

# ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТІВ МІСЦЕВОЇ ДІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

Н.А. Бєлик<sup>1</sup>, Н.А. Плуатаренко<sup>1</sup>, І.В. Губіна<sup>2</sup>, В.В. Головін<sup>3</sup>  
 ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна<sup>1</sup>  
 Луганська міська дитяча лікарня №4, Україна<sup>2</sup>  
 Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, Україна<sup>3</sup>

**Мета:** вивчити ефективність застосування препаратів Терафлю Лар та Декатилен у лікуванні дітей, хворих на гострий фарингіт.

**Пацієнти та методи.** У 64 дітей віком 6–15 років (34 хлопчики та 30 дівчат) з гострим фарингітом, які перебували на лікуванні у вірусному боксованому відділенні Луганської міської дитячої лікарні №4, вивчено ефективність та безпечність препаратів за динамікою клінічної та фарингоскопічної картини, оцінкою батьків і самих пацієнтів. Випадковим відбором діти були розподілені на 2 групи: до 1-ї групи увійшли 33 дитини, які отримували Терафлю Лар у таблетованому вигляді, до 2-ї групи — 31 дитина, яка отримувала препарат місцевої дії Декатилен.

**Результати.** Доведено, що препарат Терафлю Лар при лікуванні гострого фарингіту у дітей характеризувався більш вираженим анальгезуючим ефектом. Зменшення патологічної симптоматики через 7 днів терапії у хворих, які отримували Терафлю Лар, становило мінус 18,22 балу, а в дітей, які отримували Декатилен, — мінус 15,88 балу.

**Висновки.** Висока ефективність сучасного комбінованого препарату Терафлю Лар визначається його активною антисептичною та місцевоанестезуючою дією, доброю переносимістю та зручною для пацієнта формою випуску. Доцільно застосовувати цей препарат у клінічній педіатричній практиці.

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

## Вступ

Захворювання верхнього відділу дихальних шляхів у дітей та підлітків не втрачають своєї актуальності, оскільки, незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні, кількість таких хвороб 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 хронічні вогнища інфекції ЛОР-органів можуть активізувати бактеріальну мікрофлору. При гострому фарингіті, зумовленому бактеріями, виявляються найчастіше стрептококи, в т.ч. 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 часто захворювання ускладнюється розвитком гнійних процесів в оточуючих тканинах із формуванням хронічного тонзилофарингіту. Хронічне запалення слизової оболонки мигдаликів може бути наслідком гострого запалення при неефективному лікуванні або поширення запального процесу з носоглотки та параназальних синусів [8].

Ротоглотка є відкритою екологічною системою, що зберігає динамічну рівновагу мікроорганізмів, які постійно перебувають у ній, за допомогою слини та захисних факторів (лізоцим, секреторний імуноглобулін А, нейтрофіли) [1, 7]. У формуванні мукозального імунітету провідну роль відіграють піднебінні мигдалики. Їх захисна функція реалізується завдяки наявності глибоких крипт, які збільшують корисну площу мигдаликів до 300 см<sup>2</sup>, 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* [8]. При цьому резидентна флора виконує бар'єрну функцію, яка перешкоджає колонізації патогенних мікроорганізмів і надлишковому росту присутніх бактерій [1, 8]. Недостатність будь-якого з вказаних чинників унаслідок частих респіраторних інфекцій у дітей приводить до розвитку дисбіозу ротоглотки з подальшим зниженням рівня секреторного імуноглобуліну А в секреті у 70,0% пацієнтів із хронічним тонзилітом, зменшенням кількості рецепторів до цитокинів, що підвищує ризик формування інфекційної патології верхніх відділів дихальних шляхів, передусім гострого тонзиліту та гострого фарингіту, які у дітей віком до 5 років мають переважно вірусну або вірусно-бактеріальну природу. У дітей старше 5 років більш значущими етіологічними чинниками є β-гемолітичний стрептокок групи А (*S. pyogenes*), С та G, *M. pneumoniae*, *Chl. pneumoniae*, віруси грипу, стафілококи, гриби роду *Candida* та ін. [1, 4, 10].

