

Воспалительные заболевания ротоглотки в реальной клинической практике – новые возможности терапии

Э.Э. Локшина^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0001-6006-7846>, elokshina@yandex.ru

Е.В. Стрига^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-1220-0320>, elenastriga@yandex.ru

О.В. Зайцева^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0003-3426-3426>, olga6505963@yandex.ru

Г.Б. Кузнецов^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-8529-1518>, eorgikuznecov007@yandex.ru

¹ Российский университет медицины (РосУниМед); 127006, Россия, Москва, Долгоруковская ул., д. 4

² Детская городская клиническая больница святого Владимира; 107014, Россия, Москва, ул. Матросская тишина, д. 12А

Резюме

Боль в горле у детей и взрослых – одна из самых частых жалоб при обращении к врачам разных специальностей. Причины болей в горле могут быть инфекционного и неинфекционного характера. Чаще в реальной клинической практике врач имеет дело с проявлениями острого и хронического тонзиллофарингита, ларингита, стоматита, гингивита и другими состояниями.

Статья посвящена описанию и обсуждению 2 клинических случаев пациентов разных возрастных групп с болью в горле. Приведены этапы выполнения диагностического поиска на амбулаторном и стационарном этапе с верификацией клинического диагноза и последующим назначением фармакотерапии. На основании представленных данных показано, что в амбулаторной практике сохраняется проблема нерационального применения антибактериальной терапии пациентам с болью в горле с первых дней наблюдения без подтверждения бактериальной этиологии. Приведенный клинический случай у ребенка раннего возраста демонстрирует превалирование общей симптоматики, прежде всего симптомов интоксикации, отказ от приема пищи, что может косвенно свидетельствовать о наличии болевого синдрома и вирусной этиологии заболевания, что необходимо учитывать в клинической практике. Приведенные клинические случаи демонстрируют возможности мультинаправленной топической терапии у детей разного возраста с выраженной болью в горле, место и преимущество бензидамина гидрохлорида в быстром регрессе воспалительного процесса и купировании болевого синдрома.

Ключевые слова: боль в горле, дети, взрослые, бензидамина гидрохлорид, гингивостоматит

Для цитирования: Локшина ЭЭ, Стрига ЕВ, Зайцева ОВ, Кузнецов ГБ. Воспалительные заболевания ротоглотки в реальной клинической практике – новые возможности терапии. *Медицинский совет*. 2026;20(6):33–39. <https://doi.org/10.21518/ms2026-135>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Inflammatory diseases of the oropharynx in real-life clinical practice – new treatment options

Evelina E. Lokshina^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0001-6006-7846>, elokshina@yandex.ru

Elena V. Striga^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-1220-0320>, elenastriga@yandex.ru

Olga V. Zaytseva^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0003-3426-3426>, olga6505963@yandex.ru

Georgii B. Kuznetsov^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-8529-1518>, eorgikuznecov007@yandex.ru

¹ Russian University of Medicine (ROSUNIMED); 4, Dolgorukovskaya St., Moscow, 127006, Russia

² Children's State Hospital of St Vladimir; 12A, Matrosskaya Tishina St., Moscow, 107014, Russia

Abstract

Sore throat in children and adults is one of the most common complaints presented to physicians of various specialties. The causes of sore throat can be infectious or non-infectious. In real-life clinical practice, physicians most often encounter manifestations of acute and chronic tonsillopharyngitis, laryngitis, stomatitis, gingivitis, and other conditions. This article describes and discusses two clinical cases of patients from different age groups with sore throat. The article outlines the stages of diagnostic workup at the outpatient and inpatient levels, including verification of the clinical diagnosis and subsequent prescription of pharmacotherapy. Based on the presented data, it is demonstrated that in outpatient practice, the problem of irrational use of antibacterial therapy in patients with sore throat from the first days of observation without confirmation of bacterial etiology persists. The presented clinical case in a young child demonstrates the prevalence of general symptoms, primarily those

of intoxication and refusal to eat, which may indirectly indicate the presence of pain and a viral etiology of the disease – factors that must be considered in real-life clinical practice. These clinical cases demonstrate the potential of multi-targeted topical therapy in children of different ages with severe sore throat, as well as the role and advantage of benzydamine hydrochloride in rapidly resolving inflammation and relieving pain.

