табл. 8.3).

Таблица 8.3. Схемы лечения пациентов групп наблюдения

I группа	II группа	III группа
Дыхательная гимнастика (все время наблюдения)	Дыхательная гимнастика (все время наблюдения)	–
Ирригационная терапия – изотонические растворы морской воды (до 1 мес) для промывания полости носа и носоглотки	Ирригационная терапия – изотонические растворы морской воды (до 1 мес) для промывания полости носа и носоглотки	–
Топические антимикробные препараты в форме назальных спреев (фрамицетин назальный спрей 1,25 мг или серебра протеинат) – до 7 дней	Топические антимикробные препараты в форме назальных спреев (фрамицетин назальный спрей 1,25 мг или серебра протеинат) – до 7 дней	–
–	Калиум бихромикум* С9 (Kalium bichromicum С9, Буарон) 5 гранул утром ежедневно, рассасывать вне еды	Калиум бихромикум* С9 (Kalium bichromicum С9, Буарон) 5 гранул утром ежедневно, рассасывать вне еды
–	Гидрастис канаденсис* С9 (Hydrastis canadensis С9, Буарон) 5 гранул вечером ежедневно, рассасывать вне еды	Гидрастис канаденсис* С9 (Hydrastis canadensis С9, Буарон) 5 гранул вечером ежедневно, рассасывать вне еды
–	Туя оксиденталис* С30 (Thuja occidentalis С30, Буарон) 5 гранул 1 раз в день первые 3 дня, затем 1 раз в неделю, например по воскресеньям, рассасывать вне еды	Туя оксиденталис* С30 (Thuja occidentalis С30, Буарон) 5 гранул 1 раз в день первые 3 дня, затем 1 раз в неделю, например по воскресеньям, рассасывать вне еды

I группа	II группа	III группа
–	С 15-го дня от начала лечения: Гепар сульфур* С30 (Hepar sulfur C30, Буарон) 5 гранул, 1 раз в неделю (по средам), рассасывать вне еды	С 15-го дня от начала лечения: Гепар сульфур* С30 (Hepar sulfur C30, Буарон) 5 гранул, 1 раз в неделю (по средам), рассасывать вне еды

Всем пациентам проводились рутинный осмотр и эндоскопическое обследование ЛОР-органов на каждом из визитов [первый визит – день включения в исследование (день 0-й), второй визит – на 7–10-й день от начала лечения (день 7-й), третий визит – через 1 мес после первого визита (день 30-й), четвертый визит – через 3 мес после первого визита (день 90-й)] и оценка симптомов (заложенность носа, храп, стекание отделяемого по задней стенке глотки, гнусавость, ринорея) по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (0 баллов – отсутствие симптома, 10 баллов – его максимальная выраженность). Эффективность лечения оценивалась по мнению и врача, и пациента с использованием следующих категорий: «выздоровление» (полное отсутствие оцениваемых симптомов) – «улучшение» (уменьшение выраженности оцениваемых симптомов) – «без динамики» (отсутствие динамики выраженности оцениваемых симптомов) – «ухудшение» (усиление выраженности оцениваемых симптомов или появление побочных нежелательных явлений).

Оценка динамики симптомов (рис. 8.2, а–е) показала, что до начала лечения выраженность большинства симптомов была одинаковой в группах сравнения (за исключением симптомов «кашель» и «стекание отделяемого по задней стенке глотки», наиболее выраженных у пациентов I группы).

Уже через 1 нед от начала лечения (визит 2) отмечено улучшение состояния пациентов (статистически значимое) во всех группах сравнения, причем положительная динамика продолжилась и на последующем визите (визит 3) у пациентов 2-й (особенно выраженная) и 3-й групп, продолжающих прием препаратов гомеопатического протокола. На последнем, четвертом визите положительная динамика в оценке состояния сохранялась для пациентов 2-й и 3-й групп, а вот у пациентов 1-й группы отмечен регресс симптомов, особенно таких как «кашель», «стекание отделяемого по задней стенке глотки», «гнусавость» и «ринорея».

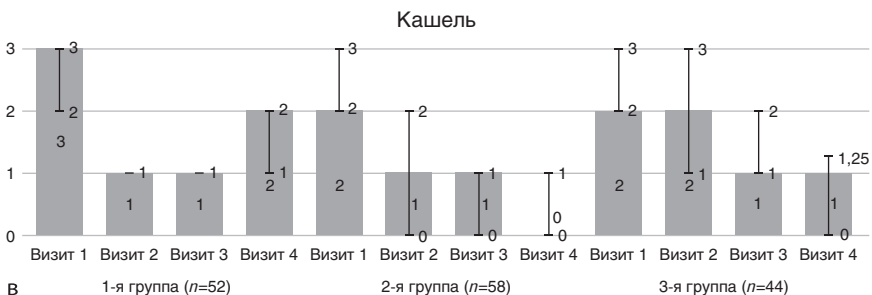
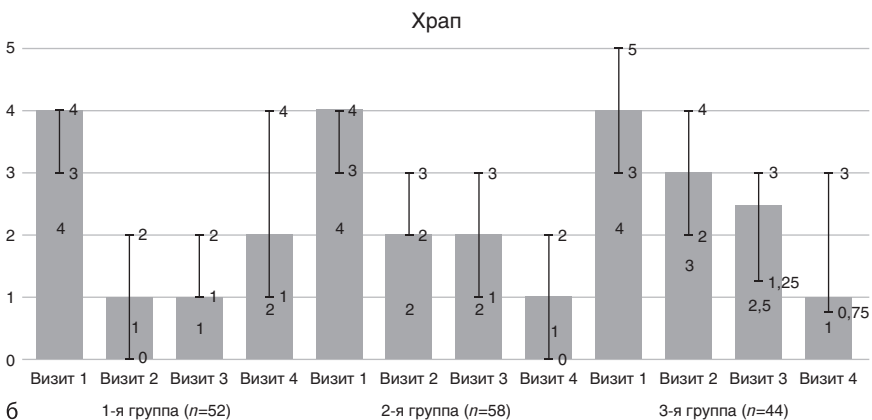
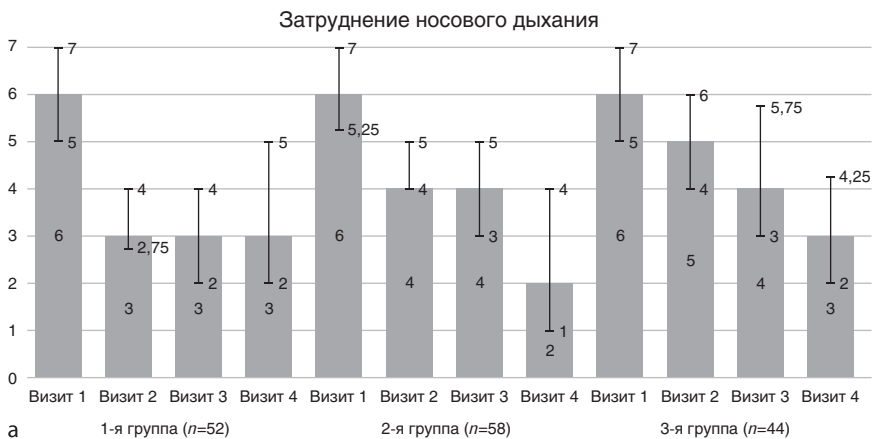


