

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»**

**Кафедра поликлинической педиатрии
с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми**

**Организация лечебно-профилактической помощи детям
с острой патологией органов дыхания на дому
и в условиях поликлиники**

**Учебное пособие
для студентов медицинских вузов**

ИВАНОВО 2009

Организация лечебно-профилактической помощи детям с острой патологией органов дыхания на дому и в условиях поликлиники: Учебное пособие для студентов / Л.А. Жданова, Л.К. Молькова, А.В. Шишова, Г.Н. Нуждина, И.Е. Бобошко, И.М. Прощина, С.И. Мандров, Максимова Ю.В. – Иваново, 2009.
– с.

Настоящее пособие посвящено вопросам организации лечебно-профилактической помощи детям с острой патологией органов дыхания на дому и в условиях поликлиники, представленным в государственном образовательном стандарте подготовки студентов по специальности «Педиатрия». Содержит современную информацию о принципах организации лечебно-профилактической помощи, как одного из разделов работы участкового врача-педиатра. В доступной форме описаны основные клинические формы острой патологии органов дыхания у детей и ее осложнений, подходы к терминологии, классификации, диагностике этих состояний. Представлены алгоритмы лечения острой патологии органов дыхания и подходы к реабилитации детей в период реконвалесценции на амбулаторном этапе. Пособие составлено в соответствии с рекомендациями научно-практической программы «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика», Москва, 2004.

Предназначено для студентов, интернов, ординаторов, может использоваться в практической деятельности участковых врачей-педиатров.

Рецензенты:

© ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2009

СОДЕРЖАНИЕ	
I.	ВВЕДЕНИЕ..... 5
II.	ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ..... 6
III.	КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ..... 11
3.1.	Современные подходы к терминологии острых заболеваний органов дыхания..... 11
3.2.	Клинические формы острой патологии органов дыхания..... 12
3.3.	Осложнения острых респираторных вирусных инфекций (пневмония, синусит, отит)..... 24
IV.	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ..... 30
4.1.	Базисная терапия острых респираторных заболеваний..... 30
4.1.1.	Режим..... 30
4.1.2.	Диета..... 30
4.1.3.	Жаропонижающие средства..... 30
4.1.4.	Противовоспалительная терапия..... 35
4.1.5.	Симптоматическая терапия (лечение ринита и кашля)..... 36
4.1.6.	Антигистаминные препараты..... 53
4.1.7.	Витаминотерапия..... 54
4.1.8.	Фитотерапия..... 56
4.1.9.	Иммунотерапия..... 58
4.1.10.	Биопрепараты..... 60
4.1.11.	Ингаляционная и отвлекающая терапия..... 63
4.2.	Этиотропная противовирусная терапия..... 65
4.3.	Антибактериальная терапия..... 70
4.4.	Принципы лечения различных клинических форм и осложнений ОРЗ на амбулаторном этапе..... 79
4.4.1.	Лечение фарингита..... 80
4.4.2.	Лечение тонзиллита..... 83
4.4.3.	Лечение ларингита без стеноза и трахеита..... 84
4.4.4.	Лечение стенозирующего ларинготрахеита..... 84
4.4.5.	Лечение острого конъюнктивита..... 86
4.4.6.	Лечение острого бронхита..... 88
4.4.7.	Лечение острой пневмонии на амбулаторном этапе..... 91
4.4.8.	Лечение бактериального синусита..... 93
4.4.9.	Лечение острого отита..... 94
V.	НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. КЛИНИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ..... 97
5.1.	Гипертермический синдром..... 97
5.2.	Фебрильные судороги..... 97
5.3.	Стеноз гортани..... 98
5.4.	Синдром бронхиальной обструкции..... 99

VI.	ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ПАТОЛОГИЮ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....	101
6.1.	Общие принципы реабилитации детей, перенесших ОРЗ.....	101
6.1.1.	Диспансерное наблюдение за детьми групп «риска» бронхолегочной патологии.....	101
6.1.2.	Ведение ребенка на участке после перенесенного ОРЗ.....	101
6.2.	Наблюдение и реабилитация детей, перенесших острый стрептококковый тонзиллит (ангину).....	107
6.3.	Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с рецидивирующими бронхитами.....	107
6.4.	Диспансерное наблюдение и реабилитация детей, перенесших острую пневмонию.....	
6.5.	Профилактика острых заболеваний органов дыхания.....	
6.5.1.	Экспозиционная профилактика.....	
6.5.2.	Диспозиционная профилактика.....	
VII.	ПРИЛОЖЕНИЯ.....	
VIII.	СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	
IX.	ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.....	
X.	БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	
XI.	СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	

I. ВВЕДЕНИЕ

Острая патология органов дыхания является ведущей в структуре заболеваемости детей. Причем наибольшая частота острых респираторных заболеваний (ОРЗ) приходится на детей от 2 до 6 лет жизни и составляет, по данным ВОЗ, 5–8 случаев в год.

ОРЗ чаще имеют легкое течение и не дают осложнений, но они, тем не менее, ухудшают самочувствие детей, препятствуя их повседневной активности, приводят к социальной дезадаптации со значительным снижением качества жизни. Повторные респираторные инфекции задерживают физическое и нервно-психическое развитие, снижают функциональную активность иммунитета, способствуют формированию хронических очагов инфекции и хронической соматической патологии, особенно бронхо-легочной системы, препятствуют проведению профилактических прививок, вызывают аллергизацию организма. Острая патология дыхательных путей является актуальной проблемой для здравоохранения не только из-за частоты и последствий, но и вследствие экономического ущерба, как отдельным лицам, так и обществу в целом. На долю ОРЗ приходится 90% от общей суммы выплат по временной нетрудоспособности среди всей инфекционной патологии.

Значительная распространенность ОРЗ среди детей, особенно раннего возраста, обусловлена не только недостаточным иммунологическим опытом, но и неблагоприятной домашней атмосферой, скученностью и обилием контактов, пассивным курением, отсутствием регулярного проветривания помещений, наличием хронической инфекции у членов семьи, использованием транспорта для перевозки детей к месту учебы. Известно, что заболеваемость ОРЗ выше в городах по сравнению с сельской местностью, а также в зонах с высоким уровнем промышленного загрязнения атмосферного воздуха и у детей, начавших посещать детские образовательные учреждения (ДООУ). К сожалению, низок уровень знаний родителей по вопросам профилактики ОРЗ.

Несмотря на то, что заболевания респираторного тракта хорошо известны каждому педиатру, существует множество нерешенных проблем в терминологии, понимании этиологии и патогенеза отдельных форм заболеваний, влияния экологии на течение инфекционного процесса, диагностике ОРЗ и их осложнений. Формируется достаточно многочисленная группа «часто болеющих детей» (15–30%), для которых остается не до конца изученными вопросы оздоровления и проведения вакцинации. По-прежнему актуальна разработка специальных мер профилактики ОРЗ. Перспективно использование иммуномодуляторов микробного происхождения, сочетающих в себе вакцинирующие и иммуностимулирующие свойства. Определенные трудности создаются все расширяющимся спектром жаропонижающих, отхаркивающих, антибактериальных и прочих препаратов, используемых при ОРЗ.

II. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Большая часть детей с ОРЗ находится под наблюдением амбулаторно-поликлинического учреждения и не требует госпитализации. При этом ребенок освобождается от посещения образовательного учреждения (ОУ).

Все дети с симптомами ОРЗ должны быть осмотрены участковым педиатром на дому в день поступления вызова. Порядок выполнения визитов участковый педиатр должен составлять таким образом, чтобы в первую очередь оказать помощь тяжелобольным, детям раннего возраста, высокотемпературящим и требующим неотложной помощи.

Посещая больного ребенка на дому, врач должен иметь при себе необходимый набор лекарственных средств для оказания неотложной помощи.

При первом посещении ребенка на дому участковый врач-педиатр устанавливает предварительный диагноз, определяет тяжесть состояния, решает вопрос о возможности лечения на дому или необходимости госпитализации, определяет объем диагностических и лечебных мероприятий, проводит экспертизу временной нетрудоспособности. Кроме того он определяет тактику дальнейшего ведения ребенка, в том числе кратность посещений педиатром и участковой медицинской сестрой. При организации лечения на дому врач выписывает рецепты. Все эти сведения участковый педиатр отражает в истории развития ребенка (форма 112/у) (приложение 1).

Кратность и интервалы активных посещений участкового педиатра к детям зависит от возраста ребенка, характера и тяжести заболевания, социально-бытовых условий семьи. Больные дети в возрасте до 1 года с ОРЗ наблюдаются участковым педиатром и медсестрой на дому ежедневно до полного выздоровления, а частота визитов к детям более старшего возраста решается индивидуально в зависимости от характера и тяжести заболевания.

Участковая медицинская сестра выполняет назначения врача по лечению больного ребенка на дому, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком.

При необходимости консультативной помощи на дому врачей-специалистов участковый врач должен организовать ее не позднее следующего дня, при этом продолжать наблюдение за ребенком независимо от лечения его врачами-специалистами.

Эффективность лечения на дому во многом зависит от качества ухода за больным со стороны членов его семьи. Врач должен быть предельно заботлив по отношению к ним, не проявлять спешки при обследовании больного ребенка, при беседе с родителями, давая им рекомендации по уходу, диете, выполнению назначений. Для обеспечения ухода за ребенком может быть оформлен больничный лист (приложение 2).

При улучшении состояния ребенка с ОРЗ можно рекомендовать «долечивание» в дневном стационаре детской поликлиники или отделении восстановительного лечения.

Вопрос об организации лечения на дому ребенка с ОРЗ решается, как правило, участковым врачом-педиатром в зависимости от тяжести состояния ребенка, характера и течения заболевания, возраста ребенка и домашних условий. Решение о лечении на дому новорожденных детей принимается заведующим отделением или главным врачом поликлиники.

Показаниями для госпитализации в стационар детей с ОРЗ являются:

- тяжелые и осложненные формы заболевания;
- нетяжелые формы заболевания у детей из социально-неблагополучных семей, прежде всего детей раннего возраста.

Обо всех тяжелых больных, которые по каким-то причинам не могли быть госпитализированы, участковый педиатр докладывает заведующему педиатрическим отделением.

Особого внимания заслуживают дети, больные острой пневмонией. Лечение их на дому проводится лишь при нетяжелых, неосложненных формах заболевания. Госпитализация показана детям:

- первого полугодия жизни;
- всех возрастов с осложненной пневмонией;
- имеющих признаки гипоксии, выраженной дегидратации;
- с тяжелой преморбидной патологией;
- не имеющим условий для лечения на дому;
- при отсутствии эффекта через 36–48 часов стартовой амбулаторной терапии.

В направлении в стационар участковый педиатр должен обязательно указать:

- 1) наименование лечебного учреждения, в которое направляется ребенок;
- 2) фамилия, имя, отчество ребенка;
- 3) дата рождения больного;
- 4) основной и сопутствующий диагнозы на момент направления;
- 5) тяжесть состояния;
- 6) длительность и течение заболевания;
- 7) проведенное обследование и лечение;
- 8) индивидуальные особенности ребенка;
- 9) для детей, посещающих ОУ, – номер ДОУ и группы, номер школы и класса;
- 10) отсутствие контактов или возможно имевшие место контакты с больными инфекционными заболеваниями;
- 11) имеется ли у ребенка непереносимость отдельных медикаментов, препаратов крови или продуктов питания.

На направлении должен быть штамп направившего учреждения и разборчивая подпись врача, выдавшего направление.

В стационар ребенок с ОРЗ направляется по вызову врача машиной скорой помощи, время вызова и прибытия которой указывается в направлении на госпитализацию. Врач скорой помощи оформляет на госпитализированного ребенка отрывной талон, дубликат которого передает в детскую поликлинику.

В течение первых суток после направления в больницу участковый врач осуществляет контроль госпитализации. На детей раннего возраста, выписанных из стационара или ушедших самовольно, в детскую поликлинику передают «актив» для наблюдения и долечивания их участковым педиатром до полного выздоровления.

Поместив больного в стационар, участковый педиатр обязан следить за течением его болезни, постоянно интересоваться результатами лечения.

При неосложненном течении острой респираторной инфекции (ОРИ) у ребенка средняя продолжительность пребывания в стационаре составляет 3–5 дней. Для проведения восстановительного лечения целесообразно ребенка перевести на поликлинический этап долечивания.

Не позднее чем через сутки после выписки ребенка из стационара участковый врач должен посетить его на дому и после осмотра, с учетом рекомендаций врачей стационара, сделать назначения по режиму, питанию, необходимым лечебно-оздоровительным мероприятиям.

При невозможности госпитализировать тяжелобольного ребенка в стационар (отказ родителей, отсутствие мест в стационаре, карантин) участковый врач организует ему «стационар на дому». Стационар на дому организуется также

- для оказания комплексной квалифицированной медицинской помощи детям с заболеваниями, не представляющими угрозу для их жизни;
- нуждающимся в непрерывном лечении, но не подлежащим круглосуточному наблюдению;
- выписанным для долечивания из стационара круглосуточного пребывания.

Он может быть организован при наличии благоприятных жилищно-бытовых условий и достаточного уровня общей и санитарной культуры членов семьи, только в том случае, если врач уверен в четком выполнении родителями всех рекомендаций.

Организацию стационара на дому проводит участковый педиатр по согласованию с заведующим педиатрическим отделением.

При организации стационара на дому участковый врач-педиатр обязан:

- ежедневно посещать больного ребенка;
- обеспечить регулярные (несколько раз в день) посещения его участковой медицинской сестрой;
- организовать проведение на дому всех необходимых лечебных мероприятий, включая внутривенные вливания, физиотерапевтические процедуры, выдачу бесплатных медикаментов и др.

Необходимо позаботиться об оказании ребенку необходимой помощи в вечернее и ночное время врачами скорой и неотложной медицинской помощи. При лечении ребенка в стационаре на дому ему по показаниям должны быть организованы осмотры врачами-специалистами, заведующим педиатрическим отделением, а также проведены на дому лабораторно-диагностические и инструментальные исследования.

Родителям должны быть подробно разъяснены признаки, свидетельствующие об ухудшении состояния здоровья ребенка, и рекомендовано при их возникновении немедленно вызвать врача.

На больного в стационаре на дому заводят медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у), делают запись в истории развития ребенка (форма 112/у). При выписке больного из стационара на дому оформляют карту выбывшего из стационара (форма 066/у) и выписной эпикриз, вклеивающийся в историю развития ребенка.

Лечение в стационаре на дому проводят до полного выздоровления или улучшения состояния ребенка с переводом на амбулаторное долечивание. При отсутствии эффекта от лечения, а также при ухудшении состояния больного, пациента госпитализируют в стационар круглосуточного пребывания.

В настоящее время для детей, нуждающихся в восстановительной терапии и реабилитации без круглосуточного пребывания и наблюдения в стационарных учреждениях, в детских поликлиниках организованы дневные стационары.

Дневной стационар используется для выполнения лечебных мероприятий длительно и часто болеющим детям, для проведения противорецидивной терапии детям с хроническими бронхолегочными заболеваниями, в том числе детям-инвалидам, восстановительной терапии, а также долечивания детей после выписки из стационара круглосуточного пребывания или стационара на дому.

Для осуществления функций дневного стационара используют структурные подразделения детской городской поликлиники. Питание больных в дневном стационаре обеспечивают исходя из возможностей детской поликлиники. Ответственным за формирование потока больных в дневной стационар является заведующий отделением восстановительного лечения.

Порядок обеспечения лекарственными средствами больных в дневном стационаре проводят в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, а также на условиях обязательного и добровольного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством России: лекарственные средства отпускаются из фонда поликлиники (отделения) согласно листу назначения, при наличии льгот по лекарственному обеспечению – за счет выписки бесплатного рецепта пациенту.

В дневном стационаре на ребенка врач-педиатр оформляет историю болезни (форму 003/у), при выписке из дневного стационара - выписку и карту выбывшего из стационара (форма 066/у). Поступление и выбытие детей в дневном стационаре фиксируют в журнале приема больных (форма 001/у).

При организации лечебной работы на участке педиатр должен соблюдать преемственность с врачами ДООУ и школ. Участковый педиатр обслуживает всех заболевших детей, проживающих на педиатрическом участке, независимо от того, какое детское учреждение они посещают.

При этом врач ОУ, первым осматривая заболевшего ребенка в детском учреждении, должен сделать ему соответствующие назначения, провести

необходимые лечебные мероприятия и оформить вызов к ребенку участкового педиатра на следующий день. В случае, если ребенок был осмотрен в ОУ только медицинской сестрой или фельдшером, вызов участкового педиатра или врача неотложной помощи должен быть сделан в тот же день.

На каждого переболевшего ребенка участковый врач должен направить врачу ОУ выписку со сведениями о перенесенном заболевании, состоянии здоровья ребенка к моменту выписки и дать рекомендации по оздоровлению и долечиванию его в условиях детского учреждения.

III. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ

3.1. Современные подходы к терминологии острых заболеваний органов дыхания.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – этиологически разнородная группа инфекционных болезней органов дыхания, имеющих сходные эпидемиологические и клинические характеристики. С эпидемиологической точки зрения в большинстве случаев имеет место воздушно-капельный и отчасти, контактный (через грязные руки, носовые платки, полотенца, предметы ухода) путь передачи инфекции. Возбудителями могут быть респираторные вирусы (90–95%): вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцициальный (РС) вирус, адено-, рино- корона-, энтеровирусы; многочисленные бактерии: стрептококки, пневмококки, гемофильная палочка и др.; атипичные микроорганизмы: хламидии, микоплазмы, пневмоцисты, грибы. В группу ОРЗ обычно не включаются «специфические» острые инфекционно-воспалительные заболевания дыхательных путей (туберкулез, дифтерия, скарлатина, коклюш и др.), имеющие достаточно отчетливые диагностические, клинические и лабораторные признаки. Клинически ОРЗ характеризуется воспалением слизистых оболочек респираторного тракта с гиперпродукцией секрета и активацией защитных реакций дыхательного эпителия с последующим удалением избытка секрета.

В качестве диагноза термин «ОРЗ» требует расшифровки, а именно: указания на возможную этиологию заболевания (вирусная, бактериальная) и клинический синдром (ринит, фарингит, тонзиллит, ларингит, бронхит и т.д.).

При клинически сходной симптоматике для многих вирусных ОРЗ характерны более или менее специфичные синдромы, позволяющие с достаточной долей вероятности предположить этиологию (табл. 1). При отсутствии возможности идентифицировать вирус, вполне оправдано использование в качестве диагноза термина «ОРВИ» – «острая респираторно-вирусная инфекция».

Известно, что вирусные инфекции, нарушая деятельность цилиарного аппарата, создают условия для попадания персистирующей в верхних дыхательных путях (ВДП) микробной флоры в другие - обычно стерильные - отделы (полость среднего уха, параназальные синусы, легкие) с развитием в них воспалительного процесса. Этому также способствует и депрессия иммунных реакций, наиболее выраженная в начале вирусной инфекции (особенно гриппозной). В итоге развивается вирусно-бактериальный процесс.

Бактериальные ОРЗ у детей относительно немногочисленны (табл. 2), но они представляют наибольшую угрозу развития серьезных осложнений. Постановка диагноза бактериального ОРЗ у постели остро заболевшего ребенка представляет большие трудности ввиду сходства многих клинических проявлений бактериальных и вирусных процессов (повышение температуры тела, насморк, кашель, боль в горле). Трудности усугубляются недоступностью экспресс-методов этиологической диагностики. В этих условиях участковый

врач при первом контакте с ребенком, имеющим симптомы ОРЗ, склонен переоценивать возможную роль бактериальной флоры и назначать антибиотики чаще, чем это необходимо.

Поскольку диагноз ОРВИ (как и конкретной вирусной инфекции) обозначает лишь этиологию болезни, его следует дополнять указанием на клинический синдром, обусловленный инфекцией. Во многих случаях ОРВИ протекает с признаками поражения только ВДП. При этом диагноз должен звучать как «ОРВИ, ринит (назофарингит, фарингит, тонзиллит, эпиглоттит)», хотя на практике часто ограничиваются диагнозом «ОРВИ». У больных с поражением нижних дыхательных путей (НДП) это неправомерно, соответствующие синдромы (ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, пневмония) должны фигурировать в диагнозе. Чаще всего эти формы поражения есть проявление респираторной инфекции (вирусной, микоплазменной, хламидийной), поэтому их неправомерно считать осложнением ОРЗ.

В тех случаях, когда на фоне характерного для ОРВИ катарального синдрома возникает бактериальная инфекция, формулировать диагноз надлежит следующим образом: «ОРВИ, осложненная средним отитом (синуситом, пневмонией и т.д.)». Хотя правила ВОЗ по формулированию диагноза позволяют опускать упоминание об ОРВИ при наличии пневмонии или другой более серьезной патологии органов дыхания, но на практике полезно включать в диагноз и ОРВИ, если имелись ее симптомы. Следует помнить, однако, что далеко не все бактериальные инфекции органов дыхания являются осложнением ОРВИ.

Этиология бактериального ОРЗ во многом зависит от того, является оно вне- или внутрибольничным, что следует отражать в диагнозе. При развитии ОРЗ вне больницы у ребенка, не получавшего в течение 1 месяца до заболевания антибиотиков, наиболее вероятна роль условно-патогенных вегетирующих в дыхательных путях пневмотропных возбудителей, чувствительных к препаратам первого выбора. В отличие от внебольничной, внутрибольничная (госпитальная, нозокомиальная) инфекция часто вызывается устойчивой флорой, характер которой во многом зависит от той терапии, которая проводилась ребенку. В этих случаях выбор препарата определяется в соответствии с «антибактериальным анамнезом» ребенка.

3.2. Клинические формы острой патологии органов дыхания.

Поскольку острая патология органов дыхания занимает ведущее место в структуре детской заболеваемости, диагноз ОРЗ, ОРВИ (шифр по МКБ X – J06.9) – один из самых распространенных в амбулаторно-поликлинической практике, используемых для констатации катарального синдрома и симптомов интоксикации различной степени выраженности, с определенной сезонностью (холодное время года).

Таблица 1.

**Клинические синдромы при поражении дыхательных путей
вирусной этиологии**

Возбудитель	Серотипы	Основные синдромы поражения ВДП	Другие синдромы	Эпидемиология
Грипп	А1, А2, В	Ринофарингит, круп с лихорадкой	Бронхит, пневмония	Эпидемии зимой каждые 1–2 (серотип А) или 3–5 (серотип В) лет
	С		Лихорадка	Эндемичен
Парагрипп	1–2	Ринофарингит, круп	Трахеобронхит, пневмония	Эндемичен
	3	Ринофарингит, круп	У грудных детей бронхиолит	Эпидемии осенью каждые 2 года
	4	Ринофарингит		Эндемичен, редок
РС-вирус	А, В	Ринофарингит, у грудных детей с лихорадкой, у более старших часто афебрильный	У грудных детей бронхиолит, пневмония; обострение бронхиальной астмы	Ежегодные эпидемии, чаще весной
Аденовирусы	1,2,5,6	Ринофарингит, фарингит с налетами или без	Бронхит, пневмония	Эндемичны, все сезоны
	3, 4, 7, 14	Ринофарингит, фаринго-конъюнктивит, лихорадка	Бронхит, бронхиолит, пневмония	Эпидемии, подъемы заболеваемости каждые 4–5 лет
	6,21	Ринофарингит	Облитерирующий бронхиолит, пневмония	Эпидемии (редкие)
	31,40,41	Гастрозентерит		
Риновирусы	1–113	Ринофарингит с лихорадкой или без нее	Бронхиолит у грудных детей	Эндемичны, весна-осень
Вирусы ЕСНО	4,8,11	Ринофарингит у грудных детей		
	9	ЕСНО-экзантема	Менингит	
Коксаки А	2, 4, 5, 6, 8, 10, 24	Фарингит, герпангина Геморрагический конъюнктивит	Экзантемы, поражения ЦНС, миокардит	Эндемичны с пиком заболеваемости летом и ранней осенью
	16,21, 16	Герпангина Синдром кисть–стопа–рот	Гепатит, лимфаденит	
Коксаки В	1–5	Фарингит без налетов	Эпидемическая миалгия, миоперикардит	
Коронавирусы человека		Ринофарингит с лихорадкой или без нее, чаще у детей старше 1 года	Редко поражение нижних дыхательных путей	Эпидемии зимой и в начале весны

Таблица 2

**Клинические синдромы при поражении дыхательных путей
бактериальной этиологии**

Возбудитель	Основные синдромы поражения дыхательных путей	Другие синдромы	Эпидемиология
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Отит, синусит, пневмония, конъюнктивит	Менингит	Носительство у 16% здоровых детей раннего возраста, заболевания учащаются зимой и весной
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	Тонзиллит (чаще у детей старше 5 лет), отит	Пневмония, рожа, импетиго	Учащение тонзиллита весной
<i>Haemophilus influenzae капсультная</i>	Эпиглоттит, пневмония	Менингит, фасциит	Носительство у 5% детей раннего возраста
<i>Haemophilus influenzae бескапсульная</i>	Синусит, отит, конъюнктивит	Пневмония	Носительство: менее 10% у детей до 6 мес, 30–60% у детей 2–6 лет
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Отит, синусит (в основном, у получавших ранее антибиотики)	Пневмония у недоношенных детей	Большинство штаммов выделяет лактаму, чаще вызывает заболевания у получавших антибиотики
<i>Staphylococcus aureus</i>	Отит, гнойный синусит, пневмония	Часто – внутрибольничные инфекции, в т.ч. устойчивые к метициллину	Носительство (вход в нос, влажные участки тела) у детей 1-го года до 90%, в раннем возрасте – 30–50%
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Ринофарингит, бронхит, конъюнктивит	Атипичная пневмония (дети старше 5 лет)	Пик заболеваемости осенью, учащение каждые 5 лет
<i>Chlamidophilla trachomatis</i>	Конъюнктивит, бронхит, пневмония у детей 0–6 мес	Генитальная инфекция у подростков	Перинатальное инфицирование грудных детей, половое – у подростков
<i>Chlamidophilla pneumoniae</i>	Фарингит, тонзиллит, лимфаденит, бронхит	Пневмония, отит	Носительство у 5% детей, чаще в коллективах
<i>Chlamidophilla psittaci</i>	Пневмония		Заражение от инфицированных птиц

При этом диагноз ОРВИ без уточнения ведущей локализации процесса, как было указано выше, правомочен при отсутствии четкого преобладания симптоматики какой-либо из клинических форм ОРЗ, что подразумевает незначительную вероятность бактериальной этиологии заболевания. При выявлении в течение последующих 2–3 дней той или иной клинической формы ОРЗ или при появлении симптомов бактериальной инфекции (даже при ее неявной локализации) диагноз ОРВИ меняется соответственно.

На основании клинико-anamnestических и эпидемиологических данных (табл. 3) у врача-педиатра есть возможность уточнения нозологического диагноза ряда заболеваний без дополнительных исследований с последующим назначением терапии, соответствующей степени тяжести.