Keywords: sore throat, children, adults, benzydamine hydrochloride, gingivostomatitis

For citation: Lokshina EE, Striga EV, Zaytseva OV, Kuznetsov GB. Inflammatory diseases of the oropharynx in real-life clinical practice – new treatment options. *Meditsinskiy Sovet*. 2026;20(6):33–39. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-135>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания ротоглотки во врачебной практике (педиатра, терапевта, врача общей практики, оториноларинголога) являются одними из самых распространенных, при этом у детей и подростков они встречаются значительно чаще, чем у взрослых. Так, по данным врачей-оториноларингологов острые и хронические заболевания ротоглотки составляют около 30–40% у детей от 3 до 13 лет, 5–10% у детей младше 3 лет, и 5–15% у взрослых от общего числа наблюдаемых пациентов [1].

В течение года любой человек несколько раз может испытывать неприятные ощущения и боль в горле. При этом дети раннего возраста, в отличие от взрослых, не всегда могут пожаловаться на боль, они могут просто отказать от приема пищи, появляются общие симптомы – беспокойство, плач, крик и/или нарушение сна.

При этом именно болевой синдром может существенно ухудшать качество жизни пациента и требовать от врача быстрых терапевтических решений. Интенсивность болевых ощущений может варьировать у детей разного возраста и взрослых, при воспалительном процессе боль связана с раздражением расположенного на задней и боковых стенках глотки нервного сплетения (*plexus pharyngeus*), которое обеспечивает двигательную и чувствительную иннервацию глотки [2].

Причины болей в горле могут быть инфекционно-го и неинфекционного характера. Чаще в клинической практике мы сталкиваемся с проявлениями острого и хронического тонзиллофарингита, ларингита, стоматита, гингивита и др. Тактика во многом будет определяться причиной основного заболевания у пациентов.

Большинство случаев острой боли в горле имеют вирусную этиологию (аденовирус, коронавирус, риновирус, грипп, энтеровирус, вирусы Коксаки, ВЭБ-инфекция, вирус простого герпеса и др.) [3]. Помимо вирусов среди причин болевого синдрома могут быть бактериальные патогены, наиболее распространенным из которых является *Streptococcus pyogenes* (бета-гемолитический стрептококк группы А), выявляемый в 20% случаев, в зависимости от сезона и возраста [4]. В качестве других патогенов также были идентифицированы *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydophila pneumoniae* [5]. В более редких случаях инфекции ротоглотки могут быть вызваны грибами, в том числе *Candida albicans* и др.

Неинфекционные причины боли в горле обычно связаны с изменениями окружающей среды, такими как перепады температуры, низкая влажность, пассивное курение, загрязнение воздуха и реакция на аллергены, ГЭРБ и т. д. [6].

Более редкими причинами боли в горле у детей являются эпиглоттит, паратонзиллярный и заглоточный абсцессы, дифтерия, опухолевые образования, синдром Лемьера, синдром Бехчета, синдром Кавасаки, синдром Маршалла (PFAPA), синдром Стивенса – Джонсона и некоторые другие.

Таким образом, терапевтическая тактика во многом будет зависеть от диагностированного заболевания (например, противовирусная терапия при гриппе, вирусе простого герпеса, антибактериальная терапия при лабораторно подтвержденном бактериальном тонзиллофарингите). Кроме того, подключают поддерживающую терапию (покой, достаточное потребление жидкости, избегание раздражителей дыхательных путей, рациональная диета).

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛИ В ГОРЛЕ

Одним из путей решения проблемы нерационального применения антибактериальной терапии у пациентов с болью в горле вирусной этиологии является применение топической терапии, позволяющей не только облегчить симптомы, но и не допустить развития осложнений, снизить вероятность рецидива и хронизации воспалительного процесса [7]. Преимуществами данного вида лечения являются доставка действующего лекарственного средства в патологический очаг, отсутствие или минимальное системное воздействие, снижение риска селекции резистентных штаммов микроорганизмов [8].

В связи с этим бензидамина гидрохлорид рассматривается как перспективное средство для лечения воспалительных заболеваний глотки.

Бензидамина гидрохлорид (бензидамин) – это местнодействующий нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) с комбинированными анестезирующими и анальгетическими свойствами, показанный для симптоматического облегчения боли в горле.

Бензидамин ингибирует провоспалительные цитокины (фактор некроза опухоли-α и интерлейкин-1) [9], что препятствует развитию осложнений на всех стадиях воспаления. Благодаря своим физико-химическим

свойствам бензидамин хорошо проникает через слизистые оболочки в воспаленные ткани, где создает концентрацию, достаточную для развития антисептического (в том числе бактерицидного) эффекта, что способствует предупреждению дальнейших хронических инфекционно-воспалительных осложнений [10]. Доказан широкий антибактериальный и противогрибковый спектр бензидамина [11], в том числе препарат проявлял высокий уровень активности против бактерий *M. catarrhalis* и дрожжеподобных грибов *C. albicans*. Исследование устойчивости различных видов патогенов к бензидамину гидрохлориду показало, что риск развития резистентности к этому препарату минимален по сравнению с такими антисептиками, как хлоргексидин, бензалкония хлорид и гексэтидин [12].