Рис. 8.2. Динамика оцениваемых симптомов у пациентов групп сравнения (а-в)

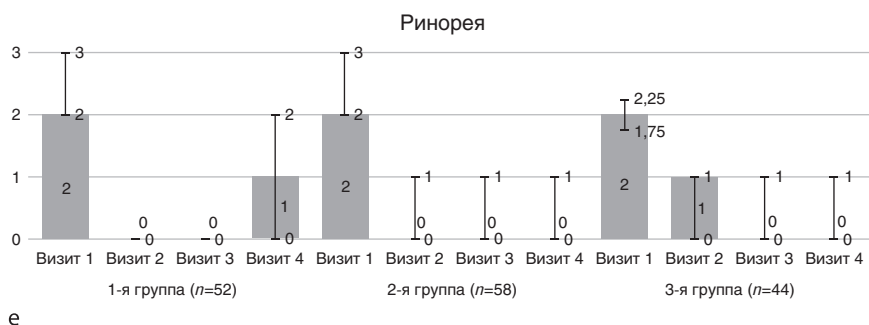
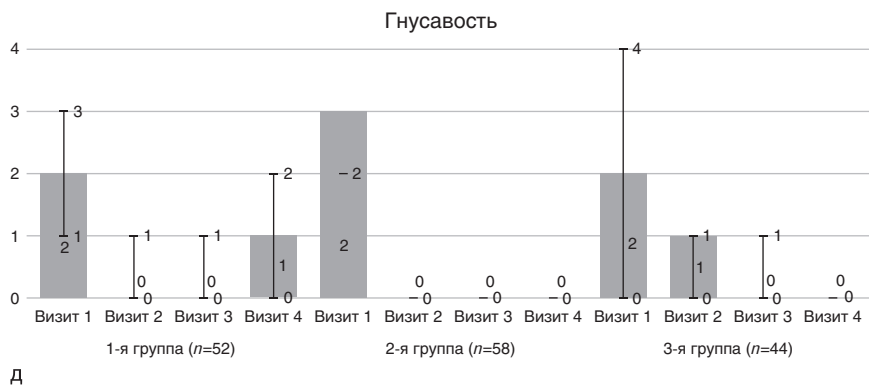
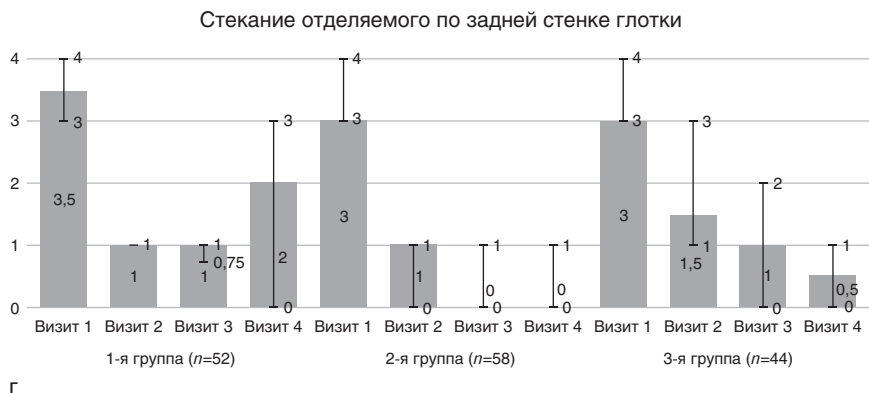


Рис. 8.2. Окончание. Динамика оцениваемых симптомов у пациентов групп сравнения (г–е)

Интересна динамика размера глоточной миндалины у пациентов групп сравнения до, на фоне и после лечения (рис. 8.3, а–г).

Несмотря на то что до начала лечения пациенты с гипертрофией глоточной миндалины III степени с блоком глоточных устьев слуховых труб преобладали во 2-й и 3-й группах (88 и 86 vs 52% в 1-й группе), уже ко второму визиту наблюдалось увеличение числа пациентов со II степенью гипертрофии аденоидов без блока глоточных устьев слуховых труб во всех группах (40 vs 5 vs 12%) и с уменьшением абсолютного числа пациентов с III степенью гипертрофии аденоидов с блоком глоточных устьев слуховых труб с сохранением их преобладания во 2-й и 3-й группах (15 vs 71 vs 77%).

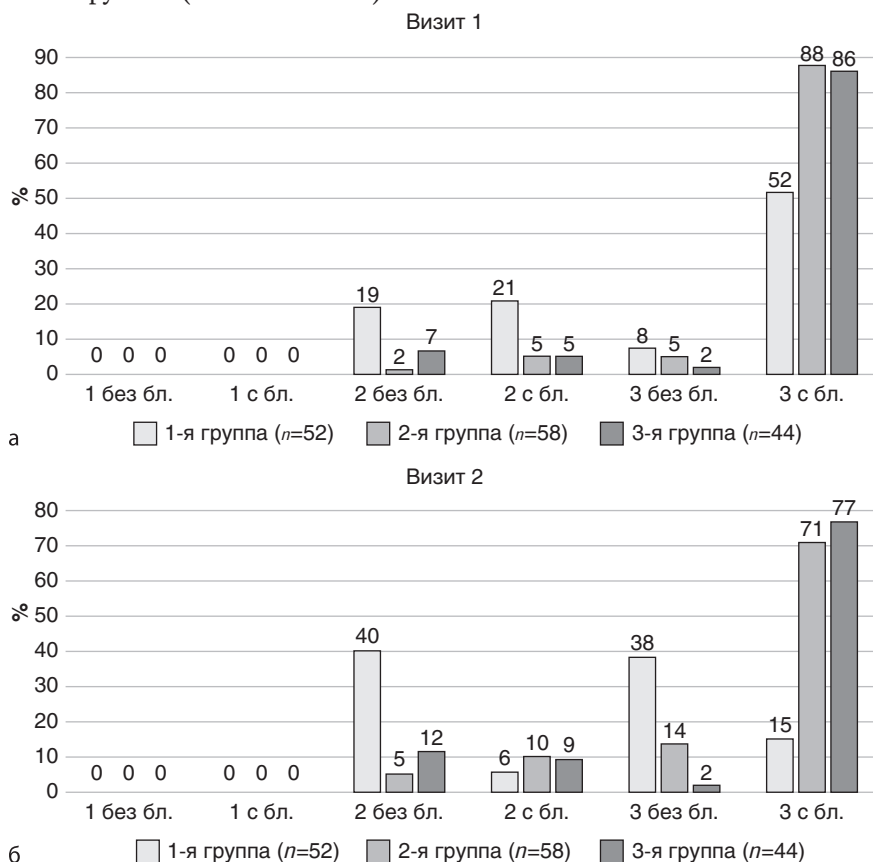


Рис. 8.3. Размер глоточной миндалины по данным эндоскопии до, на фоне и после лечения в группах сравнения (а–б)