Таблица 3

Классификация гриппа и ОРЗ (В.Ф. Учайкин, 2005)

Этиология	Клиническая картина			
	Критерии диагностики	Тяжесть	Критерии тяжести	Течение
Вирусная: грипп А, В, С	эпидемический подъем заболеваемости; специфическая гриппозная интоксикация: высокая температура, озноб, головокружение, головные и мышечные боли и др.; возможны: сегментарный отек легких, синдром крупа, геморрагический отек легких.	Легкая, включая стертые и субклинические Среднетяжелая Тяжелая Гипертоксическая (только при гриппе)	Температура тела нормальная или до 38,5°C, симптомы инфекционного токсикоза отсутствуют или слабо выражены. Температура тела в пределах 38,5–39°C, инфекционный токсикоз умеренно выражен: слабость, головная боль; возможны круп, сегментарный отек легких, абдоминальный синдром и др. Температура тела 40–40,5°C, головокружение, бред, судороги, галлюцинация, рвота. Гипертермический, менингоэнцефалитический, геморрагический синдромы.	Гладкое, без осложнений. С возникновением вирус-ассоциированных осложнений – энцефалит, серозный менингит, невриты, полирадикулоневриты и др. С возникновением бактериальных осложнений – пневмония, гнойно-некротический ларинготрахеобронхит, отит и др.
Аденовирусная инфекция	Выраженные катаральные явления, гиперплазия лимфоидных образований ротоглотки, слабовыраженная лимфоаденопатия, катарально-фолликулярный или пленчатый конъюнктивит, отмечается последовательное развитие симптомов, лихорадочный период до 7–14 дней.			
Парагрипп	Острое лихорадочное заболевание с катаральными явлениями, фарингитом, тонзиллитом и синдромом крупа (грубый лающий кашель, шумное стенотическое дыхание, осипший голос).			
RS-инфекция	Бронхиолит с ярко выраженным обструктивным синдромом, выраженной кислородной недостаточностью при умеренном повышении температуры, соответствующая эпидемиологическая ситуация.			

Этиология	Клиническая картина
Риновирусная инфекция	Неудержимая ринорея при слабовыраженном катаре дыхательных путей и легком недомогании, на фоне нормальной или субфебрильной температуры.
Хламидийная и микоплазменная инфекции	Продолжительный субфебрилитет, упорный кашель, часто приступообразный, мучительный, последовательное поражение бронхиальной системы вплоть до малосимптомных (атипичных) пневмоний, длительное течение заболевания, незначительное увеличение лимфатических узлов.
Бактериальная: пневмококк, гемофильная палочка, стафилококк и др.	На фоне катара верхних дыхательных путей имеют место гнойный фарингит, гнойный ринит, гнойный тонзиллит, гнойный бронхит, эпиглоттит и др., сопровождаются выраженным болевым синдромом при кашле, глотании, с гнойной мокротой.

Примечание:

- критерии тяжести и характер течения при всех заболеваниях такие же, как при гриппе
- для клинической диагностики гриппа и ОРВИ большое значение имеют эпидемиологические данные – возникновение массовых однотипных заболеваний в окружении ребенка.

* * * * *

Для практического использования удобны представленные ниже критерии диагностики ряда заболеваний с очерченной клинической картиной, таких как грипп и аденовирусная инфекция.

Критерии диагностики гриппа (шифр по МКБ X – J11):

- ◆ холодное время года, эпидемический подъем заболеваемости, наличие больных гриппом или ОРЗ в семье, детском коллективе, отсутствие привитости ребенка от гриппа;
- ◆ острое начало заболевания;
- ◆ синдром общей интоксикации: нарушение общего состояния, высокая и фебрильная лихорадка, удерживающаяся в течение первых 3–4 дней с последующим резким снижением температуры, гиперемия и одутловатость лица, озноб, головокружение, головная боль, преимущественно в лобной области, глазных яблоках, мышечные и суставные боли, слабость, вялость, отсутствие аппетита, тошнота, возможна диарея, повышенная потливость, красный дермографизм;
- ◆ катаральный синдром: инъекция сосудов склер, иногда конъюнктивит, заложенность носа, скудные слизистые выделения из носа, боль в горле при глотании, осиплость голоса, покашливание в первые 2–3 дня от начала заболевания, затем кашель частый, надсадный, грубый, «лающий», сопровождающийся болями за грудиной, возможна инспираторная одышка; при осмотре – умеренная гиперемия миндалин, дужек, язычка, гиперемия и зернистость задней стенки глотки и мягкого неба;
- ◆ синдром полиаденита: уплотнение, увеличение и болезненность лимфатических узлов шейной группы;
- ◆ геморрагический синдром: носовые кровотечения или сукровичные выделения из носа, точечные кровоизлияния на мягком небе, кровоточивость из мест

инъекций, примесь алой крови в мокроте при сильном кашле, геморрагическая сыпь (по типу лопнувших кровеносных сосудов) на лице, шее, груди, крупная петехиальная сыпь на конечностях, в тяжелых случаях возможен геморрагический отек легкого;

- ◆ изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: пульс соответствует температуре тела, у части больных может быть как бради-, так и тахикардия; приглушенность сердечных тонов; систолический шум на верхушке на высоте лихорадки, токсикоза; артериальное давление с тенденцией к снижению, возможны обморочные состояния; редко экстрасистолия, расширение границ сердца;

- ◆ изменения со стороны нервной системы: беспокойство ребенка, головная боль, срыгивания и рвота, нарушение сна, бред, галлюцинации, судороги, появление очаговой неврологической симптоматики, появление менингеальных симптомов;

- ◆ в общем анализе крови: лейкопения или нормальный уровень лейкоцитов, лимфоцитоз, СОЭ нормальная или умеренно ускорена;

- ◆ выделение вируса гриппа в смывах из носоглотки.

Критерии диагностики аденовирусной инфекции (шифр по МКБ X

– В34):

- ◆ эпидемический подъем заболеваемости, наличие больных с ангиной, конъюнктивитом, ларинготрахеитом в семье, детском коллективе;

- ◆ чаще острое начало заболевания;

- ◆ синдром общей интоксикации: нарушение общего состояния, гиперемия, одутловатость лица, слабость, вялость, отсутствие аппетита, высокая и фебрильная лихорадка, удерживающаяся в течение 7–14 дней, волнообразная или неправильного типа;

- ◆ катаральный синдром:

а) симптомы ринофарингита: обильные слизистые выделения из носа, затруднение носового дыхания, гиперемия и зернистость задней стенки глотки с гипертрофированными фолликулами на ней, стекание густой слизи, влажный кашель с трудно отделяемой мокротой;

б) симптомы тонзиллита: боль в горле при глотании, яркая разлитая гиперемия миндалин, дужек и язычка, увеличение миндалин в размерах, нередко беловатые рыхлые, легко снимаемые налеты в виде островков на поверхности миндалин, иногда в лакунах желеобразный экссудат серовато-белого цвета, возможны пленчатые наложения на миндалинах и задней стенки глотки;

в) симптомы ларингита: осиплость голоса, сухой надсадный кашель, при развитии стеноза гортани – лающего характера, затруднение вдоха;

- ◆ синдром поражения глаз: вначале поражается один глаз, на 2–3 день – второй, слезотечение, проявления катарального конъюнктивита (инъекция сосудов слизистой оболочки, отек конъюнктивы и века, слизистое отделяемое из глазной щели), фолликулярного конъюнктивита (инъекция сосудов слизистой оболочки, выраженность фолликулов конъюнктивы, отек века и слизистой, слизисто-гнойное отделяемое из глазной щели), пленчатый конъюнктивит (выраженный отек, появление нежных, белых или серо-белых пленчатых налетов

на конъюнктиве век, переходных складках на 1–3 день от начала заболевания), кератоконъюнктивит (на роговице появляются округлые субэпителиальные воспалительные очаги, затем роговица мутнеет, длительность 3–4 недели, обратимый характер процесса, иногда снижение остроты зрения);

- ◆ синдром полиаденита: уплотнение, увеличение и болезненность заднешейных и поднижнечелюстных лимфатических узлов, реже подмышечных, надключичных; уплотнение и болезненность лимфатических узлов брюшной полости, вплоть до развития острого мезаденита; гепатомегалия, спленомегалия;

- ◆ синдром сыпи: возможно появление пятнисто-папулезной сыпи по типу краснушной к 5–7 дню от начала заболевания;

- ◆ изменения со стороны ЖКТ: тошнота, срыгивания, рвота, приступообразные боли в околопупочной или правой подвздошной области, диарея;

- ◆ в общем анализе крови: лейкопения или нормальный уровень лейкоцитов, лимфоцитоз, СОЭ нормальная или умеренно ускорена;

- ◆ выделение аденовируса в смывах из носоглотки.

* * * * *

В практической деятельности для определения объема терапии целесообразна топическая диагностика ОРЗ.

Острый ринит (шифр по МКБ X – J 00) – вирусное воспаление слизистой оболочки носовой полости, изолированное или в сочетании с другими синдромами:

- ◆ стадийное развитие ринита:

1. стадия раздражения – от несколько часов до 1–2 суток, ощущение сухости, напряжения, жжения, царапания, щекотания в носу, часто в глотке и гортани, чихание, постепенное ухудшение носового дыхания, обоняния, гнусавость, снижение вкусовых ощущений;

2. стадия серозных выделений – обильное водянистое, затем слизистое отделяемое из носа, нарушение носового дыхания, слезотечение, шум и покалывание в ушах;

3. стадия слизисто-гнойных выделений (разрешения) – на 4–5 день от начала заболевания, сероватое, желтоватое или зеленоватое отделяемое из носа;

- ◆ сопутствующие симптомы: затруднения при кормлении детей первых месяцев жизни; кашель, преимущественно ночного характера, вследствие стекания слизи по задней стенке глотки и сухости слизистой оболочки глотки при дыхании через рот; общее состояние удовлетворительное или нарушается мало;

- ◆ течение благоприятное, выздоровление через 7–10 дней;

- ◆ осложнения (25% случаев): синуситы (фронтит, гайморит), средний отит.

Острый фарингит (шифр по МКБ X – J02) – вирусное воспаление слизистой оболочки глотки, вовлекающее лимфоидные фолликулы глотки, часто в сочетании с поражением слизистой оболочки носа:

- ◆ внезапное возникновение ощущения першения, сухости, жара в глотке;

- ◆ болезненность при глотании пищи или слюны;

- ◆ общее состояние обычно нарушается мало, температура нормальная или субфебрильная, для гриппа характерны фебрильная температура и токсикоз;

- ◆ течение благоприятное, выздоровление через 5–7 дней;
- ◆ осложнения: трахеобронхит.

Острый тонзиллит (шифр по МКБ X – J03.9) – острое инфекционное заболевание с местными изменениями в небных миндалинах, чаще вирусной этиологии (адено, рино-, коронавирусы, вирусы гриппа, парагриппа, Эпштейна-Барра, Коксаки):

- ◆ наблюдается преимущественно в зимние месяцы;
- ◆ типичны кашель, ринит, охриплость голоса, конъюнктивит, стоматит;
- ◆ гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки;
- ◆ легкое или умеренное увеличение регионарных лимфатических узлов;
- ◆ мелкие пузырьки на дужках (герпангина) – при энтеровирусном тонзиллите;
- ◆ плёнчатые налёты, назофарингит, конъюнктивит – при аденовирусной инфекции.

Стрептококковый тонзиллит (ангина) (шифр по МКБ X – J03.0):

- ◆ преимущественно в холодное время года, чаще у детей старше 3-х лет;
- ◆ острое начало с повышением температуры до 38,5–39°C, озноб, недомогание, головная боль, артралгии и миалгии, рвота, боли в животе, снижение аппетита;
- ◆ боль в горле с иррадиацией в ухо и боковые отделы шеи, гиперемия миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, их отечность, выраженное увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов;
- ◆ местные изменения:
 - а) лакунарная ангина – наложения расположены в лакунах извитого характера, может быть мозаичность расположения, желтовато-белого цвета, легко снимаются шпателем и растираются;
 - б) фолликулярная – фолликулы белого цвета, размером 2–3 мм в диаметре, несколько возвышаются над поверхностью ткани миндалин, не снимаются шпателем, созревают, вскрываются, что сопровождается новым подъемом температуры, появляются на миндалинах в виде поверхностно расположенных островчатых наложений;
 - в) некротическая – налеты с неровно изрытой, тусклой поверхностью зелено-желтого или серого цвета, уходящие вглубь слизистой оболочки, часто пропитываются фибрином и становятся плотными, при попытке снять – кровоточащая поверхность, после отторжения налета – дефект ткани белесоватого цвета, неправильной формы, с неровным и бугристым дном;
- ◆ лейкоцитоз ($9-12 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ (иногда до 40–50 мм/ч), повышение уровня С-реактивного белка (СРБ);
- ◆ β -гемолитический стрептококк в посеве мазка из зева и носа на флору;
- ◆ осложнения:
 - шейный гнойный лимфаденит;
 - паратонзиллярный абсцесс (на 4–6 день болезни);
 - гломерулонефрит (на 8–10 день болезни);
 - ревматическая лихорадка (на 2–3 неделе от начала болезни).

◆ дифференциальный диагноз:

- скарлатинозная ангина – сопровождается специфической скарлатиновой сыпью;
- дифтерия зева – налет плотный, с миндалин снимается с трудом, оставляя кровоточащую поверхность, выраженная интоксикация;
- инфекционный мононуклеоз – ангина сопровождается выраженной лимфаденопатией, часто – гепатоспленомегалией, в мазке крови – атипичные мононуклеары;
- анаэробная ангина Симановского-Плаута-Венсана – некротические язвы, чаще односторонние, иногда распространяющиеся на небо и слизистую оболочку рта.

Острый ларингит (шифр по МКБ X – J04.0) – воспаление в области голосовых связок и подсвязочного пространства, чаще вирусной этиологии:

- ◆ изменение голоса, лающий кашель;
- ◆ умеренное повышение температуры;
- ◆ другие признаки ОРВИ;
- ◆ течение благоприятное, выздоровление через 5–10 дней.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ), круп (шифр по МКБ X – J05) – воспаление в области голосовых связок и подсвязочного пространства, часто приводящее к сужению просвета гортани, затрудняющему дыхание (круп) вирусного и реже вирусно-бактериального генеза (риновирусы, парагрипп, грипп, RS-вирус, аденовирусы, корь, краснуха, герпес, β -гемолитический стрептококк, стафилококк, возбудитель дифтерии, микопlasма, палочка Афанасьева-Пфейффера):

- ◆ чаще у детей в возрасте 6 мес. – 3–5 лет;
- ◆ признаки ОРВИ – острое начало заболевания, кашель, чихание, ринит, яркая гиперемия слизистой ротоглотки, жесткое дыхание, снижение аппетита, слабость, вялость, головная боль, повышение температуры тела;
- ◆ ранние (развиваются до 3-го дня от начала инфекции, возбудители – преимущественно вирусы) и поздние (после 3-го дня от начала заболевания, возбудители – смешанная вирусно-бактериальная флора) формы;
- ◆ триада симптомов стеноза гортани: грубый лающий кашель, изменение голоса от осиплости до полной афонии (у младших детей – беззвучный плач, у старших – шепотная речь), шумное стенотическое дыхание;
- ◆ степени тяжести стеноза (см. табл. 4);
- ◆ осложнения: нисходящий трахеобронхит;
- ◆ дифференциальный диагноз:
 - дифтерийный круп – развивается постепенно.

Острый эпиглоттит (шифр по МКБ X – J05.1) – вирусное воспаление надгортанника:

- ◆ фебрильная температура, интоксикация;
- ◆ выраженное нарушение дыхания, усиливающееся в положении лежа;
- ◆ отсутствие лающего кашля;

- ◆ при осмотре гортани или зева – гиперемия и отек надгортанника, закрывающего вход в гортань;
- ◆ осложнения: асфиксия.

Таблица 4

Классификация СЛТ (Учайкин В.Ф., 1999)

По степени нарастания атопии	По степени стеноза гортани	Клинические критерии диагностики
Первичный	1 степень – компенсация	Лающий кашель, сиплый голос, кратковременные приступы затрудненного дыхания при вдохе, симптомы усиливаются при физической нагрузке (беспокойство, плач). ДН в покое отсутствует.
Повторный (до 3 раз)	2 степень – субкомпенсация	Признаки ДН в покое в виде бледности кожных покровов, цианоза, шумного дыхания, слышного на расстоянии, с участием вспомогательной мускулатуры. Беспокойство. Приступы частые, длительные, Тахикардия.
Рецидивирующий (более 3 раз)	3 степень – декомпенсация	ДН выраженная. Постоянная инспираторная одышка с переходом в смешанную с западением нижнего конца грудины, втяжением уступчивых мест грудной клетки. Общая бледность, акроцианоз, страх, возбуждение. Сохраняются звонкие нотки голоса, афонии не бывает. Сердечно-сосудистая недостаточность, парадоксальный пульс.
	4 степень – асфиксия	Крайне тяжелое состояние без сознания, апатия, афония, поверхностное патологическое дыхание типа Чейн-Стокса, Куссмауля. Резко выраженные сердечно-сосудистые расстройства и метаболические нарушения. Расширение зрачков. Снижение температуры тела, судороги, кома. Общий цианоз.

Острый трахеит (шифр по МКБ X – J04.1) – воспаление слизистой оболочки трахеи вирусного, бактериального (пневмококки, гемофильная палочка, реже стафилококки) или смешанного генеза, нередко в сочетании с поражением других отделов респираторного тракта, сопровождается отеком слизистой оболочки трахеи с повышенным выделением вязкого секрета слизистого, гнойного характера:

- ◆ болезненный сухой или с отделением мокроты кашель, может быть приступообразным, вызывать головную боль, чаще в ночные и утренние часы, провоцируется глубоким вдохом;
- ◆ чувство жжения, саднения или боли за грудиной, затруднение дыхания, хриплый голос;
- ◆ общее состояние обычно страдает незначительно, может быть субфебрильная температура, особенно по вечерам;

- ◆ при перкуссии и аускультации легких отклонений от нормы не отмечается, возможно жесткое дыхание при малом количестве или отсутствии хрипов;
- ◆ выздоровление через 1–2 недели;
- ◆ осложнения: нисходящий трахеобронхит, коллапс (при кашле).

Острый бронхит – острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами. Среди вариантов течения острого бронхита, согласно «Классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей» (XVIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Екатеринбург, 2008), выделяют: острый (простой) бронхит, острый обструктивный бронхит и острый бронхиолит.

Острый (простой) бронхит (шифр по МКБ X – J20) – острое воспалительное поражение слизистой оболочки бронхов, редко бывает у детей как самостоятельное заболевание, чаще как одно из проявлений или осложнений ОРЗ различной этиологии (вирусной, бактериальной, паразитарной и т. д.) и сопровождается ринитом, назофарингитом, конъюнктивитом и др., встречается в любом возрастном периоде:

- ◆ развивается на фоне ОРВИ;
- ◆ респираторный синдром – гиперемия слизистой зева, ринит, в начале заболевания – сухой кашель, постепенно становится влажным, мокрота отделяется легко, слизистого или слизисто-гнойного характера;
- ◆ синдром дыхательной недостаточности – отсутствует или выражен умеренно на высоте патологического процесса;
- ◆ бронхолегочный синдром – ясный легочный звук или коробочный оттенок, жесткое дыхание с несколько удлинением (по сравнению с нормой) выдохом, сухие, крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы с обеих сторон на вдохе, количество которых изменяется при кашле, иногда выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы;
- ◆ симптомы интоксикации – снижение эмоционального тонуса, легкая бледность кожи, нормальная или субфебрильная температура, длительность лихорадки не более 2–3 дней, но при микоплазменной и аденовирусной инфекции может сохраняться до 8–10 дней;
- ◆ при рентгенологическом обследовании – усиленный легочный рисунок при отсутствии очаговых теней, малоструктурность корней легких;
- ◆ в общем анализе крови – нормальное или незначительное увеличение лейкоцитов, может быть лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз, СОЭ чаще в норме.
- ◆ дифференциальный диагноз:
 - микоплазменный бронхит (вызванный *M. pneumoniae*) преимущественно встречается в школьном возрасте, чаще протекает с высокой температурой, контрастирующей с незначительно нарушенным общим состоянием и отсутствием признаков токсикоза; катаральные явления скудные, часто развивается «сухой» конъюнктивит (без выпота); характерна асимметрия крепитирующих и мелкопузырчатых хрипов; при рентгенологическом обследовании – усиление мелких элементов легочного рисунка в области максимально выраженных хрипов;

- хламидийный бронхит (вызванный *Chl. trachomatis*) у детей первого полугодия жизни протекает часто без обструкции, выраженной одышки, токсикоза и гематологических сдвигов, его диагностируют при выявлении хламидийных антител класса IgM в любом титре или класса IgG в титре выше 1:64 (диагноз считается достоверным, если титр IgG-антител у матери ниже, чем у ребенка),

- хламидийный бронхит (вызванный *Chl. pneumoniae*) можно заподозрить по одновременно возникающей ангине и/или шейному лимфадениту, у подростков часто протекает с обструкцией и может стать дебютом бронхиальной астмы;

- нисходящий трахеобронхит – тяжелое бактериальное осложнение крупы (возбудители – золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк, гемофильная палочка и кишечная флора). Воспалительный процесс сопровождается образованием пленок, которые распространяются из подвязочного пространства на нижележащие отделы. Клинически имеют место симптомы стеноза гортани в сочетании с лихорадкой, токсикозом, нередко – пневмонией, отмечаются выраженные воспалительные изменения в анализе крови.

Острый обструктивный бронхит (шифр по МКБ X – J20) – эпизод острого бронхита, протекающего с признаками бронхиальной обструкции (за счет отека и/или гиперплазии слизистой, гиперсекреции слизи и/или бронхоспазма) в виде удлинения выдоха, появления экспираторной одышки, участия в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, чаще у детей первых 4-х лет жизни:

- ◆ развивается на 2–3 день ОРВИ;
- ◆ респираторный синдром – гиперемия слизистой зева, ринит, в начале заболевания – сухой кашель, затем влажный, малопродуктивный, с трудноотделяемой мокротой;
- ◆ синдром дыхательной недостаточности – одышка с затруднением выдоха, до 50, реже 60–70 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа), дистанционные хрипы, периоральный цианоз, усиливающийся при нагрузке, беспокойство, вынужденное положение;
- ◆ бронхолегочный и бронхообструктивный синдром – коробочный перкуторный тон, дыхание с удлиненным выдохом, жесткое, сухие свистящие хрипы, влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы, могут быть единичные мелкопузырчатые влажные хрипы, после кашля меняющие локализацию и звучность, при тахипноэ удлинение выдоха может отсутствовать;
- ◆ симптомы интоксикации – слабо выражены, повышение температуры умеренное, отсутствует или значительное (при микоплазменной и аденовирусной инфекции);
- ◆ при рентгенологическом обследовании – вздутие легких с повышенной прозрачностью по периферии легочных полей, усиление бронхососудистого рисунка;
- ◆ в общем анализе крови – нормальное или пониженное количество лейкоцитов, лимфоцитоз, нередко эозинофилия, слегка ускорена (до 20 мм/час) или нормальная СОЭ.

Острый бронхолит (шифр по МКБ X – J21) – заболевание преимущественно детей первого года жизни, характеризующееся генерализованным обструктивным поражением бронхиол и мелких бронхов с развитием дыхательной недостаточности, этиология – RS-инфекция, аденовирусная, парагриппозная, цитомегаловирусная, легионеллезная, микоплазменная и хламидийная инфекция:

- ◆ заболеванию предшествуют умеренно выраженные явления ринита, назофарингита с последующим ухудшением состояния ребенка;
- ◆ респираторный синдром виде малопродуктивного кашля;
- ◆ синдром дыхательной недостаточности: одышка экспираторного характера, при «тотальном» варианте – с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, напряжением грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, возможны бледность, периоральный или генерализованный цианоз, тахикардия, эпизоды апноэ;
- ◆ бронхолегочный и бронхообструктивный синдромы: расширение грудной клетки в передне-заднем размере, дистанционные хрипы, коробочный оттенок перкуторного звука, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, обилие влажных мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха, с уменьшением их количества после кашля, свистящие сухие хрипы на выдохе; при выраженной одышке и поверхностном дыхании хрипы могут не выслушиваться;
- ◆ симптомы интоксикации – слабо выражены, повышение температуры умеренное, отсутствует или значительное;
- ◆ осложнения – апноэ, асфиксия;
- ◆ при рентгенологическом обследовании – вздутие легких – повышенная прозрачность легочных полей, особенно по периферии, низкое стояние диафрагмы, небольшие участки уплотнения легочной ткани, инфильтративные тени отсутствуют;
- ◆ в общем анализе крови – нормальное или пониженное количество лейкоцитов, слегка ускорена или нормальная СОЭ.

3.3. Осложнения ОРВИ (пневмония, синусит, отит).

Осложнения при ОРВИ могут возникнуть на любом сроке заболевания и бывают обусловлены как непосредственным воздействием возбудителя, так и присоединением бактериальной микрофлоры. Наиболее частыми осложнениями считаются пневмонии, отиты и синуситы. К грозным осложнениям, особенно у детей раннего возраста, следует отнести острый стенозирующий ларингит (ложный круп). Реже наблюдают неврологические осложнения – менингиты, менингоэнцефалиты, невриты, полирадикулоневриты. При гриппе на фоне высокой лихорадки и резко выраженной интоксикации возможны общемозговые реакции в виде менингеального и судорожного синдромов. Тяжёлые формы гриппа могут сопровождаться появлением геморрагического синдрома (кровозлияния на коже и слизистых оболочках, повышенная кровоточивость и т.д.). На высоте интоксикационных явлений возможны функциональные нару-

шения деятельности сердца, иногда развитие миокардита. ОРВИ у детей любого возраста может протекать с такими осложнениями, как инфекция мочевыводящих путей, холангит, панкреатит, септикопиемия, мезаденит. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся осложнения.

Пневмония (шифр по МКБ X – J13–18) – это острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов с внутриальвеолярной экссудацией.

Согласно «Классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей» (XVIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Екатеринбург, 2008), выделяют пневмонии:

- ◆ по этиологии – бактериальная, вирусная, грибковая, паразитарная, хламидийная, микоплазменная, смешанная;
- ◆ по месту возникновения:
 - *внебольничная* (синонимы: домашняя, амбулаторная), возникшая у ребенка вне лечебного учреждения;
 - *госпитальная* (синонимы: нозокомиальная, внутрибольничная), развившаяся через 48–72 часа после госпитализации в сочетании с клиническими данными, подтверждающими инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота, лейкоцитоз) или в течение 48 часов после выписки;
- ◆ по морфологическим формам: *очаговая, очагово-сливная, моно- или поли-сегментарная, крупозная, интерстициальная.*

А также выделяются:

Аспирационная – при заболеваниях, сопровождающихся рефлюксом, дисфагией, у больных с нарушением сознания.

Вентиляционная – развивается у пациентов на ИВЛ: ранняя – в первые 5 суток и поздняя – после 5 суток ИВЛ.

