

4. B.C. Johnston, A.L. Supina, M. Ospina, S. Vohra. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea // *Cochrane Database Syst Rev*. 2007, Apr. 18; (2): CD004827.
5. D'Souza A.L., Rajkumar C., Cooke J., Bulpitt C.J. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhea: meta-analysis // *BMJ*. 2002; 324: 1361.
6. B.C. Johnston, A.L. Supina, S. Vohra. Probiotics for pediatric antibiotic-associated diarrhea: a metaanalysis of randomized placebo-controlled trials // *CMAJ*. 2006 Aug 15; 175 (4): 377–83. Erratum in: *CMAJ*. 2006, Sep. 26; 175 (7): 777.
7. M. La Rosa et al. Prevention of antibiotic-associated diarrhea with *Lactobacillus sporogenes* and fructooligosaccharides in children. A multicentric doubleblind vs placebo study Minerva // *Pediatr*. 2003, Oct; 55 (5): 447–52.
8. Ивашкина Н.Ю., Ботина С. Г. Оригинальный отечественный пробиотик аципол: молекулярно-биологические и метаболические характеристики // *РЖГК*. 2009; 2: 58–64. Ivashkina N.Y., Botina S.G. The original domestic probiotic Acipol: molecular biology and metabolic characteristics // *RJHGK*. 2009; 2: 58–64. (In Russ.)
9. Феклисова Л.В. Результаты применения пробиотика Аципол® у детей с различной инфекционной патологией // *Педиатрия*. 2008; 6: 87–92. Feklisova L.V. The results of the application of probiotic Acipol® in children with various infectious pathologies // *Pediatrics*. 2008; 6: 87–92. (In Russ.)
10. Буланова И.А., Феклисова Л.В., Титова Л.В. Результаты применения лактосодержащих пробиотиков при вирусных диареях у детей раннего возраста // *Детские инфекции*. 2009; 8(2): 58–60. Bulanova I.A., Feklisova L.V., Titova L.V. The results of the application of probiotics laktosoderzhaschih viral diarrhea in infants // *Childrens Infections*. 2009; 8(2): 58–60. (In Russ.)
11. Новокшонов А.А., Соколова Н.В., Бережкова Т.В., Сахарова А.А., Ларина Т.С. Клиническая эффективность и воздействие на микробиоценоз кишечника пробиотика Аципол в комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей // *Педиатрия*. 2007; 2: 87–92. Novokshonov A.A., Sokolova N.V., Berezhkova T.V., Sakharova A.A., Larina T.S. Clinical efficacy and effects on intestinal microbiocenosis Acipol probiotics in the treatment of acute intestinal infections in children // *Pediatrics*. 2007; 2: 87–92. (In Russ.)
12. Кладова О.В., Ивашкина Н.Ю., Шустер А.М., Мартынов В.А. и др. Профилактическая и терапевтическая эффективность Аципола при антибиотико-ассоциированной диарее у детей // *Детские инфекции*. 2009; 8(1): 44–47. Kladova O.V., Ivashkina N.Yu., Shuster A.M., Martianov V.A. et al. Prophylactic and therapeutic efficacy of Acipol with antibiotic-associated diarrhea in children // *Childrens Infections*. 2009; 8(1): 44–47. (In Russ.)
13. О.В. Кладова, О.В. Молочкова, Л.А. Пронина, Л.В. Глазунова и др. Опыт использования лактосодержащего пробиотика при инфекционных заболеваниях у детей, получающих антибактериальную терапию // *Детские инфекции*. 2013; 12(3): 56–61. Kladova O.V., Molochkova O.V., Pronina L.A., Glazunova L.V. et al. Experience of using laktoprobiotics in infectious diseases in children receiving antibiotics // *Childrens Infections*. 2013; 12(3): 56–61. (In Russ.)

Опыт применения гексэтидина у детей с острым тонзиллофарингитом

О. В. ШАМШЕВА, Е. А. ВАЛЬЦ

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Под наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 3-х до 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «острое респираторное заболевание», протекавшее у всех детей с клиническими проявлениями острого тонзиллофарингита, у половины детей — с явлениями ринита, а также ларинготрахеита, трахеобронхита и бронхита. В группе детей, получающих гексэтидин (Гексорал®) (25), отмечалось достоверно более быстрое, по сравнению с контрольной группой (25), уменьшение продолжительности таких симптомов как гиперемия и боль в горле. Наличие у гексэтидина противовирусной и антибактериальной активности позволяет врачу воздержаться от немедленного назначения курса антибактериальной терапии и дает время для ее обоснования (бак. посев на БГСА, Streptatest, АСЛ-О).