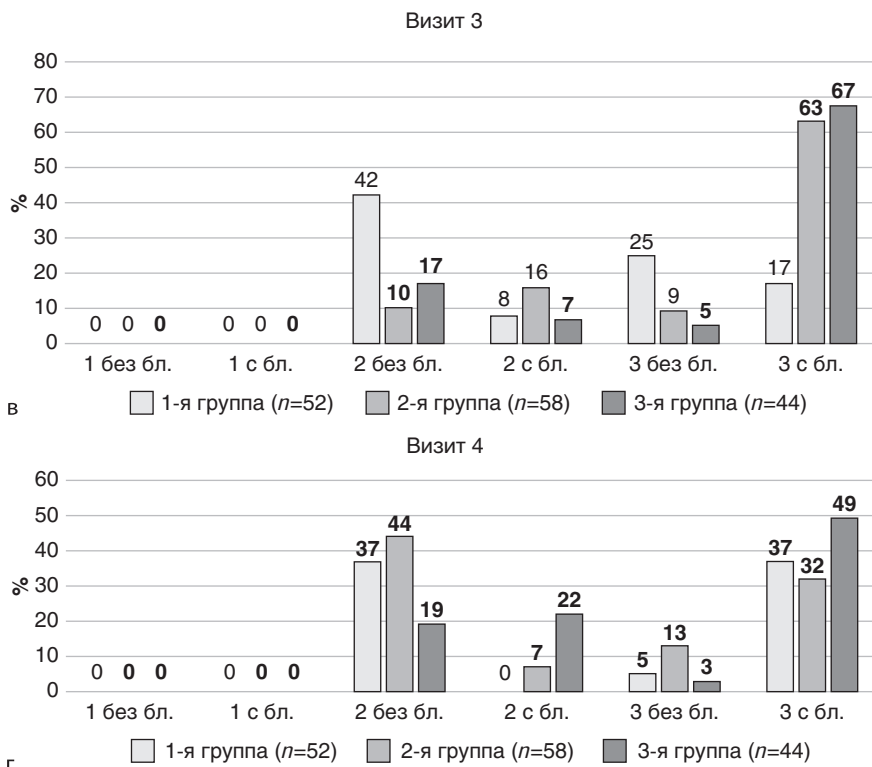


Рис. 8.3. Окончание. Размер глоточной миндалины по данным эндоскопии до, на фоне и после лечения в группах сравнения (в-г)

На третьем визите по данным эндоскопического осмотра носоглотки продолжалась тенденция (но без статистически значимой динамики) к увеличению числа пациентов с меньшими, чем до начала лечения, степенями гипертрофии аденоидов и отсутствием блока глоточных устьев слуховых труб с сохранением соотношения между группами сравнения.

На четвертом (заключительном) визите существенно возросло число пациентов со II степенью гипертрофии аденоидов без блока глоточных устьев слуховых труб в группах сравнения [37 vs 19% на первом визите для 1-й группы, 44 vs 2% на первом визите для 2-й группы (наилучшая динамика) и 19 vs 7% на первом визите для 3-й группы], а аденоиды II степени с блоком глоточных устьев слуховых труб отмечались преимущественно у пациентов 3-й группы (0 vs 7 vs 22%).

Оценка эффективности лечения представлена в табл. 8.4.

Таблица 8.4. Сравнение эффективности лечения пациентов групп сравнения по мнению врачей и родителей/законных представителей

Показатель	Мнение врача									Мнение пациента										
	2-й визит, группа			3-й визит, группа			4-й визит, группа			2-й визит, группа			3-й визит, группа			4-й визит, группа				
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
Выздоровление, %	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7	-	-	9	-	-	7	3	-	25	35
Улучшение, %	100	47	39	63	54	54	-	68	41	100	64	43	75,5	55	36	39	51	52		
Без динамики, %	-	50	43	23	39	39	32	12	25	-	23	54	11,5	32	44	5	15	10		
Ухудшение, %	-	3	18	13	7	7	59	12	16	-	4	3	13	6	14	56	9	3		

Обращает на себя внимание несоответствие в оценке эффективности лечения врачами и родителями/законными представителями пациентов, исключение составляет только оценка эффективности лечения в 1-й группе на втором визите (100% совпадение). Степень несогласованности колеблется от 50,1 до 68,4% на первом визите (для групп 2 и 3); для всех групп — от 42,3 до 75,7% на третьем визите, от 40,8 до 59,5% на четвертом (коэффициент каппа, рис. 8.4, см. цв. вклейку).

У пациентов 1-й группы врачи более позитивно оценивают результат лечения, а во 2-й и 3-й группах сравнения родители больше врачей довольны состоянием детей: как «выздоровление» расценили состояние на четвертом визите (день 90-й) 35% родителей/законных представителей в 3-й группе и 25% во 2-й vs 7% в 3-й группе и 3% во 2-й по оценке врачей.

И в заключение остановимся на частоте аденотомии, косвенно свидетельствующей об эффективности проведенного лечения (рис. 8.5).