У новорожденных выделяют *внутриутробные* (врожденные) (**шифр по МКБ X – P23**) и *постнатальные* (приобретенные) пневмонии, которые также могут быть *внебольничными и нозокомиальными.*

- ◆ по тяжести – *средней тяжести и тяжелая* (тяжесть пневмонии определяется выраженностью клинических проявлений и наличием осложнений);
- ◆ по течению – *острое* (длительностью до 6 недель) или *затяжное* (более 6 недель);
- ◆ осложнения: *легочные* (плеврит, абсцесс легкого, пневмоторакс, пиопневмоторакс); *внелегочные* (инфекционно-токсический шок, сердечно-сосудистая недостаточность, ДВС-синдром).

Критерии диагностики острых пневмоний:

- ◆ заболевание возникает на первой недели ОРВИ или после переохлаждения;
- ◆ респираторный синдром – признаки ОРВИ, кашель глубокий, влажный, со слизистой или слизисто-гнойной мокротой;
- ◆ синдром токсикоза (разной степени выраженности): нарушение сна, вялость, адинамия или гипервозбудимость, двигательное беспокойство, судорожная готовность, в ряде случаев – судорожный приступ; нарушение аппетита вплоть

до анорексии; лихорадка фебрильного типа, продолжительная (более 5 дней); выраженная бледность кожи; тахикардия, не соответствующая уровню лихорадки, приглушенность тонов сердца, снижение физиологических рефлексов, мышечная гипотония, диспепсические расстройства, падение массы тела вплоть до развития эксикоза, увеличение печени;

♦ синдром дыхательной недостаточности: одышка смешанного характера, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (втяжение податливых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа); цианоз носогубного треугольника или разлитой цианоз, усиливающийся при физической нагрузке;

♦ бронхолегочный синдром: характерна локализованность, чаще односторонность патологического процесса в легких – укорочение перкуторного звука, соответствующее очагу поражения; наличие жесткого бронхиального или ослабленного дыхания в местах поражения, усиление бронхофонии и голосового дрожания в определенном сегменте; наличие локализованных, стабильных мелкопузырчатых влажных хрипов или крепитации;

♦ в общем анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево (у детей первых месяцев жизни может быть лимфоцитоз), повышенная СОЭ (более 20 мм/час); у детей раннего возраста рано развивается анемизация;

♦ при рентгенологическом обследовании – инфильтративные изменения легочной ткани очагового или сегментарного характера, реакция корня легкого на стороне поражения, в начальной фазе и в период разрешения пневмонии может выявляться локальное усиление легочного рисунка и реакция корня на стороне поражения.

В связи со сходством общеклинических проявлений (подъем температуры, интоксикация, нарушение самочувствия, кашель) пневмонии нередко приходится дифференцировать с такими заболеваниями, как ОРВИ, острый бронхит и бронхолит. Основным отличием этих заболеваний от пневмонии является отсутствие при них локальных изменений в лёгких, как клинических, так и рентгенологических.

Тем не менее наиболее типичными симптомами пневмонии являются: температура выше 38,0°С в течение 3 суток и более, одышка (выше 60 в 1 мин. у детей до 2 мес.; выше 50 в 1 мин. – от 2 мес. до 1 года; выше 40 в 1 мин. – от 1 года до 5 лет) и втяжение уступчивых мест грудной клетки при отсутствии бронхиальной обструкции. Наличие бронхиальной обструкции с высокой степенью вероятности исключает диагноз типичной внебольничной пневмонии и встречается лишь при атипичных ее формах и внутрибольничном заражении. У новорожденных и детей первых недель жизни, особенно недоношенных, за счет апноэ или брадипноэ частота дыхания, наоборот, может быть невелика; при этом приобретают диагностическое значение особенности одышки: ритм дыхания, ригидность грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры. Пневмония у этих детей может протекать с гипотермией.

Самым убедительным способом диагностики является рентгенологическое исследование органов грудной клетки, позволяющее выявлять инфильтративные воспалительные изменения в лёгких, их характер и локализацию,

что, по ВОЗ, считается «золотым стандартом» диагностики пневмонии. Обычно достаточно снимка в прямой проекции.

Гомогенные тени (полисегментарная, долевая, очаговая) характерны для типичных бактериальных пневмоний, негомогенные – для вызванных микоплазмой. Диссеминированные процессы у грудных детей говорят в пользу хламидиоза или пневмоцистоза, у старших – стрептококковой пневмонии. Очагово-сливные, плотные, с выбухающей границей тени характерны для пневмоний, осложняющихся деструкцией. Уменьшенные в объеме гомогенные сегментарные тени с вогнутой границей свидетельствуют о наличии ателектатического компонента с тенденцией к затяжному течению.

В случае достижения полного клинического эффекта от лечения рентгенологический контроль при неосложненных пневмониях не обязателен, поскольку при этом полное рассасывание инфильтрации происходит в течение 2–4 недель.

Все выше изложенное позволяет предложить алгоритм диагностики пневмонии (см. рис. 1).

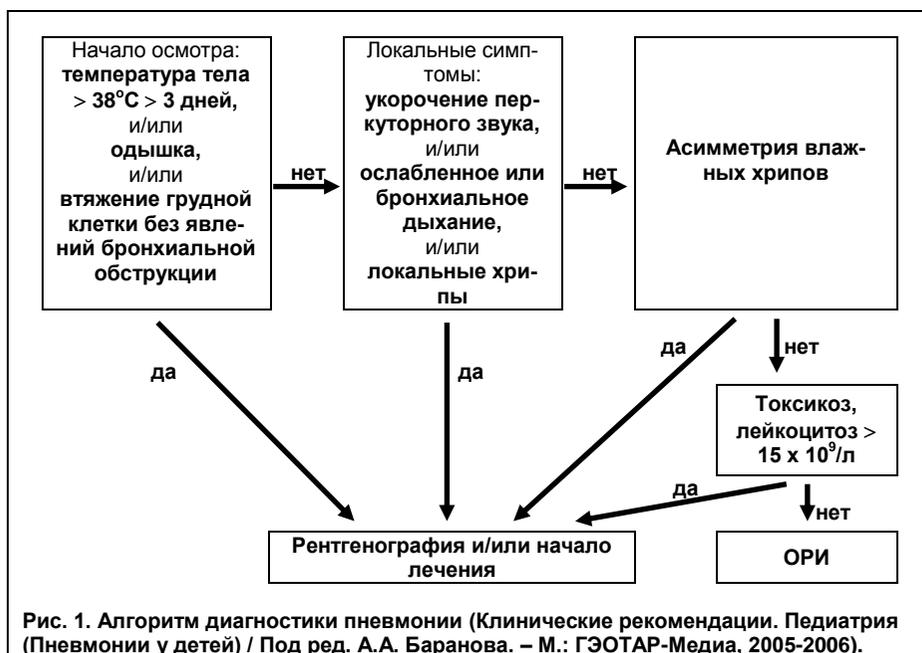


Рис. 1. Алгоритм диагностики пневмонии (Клинические рекомендации. Педиатрия (Пневмонии у детей) / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005-2006).

В зависимости от распространенности процесса выделяют несколько клинико-рентгенологических вариантов пневмоний.

Очаговая пневмония обычно возникает на 5–7-й день ОРВИ. Вновь поднимается температура тела, нарастают симптомы интоксикации, появля-

ются кашель, локальные изменения в лёгких. Могут появиться периоральный цианоз, одышка с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, втяжением межреберий, раздуванием крыльев носа. У детей первых месяцев жизни нередко наблюдают ритмичное покачивание головы в такт дыханию, кратковременные периоды апноэ, срыгивания, неустойчивый стул. Рентгенологически выявляют инфильтративные очаги 0,5–1 см в диаметре, усиление лёгочного рисунка, расширение корня лёгкого и снижение его структурности. В периферической крови появляются изменения воспалительного характера.

Очагово-сливная пневмония чаще всего имеет тяжелое течение и может сопровождаться симптомами токсикоза, сердечно-лёгочной недостаточностью, осложняться деструкцией лёгочной ткани. Рентгенологически выявляют большой, неоднородный по интенсивности очаг затемнения, занимающий несколько сегментов или целую долю.

Сегментарные пневмонии могут развиваться у детей разных возрастных групп. В процесс вовлекается полностью один или несколько сегментов лёгкого (полисегментарная пневмония). Для этой формы пневмонии типичны лихорадка, признаки интоксикации и дыхательной недостаточности разной степени выраженности. Кашель редкий или отсутствует, аускультативные данные скудные, особенно в первые дни болезни. Сопутствующая विकарная эмфизема не всегда позволяет выявить укорочение перкуторного звука над участками поражения. В 1/4 случаев возможно отсутствие физикальных изменений в лёгких. Процесс репарации нередко затягивается до 2–3 месяцев. На месте неразрешившегося воспаления в сегменте могут формироваться фиброателектазы и локальные бронхоэктазы. Рентгенологически выявляют гомогенные сегментарные тени и расширение соответствующего корня лёгкого со снижением его структурности.

Для крупозной пневмонии (пневмококковая этиология) характерно бурное начало, высокая лихорадка с ознобом, болезненностью в грудной клетке при дыхании и кашле, нередко с выделением вязкой «ржавой» мокроты. В динамике нарастает интенсивность токсикоза и дыхательной недостаточности. Может развиваться абдоминальный синдром в виде рвоты, болей в животе с появлением симптомов раздражения брюшины. Течение крупозной пневмонии циклическое. На 7–10-й день болезни происходит критическое или литическое падение температуры тела. Появление влажного кашля с мокротой и влажных хрипов над зоной поражения свидетельствует о начале периода разрешения. На рентгенограммах в период разгара заболевания выявляют гомогенные тени с четкими границами, соответствующими поражённым долям с вовлечением в процесс корня лёгкого и плевры, в периферической крови – признаки острого воспалительного процесса. В настоящее время под воздействием антибактериальной терапии нередко наблюдают редуцированное течение крупозной пневмонии, и клиническое выздоровление наступает через 1,5–2 недели.

Интерстициальная пневмония свойственна в основном детям первых месяцев жизни; в более старшем возрасте возникает при интеркуррентных заболеваниях или иммунодефицитных состояниях. Развитие интерстициаль-

ной пневмонии связано с вирусами, пневмоцистами, хламидиями, микоплазмами и др. возбудителями, поражающими именно межплевральную ткань лёгкого. Изменения в лёгких носят распространённый или очаговый характер. При тяжёлой интерстициальной пневмонии быстро развивается дыхательная недостаточность II–III степени. Характерны цианоз, одышка, мучительный кашель со скудной мокротой, нарушения функций ЦНС, срыгивания, рвота, вздутие грудной клетки, ослабление дыхания. Нередко выявляют признаки правожелудочковой недостаточности. Течение острой интерстициальной пневмонии может быть длительным, возможно развитие пневмофиброза. Рентгенологически на фоне эмфиземы лёгких обнаруживают усиленный и деформированный сетчатый интерстициальный рисунок или крупные инфильтраты («хлопья снега»). Изменения в крови зависят от этиологии (вирусы или бактерии), возможны нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лейкопения и лимфоцитоз.

Острый синусит (шифр по МКБ X – J01) – воспаление придаточных пазух носа (чаще – верхнечелюстных) в поздние сроки ОРЗ, связанное с присоединением бактериальной флоры (*H.influenzae*, *S.pneumoniae*, *M.catarrhalis*):

- ◆ нарушение носового дыхания, слизисто-гнойное отделяемое, в течение 10–14 дней после начала ОРВИ, боли или чувство давления в области пазух;
- ◆ сохранение лихорадки, не имеющей видимых причин;
- ◆ упорный кашель, связанный с затеканием слизи;
- ◆ у детей раннего возраста – чаще гнойный синусит с бурным течением, с отеком и покраснением мягких тканей лица, болезненностью, фебрильной температурой, токсикозом;
- ◆ при рентгенологическом или ультразвуковом обследовании – затемнение пазух или утолщение слизистой оболочки;
- ◆ осложнения – орбитальные и внутричерепные осложнения синусита (перистит орбиты, ретробульбарный абсцесс и флегмона, базальный менингит, абсцесс лобной доли мозга, тромбоз кавернозного синуса).

Острый средний отит катаральный (шифр по МКБ X – H65) и гнойный (шифр по МКБ X – H66) – воспаление в полости среднего уха на фоне ОРВИ вирусной, бактериальной (пневмококк, *H. influenza*, β -гемолитический стрептококк гр. А, *M. catarrhalis*, стафилококк, синегнойная палочка), микоплазменной этиологии, чаще у детей первых 5 лет жизни:

- ◆ острое начало с повышением температуры;
- ◆ боли в ухе «стреляющего», приступообразного характера, у маленьких детей – отказ от еды, немотивированное беспокойство и крик, нарушение сна;
- ◆ повышение температуры может носить «беспричинный» характер, с сохранением высокой температуры (в отсутствие своевременной диагностики и лечения отита) вплоть до перфорации барабанной перепонки, гноеетечение;
- ◆ при микоплазменной этиологии – явления мирингита (буллезное воспаление барабанной перепонки);
- ◆ осложнения: анtrit, мастоидит, отогенный менингит.

IV. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Лечение острых заболеваний органов дыхания обычно проводится на дому. При этом важно, чтобы ребенок во время болезни не посещал ОУ. Госпитализация детей проводится по показаниям (см. Глава I). Объем лечебных мероприятий определяется характером и тяжестью патологии, возрастом и микросоциальными условиями жизни ребенка.

Направленность терапевтического действия при ОРЗ:

1. Базисная терапия.
2. Этиотропная противовирусная терапия.
3. Антибактериальная терапия.

4.1. Базисная терапия острых респираторных заболеваний включает режимные моменты, диету, назначение жаропонижающих и противовоспалительных средств, симптоматическую терапию (лечение ринита и кашля), антигистаминные препараты, витамино- и фитотерапию, иммунотерапию, биопрепараты, ингаляции, физиолечение, отвлекающие процедуры.

4.1.1. Режим – постельный на период лихорадки, при нормализации температуры – щадящий (на 4–5 дней), с удлинением ночного и дневного сна, ограничением подвижных игр, показаны прогулки. Температура в помещении не выше 20°C и на 3–4°C ниже во время сна ребенка, обязательное проветривание, частая влажная уборка, развешивание влажных полотенец.

4.1.2. Диета – по возрасту, механически, химически (с исключением раздражающей пищи), термически (умеренно теплая) щадящая, с ограничением поваренной соли, достаточно витаминизированная. Предпочтительна молочно-растительная диета с включением свежих фруктов и овощей. Не кормить ребенка насильно, предложить любимые блюда. В период реконвалесценции диета соответствует питанию здорового ребенка.

Рекомендуется обильное питье частыми и малыми порциями, содержащее витамины С и Р, соки, клюквенные или брусничные морсы, сладкий чай с лимоном, медом, отвар плодов шиповника, малины, калины, настои цветков липы, бузины, листьев земляники, малины, компоты из сухофруктов, дегазированная минеральная вода (Боржоми, Нарзан). Объем жидкости на период лихорадки составляет 150–160 мл/кг/сутки, после снижения температуры – 100 мл/кг/сутки.

Для профилактики геморрагического синдрома (при гриппе) показан зеленый чай, варенье или сок из черноплодной рябины, грейпфрут.

4.1.3. Жаропонижающие средства назначаются при большинстве ОРЗ по общепризнанным правилам (табл. 5).

Купирование лихорадки предпочтительнее начинать с физических методов охлаждения: ребенка уложить в постель, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, но не допускать сквозняков. При температуре выше 39°C обтереть ребенка водой (t 25–30°C). Следует отметить, что добавление в воду уксуса и спирта не увеличивает жаропонижающий эффект. Показано обертывание влажной простыней, использование клизмы с кипяченой водой (20°C); обильное питье на 0,5-1 л больше возрастной нормы,

пузыри со льдом на область головы и магистральных сосудов с зазором в 1 см. При неэффективности физических методов охлаждения применяют жаропонижающие препараты согласно существующим принципам.

Таблица 5

Критерии назначения жаропонижающих препаратов
(Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика», Москва, 2004)

Категория	Критерии назначения
Ранее здоровые дети	при температуре тела выше 39,0°C и/или при мышечной ломоте и/или при головной боли
Дети с фебрильными судорогами в анамнезе	при температуре тела выше 38,0–38,5°C
Дети с тяжелыми заболеваниями сердца и легких	при температуре тела выше 38,5°C
Дети первых 3 месяцев жизни	при температуре тела выше 38,0°C

Следует отметить, что принятие решения о необходимости антипиретической терапии при ОРЗ не должно быть основано только на «показателях градусника». Необходимо оценить анамнестические данные, клинические симптомы заболевания, а также самочувствие ребенка. Важно проанализировать, как ребенок переносит лихорадку, изменяется ли при этом его поведение, психоэмоциональное состояние, физическая активность, аппетит и т.д. Иначе говоря, определить патогенетические варианты температурной реакции – «розовая и бледная лихорадка».

«Розовая лихорадка», имея адекватное течение, является защитно-приспособительной реакцией организма, при которой теплопродукция соответствует теплоотдаче. При этом на фоне высокой температуры тела самочувствие ребенка не страдает, он не отказывается от питья, кожа его влажная, розовая, а ладони и стопы теплые. В большинстве случаев достаточны физические методы охлаждения. При отсутствии эффекта от такой терапии в течение 30–40 минут, а также при ухудшении самочувствия, появлении озноба, миалгий, головной боли показаны жаропонижающие препараты (парацетамол, ибупрофен) в обычных дозах для перорального или ректального введения.

Только в тех случаях, когда пероральное или ректальное введение жаропонижающих препаратов невозможно или отсутствует эффект от их применения, показано парентеральное введение 50% раствора анальгина (в разовой дозе у детей до 1 года – 0,01 мл/кг массы, старше 1 года – 0,1 мл/год жизни) в сочетании с антигистаминным препаратом – 2,5% раствор пипольфена (в разовой дозе до 1 года – 0,01 мл/кг массы, старше 1 года – 0,15 мл/год жизни). При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 20–30 минут проводят мероприятия как при «бледной лихорадке» (см. ниже).

Если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от ее уровня, отмечается ухудшение состояния и самочувствия, бледные и сухие кожные покровы, холодные дистальные отделы конечностей («бледная лихорадка») антипиретическую терапию дополняют сосудорасширяющими препаратами – 2% раствор папаверина или но-шпы в разовой дозе 0,1–0,2 мл/год жизни.

Симптоматика гипертермического синдрома требует неотложных мероприятий (см. **раздел 5.1.**).

В ряде ситуаций (дети первых 3 месяцев жизни, заболевания ЦНС, органов кровообращения, дыхания, наследственные обменные нарушения) назначение жаропонижающих средств может потребоваться даже при субфебрильной температуре. Таким образом, вопрос о жаропонижающей терапии решается врачом в индивидуальном порядке.

При назначении жаропонижающих средств нежелательно добиваться полной нормализации температуры тела. Снижение ее даже на 0,5–1°С вполне достаточно для улучшения состояния ребенка. Жаропонижающие препараты не назначаются планоно, так как это может способствовать передозировке и затруднению диагностики бактериальной инфекции, повторную дозу жаропонижающего средства следует дать только после нового повышения температуры тела до указанного выше уровня.

При температуре тела выше 38,0°С, сохраняющейся в течение 3 дней, вероятно развитие бактериального заболевания, что требует повторного обращения к врачу.

Парацетамол^A, оказывающий болеутоляющее, жаропонижающее и слабое противовоспалительное действие, используется в разовой дозе 10–15 мг/кг, не более 4 раз в сутки (максимальная суточная доза 60 мг/кг/сут.). В виде сиропа, гранулята для приготовления раствора, шипучих таблеток) он действует уже через 30–60 минут, в свечах – через 2–3 часа, в связи с чем их удобно вводить на ночь. Среди побочных эффектов этого препарата можно назвать тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, нарушение функции печени, аллергические реакции, редко – развитие анемии, тромбоцитопении, метгемоглобинемии; при длительном применении в высоких дозах возможно гепатотоксическое действие. При одновременном применении парацетамол снижает противовирусную активность производных римантадина. Противопоказания к назначению парацетамола: нарушения функции печени и/или почек, заболевания крови, детский возраст до 3 месяцев, индивидуальная гиперчувствительность к препарату (табл. 6).

Ибупрофен^A оказывает противовоспалительное, болеутоляющее, жаропонижающее действие, разовая доза 5–10 мг/кг, используется не более 3 раз в сутки (максимальная суточная доза 30 мг/кг/сут.) у детей старше 6 месяцев. Ибупрофен может быть «стартовым» препаратом, если назначение парацетамола противопоказано или малоэффективно. Целесообразно его использование при инфекциях с выраженным воспалительным компонентом, при высокой температуре, сопровождающейся болевыми реакциями. Среди побочных эффектов имеют место изжога, тошнота, анорексия, рвота, нарушение функции печени, развитие эрозивно-язвенных поражений ЖКТ, головная боль,

головокружение, сонливость, возбуждение, нарушения зрения, нарушение функции почек, анемия, тромбоцитопения, агранулоцитоз, бронхоспазм, местные аллергические реакции. Противопоказаниями к назначению ибупрофена являются обострения эрозивно-язвенных поражений ЖКТ, неврит лицевого нерва, нарушения кроветворения, выраженные нарушения функции печени и/или почек, сердечная недостаточность, повышенная чувствительность, геморрагический диатез (табл. 7).

Таблица 6

Парацетамол

(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д. «Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Форма выпуска	Доза, особенности приема
Антигриппин шипучие табл. (парацетамол 0,25, хлорфенамин 0,003, аскорбиновая кислота 0,05)	До 5 лет – по 1/2табл. 2 раза в сутки; 5–10 лет – по 1 табл. 1–2 раза в сутки; 10–15 лет – по 1 табл. 2–3 раза в сутки, перед приемом следует растворить 1 таблетку в стакане воды.
Антифлу кидс порошок в пакетики (ацетаминофен* 160 мг, хлорфенирамин малеат 1 мг, аскорбиновая кислота 50 мг)	2–6 лет – по 1 пакетику, 6–12 лет – по 2 пакетики каждые 4–6 часов, не более 3-х раз в сутки, содержимое пакетика растворить в 150 мл теплой воды.
Антифлу табл. в оболочке (ацетаминофен* 325 мг, фенилэфрин гидрохлорид 5 мг, хлорфенирамин малеат 2 мг, аскорбиновая кислота 80 мг)	6–12 лет – по 1 таб. каждые 6 часов (не более 2 таб. в сутки), старше 12 лет – по 1–2 таб. каждые 4 часа (не более 8 таб. в сутки).
Антифлу порошок в пакетики (ацетаминофен* 650 мг, фенилэфрин гидрохлорид 10 мг, хлорфенирамин малеат 4 мг, аскорбиновая кислота 160 мг)	Старше 12 лет – по 1 пакетику каждые 4 часа (не более 4 раз в сутки), содержимое пакетика растворить в 1 стакане горячей воды.
Калпол суспензия для приема внутрь (в 5 мл – 120 мг) во флаконах 100 мл с мерной ложкой	От 3 мес. до 1 года – 60–120 мг (2,5–5 мл), от 1 года до 6 лет – 120–240 мг (5–10 мл); запить большим количеством жидкости, через 1–2 часа после приема пищи.
Колдакт Флю плюс капсулы пролонгированного действия (фенилэфрина гидрохлорид 25 мг, парацетамол 200 мг, хлорфенирамин малеат 8 мг)	Для детей старше 12 лет – по 1 капсуле каждые 12 часов в первые 3 дня заболевания.
Колдрекс табл. (парацетамол 0,5, кофеин 0,025, терпингидрат 0,02, аскорбиновая кислота 0,03, фенилэфрин 0,05)	Старше 12 лет – по 2 табл. до 4 раз в день, запивая большим количеством жидкости.
Колдрекс Найт сироп (в 10 мл – парацетамол 500 мг, прометазина гидрохлорид 10 мг, декстрометорфана гидробромид 5 мг) флакон 160 мл	Разовая доза: 6–12 лет – 10 мл (2 ложки по 5 мл), старше 12 лет – 20 мл (4 ложки по 5 мл) 1 раз/сут., непосредственно перед сном.
Колдрекс хотрем со вкусом лимона или черной смородины порошок (парацетамол 0,75, фенилэфрин 0,01, аскорбиновая кислота 0,06)	Старше 12 лет – по 1 порошку (пакетику) до 4 раз в сутки.

Форма выпуска	Доза, особенности приема
Панадол ректальные свечи (1 свеча – 125 мг парацетамола)	Старше 3 мес.
Панадол суспензия для приема внутрь (в 5 мл – 120 мг)	3 мес. – 1 год – 1/2–1 мерная ложка (5 мл), 1 год – 6 лет – 1–2 мерные ложки (5–10 мл), 6–12 лет – 2–4 мерные ложки (10–20 мл).
Парацетамол суспензия для приема внутрь 2,4 % – 100 мл (в 5 мл – 120 мг)	До 6 мес. – 60 мг (2,5 мл), от 6 мес. до 1 года – 60–180 мг (2,5–7,5 мл), от 1 года до 6 лет – 120–240 мг (5–10 мл), от 6 до 14 лет – 250–480 мг (10–20 мл), старше 14 лет – 480–960 мг. (20–40 мл).
Парацетамол таблетки 0,5 г	От 3 мес. до 1 года – 24–120 мг, от 1 года до 6 лет – 120–240 мг, от 6 до 12 лет – 240–480 мг, старше 12 лет – 0,5–1,0 г.
Ринзасип саше со вкусом лимона, со вкусом черной смородины (в 5 г – парацетамол 750 мг, кофеин 30 мг, фенирамина малеат 20 мг, фенилэфрина гидрохлорид 10 мг)	Старше 15 лет – по 1 пакетик 3–4 раза в день через 1–2 ч после еды с большим количеством жидкости, содержимое 1 саше растворяют в 1 стакане горячей воды до полного растворения, можно добавить сахар или мед.
Риниколд табл. (парацетамол 500 мг, фенилэфрин гидрохлорид 10 мг, кофеин 30 мг, хлорфенамин 2 мг)	Старше 6 лет – по 1 таб. каждые 4–6 часов, но не более 4 раз/сут. в течение не более 5 дней.
Фервекс для детей гранулят для приготовления раствора (парацетамол 280 мг, фенирамина 10 мг, аскорбиновая кислота 100 мг)	6–10 лет – по 1 пакетик 2 раза в день; 10–12 лет – по 1 пакетик 3 раза в день; 12–15 лет – по 1 пакетик 4 раза в день через 4 часа. Содержимое пакетика растворить в стакане воды.
Цефекон Д свечи детские (1 свеча – парацетамол 50, 100, 250 мг)	6 мес.–1 год – по 1 свече (50 мг) или 1/2 свече (100 мг), 1–3 года – по 1 свече (100 мг), 3–5 лет – по 2 свече (100 мг), 5–10 лет – по 1 свече (250 мг), 10–12 лет – по 2 свече (250 мг); после очистительной клизмы или самопроизвольного опорожнения кишечника.
Эффералган раствор для приема внутрь (в 1 мл – 30мг) во флаконах 90 мл с мерной ложкой	До 1 года – 1/2 мерной ложки, от 1 до 3 лет – 1 мерная ложка 3 раза в день, старше 3 лет – 1 мерная ложка до 4 раз в день; можно в чистом виде или разбавить водой или молоком.
Эффералган суппозитории для детей (1 свеча – парацетамол 80 мг, 150 мг, 300 мг)	3–6 мес. – по 1 свече (80 мг) 2 раза в сутки, 6–12 месяцев – по 1 свече (80 мг) 2–3 раза в сутки, 1–2 года – по 1 свече (150 мг) 3–4 раза в сутки, 6–8 лет – по 1 свече (300 мг) 2–3 раза в сутки, 8–12 лет – по 1 свече (300 мг) до 3 раз в сутки, 12–15 лет – по 1 свече (300 мг) 3–4 раза в сутки.