Бензидамин способен существенно повышать терапевтическую эффективность системных антибактериальных препаратов [13]. Необходимо отметить двойной обезболивающий механизм действия бензидамина за счет противовоспалительного действия и входящего фрагмента местного анестетика. При остром местном воспалении бензидамин демонстрирует высокую проницаемость в поврежденные ткани, отсутствие связи с белками крови, низкую способность к межлекарственному взаимодействию и системным побочным эффектам, что говорит о высоком профиле безопасности [11].

Важно подчеркнуть, что бензидамин в качестве противовоспалительного и обезболивающего средства целесообразно назначать при боли в горле у детей с тонзиллофарингитом любой этиологии, как вирусной, так и бактериальной (в этом случае в сочетании с антибактериальной терапией). Бензидамин входит в текущие клинические рекомендации по лечению острого тонзиллофарингита, может применяться при гингивитах и стоматитах, в том числе при наличии язв полости рта различной этиологии.

Эффективность бензидамина в облегчении боли в горле и дисфагии была продемонстрирована в многочисленных исследованиях [14–21]. По сравнению с плацебо бензидамин показал значительно лучшее уменьшение боли с более быстрым снижением ее интенсивности [22]. Бензидамин имеет показания при симптоматическом лечении боли и раздражающих / воспалительных состояний ротоглотки (гингивит, стоматит, фарингит), даже если они вызваны стоматологическими причинами [23]. Бензидамин был изучен и признан эффективным для лечения мукозита полости рта и язв полости рта [24–26].

Недавно были опубликованы результаты международного консенсуса на основе метода Дельфи, в котором приняли участие 320 экспертов (врачи общей практики, педиатры, фармацевты) из Италии, Германии, Португалии, Румынии, России и Испании, относительно надлежащего применения и эффективности бензидамина гидрохлорида при лечении боли в горле. Европейские эксперты рекомендуют бензидамин для кратковременного местного и симптоматического лечения острой боли в горле и для уменьшения симптомов

отдадут предпочтение бензидамину перед другими местными анальгетиками. Согласованность мнений участников дискуссии по всем утверждениям была очень высокой. Консенсус был достигнут по всем 15 утверждениям, посвященным 4 темам: механизму действия бензидамина, лечению бензидамином взрослых и детей, а также преимуществам бензидамина перед другими топическими средствами лечения [27].

Приводим собственные клинические наблюдения успешного применения препарата бензидамина гидрохлорид в реальной клинической практике в комплексном лечении пациентов с болевым синдромом в глотке.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Девочка 12 лет обратилась с жалобами на лихорадку до фебрильных цифр, на фоне чего присоединились вялость и слабость, снижение аппетита. На 3-и сут. заболевания осмотрена педиатром, установлен диагноз – ОРВИ неуточненной этиологии. Назначен амоксициллин + клавулановая кислота, нистатин – без существенного эффекта. На 4-й день болезни фебрильная лихорадка до 39 °С, усиление вялости и слабости, присоединились гнусавость, заложенность носа, боль в горле, в области шеи справа появилась припухлость и болезненность. Ребенок осмотрен педиатром повторно, рекомендована госпитализация в стационар.

На момент поступления состояние средней степени тяжести, лихорадка 37,5 °С. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, на губах везикула под серозной корочкой. Склеры чистые. В зеве яркая гиперемия небных дужек, мягкого нёба, гипертрофия миндалин 1–2-й степени. На мягком нёбе, дужках, деснах, слизистой щек, языке и губах – афты в стадии созревания. Яркая гиперемия, отечность и кровоточивость десен. Гиперемия губ. Лимфатические узлы: поднижнечелюстные до 1,5–2,0 см безболезненные при пальпации. Кожа чистая. Со стороны бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Очаговых и менингеальных знаков нет.

Предварительный диагноз: «L04.0 Острый лимфаденит в области шеи справа; J06.9 Острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей неуточненная; K12.0 Афтозный гингивостоматит».

При поступлении до назначения терапии взят посев из зева на б-гемолитический стрептококк и посев на флору с определением чувствительности к антибактериальным препаратам с задней стенки глотки – отрицательный.

Дифференциальный диагноз проводился в первую очередь с герпесом 1-го типа, инфекционным мононуклеозом Эпштейна – Барр вирусной (ВЭБ) и цитомегаловирусной (ЦМВ) этиологии и энтеровирусной инфекцией.