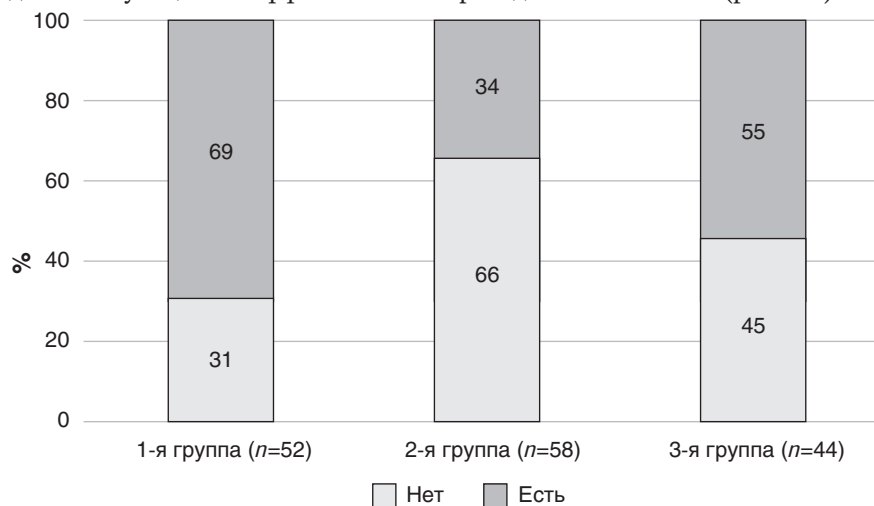


Рис. 8.5. Частота аденотомии у пациентов групп сравнения

Наилучший результат (наименьшая потребность в оперативном лечении) у пациентов 2-й группы (принимавших гомеопатические монопрепараты в сочетании с топическими интраназальными антимикробными и элиминационно-ирригационными препаратами) — 66%. Статистически значимой связи между возрастом ребенка/степенью гипертрофии глоточной миндалины и результатом лечения не было обнаружено ни на одном визите ни в одной из групп сравнения.

В единичных случаях у пациентов, принимавших гомеопатические монопрепараты, были отмечены побочные нежелательные явления (кожная сыпь), повлекшие досрочное прекращение лечения (1,7 и 2,2% в пределах группы соответственно, 1,9% пациентов, принимавших гомеопатические препараты в рамках данного наблюдения). Напомним, что с точки зрения классической гомеопатии это может расцениваться как гомеопатическое обострение.

Таким образом, вышеизложенное позволило нам сделать следующие выводы:

- консервативное лечение аденоидита оказывает положительный эффект, выраженность и длительность которого зависят от выбранной схемы терапии;
- консервативное лечение в ряде случаев позволяет избежать/отсрочить проведение оперативного лечения (аденотомии), особенно у пациентов, принимавших гомеопатические препараты в составе комбинированной терапии (совместно с приемом аллопатических, в том числе топических, интраназальных лекарственных средств);
- применение стандартизированного гомеопатического протокола возможно как в сочетании с приемом других лекарственных средств (аллопатических препаратов), так и в качестве монотерапии;
- на фоне приема гомеопатических препаратов могут возникать нежелательные побочные явления, о чем родителей пациентов стоит информировать заранее.

Данный гомеопатический протокол может быть расширен. Например, пациенту с гнойным отделяемым на поверхности глоточной миндалины (или в полости носа) дополнительно с первого дня может быть назначен монопрепарат Меркуриус солюбилис* С9, Буарон, по 5 гранул днем, но не более 5 дней. В случае подтвержденной герпесвирусной инфекции (первичной или рецидивирующей) можно добавить монопрепарат Рус токсикодендрон* С9, Буарон, по 5 гранул днем.

Пациенту с аденоидитом, развившимся на фоне аллергического ринита (как сезонного, так и круглогодичного), также можно рекомендовать гомеопатическое лечение (при абсолютной комплаентности родителей).

По рекомендации врачей-гомеопатов [11–16] терапия в данном случае будет состоять из базисного препарата (табл. 8.5), который может быть только один; если врачу сложно сразу определиться с выбором, можно назначать препараты друг за другом при необходимости.

Таблица 8.5. Базисные гомеопатические монопрепараты для лечения аллергических состояний у детей [11–16]

Монопрепарат	Описание
<p><i>Калькарея карбоника остреарум</i>[®] C15, <i>Буарон</i> Лечение — по 5 гранул 1 раз в день курсом не менее 14 дней. Профилактика — по 5 гранул 1 раз через день курсом не менее 1 мес</p>	<p>Пациентам лимфатико-гипопластической или аллергической конституции в возрасте до 5–6 лет при любом виде аллергии (особенно на белок коровьего молока)</p>
<p><i>Пумон гистамине</i>[®] C15, <i>Буарон</i> Лечение — по 5 гранул 1 раз в день курсом не менее 14 дней. Профилактика — по 5 гранул 1 раз через день курсом не менее 1 мес</p>	<p>Пациентам нелимфатико-гиперпластической конституции и/или всем детям старше 5–6 лет</p>
<p><i>Уртика уренс</i>[®] C9, <i>Буарон</i> Лечение — по 5 гранул 2 раза в день курсом не менее 14 дней. Профилактика — по 5 гранул 2 раза через день курсом не менее 1 мес</p>	<p>При наличии крапивницы в анамнезе</p>
<p><i>Апис меллифика</i>[®] C30, <i>Буарон</i> Лечение — по 5 гранул 1 раз в день в течение 3 дней, затем по 5 гранул 1 раз в неделю. Профилактика — по 5 гранул 1 раз в неделю курсом не менее 1 мес</p>	<p>Аллергия на мед, продукты пчеловодства, укусы комаров, пчел</p>
<p><i>Арсеникум альбум</i>[®] C30, <i>Буарон</i> Лечение (14 дней) — 5 гранул 1 раз в день 3 дня, затем по 5 гранул 1 раз в неделю. Профилактика — по 5 гранул 1 раз в неделю курсом не менее 1 мес</p>	<p>Пациентам с бронхиальной астмой</p>

К базисной терапии присоединяется симптоматическое средство (табл. 8.6) — одно или два, можно также назначать выбранные препараты последовательно.

Таблица 8.6. Симптоматические гомеопатические монопрепараты для лечения аллергических состояний у детей [11–16]

Монопрепарат	Описание	Схема приема
Аллергический ринит/аденоидит		
<i>Алиум сена</i> * C9 (Буарон)	Бурное чихание, раздражающие водянистые выделения из носа и не раздражающие из глаз. Щекотание в горле, охриплость, затруднение дыхания с ощущением сжатия в надгортаннике. Облегчение в прохладе, на свежем воздухе	По 5 гранул 2 раза в день
<i>Калиум йодатум</i> ^o C9 (Буарон)	Отек век, жгучее раздражающее слезотечение, мучительное чихание, водянистая раздражающая ринорея, саднение в горле, возможно, удушье ночью	По 5 гранул 2 раза в день
<i>Пульсатилла</i> * C30 (Буарон)	Чихание в теплом помещении, поочередное закладывание носа, все выделения не раздражающие. Облегчение на свежем воздухе. Кашель сухой, отрывистый вечером и ночью, влажный с утра. Охриплость	По 3 гранулы 1 раз в день 3 дня, далее по 3 гранулы 1 раз в неделю
Аллергический тонзиллофарингит		
<i>Апис мелифика</i> * C9	Отек миндалин и мягкого нёба (<i>uvula</i>), слизистые оболочки огненно-красного цвета при обострении, но бледный цвет в ремиссию, ощущение сухости, жжения (как будто пчела ужалила горло), колющие боли, пульсация	По 5 гранул 2 раза в день
<i>Сабадилла</i> ^o C9	Сухость слизистой оболочки глотки, отек и увеличение миндалин, ощущение, что в горле висит пленка, кожица, которую надо слотнуть. Болезненность язычка	По 5 гранул 2 раза в день
<i>Фитолакка декандра</i> * C9	Сухость, першение, саднение в горле, миндалины увеличены, гиперемированы, может быть белый точечный налет, боль часто иррадирует в уши, болезненность задней стенки глотки, увеличение лимфатических узлов и фолликулов задней стенки глотки и боковых столбов	По 5 гранул 2 раза в день