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

**Мета** дослідження — вивчити ефективність і переносимість препаратів місцевої дії Терафлю Лар і Декатилен у комплексі лікування дітей з гострим фарингітом.

## Матеріал і методи

Під нашим спостереженням перебувало 64 пацієнти віком 6–15 років (34 хлопчики і 30 дівчат) з гострим фарингітом, які перебували на лікуванні у вірусному боксованому

Скарги та об'єктивні дані хворих (на початку лікування)

Скарги та симптоми	Група 1 (n=33)		Група 2 (n=31)	
	абс.	%, M±m	абс.	%, M±m
<i>Скарги</i>				
Біль у горлі	33	100,0±0,0	31	100,0±0,0
Першіння	33	100,0±0,0	31	100,0±0,0
Утруднення 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
<i>Об'єктивні дані</i>				
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

відділенні Луганської міської дитячої лікарні №4 (завідувачка відділення — Т.В. Воронова). Дослідження проводилося 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 увійшли 33 дитини, які отримували Терафлю Лар у таблетованому вигляді, до 2-ї групи — 31 дитина, яка отримувала препарат місцевої дії препарат Декатилен. Лікарські засоби призначалися у віковому дозуванні згідно з інструкцією про застосування на фоні базисної терапії, яка включала рясне тепле пиття, дотримання збалансованої дієти, прийом жарознижувальних і 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 протівірусну активність, низьку швидкість абсорбції зі слизової оболонки порожнини рота й глотки, низьку алергенність; препарат нетоксичний, не подразнює слизову оболонку [5–7]. Один з основних компонентів препарату Терафлю Лар — бензоксонія хлорид практично не абсорбується, його катіонна структура забезпечує мембранотропну активність, завдяки якій відбувається антибактеріальна дія на широкий спектр патогенних аеробних грампозитивних мікробів і грамотрикативні мікроорганізми. Крім того, важливою є антимікотична та протівірусна його активність, в т.ч. й щодо мембранних вірусів грипу, парагрипу та герпесу. Другий компонент препарату — лідокаїн абсорбується через слизову оболонку порожнини рота як місцевий анестетик, блокує натрієві канали нервового волокна, порушує процеси деполаризації мембрани нервової клітки, 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 години (не більше 6 таблеток на добу) протягом 5 днів. Дезодоруючий ефект забезпечується завдяки апельсиновому ароматизатору таблеток [2].

Декатилен (реєстраційний номер UA/6633/01/01) — комплексний препарат, до складу якого входять деквалі-

нія хлорид (0,25 мг) та дибукіаїна гідрохлорид (0,03 мг); призначається у вигляді таблеток для розсмоктування з 4-річного віку. Препарат має противогрибкову та проти-запальну дію, бактерицидний ефект щодо більшості грампозитивних і грамотрикативних бактерій, грибів. Дибукіаїну гідрохлорид забезпечує місцеву знеболювальну дію. Показаннями для призначення препарату є гострі інфекційно-запальні захворювання ротової порожнини та глотки: гінгівіт, ларингіт і фарингіт, стоматит, стани після тонзилектомії та екстракції зубів; для усунення неприємного запаху з рота [6]. Дітям старше 4 років Декатилен призначають по 1 пігулці кожні 3 години, після зменшення симптомів запалення — по 1 таблетці кожні 4 години, дітям у віці старше 12 років — по 1 таблетці кожні 2 години, після зменшення симптомів запалення — по 1 таблетці кожні 4 години. Максимальна денна кількість становить 10–12 таблеток у період гострої фази, 6 таблеток на день — після зникнення запальних симптомів. Рекоменується приймати 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 при одночасному застосуванні з аніонними детергентами (зубна паста) [2].

Тривалість участі в дослідженні одного пацієнта становила не менше 7 днів. Протягом цього часу фіксувалися результати 4 оглядів дитини: при госпіталізації, на 3, 5 та 7-му добу терапії (в т.ч. й при продовженні лікування в амбулаторних умовах).