Ключевые слова: ОРВИ, боль в горле, вирусно-бактериальные инфекции, лечение, гексэтидин, Гексорал®

Experience with Hexetidine in Children with Acute Tonsillopharyngitis

O. V. Shamsheva, E. A. Waltz

Russian National Research Medical University after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

We observed 50 children aged 3 to 15 years, admitted to hospital with a diagnosis of acute respiratory disease, occurring in all children with clinical manifestations of acute tonsillopharyngitis, half of the children — with symptoms of rhinitis and laryngotracheitis, tracheobronchitis and bronchitis. In the group of children receiving hexetidine (25) had a significantly faster compared to the control group (25), reducing the duration of symptoms such as redness and pain in the throat. The presence of hexetidine antiviral and antibacterial activity allows the physician to refrain from the immediate purpose of the course of antibiotic therapy, and allows time for her studies.

Keywords: acute respiratory viral infection, sore throat, viral and bacterial infections, treatment, hexetidine

Контактная информация: Шамшева Ольга Васильевна — д.м.н., проф., зав. кафедрой инфекционных болезней у детей РНИМУ МЗ РФ; г. Москва; +7(499) 236-25-51; ch-infection@mail.ru

Shamsheva Olga — Ph.D., Professor, Head of the Department of Infectious Diseases in Children, Russian National Research Medical University after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation; Moscow; +7 (499) 236-25-51; ch-infection@mail.ru

UDC 615.37:616.2

Острый тонзиллофарингит является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний во всем мире. Боль в горле занимает второе место по частоте

жалоб при ОРЗ после кашля [1]. В США ежегодно врачами общей практики и педиатрами осуществляется до 15 миллионов консультаций в связи с подобной жалобой [2].

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) — острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). Термин ОТФ является объединяющим для острого воспаления небных миндалин (острый тонзиллит) и острого воспаления задней стенки глотки (острый фарингит), т.к. в подавляющем большинстве случаев имеет место воспаление обеих локализаций.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра различают:

J03 Острый тонзиллит.

J03.0 Стрептококковый тонзиллит.

J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями.

J03.9 Острый тонзиллит неуточненный.

Выделяют также:

— герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит [вызванный вирусом простого герпеса] (B 00.2)

— гриппозный (вирус гриппа идентифицирован (J 10.1), вирус гриппа не идентифицирован (J 11.1)

— при инфекционном мононуклеозе (B 27)

— энтеровирусный везикулярный фарингит или «герпангина» (B 08.5).

Острый тонзиллофарингит — распространенное заболевание во всех возрастных группах, в т. ч. у детей, начиная со 2-го года жизни. У новорожденных и детей до года миндалины еще окончательно не развиты и в функциональном отношении малоактивны. Рыхлые, зернистые и гиперемизированные слизистые оболочки небных миндалин у детей до года, свидетельствующие об их активном формировании и развитии, при осмотре часто принимаются за воспалительный процесс, по поводу которого проводятся различные терапевтические мероприятия [3].

Острый тонзиллофарингит является полиэтиологичным заболеванием и требует обязательной этиологической расшифровки. Чаще всего заболевание вызывается вирусами (аденовирус, вирус парагриппа, респираторно-синтициальный вирус, риновирус). Не исключена роль энтеровирусов (Коксаки В и др.), вируса Эпштейна-Барр. Бактериальная этиология выявляется в 25–30% случаев, из которых основным бактериальным агентом (90–95%) является бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА), реже — стрептококки групп С и G, еще реже — гонококки, анаэробы, дифтерийная палочка [4]. Считается, что вирусные формы ОТФ преобладают у детей до 3 лет (70–90%), после 5 лет учащаются бактериальные формы (до 30–50%). Кроме того, возбудителями острого воспаления небных миндалин могут быть и другие бактерии — спирохеты (ангина Симановского-Плаута-Венсана), анаэробы. Острый тонзиллит — один из основных симптомов таких заболеваний, как дифтерия (*Corynebacterium diphtheriae*) и гонорея (*Neisseria gonorrhoeae*).