Так, *схема терапии выглядит следующим образом.*

Лечение: базисное средство + симптоматическое (одно или два).

Профилактика: базисное средство назначается сроком не менее 1 мес за 1–2 мес до наступления сезона, может быть продолжено на 3–4 нед во время сезона; при возникновении обострения следует перейти на лечебную схему.

Обратим внимание врачей, что назначение топических глюкокортикоидов допустимо только при наличии у пациента различных форм аллергического ринита. Воспаление, а тем более гипертрофия глоточной миндалины без признаков воспаления *не являются показанием для назначения данной группы препаратов.*

8.2. ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ

8.2.1. Препараты системного действия

Важным в педиатрической практике является возрастной аспект применения лекарственных средств. Наиболее широкий возрастной ценз у системных антибактериальных препаратов [амоксициллин/амоксициллин + клавулановая кислота (4:1) в виде порошка для приготовления суспензии для приема внутрь — с периода новорожденности, с 3 мес жизни — амоксициллин/амоксициллин + клавулановая кислота (7:1 и 14:1) в виде порошка для приготовления суспензии для приема внутрь, с 2 лет — амоксициллин/амоксициллин + клавулановая кислота в виде диспергируемых таблеток (4:1), с 12 лет — таблетки, покрытые оболочкой]. Напомним еще раз, что назначение системных антибактериальных препаратов показано только в случае БГСА-положительного ОТФ, высокодозные формы при данной патологии не назначаются [20].

С 3-месячного возраста могут применяться суспензии ибупрофена и парацетамола, а вот ацетилсалициловая кислота (таблетки) — у пациентов старше 15 лет.

С 5 мес жизни разрешен к применению препарат аммония глицирризинат (Реглисам*) в виде гранул (25 мг) для приготовления раствора для приема внутрь [в виде таблеток (50 мг) с возраста 10 лет] при ОТФ на фоне аденоидита/синусита/ОРИ.

Пациентам старше 1 года можно рекомендовать препарат Тонзилгон Н* — комплексный препарат, обладающий доказанным иммуномодулирующим, противовоспалительным, антисептическим и про-

тивовирусным (в том числе и в отношении SARS-CoV-2) действием. Важно, что препарат может назначаться пролонгированными курсами, в том числе и в межрецидивный период (у пациентов с повторным/рецидивирующим/хроническим ТФ), а также пациентам с обострениями ХТ (в соответствии с существующими клиническими рекомендациями).

С 6-летнего возраста разрешен прием кетопрофена лизиновой соли* (гранулы для приема внутрь).

Не имеют возрастных ограничений к применению гомеопатические монопрепараты, протоколы их применения при ОТФ представлены в табл. 8.9, при аллергическом — в табл. 8.6.

Таблица 8.9. Схемы назначения гомеопатических монопрепаратов пациентам с тонзиллофарингитом различной этиологии [11–16]

Монопрепарат	Описание/модальности	Схема приема
Острый тонзиллофарингит		
<i>Протокол 1</i> Начало заболевания (до нагноения)		
Апис меллифика* С30, Буарон	Гиперемия с выраженным отеком ротоглотки, болью, как от укуса пчелы; лучше от холодного питья	По 5 гранул 1 раз в день
или		
Белладонна* С30, Буарон	Лихорадка с влажным жаром, гиперемией, ментальным возбуждением. Яркая гиперемия и увеличение миндалин. Хуже от холодного. Предотвращает нагноение	По 5 гранул 1 раз в день
Если состояние улучшилось — прекратить прием препаратов (обычно курс лечения — 3–5 дней), если нет, то после консультации оториноларинголога и исключения развития гнойных осложнений перейти к протоколу 2		
<i>Протокол 2</i>		
Арника монтана [®] С9, Буарон	Базисный препарат для улучшения кровотока и снятия болевого синдрома	По 5 гранул утром
+ (на выбор — по принципу наибольшего соответствия)		

Монопрепарат	Описание/модальности	Схема приема
Гепар сульфур* С9, Буарон	Если есть налет и гнойничковые элементы на фоне яркой гиперемии слизистой (чаще при лакунарной ангине) с колющей болью при глотании, как от занозы, с улучшением от теплого питья. Выраженное нагноение. Увеличение и уплотнение регионарных лимфатических узлов. Непереносимость осмотра, зябкость, пот с неприятным запахом	По 5 гранул утром и вечером
Калиум muriатикум* С9, Буарон	Миндалины смыкаются, трудно дышать, болезненное глотание (глотает, изогнув шею); ухудшение от холодного. Фолликулярная ангина с наложениями молочного цвета (фибринозная экссудация). Пациент любит соленое	По 5 гранул 2–3 раза в день
Калиум бихромикум*, С9, Буарон	Воспаление охватывает нос и ротоглотку. Слизистая темно-красная, с множеством мелких язв. Наложения на поверхности и за пределами миндалин. Стреляющая боль из горла в уши. Ощущение пробки в горле из-за вязкой слизи, которая тянется нитями. Отек подкожной клетчатки. Вялое течение процесса	По 5 гранул 2–3 раза в день
Фитолакка декандра* С9, Буарон	Миндалины темно-красного цвета, очень болезненные. Боль при глотании стреляет в уши, усиливается от горячего питья. Наложения, как при дифтерии. Выраженная реакция боково-глоточных столбов, отек подкожной клетчатки. Задняя стенка глотки зернистая, болезненная. Увеличение, твердость, болезненность регионарных лимфатических узлов. Шунт лимфатической системы	По 5 гранул утром и вечером