В общем анализе крови лейкоциты $5,6 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо, СОЭ до 8 мм/ч. В биохимическом анализе крови – СРБ 10 мг/л. При

серологическом обследовании выявлено повышение титров антител IgG и EBNA-1 IgG к вирусу Эпштейна – Барр и IgG к вирусам герпеса 1-го и 2-го типа. Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) исключили активность инфицирования герпетической группы инфекции. В анализе кала выделена РНК энтеровирусной инфекции методом ПЦР-диагностики.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости выявлены признаки мезаденита. Эхографическое исследование лимфатических узлов в области головы и шеи: признаки деструкции исключены.

Совокупность полученных результатов позволила установить клинический диагноз: «L04.0 Острый лимфаденит в области шеи справа. A88.0 Энтеровирусный везикулярный гингивостоматит».

Проводилась дезинтоксикационная терапия, в качестве этиотропной терапии ребенку был назначен инозин пранобекс в дозе 50 мг/кг/сут, разделенной на 3 приема, – противовирусный препарат, высокоэффективный как в отношении вирусов герпетической группы, так и большинства РНК вирусов. Учитывая выраженность боли в горле, назначен препарат с мультинаправленным действием бензидамина гидрохлорид (Оралсепт®) как противовоспалительное и местное обезболивающее средство.

В динамике на 3-и сут. самочувствие ребенка улучшилось, нормализовалась температура тела, купирована боль в горле, отечность и гиперемия слизистых угасли, афты на деснах, мягком нёбе, слизистой щек, языке и губах эпителизировались. На 5-е сут. ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии на долечивание.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует сложность дифференциального поиска, нерациональность назначения антибактериальной терапии ребенку с вирусной инфекцией с первых дней наблюдения без подтверждения бактериальной природы, возможность применения топических средств в комплексной терапии энтеровирусного гингивостоматита.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Мальчик 3 лет 4 мес. поступил в стационар на 2-е сут. болезни с жалобами на стойкую лихорадку до 40,0 °С, вялость, отказ от еды и питья, однократную рвоту на фоне лихорадки.

Ребенок осмотрен педиатром в 1-е сут. заболевания, установлен диагноз ОРВИ неуточненной этиологии, назначена симптоматическая терапия. На 2-е сут. сохранялась стойкая лихорадка и минимальный эффект на антипиретики, однократная рвота, присоединилась боль в горле, выросла слабость и вялость, отказ от еды. Родители вызвали СМП, рекомендована госпитализация в стационар.

При поступлении состояние средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации, фебрильная лихорадка. При осмотре мальчик вялый, беспокойный. Повышенное слюноотечение. Аппетит снижен, от питья отказывается. Кожа бледная, чистая от сыпи. Зев – умеренная

гиперемия нёбных дужек, мягкого и твердого нёба, гипертрофия миндалин 1–2-й ст., миндалины чистые. Слизистая полости рта гиперемизированная, на слизистой нижней губы, щеках и твердом нёбе единичные афты. Десны на нижней челюсти гиперемизированные и отечные, контактная кровоточивость. Поднижнечелюстные лимфатические узлы до 2–2,2 см, плотноэластические, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание умеренно затруднено, отделяемого нет. Крик громкий. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. Нижний край печени выступает на 2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме. Очаговых и менингеальных знаков нет.

Установлен предварительный диагноз: «K12.19 Стоматит неуточненный. Лимфаденопатия».

При поступлении до назначения терапии проведен экспресс-тест для выявления антигена SARS-CoV-2, гриппа А и В, которые были отрицательными.

Мальчику назначили инозин пранобекс (Гроприносин®) в дозе 50 мг/кг/сут, разделенной на 3 приема, глюкозо-солевые инфузии, НПВС при повышении температуры и местная терапия: спрей Оралсепт®, орошение носа солевым раствором.

Общий анализ крови (ОАК): гемоглобин 114 г/л, лейкоциты $6,2 \times 10^9$, сегментоядерные нейтрофилы 55%, лимфоциты 32%, моноциты 10%, СОЭ 15 мм/ч, С-реактивный белок 10 мг/л, АСЛО – 10. УЗИ лимфатических узлов головы и шеи – признаки реактивного воспаления в поднижнечелюстных лимфатических узлах, признаков деструкции не выявлено. ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС 122/мин.

Проведенное молекулярно-генетическое исследование ПЦР, качественным методом в мазке из зева верифицирован вирус простого герпеса 1-го и 2-го типа. А количественным методом ПЦР в крови была выделена ДНК вируса Эпштейна – Барр более 10^5 копий, что позволило подтвердить активную фазу ВЭБ-инфекции. Серологическое обследование позволило определить высокий титр антител к капсидному антигену вируса Эпштейна – Барр (IgM VCA) и повышение IgM к вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типа.