Дифференциальная диагностика острых тонзиллитов имеет принципиальный характер, т.к. несет в себе решение важной задачи — рациональное назначение системной антибактериальной терапии. По данным С.О. Ключ-

никова, из общего числа детей первого года жизни каждому пятому (20,5%) в амбулаторных условиях назначаются антибактериальные препараты; к 3-х летнему возрасту число детей, получающих антибиотики, увеличивается до 28%, а к 7-ми летнему возрасту достигает 79,2% [5]. Детям с тонзиллофарингитом антибиотики на амбулаторном этапе назначаются в 85–100% (из них более чем в 40% — парентерально), а в условиях стационара — в 98% случаев (в 90% случаев — парентерально) [6]. В тоже время необходимо отметить, что у детей до 3 лет чаще всего встречается острая респираторная вирусная инфекция, при этом вероятность БГСА-тонзиллита в возрасте до 2 лет минимальная — всего 3%.

Наибольшая распространенность острого стрептококкового тонзиллофарингита имеет место в детском (старше 3 лет) и пиком — в подростковом возрасте. По данным НЦЗД РАМН, лишь в подростковом возрасте доля бактериальных возбудителей в этиологии тонзиллита у госпитализированных детей достигает 50% [7].

Таким образом, лишь небольшая часть детей с острым тонзиллофарингитом (20–30%) нуждается в лечении антибиотиком. Однако на практике вероятность ошибки в дифференциальной диагностике вирусной и бактериальной форм тонзиллита высока из-за сходства их клинических проявлений. С другой стороны, в последние годы продемонстрирована крайне низкая информативность уровня маркеров воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, «сдвиг влево», СОЭ, С-реактивный белок, прокальцитонин), которые могут иметь место как при бактериальном, так и вирусном тонзиллофарингите.

Золотым стандартом диагностики бактериальной инфекции считается микробиологическое исследование мазка из глотки с использованием 5% бараньего кровяного агара или с добавлением эритроцитарной массы. Несмотря на высокую, близкую к 100%, чувствительность, данный метод не дает быстрого результата: предварительный результат может быть оценен через 24 часа, окончательный — через 48–72 часа. Получить результаты анализов «у постели больного» можно экспресс-тестированием. Данный метод основан на комбинации моноклонального окрашивающего конъюгата и поликлональных, адсорбированных на твердой фазе, антител к поверхностному антигену БГСА, которые при связывании со стрептококковым антигеном, выделенным из мазка с поверхности глотки, образуют окрашенную полосу в тестовом устройстве. В любом случае при выделении БГСА назначается курс системной антибактериальной терапии сроком до 10 дней с целью эрадикации возбудителя и профилактики осложнений. Выбор антибиотика основывается на 100% чувствительности штаммов бета-гемолитического стрептококка группы А *in vitro* к природному пенициллину а, следовательно, ко всем бета-лактамам препаратам последующих поколений. В связи с невысокой комплаентностью терапии (не все пациенты выдерживают такой длительный курс) актуальным является поиск новых средств с укороченным курсом. В литературе есть

данные об эффективном применении азитромицина в лечении бактериальных тонзиллитов в дозе 60 мг/кг (20 мг/кг/сут 3 дня или 12 мг/кг/сут 5 дней), что вошло в рекомендации по его применению в Европе и США [8]. Исследования, проведенные в НЦЗД РАМН, позволили сформулировать рекомендации по антибактериальному лечению острых тонзиллитов, где основной упор делается на клинику ОТФ. Так, у больного с ОТФ, протекающем без катара и кашля, вероятно бактериальная этиология болезни. В этих случаях антибиотик можно назначить до или после получения данных посева и определения уровня АСЛ-О (задержка лечения на 1–2 дня не увеличивает риска развития ревматизма). При быстром падении температуры лечение продолжают, а в отсутствие эффекта от лечения и при отрицательных данных анализов антибиотик отменяют. Вероятность БГСА-этиологии тонзиллита несколько выше у детей старше 4–5 лет, особенно в весенне-летний сезон.

Больным ОТФ, протекающем с кашлем, назофарингитом, конъюнктивитом, при лейкоцитозе $>15 \times 10^9/\text{л}$, антибиотик не назначают до получения результатов анализов (посева на БГСА, крови на АСЛ-О, ПЦР и/или серологии на ВЭБ). При невозможности обследования и/или в случае, если антибиотик был назначен и не дал эффекта в течение 48 часов, его отменяют [8].

Независимо от генеза тонзиллита в большинстве случаев лечение может проводиться в амбулаторных условиях. Одним из основных условий успешного лечения, учитывая инфекционный характер заболевания, является изоляция больного с использованием одноразовых масок, посуды и др. Наличие гнойных осложнений является показанием к госпитализации.