Монопрепарат	Описание/модальности	Схема приема
Курс лечения — до улучшения клинической картины, обычно 5–7 дней. Далее переходят к протоколу 3		
<i>Протокол 3</i>		
Арника монтана [®] С9, Буарон		По 5 гранул 2 раза в день
+		
Гепар сульфур* С30, Буарон		По 10 гранул 1 раз в неделю
Курс — 1–1,5 мес (для профилактики рецидива)		
Герпетический тонзиллофарингит		
Фитолакка декандра* С9, Буарон		По 10 гранул каждого (всего 20 гранул) растворить в 200 мл воды, пить маленькими глотками, подержав 3–5 мин во рту, между приемами пищи в течение дня до улучшения (раствор готовить каждый день), обычно 10–14 дней
Рус токсикодендрон* С9, Буарон		
При улучшении курс — 2 мес		
Фитолакка декандра* С9, Буарон		По 5 гранул утром
Рус токсикодендрон* С9, Буарон		По 5 гранул вечером
Гепар сульфур* С30, Буарон		По 10 гранул 1 раз в неделю
Грибковый тонзиллофарингит (монопрепарат выбирается по принципу максимального подобия)		
Калиум бихромикум* С9, Буарон	Изъязвление слизистой оболочки, слюна густая, улучшение от теплого питья	По 5 гранул 2–3 раза в день

Монопрепарат	Описание/модальности	Схема приема
Калиум муриатикум* С9, Буарон	Эрозии с жжением, белые наложения на слизистой оболочке, облегчение от тепла, склонность к соленому	По 5 гранул 2–3 раза в день
Нукс вомика* С15, Буарон	Грибковый процесс развился после применения лекарственных средств	По 5 гранул через 40 мин после ужина
Длительность терапии определяется динамикой клинической картины (скоростью исчезновения элементов на слизистой, уменьшением болезненности и отека), обычно – 10–14 дней, для профилактики после отмены вышеперечисленных препаратов назначается следующий препарат		
Гепар сульфур* С30, Буарон		По 10 гранул 1 раз в неделю в течение 2 мес
Гранулезный фарингит		
Фитолакка декандра* С9, Буарон		По 5 гранул каждого (15 гранул) растворяют в стакане воды: 5–7 полосканий в день до улучшения состояния. Если ребенок не умеет полоскать горло — орошают слизистую оболочку ротоглотки
Гепар сульфур* С9, Буарон		
Калиум бихромикум* С9, Буарон		
Затем		
Фитолакка декандра* С9, Буарон		По 5 гранул утром (до выздоровления)
Калиум бихромикум* С9, Буарон		По 5 гранул вечером (до выздоровления)
Гепар сульфур* С30, Буарон		По 10 гранул 1 раз в неделю в течение 2 мес

Монопрепараты могут использоваться и для профилактики обострения рецидивирующего ХТ/ТФ: Гепар сульфур* С30, Буарон, по 10 гранул 1 раз в неделю по воскресеньям и Фитолакка декандра* С30, Буарон, по 10 гранул 1 раз в неделю по средам, курс — 2 мес; обычно назначают в октябре–ноябре и феврале–марте или по индивидуальному графику (за 1 мес до периода обострения).

8.2.2. Топические препараты для лечения острого тонзиллофарингита

Возрастные ограничения связаны не только с составом, но и с формой выпуска лекарственного средства (спрей, таблетки для рассасывания, раствор для полоскания).

С 2-летнего возраста может применяться средство для промывания и орошения полости рта и горла для детей и взрослых ЛинАква Форте*. Напомним, что в соответствии с инструкцией по применению препарат ЛинАква Форте* для горла показан не только для комплексного лечения ОРИ и острых/хронических, инфекционных и воспалительных заболеваний (аденоидита, фарингита, тонзиллита, ларингита), но и для их профилактики, особенно у пациентов, жалующихся на сухость слизистой оболочки задней стенки глотки и вне «катаральных» явлений.

Большинство топических препаратов разрешено к применению с 3-летнего возраста: спреи для горла грамицидин С + цетилпиридиния хлорид (Граммидин детский* спрей), бензидамин (Ангидак*, Тантум верде*), препараты гексэтидина (Гелангин нова* — раствор для местного применения, Гелангин флекс* — аэрозоль для местного применения); с 4 лет — таблетки грамицидин С + цетилпиридиния хлорид (Граммидин детский*, Граммидин нео*), грамицидин С + оксибупрокаин + цетилпиридиния хлорид (Граммидин с анестетиком нео*).

С 6-летнего возраста можно назначать спрей для горла грамицидин С + цетилпиридиния хлорид (Граммидин* спрей).

С 12 лет — кетопрофен (ОКИ* раствор для полоскания), бензидамин (раствор для местного применения Ангидак септ*).

С 18 лет — грамицидин С + оксибупрокаин + цетилпиридиния хлорид (Граммидин с анестетиком* спрей), бензидамин (Ангидак форте* спрей для местного применения).

Кроме того, по данным литературы, нерациональное/частое/бесконтрольное употребление ряда топических препаратов (особенно спирто- или фенолосодержащих) может приводить к сухости слизистой оболочки полости рта и глотки, также вызывающей болезненные ощущения. И в данном контексте хотим подчеркнуть, что пациенту с сухо-

стью слизистой оболочки задней стенки глотки, вызванной также повышенной сухостью или загрязнением воздуха (центральное отопление, кондиционирование) или сопутствующей патологией ЖКТ, с целью сохранения/поддержания физиологического статуса/нормального функционирования слизистой оболочки может помочь назначение раствора морской воды для орошения рото-гортаноглотки (ЛинАква Форте* для рта и горла).

Для лечения ограниченного кандидоза ротоглотки и полости рта (стоматита, гингивита, глоссита) можно использовать только местную терапию. Традиционно у новорожденных и грудных детей она включает обработку слизистых оболочек 2% раствором анилиновых красителей [метилтиониния хлорида (Метиленовый синий*, 2–6% растворы натрия гидрокарбоната (Натрия бикарбоната*)], эффект которых можно оценить как кратковременный и нестойкий. Возможно применение 1% раствора клотримазола (Кандид*, Клотримазол-Акрихин*). В случае неэффективности местной терапии можно рассмотреть вопрос о назначении системных противогрибковых препаратов.

Учитывая, что воспалительный процесс в ряде случаев не ограничивается средним отделом глотки (тонзиллит/фарингит), но и захватывает гортань (код по МКБ-10: J06.0 Ларингофарингит), хотим обратить внимание на возможность использования лекарственных средств и при ларингофарингитах/ларингитах. Раствор морской воды для орошения полости рта и горла ЛинАква Форте* применяется, так как диагноз «ларингит» отмечен в инструкции по применению. Топические препараты на основе безидамина (Ангидак*, Ангидак септ*), гексэтидина (Гелангин нова*, Гелангин флекс*), кетопрофена (ОКИ* раствор для полоскания) разрешены к применению при инфекционно-воспалительных заболеваниях и ротоглотки (тонзиллит/фарингит/ТФ), и полости рта (гингивит, стоматит), и гортани (ларингит/ларингофарингит).