На основании клинико-анамнестической картины и результатов обследования был поставлен окончательный диагноз: «B00.2 Герпетический гингивостоматит смешанной этиологии (ВГЧ – 1 типа и ВЭБ-инфекция)».

На фоне проводимой терапии к 3-му дню состояние и самочувствие ребенка улучшились, симптомы интоксикации значительно уменьшились, лихорадка купирована, появился аппетит, ребенок пил самостоятельно, афты на слизистой рта и зева находились в стадии эпителизации, боль в горле и слизистой ротоглотки купирована.

На 5-е сут. от начала терапии мальчик был выписан на долечивание домой в удовлетворительном состоянии.

Данный клинический случай демонстрирует превалирование общей симптоматики, прежде всего симптомов интоксикации, отказ от приема пищи у детей раннего

возраста, что может косвенно свидетельствовать о наличии болевого синдрома у ребенка, высокий профиль безопасности и эффективность использования топических средств на основе бензидамина гидрохлорида у детей с 3-летнего возраста.

Таким образом, бензидамина гидрохлорид демонстрирует мультинаправленное противовоспалительное, противомикробное, антисептическое и выраженное анальгетическое действие, обладает высоким профилем безопасности, что позволяет его применять как монотерапию при легких проявлениях, так и в комплексной терапии воспалительных заболеваний ротоглотки.

Бензидамина гидрохлорид (Оралсепт®) имеет 2 лекарственных формы: дозированный спрей для местного применения и таблетки для рассасывания. Дозированный спрей разрешен к использованию с 3 лет. Детям в возрасте от 3 до 6 лет назначается по 1 впрыскиванию на каждые 4 кг массы тела, но не более 4 впрыскиваний (максимальная разовая доза) 2–6 раз/сут; детям в возрасте от 6 до 12 лет – по 4 впрыскивания 2–6 раз/сут; а детям старше 12 лет и взрослым – по 4–8 впрыскиваний 2–6 раз/сут. Таблетки для рассасывания могут применяться у детей старше 6 лет. Следует медленно рассасывать по 1 таблетке 3 раза/сут.

В исследовании В.Г. Янковой и др. 2025 г. все 8 изученных бензидаминсодержащих спреев показали высокую воспроизводимость массы дозы. Однако только 2 препарата (Оралсепт® и Тантум® Верде) одновременно продемонстрировали две другие ключевые характеристики качественного распыления: симметричную форму отпечатка на плоскостной модели в виде «баранки» (кольца) и широкий угол конуса распыла, что обеспечивает полное и равномерное орошение слизистой

ротоглотки. У остальных 6 спреев бензидамина одна или обе эти характеристики отличались: например, асимметричный или смещенный отпечаток, узкий угол конуса или иная длительность фаз распыла [28].

Оценка динамики и эффективности высвобождения бензидамина гидрохлорида из лекарственных препаратов в форме таблеток для рассасывания трех производителей при лечении боли в горле показала, что препарат Оралсепт® наиболее равномерно и длительно высвобождает действующее вещество по мере его рассасывания [29]. Полученные результаты позволяют рассматривать препарат Оралсепт® в качестве одного из препаратов выбора для местной терапии воспалительных заболеваний горла у детей с 6-летнего возраста и взрослых.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, бензидамин зарекомендовал себя как универсальное соединение, имеющее доказанное мультинаправленное действие – противовоспалительное, антимикробное, анестезирующее и обезболивающее, обладающее высоким профилем безопасности, дающее возможность его применять при лечении различных заболеваний полости рта / ротоглотки.

Использование бензидамина позволяет отказаться или минимизировать системное применение нестероидных противовоспалительных препаратов и, как результат, избежать развития осложнений, сократить сроки выздоровления.



Поступила / Received 03.03.2026
Поступила после рецензирования / Revised 07.04.2026
Принята в печать / Accepted 08.04.2026