Примечание: * ацетаминофен – синоним парацетамола.

Ибупрофен

(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д. «Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Форма выпуска	Доза, особенности приема
Ибуклин табл. диспергируемые для детей (парацетамол 125 мг, ибупрофен 100 мг)	Старше 6 лет – по 1 таб., старше 12 лет – по 2 таб.
Ибупрофен таблетки по 0,2 г	Старше 12 лет – по 200–400 мг каждые 4–6 часов, но не более 1,2 г сутки.
Ибупрофен таблетки шипучие (200 мг ибупрофена)	Старше 12 лет – по 200–400 мг каждые 4–6 часов, но не более 1,2 г в сутки, предварительно растворив в 1 стакане воды.
Ибуфен 2% суспензия для приема внутрь (в 5 мл – 100 мг) во флаконе 100 мл с мерной ложкой	До 6 мес. – только по назначению врача, 6–12 мес – по 2,5 мл, 1–3 года – по 5 мл, 4–6 лет – по 7,5 мл, 7–9 лет – по 10 мл, 10–12 лет – по 15 мл.
Нурофен суспензия для детей (в 5 мл – 100 мг) во флаконах с мерным шприцем или ложкой	От 6 до 12 мес. – по 2,5 мл, от 1 года до 3 лет – по 5 мл, от 4 до 6 лет – по 7,5 мл, от 7 до 9 лет – по 10 мл, от 10 до 12 лет – по 15 мл.
Нурофен табл. в оболочке и шипучие 200 мг	Старше 12 лет – по 1 таб., не более 4 раз в сутки, таблетки в оболочке запивать водой, таблетки шипучие растворить в 1 стакане воды.
Нурофен Плюс таблетки (ибупрофен 200 мг, кодеин 10 мг)	Старше 12 лет – по 1–2 таб.
Нурофен Ультера капс. капсулы 200 мг	Старше 12 лет – по 1 капс. 3–4 раза в день.

В педиатрической практике не должны использоваться в качестве жаропонижающих средств амидопирин, антипирин, фенацетин, ацетилсалициловая кислота (Аспирин).

4.1.4. Противовоспалительная терапия.

Для противовоспалительной терапии при ринофарингите, ларингите, отите и синусите, ринотрахеобронхите, бронхите, бронхиальной астме, респираторных явлениях при гриппе, кори, коклюше целесообразно использование препарата фенспирид (Эреспал). Эреспал сочетает в себе бронхоконстрикторное, отхаркивающее, противовоспалительное, антигистаминное и папавериноподобное спазмолитическое действие. Противовоспалительный эффект данного препарата проявляется, начиная с ранних этапов развития респираторной инфекции, патогенетически обусловлен снижением продукции различных провоспалительных факторов, в том числе цитокинов, производных арахидоновой кислоты, свободных радикалов. Вследствие этого он тормозит воспаление как в первой, сосудистой, так и в последующей, клеточной, фазе. Эреспал обеспечивает защиту от агентов, вызывающих спазм гладкой мускулатуры дыхательных путей, положительно воздействует на мукоцилиарный транспорт.

Эреспал существенно облегчает течение ОРЗ у детей, способствует более быстрому купированию катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, хорошо переносится. В ряде случаев он позволяет избежать антибактериальной терапии.

Препарат выпускается в виде сиропа (флакон 150 мл, в 1 мл – 2 мг) и таблеток (80 мг). Эреспал назначается из расчета 4 мг/кг/сутки, при этом детям от 0 до 2 лет (с массой тела до 10 кг) – 2–4 ч.л. в сутки, можно с питанием, от 2 до 16 лет (с массой тела более 10 кг) – 2–4 ст.л. в сутки. Препарат следует принимать до еды.

4.1.5. Симптоматическая терапия при острых заболеваниях органов дыхания назначается с целью уменьшить выраженность тех клинических проявлений заболевания, которые нарушают самочувствие ребенка.

Лечение ринита, одного из наиболее частых симптомов при ОРВИ, проводится в зависимости от характера процесса, выбор препаратов при этом достаточно широк.

В начальной стадии ринита целесообразно промывание или орошение носа физиологическим раствором хлорида натрия и ему подобными средствами (АкваМарис, Маример, Салин и др.). Механизм действия этих препаратов заключается в эффективном увлажнении слизистой оболочки носа, разжижении густой слизи, размягчении сухих корочек в носу и их легком удалении. Содержание соли доведено до изотонической концентрации, а pH раствора соответствует pH естественной секреторной жидкости слизистой носа. Микроэлементы (Ca, Fe, K, Mg, C и др.), имеющиеся в составе этих препаратов, повышают двигательную активность ресничек, нормализуют функции слизистой оболочки, что также улучшает носовое дыхание.

В случае выраженного затруднения носового дыхания (отек и серозное отделяемое) используются сосудосуживающие препараты (деконгестанты), которые активируя α -адренорецепторы, сокращают кавернозную ткань носовых раковин. Для детей первых 2-х лет жизни применяются 0,01% растворы, от 2 до 6 лет – 0,025% растворы, для школьников – 0,05% растворы в виде капель и спреев, старше 12 лет – 0,1% растворы в виде капель и спреев. Капли можно применять 2–4 раза в день в течение 1–3 дней, при более длительном применении они могут усиливать насморк. Сосудосуживающие назальные спреи удобны в использовании, они позволяют при меньшей дозе более равномерно распределить препарат.

В педиатрической практике применимы сосудосуживающие капли на основе ксилометазолина, нафазолина, оксиметазолина, тетризолина (табл. 8). Следует отметить, что в последние годы практически не применяются препараты, содержащие адреналин и эфедрин. **Кор действия**

Допустимо использование, начиная с рождения, комбинированного препарата на основе фенилэфрина и диметиндена (Виброцил) с сосудосуживающим и противоаллергическим действием.

У Називина помимо сосудосуживающего отмечен противовирусный эффект за счет подавления репликации вируса в слизистой оболочке носовой полости.

Назальные сосудосуживающие препараты имеют ряд побочных эффектов, которые могут проявиться при неправильно подобранном проценте используемого средства, превышении дозы и сроков лечения, при индивидуальной чувствительности к препарату: сухость и чувство жжения слизистой оболочки носа, чиханье, беспокойство, бессонница, головная боль, тошнота, усталость, при длительном применении - артериальная гипертензия, тахикардия.

Альтернативой являются оральные комбинированные препараты, уменьшающие секрецию слизистой оболочки носа, у детей старше 2 лет – Антифлу, старше 6 лет – Фервекс для детей, Риниколд (см. табл. 8) и др. Деконгестанты для перорального приема меньше угнетают реснитчатый эпителий, поэтому риск медикаментозного ринита уменьшается. Но возможны бессонница, тахикардия, повышение артериального давления.

При слизистых выделениях показана эвакуация секрета из носовых ходов – путем высмаркивания секрета или отсасывания с помощью груш-отсосов (у детей раннего возраста) с промыванием носовых ходов 0,9% физиологическим раствором хлорида натрия в положении ребенка лежа на спине с запрокинутой головой по несколько пипеток в каждую ноздрю (1–3 мл). Для промывания (орошения) носа можно использовать Салин Аква Марис, Мари-мер, Квикс, Отривин беби, отвар ромашки, 2% содовый раствор, раствор фурацилина. В редких случаях при использовании этих препаратов возможны аллергические реакции.

При слизисто-гнойных выделениях используются антимикробные препараты – 2% раствор протаргола, 20% раствор альбуцида, а также промывание носа физиологическим раствором и антисептическими средствами. Среди препаратов этой группы можно назвать Фурацилин, Хлорофиллипт, Мирамистин (антибактериальное, противовирусное действие), Сангвиритрин (выраженное антимикробное и противогрибковое действие). Среди побочных эффектов этих средств возможны аллергические реакции.

При густом и вязком слизисто-гнойном отделяемом используется Ринофлуимуцил в виде спрея. Это комбинированный муколитический, сосудосуживающий, противовоспалительный препарат. В ряде случаев ринофлуимуцил может вызывать аллергические реакции, сухость слизистой оболочки полости рта и носа

При образовании корочек в носовых ходах в стадию разрешения ринита целесообразно применение капель (Пиносол) или аэрозолей (Каметон) на основе масел, но необходимо помнить об индивидуальной чувствительности к компонентам препарата, возможном возникновении зуда, жжения, отека слизистой носа.

Системные антибиотики при остром рините не показаны. В ряде случаев, например, при гнойном отделяемом из носа, а также у часто болеющих детей, целесообразно использовать назальный аэрозоль фюзафюнжина (Биопарокс) – местный антибиотик с бактериостатическим действием, который тормозит рост микробной флоры, препятствует инфицированию синусов и полости среднего уха.

Средства для лечения ринита
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д.
«Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Название	Способ применения
Аква Марис (вода морская с натуральными микроэлементами) капли назальные для детей от 0 до 1 года во флаконах 10 мл, спрей назальный дозированный во флаконах 30 мл	Для лечения: по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в день, для профилактики: по 12 капли 2–3 раза в день. В виде спрея: 1–7 лет-- по 2 впрыскивания 4 раза в сутки, для профилактики: по 1–2 впрыскивания 2–3 раза в сутки; 7 лет и старше – по 2 впрыскивания 4–6 раз в сутки, для профилактики: по 2 впрыскивания 2–4 раза в сутки. Возможны аллергические реакции.
Альбуцид (сульфацил натрия) 20% раствор капли глазные	Эндонозально по 1-2 капле 3-4 раза в день. Возможны жжение, резь, аллергические реакции.
Антифлу кидс порошок в пакетике (ацетаминофен* 160 мг, хлорфенирамин малеат 1 мг, аскорбиновая кислота 50 мг)	2-6 лет - по 1 пакетик, 6-12 лет – по 2 пакетика каждые 4-6 часов, не более 3-х раз в сутки, содержимое пакетика растворить в 150 мл теплой воды.
Антифлу табл. в оболочке (ацетаминофен* 325 мг, фенилэфрин гидрохлорид 5 мг, хлорфенирамин малеат 2 мг, аскорбиновая кислота 80 мг)	6-12 лет по 1 таб. каждые 6 часов (не более 2 таб. в сутки), старше 12 лет – по 1-2 таб. каждые 4 часа (не более 8 таб. в сутки).
Антифлу порошок в пакетике (ацетаминофен* 650 мг, фенилэфрин гидрохлорид 10 мг, хлорфенирамин малеат 4 мг, аскорбиновая кислота 160 мг)	Старше 12 лет – по 1 пакетик каждые 4 часа (не более 4 раз в сутки), содержимое пакетика растворить в 1 стакане горячей воды.
Биопарокс (фюзафунжин) дозированный аэрозоль	Старше 2,5 лет. По 4 ингаляции в каждый носовой ход 4 раза в день.
Виброцил (диметиндена малеата, фенилэфрина) капли назальные с рождения, спрей назальный	До 1 года – по 1 капле 3–4 раза в день, 1 год – 6 лет – по 1–2 капли 3–4 раза в день, старше 6 лет – по 3–4 капли 3–4 раза в день. Перед применением препарата следует тщательно прочистить нос. Раствор-капли назальные закапывают в нос, запрокинув голову. Это положение головы сохраняют в течение нескольких минут. Спрей: по 1–2 впрыскивания в каждую ноздрю 3–4 раза в сутки.
Галазолин (ксилометазолина гидрохлорид) капли назальные 0,05%, 0,1% раствор	2– 6 лет – по 1–2 капли в каждую ноздрю 1–2 раза в сутки, старше 6 лет – по 2–3 капли в каждую ноздрю 2–3 раза в сутки.
Деринат 0,25% раствор флакон-капельница 10 мл	С рождения. Эндонозально по 2–3 капли каждые 2 часа в первые 2 суток, затем 3–4 раза в день до исчезновения симптомов.

Продолжение табл. 8

Название	Способ применения
Длянос (ксилометазолина гидрохлорид, бензалкония хлорид) капли 0,05% раствор, спрей назальный 0,1%	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки.
Каметон (камфора, ментол, хлорбутанол, масло эвкалиптовое) аэрозоль 30 г	Старше 5 лет. Эндоназально по 1 распылению 3–4 раза в день.
Квикс спрей назальный флакон с дозатором 30 мл (вода Атлантического океана с минералами и микроэлементами)	С 3-х месяцев. По 1–2 орошения носовых ходов 2–3 раза в день.
Ксилен капли (ксилометазолина гидрохлорид) 0,05%, 0,1% раствор	По 1–2 капли в обе ноздри 2–3 раза в день.
Ксимелин (ксилометазолина гидрохлорид) капли назальные 0,05%, 0,1% раствор, спрей назальный 0,05%, 0,1%	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки.
Маример (вода морская стерильная) капли назальные для детей от 0 до 1 года во флаконах-капельницах 5 мл, спрей назальный во флаконе 100 мл	До 1 года – по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в сутки, старше 1 года по 4 капли в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки. Спрей: старше 1 года по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки.
Мирамистин 0,01% раствор для местного применения флаконе 50, 100 мл	С рождения, для промывания носа, предварительно развести водой в соотношении 1:5.
Називин (оксиметазолина гидрохлорид) капли 0,01%, 0,025%, 0,05% раствор, спрей назальный 0,05%, спрей назальный с ментолом и эвкалиптом 0,1%	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки.
Назол (оксиметазолин) Назол Бэби капли назальные 0,125%, спрей назальный 0,05%	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки.
Отривин (ксилометазолина гидрохлорид) капли назальные для детей 0,05% раствор, спрей назальный 0,1%	С рождения до 6 лет – по 1–2 капли в каждый носовой ход 1–2 раза в сутки; старше 6 лет – по 2–3 капли в каждую ноздрю 3–4 раза в сутки. Спрей: по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 3–4 раза в день.
Отривин беби (стерильный физиологический раствор хлорида натрия) флакон-капельница 5 мл	С рождения по 2–4 промывания в каждый носовой ход ежедневно (при необходимости можно чаще).

Окончание табл. 8

Название	Способ применения
Пиносол (масла эвкалиптовое, сосны обыкновенной, мяты перечной, тимол, гвазулен, токоферола ацетат) капли назальные	Старше 2 лет по 1–2 капли 3–4 раза в сутки в течение 5–7 дней.
Протаргол 2% раствор	По 1–2 капли 3–4 раза в сутки. Возможна сухость в носу.
РиниКолд (парацетамол 500мг, кофеин 30мг, фенилэфрин гидрохлорид 10мг, хлорфенамин малеат 2 мг) таблетки	Старше 6 лет по 1 таб. каждые 4–5 часов, не более 4 раз в сутки, в течение 5 дней.
Ринофлуимуцил аэр. назальн. 10мл	С 3 лет – по 1 впрыскиванию 3–4 раза в сутки в течение 7–10 дней.
Салин (натрия хлорид) 0,65% назальный аэрозоль флакон 30 мл	Эндоназально по одному распылению в каждую ноздрю 3–4 раза в сутки. При вертикальном положении флакона раствор выделяется из него в виде аэрозоля, в горизонтальном – в виде струи жидкости, в перевернутом – по каплям. Через 2 – 3 минуты после впрыскивания освободить полость носа.
Сангвиритрин 0,2% спиртовой раствор флакон 50 мл	С рождения для промывания носа, предварительно развести водой в соотношении 1:40 (1 ч.л. на 200 мл теплой кипяченой воды).
Санорин капли (нафазолина нитрат) капли назальные 0,05%, 0,1% раствор	По 1–2 капли в обе ноздри 2–3 раза в день.
Санорин эмульсия (нафазолина нитрат, масло эвкалиптовое, вазелиновое, борная кислота) капли назальные 0,05%, 0,1% раствор	По 1–2 капли в обе ноздри 2–3 раза в день.
Тизин (тетризолин) капли назальные раствор 0,05%, 0,1%	По 1–2 капли в обе ноздри 2–3 раза в день.
Фервекс для детей, порошок в пакетиках (фенирамин 25 мг, парацетамол 500 мг, аскорбиновая кислота 200 мг)	6–10 лет – по 1 пакету порошка для приготовления детского раствора 2 раза в сутки, 10–12 лет – по 1 пакету 3 раза в сутки, 12–15 лет – по 1 пакету 4 раза в сутки.
Фурацилин табл 20мг	С рождения для промывания полости носа 1 табл. растворить в 100 мл воды.
Физиологический раствор (0,9% раствор хлорида натрия)	С рождения. Эндоназально по 1–3 мл в каждую ноздрю повторно в течение дня.
Хлорофиллипта 1% спиртовой раствор флакон 100 мл	С рождения для промывания носа, предварительно развести водой в соотношении 1:20.

При всех стадиях ринита хорошо зарекомендовал себя Деринат в виде стерильного 0,25% раствора во флаконах-капельницах. Данный препарат действует непосредственно в воротах инфекции, где происходит внедрение вируса. Целесообразно начать его использовать в первые часы-дни заболевания. Деринат как иммуномодулятор активирует противовирусную и антибактериальную защиту на местном и системном уровне. Хорошо сочетается с антибактериальными и противовирусными препаратами, при этом уменьшает их побочные эффекты, сокращает сроки их применения. Деринат стимулирует регенерацию и репаративные процессы в слизистой оболочке дыхательных путей, тем самым ускоряет выздоровление. Будучи препаратом природного происхождения, Деринат не имеет побочных эффектов и может применяться с рождения. Отмечена его гипоаллергенность, благодаря чему он может применяться даже у детей с аллергопатологией.

Лечение кашля у детей проводится в зависимости от его характера (табл. 9) и начинается с устранения его причины.

Таблица 9

**Подходы к дифференцированной терапии кашля у детей
(Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания
у детей: лечение и профилактика», Москва, 2004)**

Вид кашля	Характеристика	Мероприятия
Сухой кашель	Возникает в начале воспаления слизистых, когда еще нет мокроты, а также при фибринозных наложениях в трахее и бронхах, непродуктивный характер, не ведет к отхождению мокроты и субъективно ощущается как навязчивый.	Противокашлевые средства
Лающий кашель	Возникает при ларингите и трахеите и связан с изменениями голосовых связок, имеет металлический обертона, может носить психогенный генез.	Щелочное питье или пастилки
Влажный кашель	Обычно при бронхитах, возникает при образовании мокроты, с отхождением которой он прекращается, возникая вновь при ее накоплении.	Назначения отхаркивающих средств не требует
Влажный кашель с вязкой мокротой	При муковисцидозе.	Муколитики
Коклюшеподобный кашель	При муковисцидозе, трахеите и инородных телах бронхов, не сопровождается репризами.	Аэрозольные формы стероидов
Кашель стока-то	При респираторном хламидиозе у детей первых месяцев жизни: сухой, отрывистый, звонкий, следует приступами, но без реприз.	Лечение основного заболевания
Спастический кашель	На фоне бронхиальной обструкции, мало продуктивен, навязчив, часто имеет в конце свистящий обертона.	Спазмолитики, противокашлевые средства бесполезны

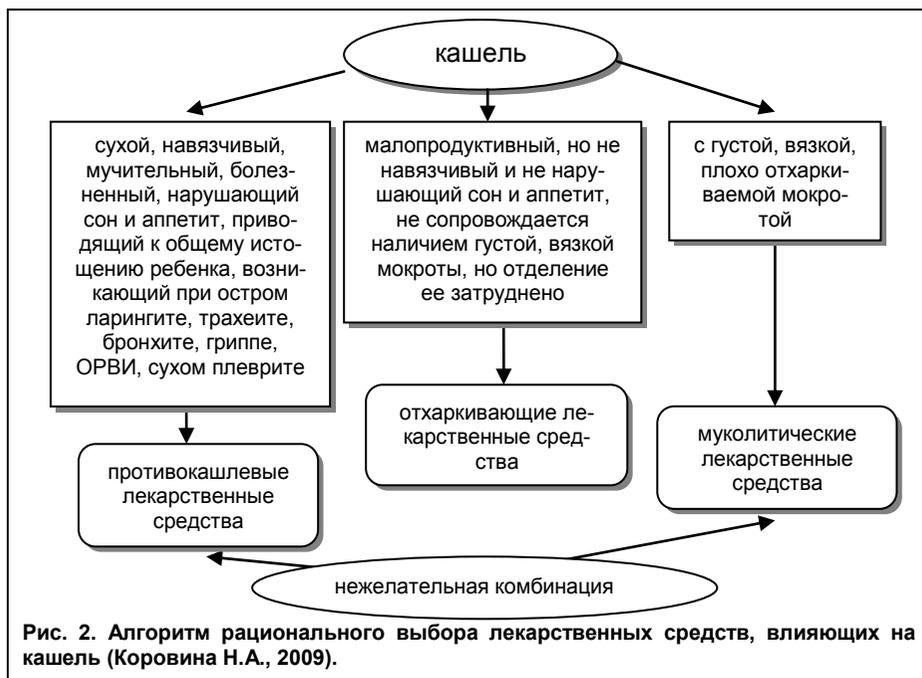
Окончание табл. 9

Вид кашля	Характеристика	Препарат
Битональный кашель	Низкий, затем высокий тоны, возникает при туберкулезных грануляциях из лимфобронхиального свища, иногда при инородных телах крупных бронхов.	Показана бронхоскопия
Кашель при глубоком вдохе	При раздражении плевры и сопровождается болью.	Обезболивающие (кодеин, промедол)
Кашель при глубоком вдохе	При повышении ригидности легких (аллергический альвеолит), при бронхиальной гиперреактивности (приступ бронхиальной астмы).	Лечения основного процесса
Кашель при приеме пищи	При дисфагии, желудочно-пищеводном рефлюксе или бронхо-пищеводном свище с обильной пенистой мокротой.	Контрастное исследование пищевода, лечения основного процесса
Затяжной кашель (более 2 недель)	При затаивающем воспалительном процессе, чаще аденовирусная инфекция, с постинфекционной гиперчувствительностью кашлевых рецепторов, сохраняющейся гиперсекрецией слизи.	Лечение основного заболевания
Ночной кашель	При ОРЗ возникает у детей с синуситом или аденоидитом вследствие попадания слизи в гортань и подсыхания слизистой оболочки при дыхании ртом, характерен для бронхиальной астмы (или как ее эквивалент), что связано с усилением бронхоспазма.	Лечение основного заболевания
Кашель при физической нагрузке	При бронхиальной астме как признак гиперреактивности бронхов, у детей с ВПС.	Лечение основного заболевания
Кашель с синкопами	Кратковременная потеря сознания при приступах кашля из-за снижения венозного притока и уменьшения сердечного выброса.	Противокашлевые средства
Психогенный (привычный) кашель	Реакция на стрессовые ситуации в семье и школе, регулярность, высокая частота (несколько раз в минуту), металлический оттенок, появление только в дневное время и исчезновение во сне, чаще возникает у детей с рецидивирующим кашлем при рецидивирующем бронхите, хроническом аденоидите и др.	Лечение основного заболевания
Снижение кашлевого рефлекса	У детей со слабостью дыхательных мышц (миопатии), но чаще наблюдается у грудных детей, перенесших обструктивный бронхит, при этом кашель вызывается лишь при скоплении в трахее значительного количества мокроты, которая эвакуируется редкими кашлевыми толчками, когда просвет трахеи почти полностью перекрывается, отмечается kloчущее, «булькающее» дыхание, слышимое на расстоянии.	Антигистаминный препарат с подсушивающим действием

Несомненно, что эффективность лечения кашля зависит от правильно и своевременно установленного диагноза. Детальная характеристика симптома кашля (частота, интенсивность, тембр, периодичность, болезненность, продуктивность, характер мокроты, время появления и его продолжительность и др.), наряду с уточнением анамнеза и адекватной оценкой результатов клинического обследования, позволяют установить правильный диагноз и назначить адекватную терапию. Основные направления терапии кашля при респираторной инфекции включают в себя мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению адекватного мукоцилиарного клиренса, противовоспалительной и, при необходимости, бронхолитической терапии. Назначение антибактериальной терапии не является обязательным, ее использование целесообразно при наличии доказанной бактериальной инфекции.

В настоящее время перед врачами-педиатрами стоит непростой выбор лекарственного средства для терапии кашля, так как фармацевтическая промышленность выпускает сотни наименований этих препаратов.

Для практического использования удобен алгоритм выбора лекарственных средств при кашле (рис.2). В зависимости от механизма действия среди них традиционно выделяют противокашлевые, отхаркивающие и муколитические препараты.



Противокашлевые (рис. 3) наркотические препараты центрального действия не рекомендуется к использованию в педиатрии из-за подавления дыхательного центра и развития лекарственной зависимости даже в терапевтических дозах. Разрешен к использованию с 2-х лет кодеин в составе комбинированных препаратов в небольшой дозе, например, Коделак (таблетки) и Коделак фито (сироп).

Ненаркотические противокашлевые препараты центрального действия также влияют на кашлевой центр, но не вызывают привыкания и лекарственной зависимости, поэтому широко используются у детей. Эти препараты противопоказаны при ряде состояний: гиперсекреция слизи при любых заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей, бронхообструктивный синдром, легочные нагноения и кровотечения, нарушение функции мерцательного эпителия (см. табл. 10). Длительность применения противокашлевых препаратов составляет 2–3 дня, с преимущественным приемом на ночь.

Отхаркивающие средства (рис. 4) в связи с кратковременным эффектом требуют многократного применения в течение дня – до 6–7 раз. Из-за ряда побочных эффектов рекомендуется осторожно применять их у детей раннего возраста, в частности: стимуляция рвотного и кашлевого центров может вызвать аспирационный синдром (термопсис), слабительный эффект (душица) и др. (см. табл. 10). При достижении эффекта и появлении продуктивного кашля необходимо обеспечить естественное отхождение мокроты, путем поддержания адекватной гидратации, для этого оправдано обильное питье, увлажнение воздуха в помещении, а также массаж грудной клетки, в том числе вибрационный и постуральный дренаж.

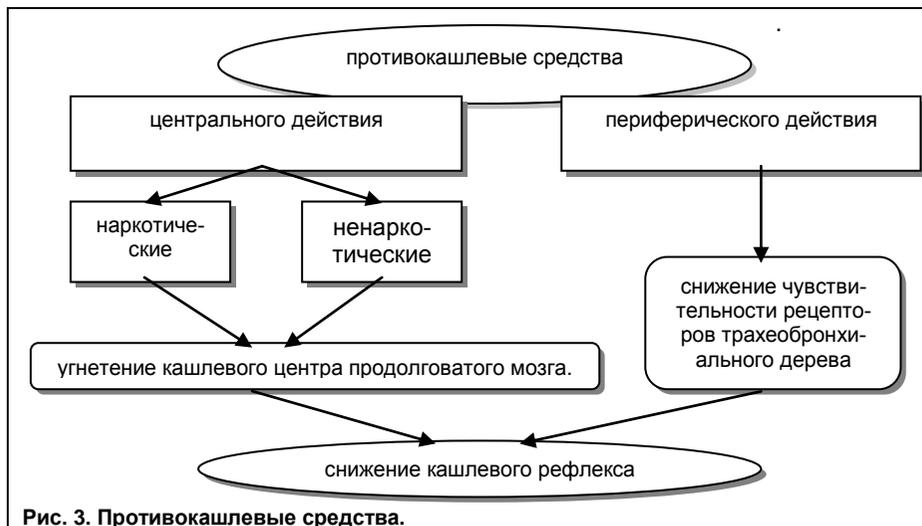


Рис. 3. Противокашлевые средства.