Комплекс обстеження включав вивчення анамнезу, аналіз скарг за спеціально розробленою анкетною, оцінку тяжкості симптомів (в 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 оцінювалися 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 — відсутня гіперемія, набряклість; 1 — легко виражені; 2 — помірні; 3 — сильно виражені), регіонарний лімфаденіт (0 — відсутній; 1 — помірний; 2 — сильний).

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	
<i>1-а група (n=33)</i>					
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
Регіональний лімфаденіт	1,12	1,15	0,98	0,48	0,64
<b>Усього балів</b>	<b>19,87</b>	<b>9,81</b>	<b>5,30</b>	<b>1,65</b>	<b>18,22</b>
<i>2-а група (n=31)</i>					
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
Регіональний лімфаденіт	1,26	1,16	0,96	0,68	0,58
<b>Усього балів</b>	<b>19,94</b>	<b>12,29</b>	<b>8,97</b>	<b>4,06</b>	<b>15,88</b>

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

Математичну обробку 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 досліджень та їх обговорення

При первинному клінічному обстеженні всі діти скаржилися на біль і першіння в горлі, більшість пацієнтів скаржилися на утруднене ковтання, загальне нездужання та кашель, у кожної третьої дитини реєструвалася підвищена температура тіла (табл. 1).

Як свідчать отримані дані, всі обстежені діти скаржилися на загальне нездужання (середній бал – 1,44 та 1,48 відповідно) і біль (середній бал – 4,12 і 4,26 відповідно) та першіння в горлі (середній бал – 1,74 і 1,62 відповідно). При фарингоскопії у пацієнтів виявлено гіперемію задньої стінки глотки (середній бал – 1,92 і 1,86 відповідно), гіпертрофію фолікулів задньої стінки глотки (2,31 та 2,28 балу), гіперемію піднебінних дужок (2,31 і 2,26 відповідно) різного ступеня, регіональний лімфаденіт (1,12 та 1,26 балу відповідно), (табл. 1).

На відсутність апетиту скаржилися 12,1% дітей 1-ї групи та 16,1% дітей 2-ї групи (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 балу). На початку лікування переважна більшість хворих скаржила-

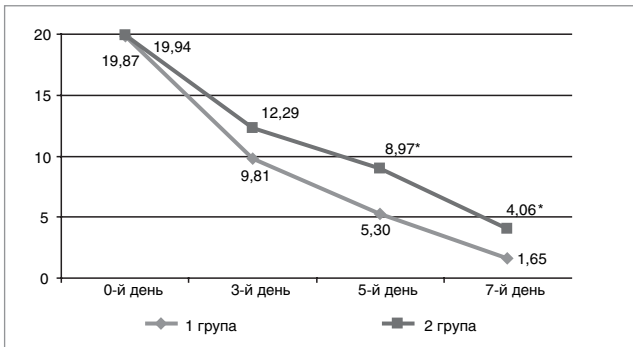
ся на кашель, що носив сухий нав'язливий характер: 81,8% пацієнтів 1-ї групи та 74,2% дітей 2-ї групи (1,41 та 1,36 балу відповідно).

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 відповідно), регіональний 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 години після прийому першої дози препарату більшість хворих вказали на зменшення болісних відчуттів у горлі: 63,6% дітей, які приймали Терафлю Лар, і 51,6% хворих, які приймали Декатилен. Під кінець першої доби терапії поліпшення самопочуття відзначили 75,8% дітей, які отримували 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 спостерігалось 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 балу, на 7-й день – 18,22 балу; у групі хворих, які отримували Декатилен, – 10,97 та 15,88 балу відповідно ( $p < 0,05$ ) (рис. 1).