Список литературы / References

- Свиштушкин ВМ, Никифорова ГН, Мокоян ЖТ. Место топических антимикробных лекарственных средств в фармакотерапии инфекционно-воспалительных заболеваний глотки. *РМЖ*. 2017;(23):1739–1743. Режим доступа: <https://elibrary.ru/ylaynb>.
- Svistushkin VM, Nikiforova GN, Mokoyan ZhT. Place of topical antimicrobial drugs in pharmacotherapy of inflammatory diseases of the pharynx. *RMJ*. 2017;(23):1739–1743. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/ylaynb>.
- Пальчун ВТ, Крюков АИ, Магомедов ММ (ред.). *Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 224 с. Режим доступа: <https://www.geotar.ru/lots/Q0128722.html>.
- Sykes EA, Wu V, Beyea MM, Simpson MTW, Beyea JA. Pharyngitis: Approach to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician*. 2020;66(4):251–257. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7145142/>.
- Little P, Hobbs FD, Mant D, McNulty CA, Mullee M. Incidence and clinical variables associated with streptococcal throat infections: a prospective diagnostic cohort study. *Br J Gen Pract*. 2012;62(604):e787–e794. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X658322>.
- Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R. Bacterial prevalence and antimicrobial prescribing trends for acute respiratory tract infections. *Pediatrics*. 2014;134(4):e956–e965. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0605>.
- Roxas M, Jurenka J. Colds and influenza: a review of diagnosis and conventional botanical and nutritional considerations. *Altern Med Rev*. 2007;12(1):25–48. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17397266/>.
- Намазова-Баранова ЛС, Баранов АА. Антибиотикорезистентность в современном мире. *Педиатрическая фармакология*. 2017;14(5):341–354. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i5.1782>.
- Namazova-Baranova LS, Baranov AA. Antibiotic Resistance in Modern World. *Pediatric Pharmacology*. 2017;14(5):341–354. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/pf.v14i5.1782>.
- Свиштушкин ВМ, Никифорова ГН, Шевчик ЕА, Золотова АВ, Побиванцева АА. Управление биоценозом в терапии инфекционно-воспалительных заболеваний глотки. *Медицинский совет*. 2020;(16):50–55. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-16-50-55>.
- Svistushkin VM, Nikiforova GN, Shevchik EA, Zolotova AV, Pobivantseva AA. Biocenosis management in the treatment of infectious and inflammatory diseases of the pharynx. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(16):50–55. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-16-50-55>.
- Савлевич ЕЛ, Дорошенко НЭ, Славинская ИС, Фариков СЭ. Важные нюансы воспалительного процесса в ротоглотке и выбор тактики оптимального лечения. *Медицинский совет*. 2017;(16):48–54. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-16-48-54>.
- Savlevich EL, Doroschenko NE, Slavinskaya IS, Farikov SE. Important factors of the inflammatory process in the oropharynx and optimal treatment regimes selection. *Meditsinskiy Sovet*. 2017;(16):48–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-16-48-54>.
- Порядин ГВ, Салмаси ЖМ, Казимирский АН. Механизм действия бензидамина на локальное инфекционное воспаление. *Медицинский совет*. 2018;(21):78–86. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-78-86>.
- Poryadin GV, Salmasi JM, Kazimirsky AN. Mechanisms of benzydamine action against local inflammatory process. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(21):78–86. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-78-86>.
- Quane PA, Graham GG, Ziegler JB. Pharmacology of benzydamine. *Inflammopharmacology*. 1998;6(2):95–107. <https://doi.org/10.1007/s10787-998-0026-0>.
- Детушева ЕВ, Фурсова НК, Кукес ИВ. Оценка антибактериальной активности препарата бензидамина гидрохлорид. *Медицинский совет*. 2022;16(8):49–55. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-8-49-55>.
- Detusheva EV, Fursova NK, Kukes IV. Evaluation of the antibacterial activity of the preparation benzydamine hydrochloride. *Meditsinskiy*