Рис. 4. Отхаркивающие препараты.

Муколитические средства (рис. 5) от кашля также неоднородны, (табл. 10). Среди них выделяют собственно муколитики, мукорегуляторы и муколитики с отхаркивающим эффектом. При этом протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин) в настоящее время практически не применяются из-за возможной провокации бронхоспазма, кровохарканья, развития фиброза и аллергических реакций. Из этой группы используют лишь рекомбинантную альфа-ДНК-азу (Пульмозим) у больных муковисцидозом с целью улучшения реологических свойств гнойной мокроты.

Препараты на основе ацетилцистеина показаны при хронических процессах, сопровождающихся образованием вязкой мокроты. При острых бронхитах их применение не оправдано, тем более что они способны снижать продукцию лизоцима и IgA, а также способствовать повышению бронхиальной гиперреактивности. Сильное разжижение мокроты может вести к «заболачиванию» легких, поэтому при приеме препаратов этой группы должен быть обеспечен хороший дренаж для мокроты с использованием постурального дренажа, вибромассажа грудной клетки.

При острых бронхитах более приемлем карбоцистеин, который называют мукорегулятором, поскольку он не только разжижает мокроту, но и восстанавливает активность бокаловидных клеток и мукоцилиарного транспорта.

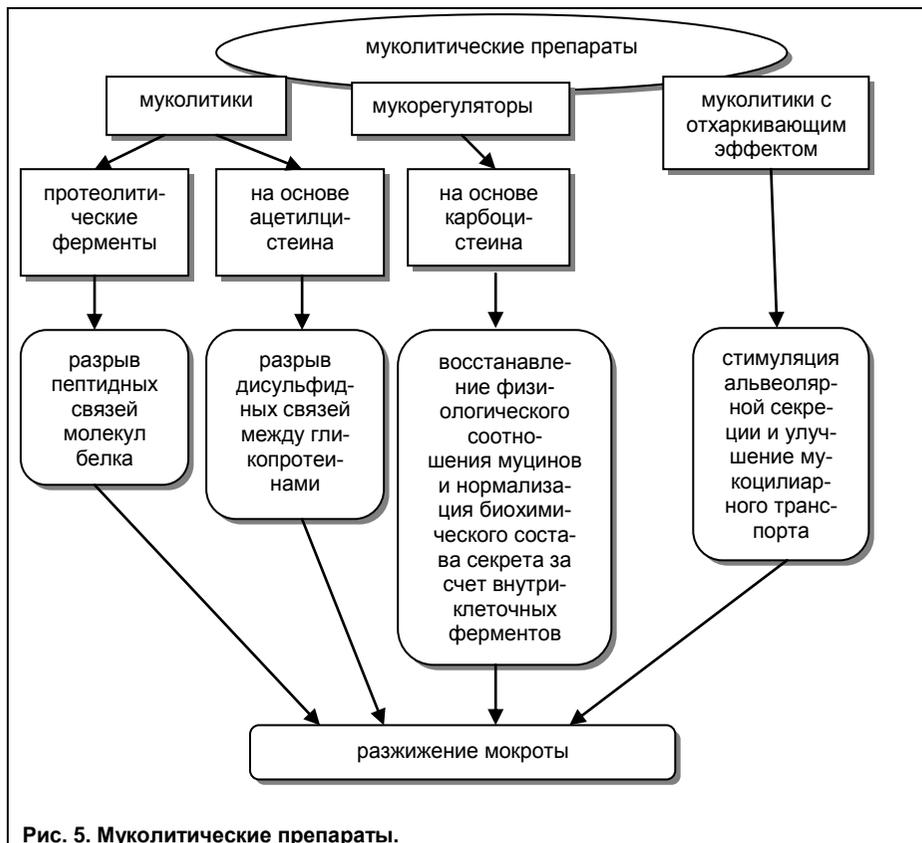


Рис. 5. Муколитические препараты.

Муколитические препараты с отхаркивающим эффектом (бромгексин и амброксол) также эффективны при острых бронхитах, сопровождающихся затруднением отхождения мокроты. Максимальный эффект препаратов наступает на 4–6 день.

Муколитические препараты нельзя комбинировать с противокашлевыми средствами из-за опасности переполнения дыхательных путей жидкой мокротой при угнетении кашлевого рефлекса.

В случае развития у ребенка симптомов бронхиальной обструкции (острый обструктивный бронхит) может потребоваться назначения препаратов бронхолитического действия. Предпочтение отдается симпатомиметикам – β-

агонистам и М-холинолитикам в виде аэрозолей. Применение зуфиллина менее желательно из-за его побочных действий.

Таблица 10

Противокашлевые, отхаркивающие, муколитические и бронхолитические препараты (Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д. «Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Действие	Доза
Алтейный сироп 2% во флаконе 125 г	Отхаркивающее, обволакивающее, смягчающее, противовоспалительное.	После еды. До 12 лет по 1 чайной ложке сиропа, предварительно развести в 1/4 стакана теплой воды; старше 12 лет – по 1 столовой ложке сиропа, предварительно разведенного в 1/2 стакана воды. Кратность приема 4–5 раз в день.
Амброксол, амбробене, амбросан, амброгексал, лазолван, халиксол раствор, сироп, табл. 30 мг	Муколитическое, отхаркивающее, слабое противокашлевое.	Раствор: 2–5 лет – 1 мл 3 раза в сутки, 5–12 лет – 2 мл 2–3 раза в сутки. Сироп: детям до 2 лет – 2,5 мл 2 раза в сутки; 2–5 лет – 2,5 мл 3 раза в сутки, 5–12 лет – 5 мл 2–3 раза в сутки. Табл.: 6–12 лет по ½ таб. 2–3 раза в день, старше 12 лет по 1 таб. 3 раза в день.
Аскорил (сальбутамол, бромгексин, гвайфенезин) сироп	Бронхолитическое, отхаркивающее, муколитическое.	Внутри 3 раза в день. Разовая доза: до 6 лет 0,5 мл (1 ч.л.), 6 – 12 лет – 5–10 мл (1–2 ч.л.), старше 12 лет – 10 мл (2 ч.л.).
АЦЦ, флуимуцил (ацетилцистеин, аскорбиновая кислота) гранулы в пакетиках 100 мг, 200 мг	Муколитическое.	Внутри после еды. До 2 лет по 50 мг, от 2 до 6 лет по 100 мг, от 6 лет до 14 лет по 200 мг, старше 14 лет по 400–600 мг в сутки (в 1–2 приема).
Беродуал раствор для ингаляций (фенотерол 500 мкг + ипратропия бромид 250 мкг в 1 мл – 20 капель)	Комбинированный бронхолитический препарат.	До 1 года – 0,5 – 1 капля/кг массы. До 6 лет – 0,5 мл (10 капель), 6–14 лет 0,5 – 1 мл (10–20 капель) на ингаляцию через небулайзер в 2–3 мл физ. раствора до 3–4 раз в сутки.
Бромгексин раствор (4 мг/5мл)	Муколитическое, отхаркивающее, увеличение содержания лизоцима и IgAs.	Внутри до 6 лет по 1 мерной ложке 3 раза в день, от 6 до 14 лет по 1–2 мерной ложке 3 раза в день, старше 14 лет по 2–4 мерной ложке 3 раза в день. Употреблять достаточное количество жидкости.
Бронхikum (мед, гринделия, пимпинелла, первоцвет, цветки шиповника, тимьян) сироп, эликсир, пастилки	Отхаркивающее, противомикробное, противовоспалительное, жаропонижающее, муколитическое.	Подросткам – по 2 ч.л. 3 раза в день, детям младшего возраста – по 0,5–1 ч.л. 2–3 раза в день. Сублингвально по 1–2 пастилки 3–4 раза в день, медленно рассасывать.

Продолжение табл. 10

Препарат	Действие	Доза
Бронхипрет (экстракт травы тимьяна, настойка листьев плюща) сироп, капли во флаконе 50, 100 мл	Отхаркивающее, противовоспалительное, секретолитическое, бронхолитическое, муколитическое.	Внутрь после еды. Сироп: с использованием мерного стаканчика 3 мес. – 12 мес. – 1,1 мл; 1–2 года – 2,2 мл; 2–6 лет – 3,2 мл; 6–12 лет – 4,3 мл; старше 12 лет – 5,4 мл 3 раза в день. Капли: 3–12 мес. – 10–16 капель, старше 1 года – по 17 капель, прибавляя по 3 капли на каждый дополнительный год жизни; либо 3–12 мес. – по 10–16 капель, старше 1 года – по (общее число капель = 1 капля/кг массы тела + 10 капель); 6–12 лет – по 25 капель, старше 12 лет – по 28 капель 4 раза в день.
Бронхипрет ТП (экстракт корня первоцвета, экстракт тимьяна) таблетки	Отхаркивающее, противовоспалительное, секретолитическое, бронхолитическое, муколитическое.	Внутрь до еды, не разжевывая. Старше 12 лет по 1 таб. 3 раза в сутки.
Бронхобос (карбоцистеин) 2,5%, 5% сироп	Муколитическое, мукокинетическое, мукорегулирующее.	Внутрь 2–4 года – по 2,5–5 мл (1/2–1 мерная ложка) 5% сиропа 2 раза в день, или по 5 мл 2,5% сиропа 2–3 раза в день; 4–12 лет – по 5 мл 5% сиропа 3 раза в день или по 10 мл 2,5% сиропа 3 раза в день в течение 8–10 дней.
Бронхолитин (глауцина гидробромид, эфедрина гидрохлорид, масло базилики камфорной) сироп флакон 125 г	Центр. ненаркотическое противокашлевое, бронхолитическое, противомикробное.	3–10 лет – по 5 мл (1 мерная ложка или 1 мерный стаканчик) 3 раза в день; старше 10 лет по 10 мл 3 раза в день.
Бронхосан (бромгексин, левоментол, масла фенхеля, анисовое, душицы, мяты перечной, эвкалиптовое) флакон 25 мл	Муколитическое, отхаркивающие и бронхоспазмолитическое.	Внутрь (в небольшом объеме жидкости или на кусочке сахара) от 2 до 6 лет – 10 капель, младше 2 лет – 5 капель 4 раза в сутки. Не рекомендуется комбинировать с цефалоспоридами.
Вентолин (сальбутамол) дозированный аэрозоль 100мкг/доза, табл. 2 мг, 4 мг	Бронхолитическое.	Ингаляции аэрозоля по 1–2 дозы 2–3 раза в день, внутрь до 2 лет по 1 мг 2–3 раза, старше 2 лет – 2 мг 2–3 раза в сутки.
Вентолин небулы (сальбутамол) ампула 2,5 мл/2,5мг	- « -	Старше 1,5 лет в дозе 0,02–0,03 мл/кг в зависимости от тяжести, не более 5 мг. Применяется в неразбавленном виде.

Продолжение табл. 10

Препарат	Действие	Доза
Геделикс сироп, капли	Отхаркивающее, муколитическое, спазмолитическое.	Сироп: до 1 года – 2,5 мл 2 раза в сутки, 1–4 года – 2,5 мл 3 раза в сутки, 4–10 лет – 2,5 мл 4 раза в сутки, 10–16 лет – 5 мл 3–4 раза в сутки. Капли 3 раза в сутки: до 1 года – по 10 капель, 1–4 года – по 15 капель, 4–10 лет – по 20 капель, 10–16 лет – по 30–40 капель. Подросткам применяют в неразбавленном виде. Детям младшего возраста разводят фруктовым соком или чаем.
Глауwent (глауцина гидрохлорид) драже 10, 40 мг, табл. 50 мг	Центр. ненаркотическое противоспазмолитическое.	Внутрь после еды, старше 4 лет – по 10–30 мг 2–3 раза в сутки.
Глицирам (из корня солодки голой) табл. 50 мг	Отхаркивающее, противовоспалительное.	Внутрь, через 30 мин после еды. 5 мес. – 3 года – по 25 мг (1/2 таб.) 2 раза в день, 3–5 лет – по 25 мг (1/2 таб.) 3 раза в день, 5–10 лет – по 25 мг (1/2 таб.) 3–4 раза в день; старше 10 лет – за 30 минут до еды по 1–2 таб. 2–4 раза в день.
Грудной эликсир (аммиак, анисовое масло, корень солодки), флакон 25 мл	Отхаркивающее.	По 1 капле на год жизни.
Доктор Мом (базилик, солодка, куркума, имбирь, адатода васика, паслен, девясил, перец кубеба, терминалия белерика, алоэ) сироп	Отхаркивающее.	3–5 лет – по 1/2 чайной ложки (2,5 мл), 6–14 лет – по 1/2–1 ч. л. (2,5–5 мл), старше 14 лет – по 1–2 ч. л. (5–10 мл) с кратностью 3 раза в день в течение 2–3 недель.
Ипратропиум бромид (атровент) дозированный аэрозоль (20 мкг/доза)	Блокатор М-холинорецепторов трахеобронхиального дерева, устраняет бронхоспазм.	Старше 6 лет по 1 дозе до 4 раз в сутки.
Ипратропиум бромид (атровент) раствор для ингаляций (250мкг/1 мл/20 капель)	- « -	До 1 года – 125 мкг (10 капель), 1–12 лет – 250 мкг (20 капель), старше 12 лет – 500 мкг (40 капель) на ингаляцию. Разбавить физиологическим раствором до 3–4 мл на ингаляцию.
Кленбутерол сироп 1 мкг/1 мл	Стимулятор бета ₂ -адренорецепторов продолжительного действия.	До 8 мес. (4–8 кг) – по 2,5 мл, 8–24 мес. (8–12 кг) – по 5 мл, 2–4 года (12–16 кг) – по 7,5 мл, 4–6 лет (16–22 кг) – по 10 мл, 6–12 лет (22–35 кг) – по 15 мл с кратностью 2 раза в сутки. Старше 12 лет – по 15 мл 2–3 раза в сутки.

Продолжение табл. 10

Препарат	Действие	Доза
Коделак табл. (кодеин, термопсис, натрия гидрокарбонат, корень солодки)	Центр. наркотическое противокашлевое, отхаркивающее.	С 12 лет по 1 таб. 2–3 раза в день.
Коделак-фито сироп (кодеин, экстракт термопсиса, солодки, чабреца)	Центр. наркотическое противокашлевое, отхаркивающее, противовоспалительное, бактерицидное, спазмолитическое, репаративное.	Внутрь 2–3 раза в день в перерывах между приемами пищи, 2–5 лет – 5 мл в сут., 5–8 лет – 10 мл в сут., 8–12 лет – 10–15 мл в сут., старше 12 лет – 15–20 мл в сут.
Лазолван (амброксол) раствор для приема внутрь и ингаляций, в 1 мл – 25 капель	Муколитическое и отхаркивающее.	Внутрь во время еды: до 2 лет – по 1 мл (25 кап.) 2 раза в день, 2–6 лет – по 1 мл (25 кап.) 3 раза в день, старше 6 лет – по 2 мл (50 кап.) 2–3 раза в день. Развести в чае, фруктовом соке, молоке или воде. Ингаляционно: до 6 лет – по 2 мл, старше 6 лет – по 2–3 мл раствора на ингаляцию 1–2 раза в сутки. Смешать с физиологическим раствором в пропорции 1:1. Ингалируемый раствор подогреть до температуры тела. Больным с бронхиальной астмой рекомендуют делать ингаляции после приема бронхолитиков.
Либексин Муко, 2% сироп во флаконе 125мл д/детей	Периферическое ненаркотическое противокашлевое в течение 3-4 часов, слабое бронхолитическое, местноанестезирующее.	По 25–50 мг 3–4 раза в сутки.
Линкас (адхатода, солодка, перец длинный, фиалка, иссоп, альпиния галанга, кордия, алтей, зизифус, оносма) сироп флакон 90 мл	Отхаркивающее, муколитическое, противокашлевое, противовоспалительное, бронхолитическое, антибактериальными, антисептическое, противоаллергическое.	От 6 мес. до 3 лет – по 1/2 чайной ложки (2,5 мл) 3 раза в сутки; 3–8 лет – по 1 чайной ложке (5 мл) 3 раза в сутки; старше 8 лет – по 1 чайной ложке 4 раза в день в течение 5–7 дней и более.
Мукалтин (корень алтея)	Отхаркивающее, обволакивающее, смягчающее.	По 1–2 таб. перед едой (можно растворить таблетку в 1/3 стакана теплой воды, добавив сахарный или фруктовый сироп).

Продолжение табл. 10

Препарат	Действие	Доза
Пертуссин (экстракт чабреца или тмина 12 частей, калия бромида 1 часть) сироп	Отхаркивающее.	По 1/2 ч.л. – 1 д.л. в зависимости от возраста 3 раза в день.
Проспан (экстракт лекарственного плюща) сироп фл. 100 мл, капли фл. 20 мл	Отхаркивающее, муколитическое, спазмолитическое.	Сироп: от 0 до 1 года по 2,5 мл 2 раза в день, от 1 до 6 лет по 2,5 мл 3 раза в день, школьникам и подросткам по 5 мл 3 раза в день. Капли внутрь: 1–3 года – 10 капель, 4–7 лет – 15 капель, старше 7 лет – 20 капель 3–5 раз в день. Капли ингаляционно: 20–25 капель развести физ. раствором комнат. температуры в соотношении 1:2, процедуры проводят 3–5 раз в день.
Сбор грудной №1 (алтей, мать-и-мачеха, душица)	Отхаркивающее.	В виде настоев и отваров по 1ч.л. –1 ст.л. 5–6 раз в день.
Сбор грудной №2 (солодка, подорожник, мать-и-мачеха)	- « -	- « -
Сбор грудной №3 (алтей, солодка, шалфей, анис, почки сосны)	- « -	- « -
Сбор грудной №4 (ромашка, багульник, ноготки, фиалка трехцветная, солодка, мята)	- « -	- « -
Седотуссин (пентоксиверин) свечи 8 мг, 20 мг, раствор для приема внутрь (в 1 мл – 1,5 мг)	Центр. ненаркотическое противокашлевое, слабо выраженное бронхолитическое, местноанестезирующее.	Свечи: 4–24 мес. – по 8 мг ежедневно; 2–6 лет – 20 мг 1–2 раза в день, старше 6 лет – по 20–60 мг ежедневно. Раствор: 1–4 лет – 1,5–3 мг/кг/сут в несколько приемов, 4–10 лет – по 10 мл 3 раза в день, 10–14 лет – по 15 мл 3–4 раза в день, старше 14 лет – по 150 мг/сут.
Синекод (бутамирата цитрат) капли во флаконе 20 мл (1 мл – 22 капли – 5 мг); сироп во флаконе 100, 200 мл (5 мл – 7,5 мг); депо-таблетки 50 мг	Центр. ненаркотическое противокашлевое, бронхоспазмолитическое, отхаркивающее, противовоспалительное.	Внутрь перед едой. Капли 4 раза в день: 2 мес.–1 год – по 10 кап., 1– 3 года – по 15 кап., старше 3 лет – по 25 кап. Сироп 3 раза в день: 3–6 лет – по 5 мл, 6–12 лет – по 10 мл, старше 12 лет – по 15 мл. Депо-таблетки старше 12 лет по 1 таб. 1–2 раза в день (проглатывать целиком).

Продолжение табл. 10

Препарат	Действие	Доза
Сироп корня солодки, во флаконе 100 мл	Отхаркивающее, спазмолитическое, противовоспалительное.	По 5–10 мл сиропа (растворяя в 200 мл воды или чая) 2–3 раза в сутки, после еды.
Стоптуссин капли (в 1 мл (30 кап.) 4 мг бугамирата цитрата и 100 мг гвайфензина) флакон 10, 25, 50 мл, таблетки (4 мг/100 мг)	Центр. ненаркотическое противокашлевое, отхаркивающее, местноанестезирующее, слабое бронхолитическое.	Внутрь, капли предварительно растворить в воде, чае, фруктовым соке: до 7 кг – по 8 капель, 7–12 кг – по 9 капель, 12–20 кг – по 14 капель, 20–30 кг – по 15 капель, 30–40 кг – по 16 капель с кратностью 3–4 раза в сутки. 40–50 кг – по 25 капель 3 раза в сутки или по 1/2 таб. 4 раза в сутки, более 50 кг по 1 таб. 3 раза в сутки.
Стоптуссин-фито (экстракт тимьяна, чабреца, подорожника, мед) сироп	Отхаркивающее, противовоспалительное, умеренное муколитическое.	Внутрь после еды. От 1 года до 5 лет по 1/2–1 ч.л. 2–3 раза в сутки. 5–10 лет – по 1–2 ч.л., 10–15 лет – по 2–3 ч.л., старше 15 лет – по 1 ст.л. с кратностью 3 раза в сутки.
Суприма-бронхо (адаода васика, солодка, куркума, базилик, имбирь, паслен, перец длинный, кардамон) сироп	Отхаркивающее, муколитическое, , противовоспалительное, вирусостатическое, антибактериальное.	С 3 лет – по 1/2 ч.л. 3 раза в день, 6–14 лет по 1/2–1 ч.л. 3 раза в день, старше 14 лет по 1–2 ч.л. 3 раза в день.
Теопэк (теофиллин) табл. пролонгированные 300 мг	Бронхолитическое.	От 2 до 4 лет – 0,01–0,04 г, 5–6 лет – 0,04–0,06 г, 7–9 лет – 0,05–0,075 г, 10–14 лет – 0,05–0,1 г на прием.
Туссин плюс (декстрометорфана гидробромид, гвайфензин) сироп	Перифер. ненаркотическое противокашлевое, отхаркивающее.	Внутрь после еды 3–4 раза в день в раз. дозе: 2–6 лет – 1/2 ч.л. , 6–12 лет – 1 ч.л., старше 12 лет – 2 ч.л.
Тусупрекс, пакселадин (окселадина цитрат) табл. 10, 20 мг	Центр. ненаркотическое противокашлевое.	После еды, детям осторожно: от 2 до 7 лет – по 5–10 мг 3 раза в день, от 8 до 14 лет – 10 мг 3–4 раза в день, старше 14 лет – 10–15 мг 4 раза в день.
Фенотерол (беротек) дозированный аэрозоль 100 мкг/доза	Бронхолитическое.	По 1 дозе 2–3 раза в день.
Фенотерол (беротек) раствор для ингаляций, 1 мг/1 мл/20 капель	- « -	До 1 года – 0,5–1 капля/кг массы тела, до 6 лет (до 22 кг) – 50 мкг/кг (5–20 капель – 0,25–1,0 мг), 6–12 лет (22–36 кг) – 0,25–0,5–1,0 мл раствора (5–10–20 капель) на ингаляцию через небулайзер 3 раза в сутки. Старше 12 лет – 0,5–2,0 мл (10–40 капель) в зависимости от тяжести приступа до 4 раз в сутки. Разбавить физиологическим раствором до 3–4 мл на ингаляцию.

Препарат	Действие	Доза
Флюдитек (карбостеин) 2% сироп (100 мг/ 5 мл)	Муколитическое, отхаркивающее, регенерирующее действие, повышение секреции IgAs, улучшение мукоцилиарного клиренса.	1 мес. – 2 года по 1 ч. л. (5 мл) 1–2 раза в день, не превышая дозу 20–30 мг/кг массы тела/сут.; 2–5 лет – по 1 ч. л. (5 мл) 2 раза в день; старше 5 лет – по 1 ч. л. (5 мл) 3 раза в день.
Флюдитек (карбостеин) 5% сироп (750 мг/15 мл)	- « -	Старше 15 лет – по 1 ст.л. (15 мл) 3 раза в сутки желательно натощак или через 2 ч после приема пищи.
Флюифорт, дринл, мукодин, флювик (карбостеин) сироп	Мукорегулирующее, противоспазматическое, повышение уровня IgAs.	До 5 лет по 2,5 мл (225 мг) 2–3 раза в сутки, старше 5 лет по 5 мл (450 мг) 2–3 раза в сутки.
Эуфиллин (аминофиллин) табл. 150 мг	Бронхолитическое.	Старше 6 лет. Разовая доза 5 мг/кг.

4.1.6. Применение антигистаминных препаратов оправдано в случаях развития ОРЗ на неблагоприятном аллергическом фоне, при появлении или усилении аллергических проявлений, при выраженном экссудативном компоненте воспаления респираторного тракта. Эти препараты, будучи блокаторами H1-гистаминовых рецепторов, не снижая выделение гистамина, подавляют реакцию на него, предупреждая развитие экссудации, тем самым оказывают подсушивающий эффект на слизистую верхних и средних дыхательных путей. Предпочтительнее назначать препараты II поколения, которые не обладают седативным действием.

Кроме того применение антигистаминных препаратов показано при СЛТ, остром катаральном отите, обструктивном бронхите даже при благополучном аллергологическом анамнезе.

Таблица 11

Антигистаминные препараты

(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д. «Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Дозы
Препараты I поколения	
Диазолин (мебгидролин) драже 50 мг, 100 мг	Старше 2 лет, внутрь 20–50 мг 2–3 раза в день.
Димедрол (дифенгидрамин) табл. 50 мг, суппозитории 5 мг	Внутрь, в свечах 1–1,5 мг/кг/сут.
Перитол (ципрогептадин) табл. 4 мг	Старше 6 мес., внутрь 0,4 мг/кг/сут.

Препарат	Дозы
Пипольфен (прометазин) драже 25 мг	1–3 мг/кг/сут.
Супрастин (хлорпирамин) табл. 25 мг	Старше 1 мес., внутрь 1–2 мг/кг/сут.
Тавегил (кпемастин) табл. 1 мг	Старше 1 года, внутрь 1–2 мг/сут.
Фенистил (диметинден) капли 1 мг/1 мл	Внутрь в суточной дозе 1 мес. – 1 год 10–30 кап., 1–3 лет – 30–45 кап., 3–12 лет – 45–60 кап., старше 12 лет – 60–120 кап. 2–3 раза в день.
Фенкарол (хифенадин) табл. 10 мг, 25 мг	С рождения внутрь 5–15 мг 2–3 раза в день.
Препараты II поколения	
Зиртек (цетиризин) сироп 5 мг/5 мл, капли 1% раствор, табл. 10 мг	1– 2 года – по 2,5 мг 2 раза/сут., 2– 6 лет – по 2,5 мг 2 раза/сут. или по 5 мг 1 раз/сут., старше 6 лет – 10 мг в сутки.
Кларитин (лоратадин) табл. 10 мг, сироп 1 мг/мл	Старше 2 лет – по 5 мг (при массе тела меньше 30 кг), 10 мг – (при массе тела больше 30 кг) 1 раз в день.
Телфаст {фексофенадин) табл. 120 мг, 180 мг	Старше 6 лет – по 30 мг 2 раза в сутки, старше 12 лет – по 120 или 180 мг 1 раз в день.
Эриус (лоратадин) сироп 0,5 мг/1мл, табл. 5 мг	2– 5 лет – 1,25 мг (2,5 мл сиропа), 6–11 лет – 2,5 мг (5 мл сиропа) 1 раз в сутки. Старше 12 лет – 5 мг (1 таб. или 10 мл сиропа) независимо от приема пищи 1 раз/сут;

4.1.7. Назначение витаминотерапии

Но в настоящее время считается целесообразным использовать витамины с минералами в периоды эпидемиологической опасности, реконвалесценции и при рецидивировании респираторной заболеваемости.