Учитывая трудности в дифференциальной диагностике вирусной и бактериальной форм острого тонзиллита, особую роль приобретает местная терапия, представленная широким спектром средств в виде полосканий, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания. Несмотря на то, что местная терапия не может заменить системную антибактериальную, она оказывает противовоспалительное и местное антисептическое и антибактериальное действие.

Помимо фитопрепаратов (настой ромашки, шалфей), обладающих свойствами природных антисептиков, широко используются синтетические местные антисептики, к которым относятся: бензалкония хлорид, гексэтидин, дихлорбензил, амилметакрезол, хлоргексидин, препараты йода, октенидин, мирамистин, биклотимол, сульфаниламиды и др.

Для санирования горла при бактериальных фарингитах, в качестве антисептического аэрозоля, используется Гексорал® (активное вещество hexetidine, гексэтидин), противомикробное действие которого связано с подавлением окислительных реакций метаболизма микроорганизмов. Препарат обладает широким спектром антибактериального и противогрибкового действия, в частности в отношении грамположительных бактерий и грибов рода *Candida*,

однако Гексорал® может также оказывать эффект при лечении инфекций, вызванных, например, *Pseudomonas aeruginosa* или *Proteus spp.* В концентрации 100 мг/мл препарат подавляет большинство штаммов бактерий. Развития устойчивости не наблюдается. Гексэтидин обладает и симптоматическим действием, оказывая анестезирующее действие на слизистую оболочку ротоглотки. Гексэтидин очень хорошо адгезируется на слизистой оболочке и практически не всасывается. После однократного применения действующего вещества его следы обнаруживают на слизистой оболочке десен в течение 65 час. В бляшках на зубах активные концентрации сохраняются в течение 10–14 час. после применения.

Выраженная активность гексэтидина в отношении различных бактерий и грибов была установлена в ряде исследований как *in vitro*, так и *in vivo*. Так, в 2013 году в проспективном многоцентровом микробиологическом исследовании, включившем в себя 12 центров и 10 городов Центрального, Южного, Приволжского, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов России, у пациентов с клинически и лабораторно подтвержденной бактериальной инфекцией различной локализации определялась чувствительность 589 клинических штаммов *S. pyogenes* к 9 антимикробным препаратам: пенициллину, эритромицину, клиндамицину, левофлоксацину, тетрациклину, хлорамфениколу, ко-тримоксазолу, ванкомицину и гексэтидину. Результаты исследования показали, что *S. pyogenes* сохраняет высокую чувствительность к пенициллинам: чувствительными к пенициллину были 100% штаммов БГСА. Общая частота нечувствительных штаммов к макролидам и линкозамидам не превышала 10,5%. К хлорамфениколу оказались нечувствительны 12,7% изолятов, к эритромицину — 3%, к клиндамицину — 0,7%. Ванкомицин проявлял 100% активность в отношении всех исследованных штаммов. Наименьшей активностью среди всех исследованных препаратов обладали тетрациклин и хлорамфеникол, нечувствительными к которым были 39,9 и 12,7% штаммов соответственно, что в сочетании с их фармакодинамическими характеристиками свидетельствует о невозможности использования этих антибиотиков в качестве потенциальных препаратов эмпирической терапии инфекций, вызванных БГСА, в Российской Федерации в настоящее время. В то же время, гексэтидин продемонстрировал бактерицидную активность в отношении *S. pyogenes* с высоким (16 мг/л) и низким (4 мг/л) значением МПК (минимальная концентрация антимикробного препарата), подавляющей видимый рост микроорганизма. Данный факт отражен в научном отчете «О результатах изучения роли, этиологии, и устойчивости к антимикробным препаратам, включая гексэтидин, клинических штаммов *Streptococcus pyogenes* в различных регионах России» [9].

В зарубежной литературе имеются данные о противовирусной активности «гексэтидина — ополаскивателя полости рта для Европы» в эксперименте против 2-х оболочечных вирусов (гриппа и простого герпеса), и это, нес-

Таблица 1. Общая характеристика обследуемых детей, $n = 50$

Параметры	Основная группа (получала Гексорал®)	Группа сравнения (не получала Гексорал®)
Количество детей	25 (50%)	25 (50%)
— мальчики, n (%)	16 (32%)	13 (26%)
— девочки, n (%)	9 (18%)	12 (24%)
Средний возраст	7,72	7,27

смотря на тот факт, что вирусы отличаются по своему геному: ВПГ является ДНК-содержащим вирусом, а вирус гриппа — РНК-содержащим вирусом [10]. Был сделан вывод о том, что действие гексэтидина направлено на липидсодержащий суперкапсид обоих вирусов.