- Sovet. 2022;(8):49–55. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-8-49-55>.
13. Овчинников АЮ, Мирошниченко НА, Екатеринбург ВА. Современные подходы к лечению боли в горле. *Медицинский совет*. 2020;(6):31–34. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-6-31-34>.
 - Ovchinnikov AY, Miroshnichenko NA, Ekaterinchev VA. Modern approaches to the treatment of sore throat. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(6):31–34. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-6-31-34>.
 14. Руженцова ТА, Бабаченко ИВ, Одинаева НД, Панова ЛД, Гуров АВ, Соболева НГ и др. Резолюция совета экспертов. Проблемы и возможности лечения инфекций верхних дыхательных путей у детей на сегодняшний день. *Инфекционные болезни*. 2023;21(3):127–136. <https://doi.org/10.20953/1729-9225-2023-3-127-136>.
 - Ruzhentsova TA, Babachenko IV, Odinaeva ND, Panova LD, Gurov AV, Soboleva NG et al. Resolution of the Council of Experts. Current challenges and treatment options for upper respiratory tract infections in children. *Infectious Diseases*. 2023;21(3):127–136. (In Russ.) <https://doi.org/10.20953/1729-9225-2023-3-127-136>.
 15. Руженцова ТА, Гарбузов АА, Бицуева АВ, Рублева ОВ, Горбунов СГ, Мешкова НА и др. Оптимальный выбор препарата местного действия для терапии COVID-19 у детей. *Инфекционные болезни*. 2022;20(2):41–46. <https://doi.org/10.20953/1729-9225-2022-2-41-46>.
 - Ruzhentsova TA, Garbuzov AA, Bitsueva AV, Rubleva OV, Gorbunov SG, Meshkova NA et al. Optimal topical drug for COVID-19 therapy in children. *Infectious Diseases*. 2022;20(2):41–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.20953/1729-9225-2022-2-41-46>.
 16. Руженцова ТА, Гарбузов АА, Мешкова НА, Попова РВ, Слюсар ОИ, Затевалов АМ. Влияние местнодействующих препаратов на течение ОРВИ у детей в современных условиях. *Иммунопатология, аллергология, инфектология*. 2024;(1):86–92. <https://doi.org/10.14427/jipai.2024.1.86>.
 - Ruzhentsova TA, Garbuzov AA, Meshkova NA, Popova RV, Slyusar OI, Zatevalov AM. The effect of topical drugs on the course of ARVI in children in modern conditions. *Immunopathology, Allergology, Infectology*. 2024;(1):86–92. (In Russ.) <https://doi.org/10.14427/jipai.2024.1.86>.
 17. Khan A, Bibi S, Kanwal H, Umm-E-Kalsoom, Hussain H. Omicron: A new face of COVID-19 pandemic. *Health Sci Rep*. 2022;5(2):e526. <https://doi.org/10.1002/hsr.2.526>.
 18. Yasuhara J, Kuno T, Takagi H, Sumitomo N. Clinical characteristics of COVID-19 in children: A systematic review. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55(10):2565–2575. <https://doi.org/10.1002/ppul.24991>.
 19. Valerio C, Di Loreto G, Salvatori E, Cattaneo A. Comparative evaluation of rapidity of action of benzydamine hydrochloride 0.3% oromucosal spray and benzydamine hydrochloride 3 mg lozenges in patients with acute sore throat: A phase IV randomized trial. *Medicine*. 2023;102(13):e33367. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033367>.
 20. Kuriyama A, Aga M, Maeda H. Topical benzydamine hydrochloride for prevention of postoperative sore throat in adults undergoing tracheal intubation for elective surgery: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2018;73(7):889–900. <https://doi.org/10.1111/anae.14224>.
 21. Bossi P, Gurizzan C, Guntinas-Lichius O, Hainarosie R, Lancini D. The present and the future of benzydamine: expert opinion paper. *Front Oral Health*. 2023;4:1191319. <https://doi.org/10.3389/froh.2023.1191319>.
 22. Whiteside MW. A controlled study of benzydamine oral rinse ("Diffiam") in general practice. *Curr Med Res Opin*. 1982;8(3):188–190. <https://doi.org/10.1185/03007998209112381>.
 23. Turnbull RS. Benzydamine Hydrochloride (Tantum) in the management of oral inflammatory conditions. *J Can Dent Assoc*. 1995;61(2):127–134. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7600413/>.
 24. Roopashri G, Jayanthi K, Guruprasad R. Efficacy of benzydamine hydrochloride, chlorhexidine, and povidone iodine in the treatment of oral mucositis among patients undergoing radiotherapy in head and neck malignancies: A drug trail. *Contemp Clin Dent*. 2011;2(1):8–12. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.79292>.
 25. Karavana SY, Güneri P, Ertan G. Benzydamine hydrochloride buccal bioadhesive gels designed for oral ulcers: preparation, rheological, textural, mucoadhesive and release properties. *Pharm Dev Technol*. 2009;14(6):623–631. <https://doi.org/10.3109/10837450902882351>.
 26. Agarwal A, Nath SS, Goswami D, Gupta D, Dhiraaj S, Singh PK. An evaluation of the efficacy of aspirin and benzydamine hydrochloride gargle for attenuating postoperative sore throat: a prospective, randomized, single-blind study. *Anesth Analg*. 2006;103(4):1001–1003. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000231637.28427.00>.
 27. Passali D, Barat V, Cadevall O, Freire HM, Grattagliano I, Gutu I et al. International Delphi-based consensus on the appropriate use and effect of Benzydamine hydrochloride in the treatment of sore throat. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):296. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01901-w>.
 28. Янкова ВГ, Гобызов ОА, Рябов МН, Григорьева ВЮ, Удянская ИЛ, Жукова АА и др. Качество распыления дозированных спреев: сравнительное исследование бензидаминсодержащих препаратов. *Вопросы практической педиатрии*. 2025;20(5):39–48. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2025-5-39-48>.
 - Yankova VG, Gobyzov OA, Ryabov MN, Grigorieva VYu, Udyanskaya IL, Zhukova AA et al. Spray quality of metered sprays: a comparative study of benzydamine-containing preparations. *Clinical Practice in Pediatrics*. 2025;20(5):39–48. (In Russ.) <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2025-5-39-48>.
 29. Слонская ТК, Жукова АА, Малышева ЕА, Удянская ИЛ, Грибанова СВ, Григорьева ВЮ и др. Динамика высвобождения бензидамина гидрохлорида из лекарственных препаратов для лечения боли в горле. *Вопросы практической педиатрии*. 2025;20(6):38–46. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2025-6-38-46>.
 - Slonskaya TK, Zhukova AA, Malysheva EA, Udyanskaya IL, Gribanova SV, Grigorieva VYu et al. Release kinetics of benzydamine hydrochloride from throat pain medications. *Clinical Practice in Pediatrics*. 2025;20(6):38–46. (In Russian.) <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2025-6-38-46>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Э.Э. Локшина, О.В. Зайцева
 Написание текста – Э.Э. Локшина, Е.В. Стрига
 Сбор и обработка материала – Е.В. Стрига, Г.Б. Кузнецов
 Обзор литературы – Э.Э. Локшина
 Анализ материала – Э.Э. Локшина, О.В. Зайцева
 Редактирование – Э.Э. Локшина, О.В. Зайцева
 Утверждение окончательного варианта статьи – О.В. Зайцева