Серед бактеріальних збудників, виділених зі слизової оболонки мигдаликів і задньої стінки глотки, в обох групах хворих реєструвалися *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,



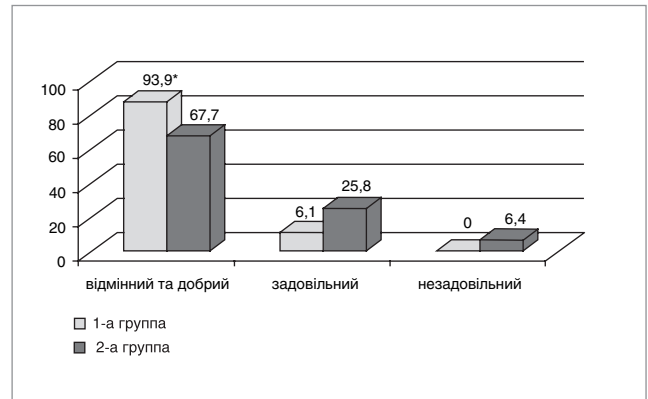
**Рис. 1.** Динаміка суми балів за скаргами та фарингоскопічною картиною протягом лікування в обстежених пацієнтів  
Примітка: \* – вірогідність різниці з групою пацієнтів, які отримували Декатилен (p<0,05).

зменшення питомої ваги дітей, які мали патологічну концентрацію *St. aureus*, було статистично значущим (в 3,1 разу, p<0,05).

Під час дослідження не встановлено побічної дії медичних препаратів, які застосовувалися в комплексній терапії в обох групах.

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

Таким чином, висока ефективність сучасного комбінованого препарату Терафлю Лар визначається його активною антисептичною та місцевоанестезуючою дією, доброю переносимістю та зручністю для пацієнта формою випуску. Отримані результати підтвердили обґрунтова-



**Рис. 2.** Результати лікування за оцінкою батьків (%)  
Примітка: \* – вірогідність різниці з контрольною групою (p<0,05).

ність застосування препарату в клінічній педіатричній практиці.

### Висновки

1. Застосування лікарських засобів місцевої дії Терафлю Лар і Декатилен є ефективним у лікуванні гострого фарингіту в дітей. Поряд з цим препарат Терафлю Лар має більш виражений анальгезуючий ефект вже з першої доби лікування. Зменшення патологічної симптоматики через 7 днів терапії у хворих, які отримували Терафлю Лар, становило мінус 18,22 балу, а у дітей, які отримували Декатилен, – мінус 15,88 балу.

2. З метою більш швидкої регресії симптомів запалення, елімінації патогенної флори, зниження ризику бактеріальної інфекції та інших ускладнень доцільно починати лікування гострого фарингіту в першу добу появи симптомів хвороби, з використанням препарату, який містить топічний антибіотик, анестетик і антисептик.

### ЛІТЕРАТУРА

- Абатуров О.Є. Вплив бактеріоносійства *St. Aureus* та *Str. Hemoliticus* на слизових мигдаликах та носа на стан імунної системи дітей шкільного віку / О.Є. Абатуров, І.Л. Височина // Современная педиатрия. — 2010. — № 2 (30). — С. 151–153.
- Компендиум 2010 — лекарственные препараты / под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. — К.: Морион, 2010. — 2240 с.
- Кривопустов С.П. Острый тонзиллофарингит у детей: вопросы дифференциальной диагностики и лечения / С.П. Кривопустов // Здоровье ребенка. — 2010. — № 1 (22). — С. 94–98.
- 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.
- Морозова С. В. Боль в глотке: причины и возможности медикаментозной терапии / С. В. Морозова // РМЖ. — 2005. — Т. 13, № 21. — С. 1447–1452.
- Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча отоларингологія»: наказ МОЗ України № 181 від 21.04.2005 // Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Педіатрія): нормативне виробничо-практичне видання. — К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ», 2005. — 320 с.
- Рябова М.А. Боль в горле как полиэтиологический симптом / М.А. Рябова // Справочник поликлинического врача. — 2011. — № 1. — С. 42–46.
- Рязанцев С.В. Этиопатогенетическая терапия заболеваний верхних дыхательных путей и уха / С.В. Рязанцев, В.И. Кочеровец // Методические рекомендации. — СПб., 2008. — 98 с.
- 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.
- Щербак И.Б. Топическая терапия при острых воспалительных заболеваниях глотки / И.Б. Щербак // Укр. мед. часопис. — 2011. — № 6 (86). — С. 71–73.

### СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Н.А. Бельх<sup>1</sup>, Н.А. Плуатаренко<sup>1</sup>, И.В. Губина<sup>2</sup>, В.В. Головин<sup>3</sup>

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Украина<sup>1</sup>

Луганская городская детская больница №4, Украина<sup>2</sup>

Луганская областная детская клиническая больница, Украина<sup>3</sup>

**Цель:** изучить эффективность применения препаратов Терафлю Лар и Декатилен в комплексе терапии детей старшего возраста с острым фарингитом.

**Пациенты и методы.** У 64 детей в возрасте 6–15 лет (34 мальчика и 30 девочек) с острым фарингитом, которые находились на лечении в вирусном боксованом отделении Луганской городской детской больницы №4, изучены эффективность и безопасность препаратов по динамике клинической и фарингоскопической картины, оценке родителей и самих пациентов. Случайным отбором дети были распределены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 33 ребенка, которые получали Терафлю Лар в таблетированном виде, во 2-ю группу — 31 ребенок, который получал препарат местного действия Декатилен.

**Результаты.** Препарат Терафлю Лар при лечении острого фарингита у детей характеризовался более выраженным анальгезирующим эффектом. 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.

**Выводы.** Высокая эффективность современного комбинированного препарата Терафлю Лар определяется его активным антисептическим и местноанестезирующим действием, хорошей переносимостью и удобной для пациента формой выпуска. Целесообразно применять этот препарат в клинической педиатрической практике.

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

### COMPERISON OF THE EFFECTIVENESS OF EXTERNAL PREPARATIONS IN THE TREATMENT OF ACUTE PHARYNGITIS IN CHILDREN

N.A. Belykh, N.A. Plugatarenko<sup>1</sup>, I.V. Gubina<sup>2</sup>, V.V. Golovin<sup>3</sup>

SU «Lugansk State Medical University» Ukraina<sup>1</sup>

Lugansk City Children's Hospital № 4, Ukraine <sup>2</sup>

Lugansk Regional Children's Clinical Hospital, Ukraine<sup>3</sup>

**Purpose:** To study the effectiveness of the use of Theraflu Lar and Dekatilen preparations in the complex therapy of over-fives children with acute pharyngitis.

**Patients and methods.** The efficacy and safety of preparations by clinical and pharyngoscopic picture, estimation of parents and the patients themselves are studied in 64 children in the age of 6–15 years (34 boys and 30 girls) with acute pharyngitis who were treated at the viral box department of Lugansk City Children's Hospital № 4. By the method of random selection children were divided into 2 groups: to the 1<sup>st</sup> group were included 33 children who had received Theraflu Lar in tablet form, to the 2<sup>nd</sup> group — 31 children who had received external preparation Dekatilen.

**Results.** In the treatment of acute pharyngitis in children Theraflu Lar is characterized by a pronounced analgesic effect. Reduction of pathological symptoms in patients receiving Theraflu Lar after 7 days of the treatment was minus 18.22 points and in children who had received Dekatilen - minus 15.88 points.

**Conclusions.** The high efficiency of the modern combined preparation Theraflu Lar is defined by its active antiseptic and local anesthetic effects, well tolerance and convenient for the patient presentation. It is reasonable to use this preparation in the clinical pediatric practice.

**Key words:** children, upper respiratory infections, acute pharyngitis.

## НОВОСТИ

#### 94% украинских детей оканчивают школу больными

Только 6% украинских выпускников школ можно назвать относительно здоровыми. Такое заявление сделал министр молодежи и спорта Равиль Сафиуллин. По его словам, это связано с отсутствием в Украине физической культуры.

Чиновник отметил, что в нашей стране спортом занимается только 10% школьников.

Для сравнения — в странах Западной Европы таких 90%. Р.Сафиуллин считает, что ситуация изменится к

лучшему благодаря принятию общегосударственной социальной программы развития физической культуры и спорта на 2013–2017 гг.

Программа предусматривает строительство плавательных бассейнов, многофункциональных спортивных площадок, универсальных спортивных комплексов, оснащение велосипедных дорожек, рекреационных зон и т.п.

**Источник:** <http://medexpert.org.ua/>