Есть показание «ларингит» в инструкции по применению и у препаратов системного действия: кетопрофен (ОКИ* гранулы), Тонзилгон Н*, аммония глицирризинат (Реглисам*). Но довольно часто после купирования воспалительных явлений (ларингита) у пациентов сохраняется изменение голоса (осиплость, охриплость). Практически единственным препаратом, показанным для лечения изменений голоса [включая афонии (потерю звучного голоса), дисфонии, усталости голосовых связок], в том числе и вне воспалительных явлений (ларингит острый или обострение хронического), является препарат Гомеовокс* (таблетки, в педиатрической практике могут использоваться у пациентов с 6-летнего возраста). При длительной/периодически повторяющейся/усиливаю-

щейся охриплости пациенту обязательно нужно рекомендовать проведение эндоскопического осмотра гортани для исключения патологии, требующей иного (в том числе хирургического) лечения. Также следует помнить, что появление охриплости могут вызывать некоторые лекарственные средства (ингаляционные глюкокортикоиды, антигистаминные препараты и др.).

Важной для пациентов с ОТФ/ларингофарингитом/ларингитом является рекомендация соблюдать питьевой режим (обильное питье).

Также для лечения воспалительной патологии глотки могут использоваться различные физические методы, которые будут рассмотрены в следующей главе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fouladi S., Masjedi M., Ganjalikhani Hakemi M., Eskandari N. The Review of in Vitro and in Vivo Studies over the Glycyrrhizic Acid as Natural Remedy Option for Treatment of Allergic Asthma // Iran. J. Allergy Asthma Immunol. 2019. Vol. 18. N. 1. P. 1–11. PMID: 30848569.
2. Maione F., Minosi P., Giannuario A.D. et al. Long-lasting anti-inflammatory and antinociceptive effects of acute ammonium glycyrrhizinate administration: pharmacological, biochemical, and docking studies // Molecules. 2019. Vol. 24. N. 13. P. 2453.
3. Дроздова М.В., Рязанцев С.В., Быкова А.В. Новые возможности терапии экссудативного среднего отита у детей // Вопросы практической педиатрии. 2022. Т. 17. № 2. С. 65–71. DOI: 10.20953/1817-7646-2022-2-65-71.
4. Мальцева Г.С., Дроздова М.В., Рязанцев С.В. и др. Тактика консервативного лечения хронического аденоидита у детей // Вестник оториноларингологии. 2019. Vol. 84. N. 2. P. 36–39. DOI: 10.17116/otorino20198402136.
5. Wang P., Kong W., Shan Y. The efficacy and safety of Chinese herbal compound or combined with western medicine for pediatric adenoidal hypertrophy: A protocol for systematic review and meta-analysis // Medicine (Baltimore). 2020. Vol. 99. N. 36. P. e22023. DOI: 10.1097/MD.00000000000022023.
6. Приказ № 335 МЗ РФ от 29.11.95 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении», официальное письмо генеральной прокуратуры РФ № 74/1-217-2017 от 25.04.2017.
7. Федеральный закон РФ № 61-ФЗ от 12.04.2010. «Об обращении лекарственных средств».
8. Lütke R., Rutten A.L.B. The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials // J. Clin. Epidemiol. 2008. Vol. 61. N. 12. P. 1197–1204. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2008.06.015.
9. Stub T., Kristoffersen A.E., Overvåg G. et al. Adverse effects in homeopathy. A systematic review and meta-analysis of observational studies // Explore

- (NY). 2022. Vol. 18. N. 1. P. 114–128. DOI: 10.1016/j.explore.2020.11.008. PMID: 33303386.
10. Радциг Е.Ю., Давыдова О.В., Кизева А.Г., Егина А.Д. Сравнение эффективности различных вариантов консервативного лечения воспаления глоточной миндалины у детей // Вестник оториноларингологии. 2022. Т. 87. № 4. С. 38–44. DOI: 10.17116/otorino20228704138.
 11. Берике В. *Materia Medica гомеопатических препаратов*. М.: Гомеопатическая медицина, 2016. 720 с.
 12. Моррисон Р. *Настольный справочник ключевых и подтверждающих симптомов*. М.: Гомеопатическая медицина, 2016. 536 с.
 13. Quillard M., Mouillet J. *Schémas & Protocoles en Pédiatrie* // CEDH France. 2015. 282 с.
 14. Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean Y. *Pharmacology and homeopathic materia medica* // CEDH France. 2003. 960 с.
 15. Jouanny J, Carpanne J.-B., Dancer H., Masson J.-L. *Homeopathic therapeutics: possibilities in acute pathology*. France: Boiron ed., 1996. 236 p.
 16. Guermontprez M. *Homéopathie: Principes – Clinique-Techniques* CEDH. France, 2006. 1164 p.
 17. Гранжорж Дидье. *Исцеление гомеопатией: гомеопатия в острых случаях / Пер. с франц.* СПб.: Центр гомеопатии, 2005. 312 с.
 18. Sherkatolabbasieh H., Firouzi M., Shafizadeh S., Amiri I. Antibiotic susceptibility evaluation of bacterial agents causing infection in children with acute tonsillopharyngitis // *Infect. Dis. Drug. Targets*. 2021. Vol. 21. N. 6. P. e170721187997. DOI: 10.2174/1871526520666201116102441. PMID: 33200718.
 19. Piñeiro Pérez R., Álvarez González F., Baquero-Artigao F. et al. Grupo Colaborador de Faringoamigdalitis Aguda en Pediatría; Grupo Colaborador de Faringoamigdalitis Aguda en Pediatría. *Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda [Diagnosis and treatment of acute tonsillopharyngitis. Consensus document update]* // *An. Pediatr. (Engl. Ed.)*. 2020. Vol. 93. N. 3. P. 206.e1–206.e8. DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.05.004. PMID: 32605870.
 20. Резолюция Экспертного совета «Принципы рациональной антибиотикотерапии респираторных инфекций у детей. Сохраним антибиотики для будущих поколений». 31 марта 2018 г., Москва // *Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2018. Т. 3. С. 10–15. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.3.10-15.
 21. Козлов Р.С. и др. Ингибиторозащищенный амоксициллин с повышенным содержанием амоксицилина и соотношением действующих компонентов 14 : 1: место в лечении внебольничных инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов у детей. Резолюция экспертного совета // *Клинический разбор в общей медицине*. 2021. № 2. С. 6–14.
 22. van Driel M.L., De Sutter A.I., Thorning S., Christiaens T. *Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis* // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021. Vol. 3. N. 3. P. CD004406. DOI: 10.1002/14651858.CD004406.pub5. PMID: 33728634; PMCID: PMC8130996.