при ОРЗ в литературе обосновывается рядом положений: с одной стороны острые заболевания, проводимая по их поводу лекарственная терапия (в том числе антибактериальная), вызывают микронутриентный дефицит, с другой стороны – нарастающий дефицит витаминов, нарушая обмен веществ и вызывая транзиторные изменения иммунного статуса, усугубляет течение любых болезней, в том числе и ОРЗ, препятствует их успешному лечению (О.А. Громова, 2005). Все вышесказанное обосновывает необходимость дотации недостающих компонентов для обеспечения нормального протекания острой фазы заболевания и формирования специфического и неспецифического иммунного ответа.

Считается, что витаминотерапия не только стимулирует иммунитет, но и регулирует окислительно-восстановительные процессы, оказывает антиоксидантное действие и дезинтоксикационное действие, укрепляет сосудистую стенку.

Известно, что потенциальными иммуностимуляторами являются витамины Е, К, В2, пантотеновая кислота. Реальным иммуномодулирующим эффектом обладают витамины – А, Д, С, В1, В6, В12. У минералов также отмечен иммуностимулирующий эффект (С.В. Талашова, Л.А. Щеплягина, 2009).

В первую очередь речь идет об аскорбиновой кислоте (витамин С) и ее синергисте - рутине. Формы выпуска аскорбиновой кислоты разнообразны: табл. 25, 50, 100, 250, 500 мг, табл. 100 мг с глюкозой, растворимые табл. 250 мг, 1 г, табл. для разжевывания 100 мг, драже 50 мг, в комбинации с рутином – аскорутин (аскорбиновая кислота 50 мг + рутозид 50 мг). У витаминов С и Р отмечены антиоксидантное, детоксикационное, повышающее резистентность, иммуностимулирующее, защищающее сосудистую стенку, репаративное и др. действия.

Если с профилактической целью детям витамин С назначается в дозе от 30 до 100 мг в сутки в зависимости от возраста, то во время ОРЗ доза увеличивается до 100–200 мг в сутки. Суточную дозу необходимо разделить на несколько приемов в течение дня, витамин С употреблять после еды с достаточным количеством жидкости. Необходимо учитывать, что аскорбиновая кислота повышает концентрацию в крови бензилпенициллина и тетрациклинов, улучшает всасывание в кишечнике препаратов Fe (переводит трёхвалентное железо в двухвалентное). В то же время свежие соки и щелочное питье снижают всасывание и усвоение этого витамина.

Показано применение витаминов группы В, которые принимают участие в тканевом дыхании и выработке энергии, а особенно, витамин В6, обладающего стресс-протекторным, детоксикационным, иммуностимулирующим, противовоспалительным действием, а также регулирующим функции щитовидной железы, надпочечников и половых желез и улучшающим метаболизм.

Антиоксидантное, иммуномодулирующее, обеспечивающее нормальную структуру и функции эпителия и слизистых оболочек, репаративное, регулирующее функции половых желез действие витаминов Е, А и β-каротина, также обосновывает необходимость их использования при ОРЗ.

Витамин А (ретинола пальмитат) используется в виде драже 3300 МЕ, капсул 3300 МЕ, 5000 МЕ, 5,5% масляного раствора (100000 МЕ/1 мл, в 1 капле – 3300 МЕ) внутрь через 10–15 минут после еды рано утром или поздно вечером детям младше 7 лет – 3300 МЕ в сутки, старше 7 лет – 5000 МЕ в сутки. Витамин Е (токоферола ацетат) применяется в виде капсул 100 мг, 30% масляного раствора (в 1 капле – 6,5 мг), детям до 7 лет – по 50 мг в сутки, старше 7 лет – по 100 мг в сутки.

Хорошо зарекомендовал себя Веторон для детей (в 1 мл раствора – бета-каротин 20 мг, витамин Е 8 мг, аскорбинова кислота 8 мг) как препарат с антиоксидантным, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Отмечено, что Веторон для детей не только поддерживает и укрепляет иммунную систему ребенка, а при профилактическом приеме снижает риск простудных заболеваний, гриппа и осложнений после них, но и ускоряет процесс выздоровления от простудных заболеваний и гриппа. Назначается внутрь 1 раз в день во время еды, предварительно растворив в кипяченой воде или

любом напитке, детям 3–6 лет – по 3–4 капли в летний период, 7–8 капель – в зимний; старше 7 лет – по 5–6 капель, старше 14 лет – по 7 капель.

В настоящее время предпочтительнее использование комбинированных препаратов, содержащих комплекс витаминов А, Е, С, группы В, минералов и различные добавки (лецитин, лактобактерии, адаптогены и др.).

Таблица 12

Поливитамины в детской практике

Возраст	Название препарата, форма выпуска
На первом году жизни	МУЛЬТИ-ТАБС БЭБИ (раствор), ПОЛИВИТ БЭБИ» (капли), ВИБОВИТ БЭБИ» (порошок)
С 1 года жизни	ПИКОВИТ (сироп), САНА-СОЛ (сироп), МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ (жеват. табл.)
С 2 лет	ВИТРУМ БЭБИ (жеват. табл.), ЦЕНТРУМ ДЕТСКИЙ (жеват. табл.), КАЛЬЦИНОВА (табл.), МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ КАЛЬЦИЙ + (жеват. табл.)
С 2,5 лет	АЛВИТИЛ (сироп)
С 3 лет	АЛФАВИТ детский сад (табл.), БИОВИТАЛЬ КИНДЕР (гель) МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕЛЛО КИДС С ОМЕГА 3 (жеват. табл.), ВЕТОРОН ДЛЯ ДЕТЕЙ (раствор, жеват. табл.), КИД-С ФОРМУЛА КАЛЬЦИЙМИШКИ (жеват. табл.)
С 4 лет	ВИТРУМ КИДС (жеват. табл.), МУЛЬТИ-ТАБС ЮНИОР (табл.), МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО КИДС (жеват. табл.), ПИКОВИТ (пастилки), ДЖУНГЛИ (табл.), САНА-СОЛ экстравит (жеват. табл.)
С 6 лет	АЛВИТИЛ (табл.)
С 7 лет	ВИТРУМ ЮНИОР (табл.), АЛФАВИТ школьник (табл.), КОМПЛИВИТ АКТИВ (табл.)
С 11 лет	МУЛЬТИ-ТАБС ТИНЕЙДЖЕР (жеват. табл.)
С 12 лет	МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕНСИВ (табл., покрытые оболочкой), МУЛЬТИ-ТАБС АКТИВ с женьшенем (табл.), МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО (табл.), МУЛЬТИ-ТАБС В-КОМПЛЕКС (табл.), КАЛЬЦИЙ ДЗ (жеват. табл.), ВИТРУМ ТИНЕЙДЖЕР (жеват. табл.), СУПРАДИН (табл. шипучие, табл. в оболочке)

Таким образом, учитывая большую лекарственную нагрузку на организм ребенка в остром периоде заболевания (особенно антибиотики и противовирусные химиопрепараты), витаминотерапию более целесообразно назначать с профилактической целью в период эпидемиологической опасности, либо в период реконвалесценции ОРЗ. При этом следует ориентироваться на установленные в нашей стране возрастные нормативы потребления витаминов и минералов, отдавать приоритет препаратам, эффективность которых доказана в многочисленных исследованиях с использованием принципов доказательной медицины. Важно знать, что вероятность гипervитаминоза настолько мала, что официально разрешено трехкратное превышение дозы витаминов. При назначении витаминов следует помнить о возможных аллергических реакциях.

4.1.8. Фитотерапия острых заболеваний органов дыхания опирается на разнонаправленный и сочетанный эффект лекарственных трав (табл. 13).

Таблица 13

Классификация лекарственных растений по терапевтическому действию при бронхолегочных заболеваниях (Н.Л. Меньшикова, А.И. Чистякова, 1990)

Терапевтическое действие	Травы
Противовоспалительные	Береза (лист, почки), зверобой (травя), календула (цветы), липа (соцветия), мать-и-мачеха (лист), шалфей (травя), девясил (корень), кипрей (травя), солодка (корень), хвощ полевой (травя), фиалка трехцветная (травя), череда (травя), ромашка аптечная (соцветия), бузина черная (цветы).
Спазмолитические	Ромашка аптечная (соцветия), укроп (семя), багульник болотный (травя), элеутерококк (корень), душица (травя), валерианы (корень), мята перечная (лист), чабрец (травя).
Противовирусные	Лук репчатый, чеснок.
Антисептические	Календула (соцветия), зверобой (травя), сосна (почки, хвоя), девясил (корень), ромашка (соцветия), чистотел (травя), подорожник (лист), багульник (лист), можжевельник (плоды), береза (почки, лист), шалфей (травя), эвкалипт (лист), мята перечная (лист), чабрец (травя).
Антиаллергические	Береза (лист, сок), солодка (корень), фиалка трехцветная (травя), череда (травя), ромашка аптечная (соцветия), бадан (корень).
Отхаркивающие	Багульник болотный (лист), алтей лекарственный (корень), аир (корень), анис обыкновенный (плоды), девясил (корень), мать-и-мачеха (лист), лук репчатый, подорожник (лист), медуница лекарственная (корень), солодка (травя), инжир (плоды), термопсис (корень), чабрец (травя).
Жаропонижающие и потогонные	Береза (лист), василек полевой (соцветия), брусника (лист, плоды), малина (плоды, лист, ветки), клюква (плоды), ромашка аптечная (соцветия), липа (соцветия), череда (травя), мать-и-мачеха (лист), цикорий (корень), бузина черная (цветы), хвощ полевой (травя).
Содержащие витаминные комплексы	Крапива (травя, лист), брусника (лист, плоды), шиповник (плоды), рябина красная (плоды), смородина черная (плоды, лист), земляника лесная (плоды), черника (плоды), ежевика (плоды, лист), одуванчик (весенний лист), первоцвет весенний (лист).
Повышающие иммунологическую защиту организма	Адаптогены (дают в осенне-весенний период из расчета по 1 капле на год жизни ребенка 2—3 раза в день 1—2 месяца): элеутерококк, аралия, заманиха, левзея, лимонник, золотой корень, женьшень.

Травы при острой патологии органов дыхания традиционно используют внутрь в виде настоев и отваров, в виде монотерапии или сборов в течение 2–3 недель. Для детей до 3-х лет готовят 1–3% отвары и настои, а старшим детям – 3–5% концентрации. В остром периоде заболевания назначают более

высокие концентрации, а с профилактической целью – меньше. Суточная доза приготовленного отвара или настоя распределяется равномерно на 5–6 приемов. Разовая доза настоя или отвара для ребенка раннего возраста – 1 чайная ложка, дошкольника – 1 десертная ложка, школьника – 1 столовая ложка.

В настоящее время широк спектр комбинированных фитопрепаратов (см. табл. 10), нашедших применение в детской практике, в виде грудных сборов, таблетированных форм (Коделак, Бронхипрет), сиропов (Бронхикум, Доктор Мом, Коделак-фито, Линкас, Стоптуссин-фито, Суприма-бронхо).

При использовании фитотерапии необходимо помнить о возможных побочных эффектах, в первую очередь, аллергического характера. Багульник болотный в частности может оказывать токсическое действие, поэтому требует осторожного применения у детей раннего возраста. Термопсис стимулирует рвотный центр, душица вызывает запоры, зверобой «сушит» слизистые оболочки.

Не утратила свое значение при ОРЗ ингаляционная терапия с лекарственными травами (см. **раздел 4.1.11**).

4.1.9. Иммуноterapia.

Хотя обычные ОРЗ не являются признаком иммунодефицита, применение некоторых иммуностропных препаратов растительного, природного, бактериального и синтетического происхождения патогенетически оправдано для интенсификации этиотропной терапии. Их прием в острой фазе заболевания, при необходимости вместе с антибиотиками позволяет сократить количество дней болезни и компенсировать вызванную инфекцией иммуносупрессию, что называют прицельной профилактикой ОРЗ. **Необходимо сказать, что более эффективна в клиническом и экономическом аспекте классическая профилактика, представляющая собой прием иммунокорректирующих препаратов здоровым пациентом с риском развития рецидивирующих респираторных инфекций в период максимальной опасности (октябрь–март) с целью снижения возможного риска заболевания (Зайцева О.В., 2009).**

Выбор иммуностропного препарата для интенсификации этиотропной терапии при ОРЗ должен быть обоснован и безопасен для ребенка, а также исключать полипрагмазию. Нельзя назначать препараты этой группы «на всякий случай». Особенно осторожным должен быть врач-педиатр при назначении иммуностропных средств детям первого года жизни, поскольку они имеют незрелую, только формирующуюся иммунную систему, испытывающую и без ОРЗ колоссальную антигенную нагрузку. Ряд авторов указывает на неэффективность модуляции или стимуляции организма иммуностропными средствами в **острый период респираторного заболевания**, так как ощутимые изменения ответа выявляются только к 14–21-му дню от начала воздействия (Ключников С.О., 2009). Тем не менее, включение иммуностропных препаратов в комплекс терапии ОРЗ показано и позволяет отказаться от более «серьезных» противовирусных средств. Кроме того, у ЧБД их использование целесообразно с точки зрения профилактики рецидивирования респираторной патологии.

Спектр лекарственных средств для иммунотерапии достаточно широк и требует со стороны участкового врача дифференцированного подхода.

Начинать иммунотерапию рекомендуется с препаратов так называемой первой линии, т.е. иммуностимуляторов растительного (Иммунал, Тонзилгон, Глицирам и др.), природного (Деринат, Лизобакт) происхождения. Эти препараты воздействуют на организм в целом и стимулируют неспецифические факторы защиты. При отсутствии эффекта допустимо назначение иммуномодуляторов, т.е. препаратов второй линии, обладающих способностью изменять иммунологическую реактивность до уровня нормы. Это препараты бактериального происхождения (Бронхо-мунал, Рибомунил, ИРС-19 и др.) и полученные синтетическим путем (Полиоксидоний), интерфероны и его индукторы.

Разработаны как профилактические, так и лечебные схемы применения иммуностропных препаратов при ОРЗ (табл. 14).

Таблица 14

**Препараты для иммунотерапии ОРЗ
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д.
«Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)**

Препарат	Доза, курс
Бронхо-мунал, бактериальный лизат, капсулы 3,5 мг, капсулы 7 мг	Внутрь натошак, С 6 мес. до 12 лет – по 1 капс. (3,5 мг) 1 раз в день в течение 10 дней. Если ребенок не может проглотить капсулу, рекомендуется ее вскрыть, а содержимое капсулы растворить в небольшом количестве жидкости (чай, молоко или сок). Старше 12 лет – по 1 капс. (7 мг) 1 раз в день в течение 10 дней.
Гипорамин, растительный иммуностимулирующий препарат, табл. 0,02, раствор, мазь	Сублингвально, от 3 до 12 лет по 1/2–1 табл. 2–4 раза в сутки, старше 12 лет по 1 табл. 3–4 раза в сутки в течение 3–5 суток.
Деринат 0.25% раствор во флаконах-капельницах 10 мл	С рождения, интраназально по 3–5 капель каждые 1–1,5 часа или вставляют пропитанный раствором препарата ватный тампон) 3–6 раз/сут.; можно использовать для полоскания ротовой полости 4–6 раз/сут.
Иммунал, растительный иммуностимулирующий препарат капли, табл.	Капли: от 1 года до 6 лет – по 1,0 мл, от 6 до 12 лет – по 1,5 мл, старше 12 лет – по 2,5 мл с кратностью 3 раза в день в течение не менее 1 недели. Таблетки: от 4 до 12 лет – по 1 таб. 1–2 раза в день, старше 12 лет – по 1 таб. 3–4 раза в день. Таблетку следует запивать водой. Для маленьких детей рекомендуется растолочь таблетку и смешать с небольшим количеством воды, чая или сока.
Имудон, бактериальный лизат, табл.	С 3 лет – по 6 таб. в сутки, рассасывать в полости рта с интервалом 2 часа, старше 14 лет – по 8 таб. в сутки за 1 час до еды в течение 10 дней.
Имунорикс (пидотимод) синтетический иммуномодулятор, оральный раствор во флаконах, 400 мг	Старше 3 лет по 400 мг пидотимода (1 флакон) 2 раза в сутки вне приема пищи в течение 15 дней.

ИРС 19, бактериальный лизат, спрей назальный, флакон 20 мл 60 доз	Интраназально (после предварительного освобождения от слизистого отделяемого) с 3 мес. до 3 лет – по 1 дозе 2 раза в день; старше 3 лет – по 1 дозе 2-5 раз в день до исчезновения симптомов инфекции.
---	--

Препарат	Доза, курс
Лизобакт	С 3 лет – по 2 таб. 3–4 раза в день, медленно рассасывать во рту, в течение 10–20 дней.
Липолипид, препарат синтетического происхождения, табл. 1 мг	Старше 1 года сублингвально по 1 таб. 1 раз/сут в течение 10 дней.
Полиоксидоний лиоф пор д/инь 3мг, табл. 12 мг	Старше 6 мес., в/м 100–150 мкг/кг массы тела через 48–72 ч. № 5–7 (предварительно растворить в 1–1,5 мл раствора натрия хлорида изотонического или воды для инъекций). Интраназально – в каждую ноздрю по 3–5 капель в течение 10 дней (предварительно растворить в 1 мл дистиллированной воды, в 1 капле приготовленного раствора 150 мкг). Сублингвально старше 12 лет 100–150 мкг/кг 1 раз/сут.
Рибомунил, рибосомальный иммуномодулятор, пакетик 0,75 мг (1 доза) таблетки 0,25 мг (1/3 дозы), 0,75 мг (1 доза)	С 6 мес., 1 раз/сут утром натощак, разовая доза (вне зависимости от возраста) составляет 3 таб. по 0,25 мг (с 1/3 разовой дозы), или 1 таб. по 0,75 мг (с одной дозы), или гранулы из 1 пакетика, предварительно растворенные кипяченой водой комнатной температуры. Минимальная продолжительность – 4 дня, для профилактики осложнений ОРЗ до 3 недель.
Синупрет, иммуностимулирующий препарат растительного происхождения, капли, драже	Капли: от 2 до 6 лет – по 15 капель, старше 6 лет – по 25 капель или 1 драже 3 раза в день в течение 7–14 дней. Капли предварительно разводятся в небольшом количестве воды. Драже проглатывают, не разжевывая и запивая небольшим количеством воды.
Тонзилгон Н, комбинированный растительный препарат, капли, драже	До 1 года – по 5 капель, от 1 года до 6 лет – по 10 капель, от 7 до 16 лет – по 15 капель с кратностью 5–6 раз в день или по 1 драже 5–6 раз в день. Капли принимают в неразбавленном виде, можно некоторое время подержать во рту, прежде чем проглотить. Драже следует принимать, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды.

Информация о механизмах действия этих препаратов, профилактических дозах и побочных эффектах представлена ниже (см. **раздел 6.5.2**).

Иммуномодулирующим действием обладают и противовирусные препараты, о которых будет сказано ниже (см. **раздел 4.2**).

4.1.10. Биопрепараты при ОРЗ.

Общеизвестно, что биоценоз кишечника во многом определяет иммунный ответ организма, в том числе и при ОРЗ. Нормальная кишечная микрофлора с одной стороны предупреждает колонизацию кишечника патогенной и условно-патогенной флорой, обеспечивает синтез витаминов группы В, К, аминокислот и усвоение витаминов, с другой стороны – поддерживает синтез иммуноглобулинов, опосредует созревание и функционирование иммунокомпетентных органов. Поэтому немаловажным считается необходимость коррекции нарушений биоценоза кишечника, усугубляющихся лекарственной терапией ОРЗ, в первую очередь – антибактериальной (М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов, 2006).

В настоящее время выбор биологических препаратов для коррекции дисбиоза кишечника очень велик.

Считается целесообразным использование биопрепаратов не только в периоды эпидемиологической опасности, реконвалесценции и в ходе реабилитации, но и при острых проявлениях болезни, даже на фоне лекарственной, в том числе антибактериальной терапии. Предпочтение отдается препаратам, устойчивым к действию антибиотиков, а соответственно, снижающим риск антибиотикоассоциированной диареи (табл. 15).

Таблица 15

Характеристика про- и пребиотиков, применяемых у детей при ОРЗ (Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д. «Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Схема применения
<i>Пробиотики</i>	
Аципол (ацидофильные лактобактерии, полисахарид кефирного грибка) капсулы	От 3 мес. до 3 лет – по 1 капсуле 2–3 раза в сутки вместе с приемом пищи, растворив содержимое капсулы в молоке или кипяченой воде. Старше 3 лет – по 1 капсуле 3–4 раза в день за 30 минут до еды. В течение 5–8 дней. С проф. целью – по 1 капсуле 1 раз в день 10–15 дней.
Биовестин (бифидобактерии) капли во флаконе	С рождения. До 1 мес. – по 5 капель 2 раза в день, к 1 году – до 1,5–2 мл 2 раза в день, во время еды, добавляя в питание.
Биовестин лакто (бифидо- и лактобактерии) капли во флаконе	С 1 года по 2–3 мл в сутки. Старше 12 лет – по 3–6 мл в сутки. Желательно принимать за 30 мин до основного приема пищи, разводя в 30–50 мл воды, кефира, молока или сока.
Бифидум791БАГ (бифидобактерии, метаболиты, витамины гр. В, аутолизат пекарских дрожжей, изолят соевого белка) раствор в ампуле	С рождения. Грудные дети – по 0,5 мл 2 раза в день Старше 1 года – по 3–10 мл в сутки в течение 5–6 недель.
Бифилиз (бифидумбактерии, лизоцим) пор. во флаконе 5 доз	С рождения. До 3 мес. – по 2,5 дозы 2–3 раза в день, старше 3 мес. – по 2,5–5 доз 2–3 раза в день в течение 10–20 дней за 20–30 минут до еды. Детям раннего возраста – можно непосредственно перед едой или с первыми порциями пищи. Предварительно растворить кипяченой водой комнатной температуры непосредственно перед употреблением, оставить на 2–3 мин., взболтать.
Бифиформ беби (бифидобактерии, термофильный стрептококк, кокосовое и пальмовое масла) суспензия во флаконе (6,9 мл масляного раствора, в комплекте с дозирующей пипеткой, укупоренные крышкой, содержащей 160 мг порошка)	С рождения. По 1 дозе (0,5 мл) в день во время приема пищи в течение 10 дней и более.

Препарат	Схема применения
Бифиформ малыш (бифидо- и лактобактерии, витамины В1, В6) саше, жеват. табл.	От 1 года до 3 лет – по 1–2 порошка 2–3 раза в день. Старше 3 лет – по 1–2 жеват. табл. 2–3 раза в день. В течение 10 дней и более независимо от приема пищи.
Бифиформ (бифидобактерии, лактулоза, глюкоза, дрожжевой экстракт, камедь) капсулы	По 1 капс. 3 раза в день независимо от приема пищи с 1-го дня антибактериальной терапии.
Лактобактерин сухой, ампулы по 5 доз	С рождения. До 1 года – по 2–3 дозы, старше 1 года – по 5 доз с кратностью 2–3 раза в день внутрь за 30–40 мин до еды в течение 7–8 дней и более.
Линекс (лактобактерии, бифидобактерии, энтерококки, лактоза) капсулы	С рождения. До 2 лет – по 1 капсуле 3 раза в день, 2–12 лет по 1–2 капсуле 3 раза в день, старше 12 лет – по 2 капсуле 3 раза в сутки после еды.
Нормофлорин-Д (бифидо- и лактобактерии, витамины, микроэлементы, органические и аминокислоты, эндобиотки, пребиотик–лактит) жидкий концентрат во флаконе	С рождения. По 15–30 мл в 1 прием (1,5–3 ст.л.) За 20–40 минут до еды или перед сном 2–3 раза в день. Взболтать, можно развести 1:3 любой пищевой жидкостью (t не выше 37° С) и употребить сразу.
Примадофилус для детей (бифидо- и лактобактерии, ацидофильные палочки, мальтодекстрин) гранулы	С рождения. По 1 ч.л. 1 раз в сутки во время еды, можно с детским питанием.
Примадофилус джуниор (бифидо- и лактобактерии, ацидофильные палочки, мальтодекстрин) капс.	По 1 капсуле в сутки в течение 2 недель.
Примадофилус (лактобактерии) капс.	По 1 капсуле 1–3 раза в сутки.
Примадофилус бифидус (бифидо- и лактобактерии) капс.	По 1 капсуле 1–3 раза в сутки.
Хилак форте (беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ кишечных палочек, стрептококка, лактобактерий) капли во флаконе	до 1 года – по 15–30 капель 3 раза в сутки, старше 1 года – по 20–40 капель 3 раза в сутки до или во время приема пищи в небольшом количестве жидкости, исключая молоко.
Энтерол (сахаромицета, лактоза) капс.	От 1 года до 3 лет – по 1 капс. 2 раза в сутки в течение 5 дней, старше 3 лет – по 1–2 капс. 2 раза в сутки в течение 7–10 дней за 1 ч до еды. Детям раннего возраста дать содержимое капсулы с холодной или чуть теплой водой. Не применять одновременно с противогрибковыми препаратами.
Пребиотики	
Дюфалак (лактолоза) сироп во флаконе	До 3 лет – по 5 мл, 3–6 лет – 5–10 мл, старше 6 лет – по 15 мл с кратностью 1 раз в сутки утром во время еды, с водой, любой другой жидкостью или с пищей.

Следует помнить о возможностях дотации пре- и пробиотиков детям с продуктами питания (табл. 16). Дети старше 8–10 месяцев могут употреблять кисломолочные продукты питания (бифидокефир, кефир детский, кефир «Бифи», «Ацидолакт», «Бифилин-М», «Бифидок», «Биолакт», «Йогурт Агуша» и др.). Старше 3-летнего возраста можно рекомендовать напитки «Актимел», «Иммунеле», «Растишка».INUлинородобные пребиотики содержатся в цикории, пшенице, бананах.