Аналогичные исследования были проведены в России в ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского». В доклинических испытаниях была изучена *in vitro* противовирусная активность препаратов Гексорал® в виде 0,2% раствора и 0,1% аэрозоля для местного применения, а также субстанции гексэтидин, входящей в состав этих препаратов, в отношении вирусов, поражающих респираторный тракт человека, и вируса герпеса. Показано, что нецитотоксические концентрации гексэтидина, как в виде субстанции, так и в составе раствора и аэрозоля Гексорал®, характеризовались способностью в течение короткого периода экспозиции (30 сек.) в 100 и более раз инактивировать инфекционные свойства высоковирулентного вируса гриппа А/Н5N1, пандемического вируса гриппа А/Н1N109pdm, респираторно-синцитиального вируса и вируса простого герпеса I типа. Установлено, что вирулицидный эффект препарата Гексорал® обусловлен действием гексэтидина [11].

Эффективность и безопасность гексэтидина была продемонстрирована и в ряде клинических исследований. Так, в рандомизированном открытом сравнительном исследовании показано, что уже на 3-и сутки приема препарата по поводу ОТФ у детей с различной соматической патологией происходит статистически более значимое, по сравнению с группой детей, получавших другой антисептик, уменьшение всех изменений в ротоглотке, нормализация изменений показателей общего анализа крови (СОЭ, уровня лейкоцитов); на 5–7-е сутки все симптомы воспалительного процесса купировались. Случаев обнаружения БГСА при бактериологическом исследовании отмечено не было, отсутствие данного возбудителя подтверждалось также отрицательным результатом экспресс-диагностики («Стрептатест»). Переносимость местной терапии была хорошей; в ходе исследования нежелательных лекарственных реакций не отмечалось [12]. На фоне лечения препаратом Гексорал® число возбудителей в ротоглотке достоверно сокращалось ($p < 0,0105$), а некоторые элиминировались полностью. Применение Гексорала® у 82 подростков и взрослых с острым тонзиллофарингитом, в том числе осложненным, также приводило к существенному снижению уровня микрофлоры в полости рта и, кроме того, способствовало

уменьшению сроков госпитализации [12]. Включение гексэтидина в терапию ОРВИ у детей с хронической ЛОР-патологией сокращало продолжительность как местных, так и системных симптомов заболевания [13].

Таким образом, на территории РФ в настоящее время β -лактамы антибиотики (пенициллины) сохраняют 100% *in vitro* активность в отношении *S. pyogenes*, и могут быть рекомендованы для эмпирической и этиотропной терапии инфекций, вызванных БГСА. Показанием к назначению антибактериальной терапии при ОТФ является выделение бета-гемолитического стрептококка группа А посевом мазка из зева, чувствительность которого достигает 90% или применение экспресс-методов, позволяющих за 15–20 минут с высокой специфичностью (порядка 90%) при чувствительности до 95%, получить положительный результат. Специфических клинических симптомов, указывающих на природу острого воспаления небных миндалин, не существует. С этих позиций является оправданным применение местных препаратов, обладающих антимикробным и противовирусным действием. Не исключается совместное применение системного антибиотика и местного антимикробного препарата.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата Гексорал® у детей с острым тонзиллофарингитом.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в период эпидемического подъема заболеваемости ОРЗ с октября 2014 года по март 2015 года на базе инфекционного отделения МДГКБ г. Москвы.

Под наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 3-х до 15 лет (медиана возраста — 7,5), госпитализированных в стационар с диагнозом «острое респираторное заболевание». Мальчиков было 29, девочек — 21. Общая характеристика обследуемых детей, включая возраст и гендерные признаки, представлена в таблице 1.

Как видно из данных таблицы, по полу и возрасту детей основная и группа сравнения были репрезентативны.

Результаты и их обсуждение

Диагноз заболевания был верифицирован по общепринятым критериям. При этом у всех детей отмечались повышение температуры тела, у большинства детей — жалобы на боль в горле, катаральный ринит (не гнойный), кашель.

ОРЗ у наблюдаемых нами детей было вирусной или вирусно-бактериальной этиологии и протекало у всех де-

Гексорал®

ОТ БОЛИ В ГОРЛЕ ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ

УНИЧТОЖАЕТ ДО

99%

ВИРУСОВ!



ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ НАСАДКИ

- ✓ **Гигиенично.** 4 разные насадки помогут предотвратить распространение инфекции в семье.
- ✓ **Экономично**². Одного флакона хватает для лечения 4-х человек.
- ✓ **Удобно.** Насадки не нужно дезинфицировать перед использованием другими членами семьи.
- ✓ **Весело.** Цветные насадки, чтобы превратить лечение в игру!

1. П.Г. Дерабин, Г.А. Галегов, В.А. Андропова, А.Г. Ботиков. «Изучение противовирусных свойств препарата «Гексорал» в лабораторных условиях в отношении ряда вирусов, вызывающих острые респираторные инфекции и герпес». Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2015г.

2. При использовании 2 раза в сутки, согласно инструкции Гексорал® аэрозоль для местного применения. Во флаконе содержится 55 доз, при средней длительности лечения 5-7 дней.

ГЕКСОРАЛ®. РУ П N014010/01 от 10.08.2010. МНН: Гексэтидин. ПОКАЗАНИЯ: Симптоматическое лечение при воспалительно-инфекционных заболеваниях полости рта и гортани; профилактика инфекционных осложнений до и после оперативных вмешательств на полости рта и гортани и при травмах, в т. ч. профилактика инфицирования альвеол после экстракции зуба; гигиена полости рта, в т. ч. для устранения неприятного запаха изо рта. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; эрозивно-десквамозные поражения слизистой оболочки полости рта; детский возраст до 3 лет. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Нарушения со стороны иммунной системы. Очень редко: реакции гиперчувствительности (в том числе крапивница), ангионевротический отек. Нарушения со стороны нервной системы. Очень редко: агевзия, дисгевзия. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения. Очень редко: кашель, одышка, обусловленная появлением реакции гиперчувствительности. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Очень редко: сухость во рту, дисфагия, тошнота, увеличение слюнных желез, рвота. Общие расстройства и нарушения в месте введения. Очень редко: реакции в месте нанесения (в том числе раздражение слизистой оболочки полости рта и глотки, ощущение жжения, парестезия ротовой полости, изменение окраски языка, воспаление, образование пузырей и изъязвления).

ООО «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН», РОССИЯ 121614, Г. МОСКВА, УЛ. КРЫЛАТСКАЯ, 17, КОРП. 2. 8 (495) 726-55-55, www.hexoral.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Таблица 2. Распределение детей по нозологическим формам

Нозология	Основная группа	Группа сравнения
ОРЗ, всего	25	25
Острый тонзиллофарингит	25 (100%)	25 (100%)
Острый ринит	10 (40%)	16 (64%)
О. ларинготрахеит	4 (16%)	3 (12%)
О. трахеобронхит	1 (4%)	1 (4%)
О. бронхит	3 (12%)	4 (16%)

Таблица 3. Частота основных клинических симптомов у детей с острым тонзиллофарингитом

Симптомы	Основная группа, n = 25	Группа сравнения, n = 25	Всего, n = 50
Т до 38°C	16 (64%)	13 (52%)	29 (58%)
Т до 39°C	9 (36%)	12 (48%)	21 (42%)
Гиперемия ротоглотки	25 (100%)	25 (100%)	50 (100%)
Боль в горле	20 (80%)	20 (80%)	40 (80%)
Ринит	10 (40%)	16 (64%)	36 (72%)
Кашель	12 (48%)	14 (56%)	26 (52%)
Вялость	25 (100%)	25 (100%)	50 (100%)
Снижение аппетита	25 (100%)	25 (100%)	50 (100%)

тей с клиническими проявлениями острого тонзиллофарингита, у половины детей — с явлениями ринита, а также ларинготрахеита, трахеобронхита и бронхита (табл. 2).

Дети, поступавшие в стационар, имели срок давности ОРЗ от нескольких часов до 3 суток; в среднем в основной группе он составил $1,9 \pm 1$ сут., в контрольной группе — $1,76 \pm 1$ сут. Частота основных клинических симптомов у детей с острым тонзиллофарингитом представлена в таблице 3 и на рисунке 1. Как видно из представленных данных, повышение температуры тела, вялость, снижение аппетита отмечались у всех детей основной и группы

сравнения. При этом в половине случаев температура была субфебрильной — 64 и 52% случаев соответственно, у остальных детей она не превышала 39°C. Среднее значение гипертермии зафиксировано в пределах $37,8 \pm 1,4^\circ\text{C}$ в основной группе и $37,5 \pm 1,2^\circ\text{C}$ — в группе сравнения. Жалобы на боль в горле предъявляли 80% детей в обеих группах. В половине случаев выявлялся катаральный синдром в виде ринита и кашля.