23. Cingi C., Songu M., Ural A. et al. Effect of chlorhexidine gluconate and benzydamine hydrochloride mouth spray on clinical signs and quality of life of patients with streptococcal tonsillopharyngitis: multicentre, prospective, randomised, double-blinded, placebo-controlled study // *J. Laryngol. Otol.* 2011. Vol. 125. N. 6. P. 620–625. DOI: 10.1017/S0022215111000065. PMID: 21310101.
24. Евсикова М.М., Радциг Е.Ю., Варавина М.А. Роль β-гемолитического стрептококка группы А в этиологии острой воспалительной патологии глотки у детей и подростков // *Вестник оториноларингологии.* 2020. Т. 85. № 1. С. 22–24.
25. Радциг Е.Ю., Евсикова М.М., Луговая Ю.В. Клинико-этиологические особенности течения острого воспаления глотки у детей разных возрастных групп // *Педиатрия.* 2021. Т. 100. № 1. С. 130–135.
26. De Lorenzi. Valutazione dei successi terapeutici di ketoprofene sale di lisina granulato in bustine in pazienti affetti da patologie infiammatorie delle alte vie aeree. Studio controllato, In doppio cieco, double-dummy, verso nimsullida granulato in bustine (KSL0195). 1997.
27. Panerai A.E. Trends in Medicine. 2011. Vol. 11. N. 4. P. 163–177.
28. Карпова Е.П. и др. Использование нестероидных противовоспалительных средств для купирования болевого синдрома после тонзиллотомии у детей (Исследование ОКТАВА) // *Вестник оториноларингологии.* 2017. Т. 82. № 5. С. 48–51.
29. Passali D., Volonte M., Passali G.S. et al. Efficacy and safety of ketoprofen lysine salt mouthwash versus benzydamine hydrochloride mouthwash in acute pharyngeal inflammation: a randomized, single-blind study // *Clin. Ther.* 2001. Vol. 23. N. 9. P. 1508–1518.
30. Berditsch M., Lux H., Babii O. et al. Therapeutic Potential of Gramicidin S in the Treatment of Root Canal Infections // *Pharmaceuticals (Basel).* 2016. Vol. 9. N. 3. P. 56. DOI: 10.3390/ph9030056. PMID: 27618065. PMCID: PMC5039509.
31. Berditsch M., Jäger T., Stempel N. et al. Synergistic effect of membrane-active peptides polymyxin B and gramicidin S on multidrug-resistant strains and biofilms of *Pseudomonas aeruginosa* // *Antimicrob. Agents Chemother.* 2015. Vol. 59. N. 9. P. 5288–5296. DOI: 10.1128/AAC.00682-15. PMID: 26077259. PMCID: PMC4538509.
32. Zheng J., Gänzle M.G., Lin X.B. et al. Diversity and dynamics of bacteriocins from human microbiome // *Environ Microbiol.* 2015. Vol. 17. N. 6. P. 2133–2143. DOI: 10.1111/1462-2920.12662. PMID: 25346017.
33. Polin A.N., Egorov N.S. Structural and functional characteristics of gramicidin S in connection with its antibiotic activity // *Antibiot. Khimioter.* 2003. Vol. 48. N. 12. P. 29–32.
34. Popkin D.L., Zilka S., Dimaano M. et al. Cetylpyridinium Chloride (CPC) Exhibits Potent, Rapid Activity Against Influenza Viruses in vitro and in vivo // *Pathog. Immun.* 2017. Vol. 2. N. 2. P. 252–269. DOI: 10.20411/pai.v2i2.200. PMID: 28936484; PMCID: PMC5605151.
35. Muñoz-Basagoiti J., Perez-Zsolt D., León R. et al. Mouthwashes with CPC Reduce the Infectivity of SARS-CoV-2 Variants In Vitro // *J. Dent. Res.* 2021. Vol. 100. N. 11. P. 1265–1272. DOI: 10.1177/002203452111029269. PMID: 34282982.

36. Alvarez D.M., Duarte L.F., Corrales N. et al. Cetylpyridinium chloride blocks herpes simplex virus replication in gingival fibroblasts // *Antiviral Res.* 2020. Vol. 179. P. 104818. DOI: 10.1016/j.antiviral.2020.104818. PMID: 32423887.
 37. Statkute E., Rubina A., O'Donnell V.B. et al. Brief Report: The Virucidal Efficacy of Oral Rinse Components Against SARS-CoV-2 In Vitro // *bioRxiv* 2020. Vol. 11. N. 13. P. 381079. DOI: 10.1101/2020.11.13.381079; Antiseptic Mouthwash / Pre-Procedural Rinse on SARS-CoV-2 Load (COVID-19) (AMPoL) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04409873>.
 38. LeBel G., Vaillancourt K., Morin M.P. et al. Antimicrobial Activity, Biocompatibility and Anti-inflammatory Properties of Cetylpyridinium Chloride-based Mouthwash Containing Sodium Fluoride and Xylitol: An In Vitro Study // *Oral. Health Prev. Dent.* 2020. Vol. 18. N. 1. P. 1069–1076. DOI: 10.3290/j.ohpd.b871071.
 39. Chen H.Q., Zhang Z.H., Zhou L. et al. Effect of cetylpyridinium chloride Buccal Tablets on perioperative application of OSAHS patients // *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2017. Vol. 31. N. 14. P. 1123–1126. DOI: 10.13201/j.issn.1001-1781.2017.14.018.
 40. Радциг Е.Ю., Котова Е.Н., Злобина Н.В. и др. Острый фарингит и тонзиллофарингит у детей – вопрос выбора препарата для местного применения // *Вопросы практической педиатрии.* 2016. Т. 11. № 4. С. 18–23.
 41. Захарова И.Н., Геппе Н.А., Сугян Н.Г. и др. Топические этиотропные препараты в терапии инфекционно-воспалительных заболеваний глотки у детей дошкольного возраста. Результаты многоцентрового рандомизированного клинического исследования // *Российская оториноларингология.* 2021. Т. 20. № 1. С. 99–113. DOI: 10.18692/1810-4800-2021-1-99-113.
-

Подписано в печать 20.03.2023. Формат 60×90 ¹/₁₆.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 1,75 усл. печ. л. Тираж 12 000 экз. Заказ № .

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12.
Тел.: 8 (495) 921-39-07.
E-mail: info@geotar.ru, <http://www.geotar.ru>.

Отпечатано в