Таблица 16

Продукты питания с пре- и пробиотиками

Категория	Название	Компоненты
Адаптированные молочные смеси	Нестожен 1, 2, 3 Нутрилон 1, 2 Мамекс Плюс Хумана	Олигосахариды
	НАН 1,2,3 НАН кисломолочный 1,2 НАН ГА 1,2 Нутрилак Бифи, ХИПП 1, 2	Бифидобактерии
	Агуша Голд 1, 2	Пре- и пробиотики
	Сэмпер бифидус	Лактулоза
	Нутрилон 1, 2, 3	Комплекс пребиотиков Иммунофортис
Детские каши	Помогайка без молока («рис, кукуруза», «8 злаков»), Кисломолочная каша Нестле «8 злаков» Нестле	Бифидобактерии
	Помогайка «Счастливых снов», «Овес, пшеница с черносливом».	Бифидобактерии, олигосахариды, инулин
	Первая овсяная кашка с пребиотиками, низкоаллергенная рисовая кашка с пребиотиками	Пребиотические волокна цикория (инулин, олигофруктоза)
Фруктовое пюре	Фруктики в сливочках с пребиотиками Хайнц	Галактоолигосахариды
Молочные продукты	Детское растворимое молочко с 1 года до 2 лет, старше 2 лет	Бифидобактерии
	Молоко детское Агуша 3,2%	Лактулоза
Печенье	Детское печенье с яблоком Хайнц	Инулин

4.1.11. Ингаляционная и отвлекающая терапия.

При различных клинических формах ОРЗ, особенно при бронхитах и пневмониях, показаны тепло-влажные ингаляции, которые проводятся в домашних условиях с помощью ингалятора или подручными средствами (обычный заварочный чайник). Механизм действия этих процедур заключается в увлажнении слизистых оболочек, что уменьшает их раздражение и вязкость секрета, а значит, улучшает его отхождение.

Для ингаляций можно использовать 1–2% растворы натрия хлорида, натрия гидрокарбоната, морской соли, 3% раствор калия йодида (1 капля на 1 мл ингалируемой смеси), минеральную воду («Боржоми», «Ессентуки»), При

ОРЗ эффективны ингаляции с травами, содержащими эфирные масла, что обуславливает дополнительный лечебный эффект. Наибольшей активностью обладают мята, багульник, базилик, девясил, дягиль, мелисса, календула, ромашка, шалфей, эвкалипт, чабрец, береза, подорожник, сосна. Для приготовления ингаляционного отвара столовую ложку измельченной травы надо залить 1 стаканом кипятка, настоять на водяной бане 20–30 мин, затем долить кипящей воды до 1 литра.

Общеизвестным условием для проведения ингаляций, как и для согревающих процедур, является нормальная температуры тела ребенка. Рекомендуется проводить ингаляцию не ранее чем через 1–1,5 часа после еды. При рините и синусите следует вдыхать и выдыхать без напряжения через нос, при фарингите, трахеите, бронхите, пневмонии – через рот, либо вдыхать пар попеременно носом и ртом, накрывшись широким махровым полотенцем. После ингаляции в течение часа не рекомендуется разговаривать, петь, кричать и принимать пищу.

Температура воды или отвара для ингаляций должна быть для детей до 1 года – до 30°C, старше 1 года – 30–40°C. Воду необходимой температуры заливают в чайник с узким горлышком. Из картона делается воронка – чем младше ребенок, тем она длиннее – и надевается на носик чайника. По мере остывания воды в емкость доливают кипяток и добавляют соответствующее количество лекарственного средства. Продолжительность таких ингаляций для детей раннего возраста – 1–3 минуты, для детей старше 3 лет – 5–7 минут, проводят их 1–2 раза в день.

Можно проводить ингаляции с лекарственными фитопрепаратами, например с каплями Бронхосан, чем достигается антимикробный эффект. Раствор разбавляют дистиллированной водой в соотношении 1:1 и нагревают до температуры тела, используя по 4 мл смеси на 1 ингаляцию. Расчет дозы препарата: детям старше 10 лет – по 2 мл, от 6 до 10 лет – по 1 мл, от 2 до 6 лет – по 10 капель, младше 2 лет – по 5 капель с кратностью 2 раза в сутки.

Для улучшения отхождения мокроты можно проводить ингаляция с каплями Проспан, при этом 20–25 капель развести в кипяченой воде (37°C) в пропорции 1:2, процедуры проводятся 3–5 раз в день.

Использование отвлекающей терапии в настоящее время оспаривается, поскольку такие процедуры как горчичники, банки, жгучие пластыри и растирания болезненны для ребенка, чреваты ожогами и аллергическими реакциями. Предполагаемый механизм их действия – гиперемия кожи и связывание ею антигенов. Тот же эффект достигается ванной с температурой 39°C – прекрасной согревающей и гигиенической процедурой (показана детям без высокой температуры). Тем не менее, обосновано использование местных отвлекающих процедур – горчичных «носочков», озокеритовых сапожек, теплых (горячих) ножных ванн, медовых аппликаций, нанесение согревающих мазей.

В частности, мазь от простуды доктор Мом Колд Раб (ментол, камфора, тимол, масло скипидарное, эвкалиптовое, мускатное) применяется в комплексной терапии острых респираторных заболеваний. При этом ее наносят на кожу крыльев носа, шеи, грудной клетки у детей старше 2 лет. Возможны аллергические реакции на компоненты препарата.

Барсучий жир, традиционное средство народной медицины, используется для растирания грудной клетки, стоп при любых простудных заболеваниях на ночь.

Пульмекс Бэби (перуанский бальзам, масло эфирное эвкалиптовое, розмариновое) назначается детям от 3 месяцев до 3 лет, при этом небольшое количество мази наносят на верхнюю и среднюю часть груди испины 2 раза в сутки, слегка втирая до полного впитывания и прикрывая теплой сухой тканью. Пульмекс (перуанский бальзам, камфора, масло эфирное эвкалиптовое, розмариновое) разрешен к использованию с 3 лет.

Вполне оправдано при синусите, лимфадените применение сухого тепла, при отите – согревающего полуспиртового компресса, хотя бы субъективным облегчением, которое они приносят ребенку.

4.2. Этиотропная противовирусная терапия (табл. 17).

В качестве противовирусной терапии при ОРВИ используют:

- химиопрепараты (выбор этих препаратов для педиатрической практике ограничен, поскольку их побочные эффекты у детей изучены недостаточно и в большинстве случаев при ОРВИ в их применении нет необходимости) – ремантадин, альгирем, арбидол;

- препараты интерферона (рекомбинантные, нативные, гомеопатические);

- индукторы интерферона;

- иммуноглобулины (сывороточные и секреторные);

- иммуномодуляторы (см. **табл. 14**).

Выбор препарата с противовирусным действием зависит от нозологической формы, степени тяжести, возраста ребенка. В ряде случаев выбор противовирусного препарата зависит от материальных возможностей родителей. Следует помнить, что для получения эффекта от этиотропной терапии необходима своевременность ее назначения, а именно при появлении первых симптомов заболевания.

Использование **химиопрепаратов** (ХП) показано при среднетяжелых и тяжелых формах гриппа и ОРВИ. Вышеназванные препараты ингибируют репликацию вируса. Для лечения гриппа (особенно типа А2) используют *римантадин* (Ремантадин) в таблетках у детей старше 7 лет, для детей раннего возраста препаратом выбора является 0,2% сироп Орвирем. Арбидол и Амиксин имеют более широкий спектр действия за счет своего интерферониндуцирующего действия и применимы при гриппе и других ОРВИ. У Арбидола, помимо всего прочего, отмечено антиоксидантное действие. Имеются схемы профилактического использования этих препаратов. Используемые местно (в нос, в глаза) 0,25% Оксолиновая мазь, Бонафтон и др. препараты показаны, например, при аденовирусной инфекции, но их реальный эффект оценить трудно. С целью восстановления нарушенной антипротеазной и антиоксидантной защиты при ОРВИ используют препараты, обладающие свойствами ингибции протеолитических процессов, например, эпсилон-аминокапроновую кислоту внутрь и интраназально.

Перспективно использование при гриппе А и В ингибиторов нейраминидазы, в частности осельтамивира (Тамифлю), который разрешен в России с 12-летнего возраста, но имеет высокую стоимость. Новый химиопрепарат Реленза (ингибитор нейраминидазы), разрешенный с 5-летнего возраста, для ингаляционного введения также имеет высокую стоимость.

Широкомасштабное клиническое применение ХП выявило феномен формирования резистентных к ним вирусных штаммов, что может свести на нет эффективность химиотерапии.

Важная роль системы интерферона в противовирусной защите и снижение его содержания при ОРВИ обусловили актуальность применения у детей с лечебной и профилактической целями препаратов **интерферона** – интерферон человеческого лейкоцитарный, гриппферон, виферон. Их введение показано при легких и среднетяжелых формах. Человеческий альфа-интерферон повышает резистентность клеток, еще не инфицированных вирусом, стимулирует специфические ферменты, блокируя репликацию вирусной РНК, а также активирует макрофаги и НК-клетки. Гриппферон считается более активным, он длительно задерживается на слизистой носа. Целесообразно применение Виферона, в состав которого помимо альфа2-интерферона входят антиоксиданты – витамины Е и С. Противопоказанием является – повышенная чувствительность к мясу какао. Эти препараты разрешены для применения у детей с рождения. В настоящее время появилась возможность использования липосомального α -2b интерферона для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ – Реаферон-ЕС-Липинт – для орального применения у детей с 3-х лет.

Лечение **индукторами интерферона** основано на стимуляции его выработки организмом. Для лечения гриппа, других респираторных инфекций Циклоферон назначают детям внутрь и местно, при герпетической инфекции – парентерально, что способствует синтезу эндогенных α -, β - и γ -интерферонов. Сходным механизмом действия обладает Амиксин (Телорон) и отчасти Арбидол.

Иммуноглобулины для интраназального (Чигаин) и внутримышечного (Иммуноглобулин человеческого нормальный) введения также используются при легкой и средней степени тяжести ОРВИ и гриппа.

Разнообразна группа **иммуотропных препаратов**, используемых в терапии ОРЗ. Основное их действие – повышение уровня интерферона и лизоцима, обладающих противовирусной активностью, стимуляция выработки местных иммуноглобулинов и активности макрофагов, что способствует интенсификации этиотропной и антибактериальной терапии. [ссылка](#)

В настоящее время оспаривается эффективность **гомеопатических препаратов** при ОРВИ. Несмотря на активно тиражируемую «безопасность» гомеопатических средств, следует избегать их бесконтрольного использования у детей. В ряде литературных источников, тем не менее, достаточно высоко оценивается противовирусная эффективность таких препаратов, как Анаферон, Афлубин и Оциллококцидум. Анаферон, кроме того считается индуктором эндогенного интерферона. Афлубин оказывает противовоспалительное, жаропонижающее и дезинтоксикационное действие.

Препараты, используемые для противовирусной терапии
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д. «Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Название, форма выпуска	Воз раст	Лечение	ПЭ/ Примечание
Анаферон детский, табл. гомеопат.	С 6 мес.	В первые 2 ч по 1 табл. каждые 30 мин., затем в течение первых суток 3 табл. через равные промежутки времени, со вторых суток и далее – по 1 табл. 3 раза в сутки до выздоровления. Таблетку следует держать во рту до полного растворения, детям младшего возраста можно растворить в небольшом количестве кипяченой воды.	-
Амиксин (тилорон) табл. с оболочкой, 125 мг, 60 мг.	С 7 лет.	Внутри после еды, при неосложненной ОРВИ с 7 до 14 лет по 1 таб. (60 мг) в сутки 1, 2 и 4-й день от начала лечения, на курс 3 таблетки. При осложненной ОРВИ по 1 таб (60 мг) в 1, 2, 4 и 6-й день от начала лечения, на курс 4 таблетки. Старше 14 лет – по 1 таблетке (125 мг) в сутки первые 2 дня лечения, далее по 1 таблетке (125 мг) через 48 часов, на курс 6 таблеток.	Аллергические реакции.
Арбидол табл. 0,05, капс. 0,1.	С 2 лет.	Внутри до еды, неосложненное течение: 2–6 лет – по 0,05 г, 6–12 лет – по 0,1 г, старше 12 лет – по 0,2 г 4 раза в день не менее 5 дней; при бактериальном осложнении: 2–6 лет – по 0,05 г, 6–12 лет – по 0,1 г, старше 12 лет – по 0,2 г 4 раза в день 5 дней, затем 1 раз в неделю в течение 4 недель.	Аллергические реакции.
Афлубин капли гомеопатические во фл. 20, 50, 100 мл, табл. гомеопат.	С рож де-ния.	Разовая доза: до 1 года – по 1/2 таб. или 1 капле, 1–12 лет – по 1/2 таб. или 5 капель, старше 12 лет – по 1 таб. или 10 капель; в 1–2 день заболевания 3–8 раз в сутки, в последующие дни 3 раза в сутки в течение 5–10 дней за 30 минут до или через 1 час после еды (кормления) в чистом виде или развести в 1 ст. л. воды (можно в материнском молоке). Перед проглатыванием рекомендуется задержать препарат во рту на некоторое время. Таблетку следует держать под языком до полного рассасывания.	Редко повышенное слюноотделение.
Бонафтон 0,05% гл.мазь.	- « -	Закладывание за веки 3–4 раза в день.	-

Продолжение табл. 17

Название, форма выпуска	Возраст	Лечение	ПЭ/ Примечание
Виферон (рекомб. интерферон, вит. Е, С) свечи	С рождения.	Ректально детям от 0 до 7 лет – виферон 1 (150000 МЕ), детям старше 7 лет – виферон 2 (500000 МЕ) по 1 свече 2 раза в сутки 5 дней.	Редко – кожная сыпь, зуд.
Виферон мазь назальная.	- « -	Смазывание носовых ходов 3–5 раз в сутки.	-
Виферон-гель.	- « -	Смазывание миндалин жестким тампоном 5 раз в день в течение 5–7 дней.	-
Гриппферон 10000 ед/мл флакон (рекомбинантный интерферон).	- « -	Интраназально новорожденным и детям до 1 года – по 1 капле 5 раз в день (разовая доза 1000 МЕ, суточная доза – 5000 МЕ), детям от 1 до 3 лет – по 2 капли 3–4 раза в день (разовая доза – 2000 МЕ, суточная – 6000–8000 МЕ), от 3 до 14 лет – по 2 капли 4–5 раз в день (разовая доза – 2000 МЕ, суточная – 8000–10000 МЕ), взрослым – по 3 капли в каждый носовой ход 5–6 раз в день (разовая доза – 3000 МЕ, суточная – 15000–18000 МЕ) в течение 5 дней.	Редко сухость и субатрофии слизистой оболочки.
Деринат (0,25% р-р)	- « -	Интраназально: в первые сутки заболевания по 3–5 кап. каждый час, затем 2–4 раза в день.	Не совместим с мазями на жировой основе.
Иммуноглобулин человеческий нормальный в амп. по 1,5 мл (1 доза)	- « -	Применяется в первые сутки заболевания – детям до 2-х лет – 1,5 мл (1 доза); 2–7 лет – 3,0 мл (2 дозы); старше 7 лет – 4,5–6,0 мл (3–4 дозы). При гипертоксических формах возрастную дозу иммуноглобулина можно повторить через 12 часов	Повышение $t^{\circ}\text{C}$ тела, тошнота, боли в суставах, аллергические реакции.
Интерферон чел. лейкоцит. (лиофилиз. пор., амп. 2 мл) 1000 ед	- « -	Интраназально путем закапывания водного раствора по 3–5 капель (0,15–0,25 мл) через каждые 2 часа, не менее 5 раз в день, в течение 2–3 дней.	Сухость и субатрофия слизистой оболочки носа.
Оксалиновая мазь 0,25%	- « -	Смазывание носовых ходов 2–3 раза в день в течение 3–4 дней.	Чувство жжения в носу.

Название, форма выпуска	Воз раст	Лечение	ПЭ/ Примечание
Оциллококцидум, гомеопат. гранулы.	- « -	Внутрь, по 1 дозе 3 раза в день с интервалом в 6 часов, затем по 1 дозе утром и вечером в течение 1–3 дней.	-
Реаферон-ЕС-Липинт, интерферон альфа-2b чел. рекомб., лиофилизат для пригот. сусп. во флак. 250 тыс.МЕ, 500 тыс.МЕ, 1 млн.МЕ.	С 3 лет.	Внутрь. Непосредственно перед применением к содержимому флакона добавляют 1-2 мл дистиллированной или охлажденной кипяченой воды, встряхивают. Детям старше 15 лет – по 500 тыс.МЕ 2 раза/сутки; детям от 3 до 15 лет - по 250 тыс.МЕ 2 раза/сутки в течение 3 дней.	Индивидуальная непереносимость.
Реленза	С 5 лет.	Ингаляционно с помощью «Реленца Дискхалера» по 2 ингаляции 2 раза в сутки в течение 5 дней.	Аллергические реакции, бронхоспазм.
Тамифлю (осельтамивир) капсулы 75 мг.	С 12 лет.	Внутрь во время еды по 1 капсуле 2 раза в день в течение 5 дней.	Тошнота, рвота. Высок. стоимость.
Циклоферон таб. с оболочкой, 150 мг, линимент 5% во фл. 5 мл	С 4 лет.	Внутрь, 4–6 лет – по 150 мг (1 таб.), 7–11 лет – по 300 мг (2 таб.), старше 12 лет – 450 мг (3 таб.) 1 раз/сут., за 30 мин до еды, не разжевывая, в течение 5–9 дней. Местно для смазывания пораженных участков 1 раз/день 5 дней.	Аллергические реакции.
Чигаин (человеческий Ig A сыворотки молозива, р-р для наружн. прим. в амп. 1 мл.	С рож де-ния.	Интраназально по 2–3 капли в течение 3-х дней.	Редко аллергические реакции.
Эпсилон-аминокапроновая кислота 5% раствор (фл. 50 и 100 мл).	- « -	Внутрь из расчета 1 мл/год жизни 4 раза в день, одновременно закапывать в носовые ходы по 2–3 капли 4 раза в день в течение 5–7 дней.	Расстройства со стороны ССС, ЖКТ, катар ВДП.

4.3. Антибактериальная терапия.

Антибиотики эффективны только при бактериальных инфекциях. К сожалению, в 30–80% случаев педиатры назначают их детям с неосложненными ОРВИ. Это повышает риск побочных явлений и нарушений микробного биоценоза, подавляет защитную условно-патогенную аутофлору, а также способствует распространению лекарственной устойчивости. К тому же подобная ситуация дезориентирует врача: не получив эффекта от антибиотика при вирусной инфекции, врач переходит на резервные препараты, которые также не дают эффекта (В.К. Таточенко, 2009).

При назначении антибактериальной терапии следует руководствоваться следующими **показаниями**:

Показания к системной антибактериальной терапии у детей при ОРЗ

- гнойные осложнения (гнойный синусит, гнойный лимфаденит, паратонзиллярный абсцесс, нисходящий ларинготрахеит);
- стрептококковый (группы А) тонзиллит;
- анаэробная ангина;
- эпиглоттит;
- острый средний отит;
- синусит (при сохранении клинических и рентгенологических изменений в пазухах через 10–14 дней от начала ОРВИ);
- респираторный микоплазмоз и хламидиоз (бронхит, атипичная пневмония);
- бактериальная пневмония;
- в отсутствие видимого бактериального очага при наличии:
 - температуры тела выше 38С° в течение 3 дней и более;
 - одышке* без обструкции;
 - асимметрии хрипов;
 - лейкоцитозе ($15 \times 10^9 / \text{л}$).

Примечание: * Согласно определению ВОЗ частота дыхания, дающая основание заподозрить пневмонию, составляет 60 и более в 1 мин. у детей в возрасте 0–2 мес., более 50 в 1 мин. у детей в возрасте 3–12 мес. и более 40 в 1 мин у детей в возрасте 1–5 лет.

Назначение антибиотика ребенку с неосложненной ОРВИ, т.е. без признаков бактериального заболевания, показано:

- при рецидивирующем отите в анамнезе;
- у детей в возрасте до 6 мес. при неблагоприятном преморбидном фоне (выраженная гипотрофия, рахит, врожденные пороки развития);
- при наличии клинических признаков иммунодефицита.

Чаще педиатр в начале болезни видит лишь косвенные признаки вероятной бактериальной инфекции, когда антибиотик может быть назначен (табл. 18). Если же при последующем обследовании и наблюдении подозрение не подтверждается, антибиотик следует тут же отменить, что снижает риск выработки устойчивости микроорганизмов.

Признаки вероятной бактериальной инфекции

Признак	Возможное заболевание	Подтверждение
Боль в горле, налеты	Стрептококковая ангина	Микробиологическое исследование мазка
Боль в ухе	Острый отит	Отоскопия
Увеличение лимфоузла	Лимфаденит	Посев из зева
Заложенность носа в течение 2 недель и более	Синусит	Рентгенография, УЗИ придаточных пазух носа
Втяжение грудной клетки	Пневмония	Рентгенография
Лейкоцитоз $>12 \times 10^9/\text{л}$, и/или $>5\%$ палочкоядерных нейтрофилов, и/или СОЭ >20 мм/час	Пневмония или бактериальная инфекция другой локализации (в т. ч. мочевыводящих путей)	Рентгенография, анализ мочи, наблюдение

В ряде случаев альтернативой является местная антибактериальная терапия (Биопарокс), которая способствует профилактике бактериальных осложнений ОРВИ без риска развития бактериальной устойчивости и системных побочных эффектов.

Выбор антибиотика производится эмпирически с учетом вероятной этиологии и лекарственной чувствительности предполагаемого возбудителя. Эмпирический выбор антибактериальных препаратов основан на данных многоцентровых популяционных исследований по определению микробных возбудителей и их резистентности к антибиотикам.

Необходимо учитывать, что для каждой локализации **бактериального** процесса существует относительно немного вероятных возбудителей, что определяет рациональный выбор антибиотика для стартовой терапии. Кроме того, важно учитывать возраст пациента, так как для каждой возрастной группы различен характер флоры, что связано с иммунологическими факторами (табл. 19, 20).

Препараты первого выбора используются в случаях, когда нет оснований думать о лекарственной устойчивости, при так называемой внебольничной инфекции. При этом эффективны оральные формы пенициллинов, цефалоспоринов первого-второго поколения и макролидов (табл. 21).

Феноксиметилпенициллин оказывает бактерицидное действие в отношении грамположительных (стафилококк, стрептококк, пневмококк) и ряда грамотрицательных (менингококк, гонококк) кокков, спирохет, клостридий, коринебактерий. Но он не действует на штаммы стафилококков, продуцирующих пенициллиназу, микобактерии туберкулеза, большинство грамотрицательных бактерий, вирусы, риккетсии. В настоящее время этот препарат показан при тонзиллите, вызванном стрептококком группа А, и отите.

Ампициллин оказывает бактерицидное действие в отношении грамположительной и грамотрицательной флоры, в том числе пневмококковой, стрептококковой инфекции (группа А), дифтерии, а также в отношении инфекций, вызванных грамотрицательными бактериями (*H. influenzae*, *E. coli* и др.).

Поэтому он показан при гнойных осложнениях тонзиллита, отите, пневмонии, синусите. В связи с низкой биодоступностью его применение сократилось.

Бензатин-пенициллин (бициллин 3) используется при бактерионосительстве дифтерии, стрептококковом тонзиллите, в том числе для профилактики ревматизма.

Оксациллин оказывает бактерицидное действие, используется в основном при стафилококковой инфекции (пневмония, отит, гнойный синусит).

Из пенициллиновых препаратов первого выбора в настоящее время рекомендуется амоксициллин (Амоксициллин, Амосин, Флемоксин, Флемоксин Солютаб), спектр действия которого такой же, как у ампициллина, что сочетается с его более высокой биодоступностью.

Цефалексин используют только для лечения стрептококкового тонзиллита, в редких случаях – отита. Цефазолин показан при стафилококковых инфекциях (гнойный отит, синусит, пневмония), а также – тяжелой пневмококковой пневмонии. В амбулаторной практике его использование нецелесообразно еще и потому, что имеется только парентеральная форма выпуска.

Макролиды в обычной дозе имеют преимущественно бактериостатическое действие, эффективны в отношении инфекций дыхательных путей, вызванных микоплазмой, хламидиями (бронхит, атипичные пневмония, лимфаденит), т.е. при так называемых «атипичных» инфекциях. Кроме того они действуют на кокки, в связи с чем применяются у больных с аллергией на пенициллины при таких заболеваниях, как тонзиллит, отит, пневмония, коклюш, дифтерия.

Эритромицин имеет низкую биодоступность, плохо переносится детьми из-за побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта. Из этой группы препаратов следует отдавать предпочтение азитромицину, мидекамицину, рокситромицину и кларитромицину. Азитромицин кроме того действует на инфекции, вызванные *H. influenzae* (отит, синусит, пневмония).

В случаях, когда устойчивость возбудителей вероятна (внутрибольничная инфекция у ребенка, заболевшего через 1–3 суток после выписки из стационара; предшествующая терапия антибиотиками за последние 2–3 месяца), лечение начинают с **препаратов второго выбора** (табл. 21). Наиболее используемый препарат – амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Аугментин, Флемоклав Солютаб), эффективный как против пневмо- и стрептококков, так и *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. Обладает бактерицидной активностью.

В настоящее время обсуждается вопрос о заниженных и неэффективных возрастных дозировках Амоксициллин/клавуланата (в инструкции 20–30 мг/кг/сут.). Рекомендуют назначать этот препарат новорожденным и детям до 3-х месяцев жизни из расчета 30 мг/кг (по амоксициллину) в сутки, разделенные на 2 приема (каждые 12 часов). Дети старше 3 месяцев получают от 20 мг/кг при инфекциях легкой и средней тяжести течения до 40 мг/кг при тяжелом течении инфекции и инфекции дыхательных путей (по амоксициллину) в сутки, разделенные на 3 приема (Г.А. Самсыгина, 2009). В ряде литературных источников рекомендуются дозы не ниже 45–50 мг/кг/сут. (В.К. Таточенко, 2009).

Таблица 19

Основные возбудители бактериальных ОРЗ у детей (В.К. Таточенко, 2009)

	<i>Str. pneum.</i>	<i>Ham. infl. не-типур.</i>	<i>Ham. infl. типа b</i>	<i>Str. haem. gr. A</i>	<i>Mor. catar.</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Myc.</i>	<i>Chl. pneum.</i>	<i>Chl. trrah.</i>
Отит острый средний	+++	+++		+	+				
Синусит гнойный	+++		+	+++		+++			
Синусит негнойный	+++	+++		+		+			
Тонзиллит острый				+++					
Лимфаденит				+++		+			
Эпиглоттит	++		+++						
Бронхит							+++	+	
Пневмония:									
1 – 6 мес.	++	+/-	+			+			++
6 мес. – 5 лет	+++	+/-	+				+	+/-	
6 – 15 лет	+++			+			++	++	

Таблица 20

Выбор орального антибиотика при бактериальных ОРЗ у детей (В.К. Таточенко, 2009)

	Амоксициллин	Амоксициллин/клавулат*	Феноксиметилпенициллин	Цефалексин	Цефуросим*	Азитромицин	Джоцамицин, mideкамицин	Эритро-, рокситро- и кларитромицин
Отит острый средний	+++	+++	+	+	+++	++	+	
Синусит негнойный	+++	+++			+++			
Тонзиллит БГСА	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++
Бронхит микоплазменный						+++	+++	+++
Бронхит хламидийный						+++	+++	+++
Пневмония типичная внебольничная 1 – 6 мес. до 5 лет 6 – 15 лет	+++ +++	+++ +++			+++		++ ++	
Пневмония атипичная внебольничная 1- 6 мес. старше 6 мес.						++ +++	+++ +++	+++

Примечание: * используются преимущественно у детей групп риска по устойчивости бактериальной флоры.