Таким образом, все симптомы острого респираторного заболевания распределились в двух исследуемых группах приблизительно одинаково. Продолжительность основных клинических симптомов у детей с острым тонзиллофарингитом представлена на рисунке 2. Продолжительность и интенсивность гипертермии в обеих группах была сравнима и составляла от 24 до 108 час, в среднем 68 час. В то же время, в группе детей, получающих Гексо-

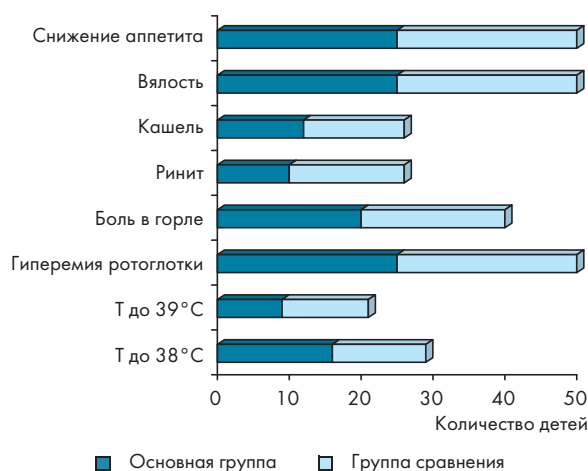


Рисунок 1. Частота основных клинических симптомов у детей с острым тонзиллофарингитом

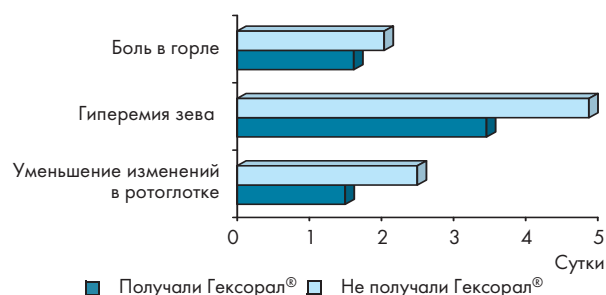


Рисунок 2. Продолжительность основных клинических симптомов у детей с острым тонзиллофарингитом

Таблица 4. Число детей, получавших антибактериальную или противовирусную терапию

Терапия	Основная группа, n = 25	Группа сравнения, n = 25
Антибиотики	(16) 64%	(13) 52%
Противовирусные препараты	(14) 38%	(12) 48%

рал®, отмечалось достоверно более быстрое, по сравнению с группой сравнения, уменьшение продолжительности таких симптомов, как гиперемия и боль в горле. Так, в основной группе уже на $1,5 \pm 0,5$ сутки происходило уменьшение всех изменений в ротоглотке, в то время как в группе сравнения — на $2,5 \pm 0,5$ сутки ($p < 0,05$). Гиперемия зева исчезала на $3,46 \pm 1,0$ сутки в основной группе и на $4,88 \pm 1,0$ сутки в группе сравнения ($p < 0,05$). Боль в горле исчезала на $1,62 \pm 0,5$ сутки в основной группе и на $2,04 \pm 0,5$ сутки в группе сравнения ($p < 0,05$).

Число детей, получавших антибактериальную или противовирусную терапию, распределилось приблизительно одинаково в обеих группах. Данные представлены в таблице 4.

У всех детей, получавших местную терапию, не отмечено ни аллергических, ни каких других нежелательных явлений. Исследование завершили все дети.

Таким образом, учитывая более выраженную положительную динамику клинических проявлений тонзиллофарингита у детей с ОРЗ, а именно гиперемии и боли в горле на фоне проводимой терапии препаратом Гексорал® (активное вещество hexetidine, гексэтидин), можно рекомендовать его в педиатрическую практику в качестве средства для лечения воспалительных заболеваний ротоглотки у детей. Наличие у гексэтидина противовирусной и антибактериальной активности позволяет врачу воздержаться от немедленного назначения курса антибактериальной терапии и дает время для ее обоснования (бак. посев на БГСА, Streptatest, АСЛ-О).