Contribution of authors:

Concept of the article – Evelina E. Lokshina, Olga V. Zaytseva
 Text development – Evelina E. Lokshina, Elena V. Striga
 Collection and processing of material – Elena V. Striga, Georgii B. Kuznetsov
 Literature review – Evelina E. Lokshina
 Material analysis – Evelina E. Lokshina, Olga V. Zaytseva
 Editing – Evelina E. Lokshina, Olga V. Zaytseva
 Approval of the final version of the article – Olga V. Zaytseva

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Локшина Эвелина Эдуардовна, к.м.н., доцент, профессор кафедры педиатрии, Российский университет медицины (РосУниМед); 127006, Россия, Москва, улица Долгоруковская, д. 4; врач аллерголог-иммунолог, Детская городская клиническая больница святого Владимира; 107014, Россия, Москва, ул. Матросская тишина, д. 12А; elokshina@yandex.ru.

Стрига Елена Владимировна, к.м.н., доцент, доцент кафедры педиатрии, Российский университет медицины (РосУниМед); 127006, Россия, Москва, улица Долгоруковская, д. 4; врач педиатр, Детская городская клиническая больница святого Владимира; 107014, Россия, Москва, ул. Матросская тишина, д. 12А; elenastriga@yandex.ru

Зайцева Ольга Витальевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии, Российский университет медицины (РосУниМед); 127006, Россия, Москва, улица Долгоруковская, д. 4; врач педиатр, Детская городская клиническая больница святого Владимира; 107014, Россия, Москва, ул. Матросская тишина, д. 12А; olga6505963@yandex.ru

Кузнецов Георгий Борисович, к.м.н., доцент кафедры педиатрии, Российский университет медицины (РосУниМед); 127006, Россия, Москва, улица Долгоруковская, д. 4; врач-гастроэнтеролог, Детская городская клиническая больница святого Владимира; 107014, Россия, Москва, ул. Матросская тишина, д. 12А; eorgikuznecov007@yandex.ru

Information about the authors:

Evelina E. Lokshina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Professor of the Department of Pediatrics, Russian University of Medicine (ROSUNIMED); 4, Dolgorukovskaya St., Moscow, 127006, Russia; Allergist-Immunologist, Children's State Hospital of St Vladimir; 12A, Matrosskaya Tishina St., Moscow, 107014, Russia; elokshina@yandex.ru

Elena V. Striga, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Professor of the Department of Pediatrics, Russian University of Medicine (ROSUNIMED); 4, Dolgorukovskaya St., Moscow, 127006, Russia; Pediatrician, Children's State Hospital of St Vladimir; 12A, Matrosskaya Tishina St., Moscow, 107014, Russia; elenastriga@yandex.ru

Olga V. Zaytseva, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatrics, Russian University of Medicine (ROSUNIMED); 4, Dolgorukovskaya St., Moscow, 127006, Russia; Pediatrician, Children's State Hospital of St Vladimir; 12A, Matrosskaya Tishina St., Moscow, 107014, Russia; olga6505963@yandex.ru

Georgii B. Kuznetsov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Pediatrics, Russian University of Medicine (ROSUNIMED); 4, Dolgorukovskaya St., Moscow, 127006, Russia; Gastroenterologist, Children's State Hospital of St Vladimir; 12A, Matrosskaya Tishina St., Moscow, 107014, Russia; eorgikuznecov007@yandex.ru