Литература/References:

1. Геппе Н.А., Дронов И.А. Роль экспресс-диагностики в выборе рациональной терапии тонзиллофарингита у детей // Докт.ру. 2012; № 9(77): 43–48.
Geppe N.A., Dronov I.A. Role of rapid diagnosis in the selection of rational therapy tonsillopharyngitis children // Doktor.Ru. 2012; №9 (77): 43–48. (In Russ.)
2. Абдулкеримов Х.Т., Гаращенко Т.И., Кошель В.И., Рязанцев С.В., Свистушкин В.М. Тонзиллофарингиты / под ред. С.В. Рязанцева. — СПб.: Полифорум Групп, 2014. — 40 с.
Abdulkirimov H.T., Garashchenko T.I., Koshel V.I., Ryazantsev S.V., Svistushkin V.M. [Tonsillopharyngitis] / ed. S.V. Ryazantsev. — SPb.: Poliforum Group, 2014. — 40 p. (In Russ.)
3. Детская оториноларингология: учебник для вузов / М.Р. Богомилский, В.Р. Чистякова — 2-е изд., 2007. — 576 с.
[Children's otolaryngology: a textbook for high schools] / M.R. Bogomilsky, V.R. Chistyakova — 2nd ed, 2007. — 576 p. (In Russ.)
4. Дарманиян А.С. Совершенствование методов диагностики и лечения острых тонзиллитов у детей: Автореф. дисс. ... к.м.н. — Москва, 2010.
Darmanyan A.S. [Improving the diagnosis and treatment of acute tonsillitis in children]: Author. diss. ... MD. — Moscow, 2010. (In Russ.)
5. Ключников С.О. Полипрагмазия: пути решения проблемы // Детские инфекции. 2014; 13(4): 36–41.
Kluchnikov S.O. Polypragmasy: solutions to the problem // Children's Infections. 2014; 13 (4): 36–41. (In Russ.)
6. Свистушкин В.М. Эмпирическая антибактериальная терапия при острых воспалительных заболеваниях верхних отделов дыхательных путей // Русский медицинский журнал. 2005; 13(4): 216–219.
Svistushkin V.M. Empirical antibiotic therapy in acute inflammatory diseases of the upper respiratory tract // Russian Medical Journal. 2005; 13 (4): 216–219. (In Russ.)
7. Таточенко В.К., Дарманиян А.С. Острый тонзиллит у детей // iDOCTOR. 2015; №1 (30): 22–24.
Tatochenko V.K., Darmanyan A.S. Acute tonsillitis in children // iDOCTOR. 2015; №1 (30): 22–24. (In Russ.)
8. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д., Дарманиян А.С. Острые тонзиллиты в детском возрасте: диагностика и лечение // Фарматека. 2009; (14): 65–69.
Tatochenko V.K., Bakradze M.D., Darmanyan A.S. Acute tonsillitis in children: diagnosis and treatment // Farmateka. 2009; (14): 65–69. (In Russ.)
9. Научный отчет «О результатах изучения роли, этиологии и устойчивости к антимикробным препаратам, включая гексэтидин, клинических штаммов *Streptococcus pyogenes* в различных регионах России» // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2013; 15(2), приложение 1.
The scientific report «Results of the study of the role, the etiology and antimicrobial resistance, including Hexetidine, clinical strains of *Streptococcus pyogenes* in various regions of Russia» // Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy. 2013; 15 (2), Annex 1. (In Russ.)
10. Wile D.B., Dinsdale J.R., Joynton D.H. Oraldene: a report on its antibacterial and antifungal properties against oral microflora in healthy people // Curr. Med. Res. Opin. 1986; 10(2): 82–88.
11. Дерябин П.Г., Галегов Г.А., Андропова В.А., Ботиков А.Г. Изучение противовирусных свойств препарата Гексорал in vitro в отношении ряда вирусов, вызывающих острые респираторные инфекции и герпес // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2015; 160(9): 339.
Deryabin P.G., Galegov G.A., Andronova V.A., Botikov A.G. The study of antiviral properties in vitro Hexoral drug against a number of viruses that cause acute respiratory infections and herpes // Bulletin of Experimental Biology and Medicine, 2015; 160 (9): 339. (In Russ.)
12. Кунельская Н.Л. и др. Сочетанная местная терапия при заболеваниях ротоглотки // Вестн. оториноларингологии. 2008; 2: 62–66.
Kunelskaya N.L. et al. Combined local therapy in diseases of the oropharynx // Vestn. otorhinolaryngology. 2008; 2: 62–66. (In Russ.)
13. Усенко Д.В. и др. Эффективность Стоматидина при острых респираторных заболеваниях у детей, протекающих с поражением лимфоидной ткани ротоглотки // Инфекц. болезни. 2010; (1): 88–91.
Usenko D.V. et al. Efficacy Stomatidina with acute respiratory diseases in children, occurring with lesions of the lymphoid tissue of the oropharynx // Infection. Disease. 2010; (1): 88–91. (In Russ.)