Также используются пероральные цефалоспорины второго поколения - цефуроксим (Зиннат), цефаклор, эффективные в отношении кокковой флоры, *H. influenzae* и *M. catarrhalis*, устойчивые к действию β-лактамаз.

Цефотаксим (III поколение) показан при инфекциях (отит, синусит, пневмония), вызванных *H. influenzae* и *M. catarrhalis* с любым типом лактамаз, а также у получавших ранее антибиотики больных. Спектр цефтриаксона (III поколение) несколько шире за счет действия на пневмококк, устойчивого к пенициллину, при этом возможно его эмпирическое использование в терапии внутрибольничной пневмонии. Но в настоящее время эти антибиотики существуют только в парентеральной форме, поэтому их использование на амбулаторном этапе ограничено.

Обсуждается использование оральных цефалоспоринов третьего поколения – цефтибутена (Цедекс) и цефиксим (Супракс) в связи с их недостаточной эффективностью в отношении грамположительной флоры, хотя они устойчивы к β-лактамазам. Следует помнить о том, что с каждым последующим поколением активность цефалоспоринов в отношении грамотрицательной флоры возрастает, в отношении грамположительной флоры – убывает (исключение составляет цефтриаксон, который высоко активен в отношении кокков). Тем не менее, на практике отмечен положительный эффект Супракса при фарингите, тонзиллите, остром гнойном среднем отите. Удобен однократный прием этого препарата.

Препараты третьего выбора (резерв) обычно представляют собой парентеральные формы и применяются только в случаях полирезистентности, в условиях стационара.

Не используют при респираторной патологии ко-тримоксазол и тетрациклин, в связи с нечувствительностью к ним в первую очередь пневмотропной флоры. Они показаны при инфекциях, вызванных хламидиями, микоплазмой (бронхит, лимфаденит, атипичная пневмония). К ко-тримоксазолу чувствительны возбудители пневмоцистной пневмонии, а большинство штаммов пневмококка и *H. influenzae* к препарату резистентны. Тетрациклин же запрещен к применению у детей старше 8 лет.

Метронидазол показан при ОРЗ анаэробного генеза (пневмония, ангина).

Аминогликозиды обладают ото- и нефротоксичностью.

Линкосамиды (линкомицин, клиндамицин) являются бактериостатиками, активны в отношении кокковой флоры, тем не менее, они должны использоваться как антибиотики резерва при инфекциях, вызванных штаммами стафилококка и других грамположительных микроорганизмов, резистентных к пенициллину.

Рифампицин должен использоваться на госпитальном этапе при нозокомиальной инфекции (пневмония), вызванной пневмококком, стафилококком, *H. influenzae*.

Показанием для назначения левомецетина могут быть пневмонии, вызванные пневмококком и *H. influenzae*, но в настоящее время этот препарат используется редко из-за потенциальной токсичности.

Биопарокс активен в отношении стрептококков группы А, пневмококка, стафилококка, микоплазмы, грибов рода Кандида, а также *H. influenzae*, *M. catarrhalis* и анаэробами. Поэтому может достаточно широко использоваться у детей старше 2,5 лет при лечении ринита, синусита, ангины, фарингита, ларингита, трахеита, бронхита.

Таблица 21

Основные антибиотики для лечения ОРЗ у детей
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д.
«Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Антибиотик	Дозы и пути введения
Пенициллины (разрушаемые (β-лактамазой))	
Феноксиметилпенициллин Бензатин – Оспен, сироп (750 тыс. ЕД/5 мл)	Внутрь за 1 час до еды в дозе 50–100 мг/кг/сут.; 1–6 лет (с массой тела 10–22 кг) по 375 тыс. ЕД (по 1/2 мерн. л.) 3 раза в сутки, 6–12 лет (с массой тела 22–38 кг) – по 750 тыс. ЕД (по 1 мерн. л.) 3 раза в сутки, старше 12 лет – по 1500 тыс. ЕД (по 2 мерн. л.) 3 раза в сутки. Прием за 1 час до еды.
Феноксиметилпенициллин, табл. 100 мг	Внутрь до 10 лет 50 тыс. ЕД /кг/сут., старше 10 лет – детям старше 10 лет – 3 млн. ЕД /сут. в 3–6 приемов. Прием за 1 час до еды.
Бензатин-пенициллин (бициллин 3) пор. для инъекций, фл. 600 тыс. МЕ.	В/м младше 7 лет – 600 тыс. ЕД, старше 7 лет – 1 200 тыс. ЕД однократно.
Полусинтетические пенициллины (устойчивые к β-лактамазе)	
Оксациллин табл. 250 мг, пор. для инъекций, фл. 250 мг, 500 мг.	Внутрь с массой тела до 40 кг – по 12,5–25 мг/кг каждые 6 часов, с массой тела более 40 кг – 0,5–1 г каждые 4–6 ч. В/м 50–100 мг/кг/сут.
Аминопенициллины (разрушаемые (β-лактамазой))	
Амоксициллин (амосин, флемоксин солютаб) табл. или капс. 250 мг, 500 мг; пор. или гранулят для сусп. (125/5мл, 250мг/5 мл, 500мг/5 мл); диспергир. табл. 125 мг, 250 мг, 500 мг.	Внутрь независимо от приема пищи: 30–60 мг/кг/сут. на 2–3 приема.
Ампициллин, пор. для сусп. (250 мг/5 мл)	Внутрь 50–100 мг/кг/сут., детям с массой менее 20 кг – 12,5–25 мг/кг/сут. 4 раза в день. Независимо от приема пищи.
Защищенные пенициллины, резистентные к β-лактамазе	
Амоксициллин/ клавуланат табл. 250 мг /125 мг, 500 мг /125 мг, пор. для сусп. (125 мг амоксициллина/ 31,25 мг клавуланата в 5 мл; 250 мг/ 62,5 мг в 5 мл; 400 мг/ 57 мг в 5 мл)	Внутрь старше 12 лет с массой тела более 40 кг по 1–2 табл. 2–3 раза в день в зависимости от тяжести. Младше 12 лет в суспензии – 20–30–45 мг/кг/сут амоксициллина в зависимости от тяжести 2–3 раза в день. Независимо от приема пищи.

Антибиотик	Дозы и пути введения
Макролиды	
Мидекамицин (макропен) пор. для сусп. (175 мг/5 мл), табл. 400 мг.	Внутрь для детей с массой тела менее 30 кг – 20–40 мг/кг/сут. в 3 приема или 50 мг/кг/сут. в 2 приема, с массой тела более 30 кг по 1 таб. 3 раза/сут. Перед едой.
Кларитромицин (клацид, кларитросин, фромилид) табл. 250 мг, капс. 250 мг, пор. для сусп. (125мг/5 мл, 250 мг/5 мл)	Внутрь 7,5–15 мг/кг/сут., старше 12 лет – по 1 капс. 2 раза в день. Независимо от приема пищи, можно с молоком.
Эритромицин табл. в оболочке 100 мг, 250 мг, 500 мг.	Внутрь 30–50 мг/кг/сут., максимум 1–2 г/сут. за 1 час до еды.
Джозамицин (Вильпрафен) табл. 500 мг	Внутрь детям старше 14 лет по 1–2 табл. 2 раза в сутки.
Рокситромицин (рулид) табл. 100 мг, 150 мг в оболочке, табл. дисперг. 50 мг.	Внутрь 5–8 мг/кг/сут. в 2 приема за 15 минут до еды или натошак.
Азитромицин (азитрокс, зифактор, сумамед) табл. с оболочкой 125 мг, 250 мг, 500 мг, капс. 250 мг, 500 мг, пор. для сусп. (100 мг/5 мл, 200 мг/5 мл)	Внутрь 5 мг/кг/сут (1-й день – 10 мг/кг/сут) в течение 5 дней. Или в дозе 10 мг/кг/сут. в течение 3 дней. Капс. и сусп. принимают за 1 ч до или через 2 ч после еды.
Цефалоспорины I поколения	
Цефазолин пор. для инъекций во флаконе 1 г	В/м 25–50–100 мг/кг/сут. на 2–3 приема.
Цефалексин пор. для приготвл. сусп. во флаконе с мерн. ложкой (250мг/5 мл)	Внутрь 25– 50 мг/кг/сут. 4 раза в сутки.
Цефалоспорины II поколения	
Цефуросим (зиннат) пор. для пригот. сусп. (125 мг в 5 мл), табл. в оболочке 125 мг, 250 мг	Внутрь детям младше 12 лет в суспензии 20–30 мг/кг/сут. на 2 приема. Старше 12 лет по 125–250 мг 2 раза в день в зависимости от тяжести. После еды.
Цефаклор пор. для сусп. 125 мг в 5 мл, капс. 500 мг	Внутрь в суспензии детям до 10 лет 20–50 мг/кг/сут. в зависимости от тяжести на 2–3 приема. Можно во время еды. Старше 10 лет по 1 капс. 3 раза в сутки.
Цефалоспорины III поколения	
Цефтибутен (Цедекс) пор. для сусп. (180 мг/ 5 мл), капс. 400 мг	Внутрь в суспензии старше 6 мес. в дозе 9 мг/кг/сут. 1 раз в сутки за 1–2 ч до или после еды. Старше 10 лет с массой тела более 45 кг по 1 капс. 1 раз в день независимо от приема пищи.
Цефиксим (Супракс) сусп. (100мг/5 мл), капс. 200 мг, 400 мг	Внутрь в суспензии 6 мес. –12 лет в дозе 8 мг/кг/сут. 1 раз в день. Старше 12 лет с массой тела более 50 кг по 400 мг 1 раз в сутки или по 200 мг 2 раза в сутки.
Цефотаксим пор. для инъекций фл. 1 г	В/м детям с массой тела менее 50 кг 50–100 мг/кг/сут. в 2–3 приема. При массе тела более 50 кг по 1–2 г в 2–6 приемов в сутки.

Антибиотик	Дозы и пути введения
Цефтриаксон пор. для инъекций фл. 1 г	В/м 20–100 мг/кг/сут. 1 раз в сутки.
Тетрациклины	
Доксициклин капс. 50 мг, 100 мг	Внутрь детям старше 8 лет с массой тела более 50 кг – 2–4 мг/кг/сут в 1–2 приема. Прием в дневные часы с большим количеством жидкости, пищей или молоком.
Линкосамиды	
Линкомицин капс. 250 мг	Внутрь 30–60 мг/кг/сут. за 1–2 часа до еды.
Клиндамицин капс. 150 мг, 300 мг	Внутрь по 3–6 мг/кг каждые 6 часов. Прием за 1–2 часа до еды.
Препараты других групп	
Ко-тримоксазол сусп. (240 мг / 5 мл), табл. 120 мг, 480 мг	Внутрь 6 мг/кг/сут. по триметоприму. 3–5 лет – по 240 мг 2 раза в сутки, 6–12 лет – по 480 мг 2 раза в сутки, старше 12 лет – по 960 мг 2 раза в сутки. После еды.
Метронидазол	Внутрь 20 мг/кг/сут. 3 раза в сутки.
Рифампицин капс. 150 мг	Внутрь 10 мг/кг/сут. 1 раз в сутки, натошак.
Фузафунжин аэр.	Старше 2,5 лет по 4 ингаляции через рот и/или в каждый носовой ход 4 раза в день.
Хлорамфеникол (левомицетин) табл. 500 мг	Внутрь 50 мг/кг/сут., за 30 мин. до еды или через 1 час после еды 2 раза в день.

В амбулаторной практике предпочтение отдается **монотерапии** и **оральному пути** введения препаратов как наименее травматичному и позволяющему соблюдать точную дозировку (сиропы, суспензии, порошки, гранулы).

Эффект от антибактериальной терапии следует ожидать не более 36–48 часов от начала лечения. В зависимости от степени эффекта определяется дальнейшая тактика врача-педиатра (табл. 22).

Для каждого антибиотика производитель указывает оптимальные параметры введения. Однако сокращение **кратности введения** большинства антибиотиков (при тех же суточных дозах) не снижает эффективность лечения, а часто повышает ее. Например, достаточно двукратное введение большинства бета-лактамов (пенициллины, цефалоспорины) и макролидов для получения клинического и бактериологического эффекта. Ряд антибиотиков, накапливающихся в большой концентрации в клетках (азитромицин, рифампицин) и обладающих длительным периодом полувыведения (цефтриаксон), вводятся однократно.

Длительность антибактериальной терапии должна быть достаточной для того, чтобы подавить жизнедеятельность возбудителя и позволить иммунологическим механизмам закончить его элиминацию. При острой инфекции может оказаться достаточным продолжение лечения еще в течение 2 дней после падения температуры, исчезновения болей, отхождения экссудата и т.д. Однако длительность терапии часто определяется не только непосредственным клиническим эффектом, но и необходимостью эрадикации возбудителя

Тактика в зависимости от эффекта антибактериальной терапии

Степень эффекта	Характеристика симптомов	Тактика
Полный	Падение температуры ниже 38°С, улучшение общего состояния, появление аппетита, уменьшение клинических проявлений и изменений в очаге поражения.	Возбудитель к препарату чувствителен, что позволяет продолжить его прием.
Частичный	Снижение степени токсикоза, улучшение общего состояния и аппетита, уменьшение выраженности основных клинических симптомов (например, одышки, боли) при сохранении фебрильной температуры. Это возможно: - при наличии гнойной полости с ее последующим спонтанным опорожнением или хирургическим вскрытием гнойника. - при иммунопатологическом генезе лихорадки (метаинфекционная лихорадка), что связано с образованием циркулирующих иммунных комплексов.	Смена антибиотиков не требуется, назначение противовоспалительных средств.
Отсутствие эффекта	Сохранение фебрильной температуры при ухудшении состояния и/или нарастании патологических изменений в очаге и общих расстройств (одышки, токсикоза и др.).	Смена антибиотика.

и предотвращения рецидивов, например при стрептококковом тонзиллите.

Учитывая все вышесказанное, взвесив показания и противопоказания к назначению антибиотиков, врач-педиатр должен не забывать о дополнительных возможностях, позволяющих либо сократить сроки антибактериальной терапии, либо снизить побочные эффекты от нее. В частности, этого можно достичь назначением с начала заболевания противовоспалительной терапии (см. **раздел 4.1.4**), либо иммуностропных препаратов (см. **раздел 4.1.9**).

В ходе исследований отмечены противовоспалительные свойства у препарата Деринат. Деринат контролирует продукцию провоспалительных цитокинов, которые препятствуют завершению воспалительного процесса. При этом он снижает их спонтанную продукцию и позволяет расти контролируемой, дифференцируемой продукции противовоспалительных цитокинов. Деринат также снижает образование фактора некроза опухоли, который вследствие своей токсичности повреждает клетки. Таким образом, Деринат в комплексной терапии с антибиотиками проявляет эффект синергизма, придает векторность проводимому лечению, что в итоге позволяет уменьшить дозу антибиотиков, продолжительность их приема и нивелирует побочные действия.

4.4. Принципы лечения различных клинических форм и осложненный ОРЗ.

4.4.1. При **лечении фарингита** необходимо исключить раздражающую пищу, назначить полоскание глотки щелочными растворами, отварами трав (шалфея, ромашки), ингаляции раствором фурациллина (1:5000), с отварами трав, щелочные в течение 10 минут 3–4 раза в день, местное лечение (табл. 23). Рекомендовано применение местного антибактериального средства – Биопарокса – по 4 ингаляции в ротовую полость 4 раза в день.

Таблица 23

Местная терапия фарингитов

(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д. «Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Действие	Способ применения, доза, побочные эффекты (ПЭ)
Гексорал (гекседитин) 0,2% спрей, 0,1% раствор для местного применения	Антибактериальное, противогрибковое, слабое анестезирующее	Спрей для орошения зева детям старше 3 лет 2 раза в сутки после приема пищи. Раствор для полоскания полости рта и глотки 15 мл неразведенного раствора в течение 30 сек, не проглатывать. ПЭ: местные аллергические реакции.
Гексализ таблетки (биклотимол, лизоцим, масло лимонное)	Антибактериальное, противовирусное, противовоспалительное	Для рассасывания старше 6 лет по 1 таб. каждые 4 часа. ПЭ: местные аллергические реакции.
Деринат	Противовоспалительное, противомикробное, противовирусное	Для орошения миндалин, предварительно развести физиологическим раствором в соотношении 1:1, 2 раза в день.
Дрилл боль в горле пастилки (хлоргексидин, тетракаин, аскорбиновая кислота)	Антисептическое, анестезирующее, повышающее неспецифическую резистентность	С 6 лет по 1 пластинке 2–3 раза в день с интервалом не менее 4 ч. Пластинки рассасывать, не разжевывая. ПЭ: кожная сыпь, покраснение и отечность лица и гортани, кратковременное онемение языка, окрашивание языка в коричневый цвет, дисбактериоз.
Ингалипт аэрозоль (стрептоцид, норсульфазол натрия, масло эвкалиптовое, масло мятное, спирт этиловый 95%, глицерин)	Антисептическое, противомикробное, противовоспалительное	Старше 7 лет для орошения зева 2–3 раза в день.
Йодинол раствор (йод, калия йодид, спирт поливиниловый)	Антисептическое	Старше 6 лет для смазывания, полоскания ротовой полости 2–3 раза в день. ПЭ: кожные высыпания, ринит, чувство жжения, аллергические реакции.
Йокс аэрозоль (поливидон-йод, аллантоин, пропиленгликоль)	Противомикробное, противовоспалительное	Старше 8 лет по 1 впрыскиванию направо и налево в полость рта и глотки 2–4 раза в сутки. ПЭ: местные аллергические реакции, раздражающее действие.

Продолжение табл.23

Препарат	Действие	Способ применения, доза, побочные эффекты (ПЭ)
Каметон аэрозоль (хлорбутанол, камфора, ментол, масло эвкалиптовое)	Антисептическое, противомикробное	Старше 5 лет для орошения зева 2–3 раза в день.
Мирамистин 0,01% раствор	Антисептическое	Для полоскания зева 2–3 раза в день, развести водой в соотношении 1:5.
Пропосол аэрозоль (прополис, глицерин, этиловый спирт 95%)	Антисептическое, противомикробное, противовоспалительное	Старше 5 лет для орошения зева 2–3 раза в день.
Ромазулан раствор (экстракт и эфирное масло ромашки аптечной)	Противовоспалительное	Для полоскания 1,5 ст. л. препарата на 1 л воды 3–4 раза в день.
Ротокан раствор (экстракты ромашки, календулы, тысячелистника)	Противовоспалительное	Для полоскания 1 ч.л. препарата на 1 ст. теплой воды 3–4 раза в день.
Септолете пастилки (бензалкония хлорид, ментол, эфирные масла мяты перечной и эвкалипта, тимол)	Антисептическое, обезболивающее, облегчающее дыхание	4–10 лет до 4 пастилок в день, 10–12 лет до 6 пастилок в день, старше 12 лет – до 8 пастилок в день, рассасывать в полости рта с интервалом от приема пищи.
Стоматидин 0,1% раствор	Антисептическое, противомикробное и слабое обезболивающее	Старше 4 лет, для полоскания в количестве 10–15 мл неразведенного раствора 2 раза в день.
Стопангин аэрозоль (гексидин, эфирные масла, метилсалицилат)	Антисептическое, противогрибковое, анальгезирующее, обволакивающее	Старше 8 лет для орошения зева 2–3 раза в сутки, после приема пищи или в промежутках между приемами. ПЭ: ощущение жжения. Противопоказан при сухом фарингите атрофического типа.
Стрепсилс пастилки (2,4 дихлорбензилэтанол, амилметакрезол, масло мяты, аниса, аскорбиновая кислота, мед, ментол)	Антисептическое, противомикробное, противогрибковое, местноанестезирующее	Старше 5 лет каждые 2-3 часа по 1 таблетке рассасывать в полости рта. ПЭ: редко аллергические реакции.
Стрепсилс плюс пастилки (дихлорбензилалкоголь, амилметакрезол)	- « -	Старше 12 лет по 1 таблетке каждые 2 часа рассасывать в полости рта.
Стрепсилс плюс спрей аэрозоль (лидокаина гидрохлорид, дихлорбензилалкоголь, амилметакрезол)	- « -	Старше 12 лет по 1 дозе каждые 3 часа, не более 6 доз за сутки.

Препарат	Действие	Способ применения, доза, побочные эффекты (ПЭ)
Тонзилгон-Н драже (алтей, ромашка, хвощ, тысячелистник, одуванчик, орех грецкий, кора дуба, касторовое масло, лактоза, кальция карбонат)	Антисептическое, противовоспалительное	Старше 7 лет по 1 драже 5–6 раз в сутки. ПЭ: возможны аллергические реакции.
Тонзилгон-Н капли для приема внутрь (то же + этанол, вода)	Антисептическое, противовоспалительное	Грудные дети по 5 капель, 1–6 лет по 10 капель, старше 7 лет по 15 капель 5–6 раз в сутки. ПЭ: возможны аллергические реакции.
Фалиминт драже (ацетиламинонитропроксибензен)	Антисептическое	Для рассасывания не более 10 драже в сутки.
Фарингосепт таблетки (амбазон)	Антисептическое	Старше 3 лет не более 3 таб. в день, старше 12 лет 4–5 таб. в сутки. Таблетки медленно рассасываются во рту через 15–30 мин после еды. ПЭ: аллергическая реакция, кожная сыпь.
Фурациллин раствор (нитрофуразон)	Антисептическое	Для полоскания ротовой полости 3–4 раза в день, предварительно растворить 1 таблетку (0,02) в 100 мл воды.
Хлорофиллипт 1% спиртовой раствор (препарат из листьев эвкалипта шарикового, этанол)	Антисептическое	Для полоскания развести водой в соотношении 1:20.
Эктерицид раствор	Антисептическое	Для полоскания 25–30 мл для 1 процедуры.
Элюдрил концентрат (хлоргексидин, хлорбутанол, докузат, хлороформ)	Антисептическое	Для полоскания, предварительно развести 2–4 ч.л. раствора в 100 мл воды, не глотать.

При назначении местной терапии необходимо учитывать высокую аллергенность и раздражающее действие ряда препаратов (препараты йода, прополиса и др.). Препараты с растительными антисептиками высоко эффективны и безвредны, но их назначение не показано у детей, страдающих полинозами, бронхиальной астмой, рецидивирующими стенозирующими ларинготрахеитами. Комбинированные препараты с дихлорбензилалкоголем и амилметакрезолом в сочетании с различными добавками способны снимать неприятные ощущения в горле, с выраженным антибактериальным и противогрибковым действием.

Во избежание массивной лекарственной терапии у детей с банальным ОРЗ не следует забывать об использовании средств, имеющихся в арсенале каждой семьи и оказывающих достаточный эффект при фарингите, таких как:

раствор поваренной соли (1 ч.л. на стакан воды), 2% раствор пищевой соды, отвары трав для полоскания 3–5 раз в день. Целесообразны сухие компрессы на область шеи, отвлекающие процедуры (горячие ножные ванны, горчичники на область голени, сухие горчичники в носочки ребенку) при нормальной температуре тела.

4.4.2. Лечение тонзиллита вирусной этиологии проводится с использованием жаропонижающих (см. **раздел 4.1.3**), противовоспалительных (см. **раздел 4.1.4**), противовирусных средств (см. **раздел 4.2**) и местной терапии. Показано применение биопарокса в качестве монотерапии или в сочетании с системными антибиотиками (см. **раздел 4.3**). Тонзиллиты при инфекционном мононуклеозе, дифтерии требуют специфической и антибактериальной терапии по обычной схеме.

Особый интерес для врача амбулаторного звена представляет лечение острого стрептококкового тонзиллита, при котором обязательно назначается системная антибактериальная терапия как средство профилактики ревматизма (табл. 24). Препаратами выбора являются антибиотики пенициллинового ряда, при их непереносимости – макролиды, линкосамиды, также используются цефалоспорины. Для эрадикации β -гемолитического стрептококка необходим 10-дневный курс терапии любым антибиотиком (кроме азитромицина, который дается в течение 5 дней).

Таблица 24

Дозы антибиотиков при стрептококковом тонзиллите
Комиссия по антибиотической терапии МЗ РФ и РАМН.
«Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита (ангины)
и фарингита», Метод, рекомендации. М., 1999.

Антибиотик	Суточная доза	Связь с приемом пищи
Феноксиметилпенициллин (Пенициллин) таб. 100 мг, 250 мг	375 мг в 2 приема (при массе тела менее 25 кг); 750 мг в 2 приема (при массе тела более 25 кг)	За 1 час до еды
Феноксиметилпенициллин-бензатин (Оспен) сироп 750 мг в 5 мл	375 мг в 2 приема (при массе тела менее 25 кг); 750 мг в 2 приема (при массе тела более 25 кг)	За 1 час до еды
Бензатин-пенициллин *	В/м 600 000 ед. в/м (при массе тела менее 25 кг); 1,2 млн.ед. в/м (при массе тела более 25 кг);	Независимо
Амоксициллин таб. 250 мг, 500 мг	375 мг в 3 приема (при массе тела менее 25 кг); 750 мг в 3 приема (при массе тела более 25 кг);	Независимо
Доксициклин (детям старше 8 лет) капс. 100 мг	2 мг/кг (при массе тела более 50 кг – 100 мг) за 1 прием	Независимо
Цефадроксил таб. 500 мг, 1 г, капс. 250мг, 500мг, пор. для пригот. ор. сусп. 125мг в 5 мл, 250 мг в 5 мл	30 мг/кг в 1 прием	Независимо

Антибиотик	Суточная доза	Связь с приемом пищи
Эритромицин таб. 100 мг, 250 мг, 500 мг	40 мг/кг в 3 приема	За 1 час до еды
Азитромицин таб. 125 мг, 500 мг; капсул. 250 мг; пор. для пригот. сусп. 100 мг/5 мл и 200 мг/5 мл	12 мг/кг в 1 прием	За 1 час до еды
Спирамицин таб. 1,5 млн, 3 млн	3 млн. ЕД в 2 приема	Независимо
Кларитромицин капсул. 250 мг	15 мг/кг в 2 приема	Независимо
Рокситромицин таб. 50 мг, 100 мг, 150 мг, 300 мг	5 мг/кг в 2 приема	За 15 мин до еды
Мидекамицин табл. в оболочке 400 мг; пор. для пригот. сусп. 175 мг/5 мл	50 мг/кг в 2 приема	До еды
При рецидивирующем тонзиллите		
Линкомицин капсул. 250 мг, 500 мг, Клиндамицин капсул. 150 мг, 300 мг	30 мг/кг в 3 приема 20 мг/кг в 3 приема	За 1–2 часа до еды, запивать водой
Амоксициллин-клавуланат табл. 375 мг, 625 мг; сусп. 156 мг/5 мл, 312 мг/5 мл	40 мг/кг/сут. в 3 приема	Независимо
Цефуроксим-аксетил табл. в оболочке 125 мг, 250 мг, 500 мг; сусп. 125 мг/5 мл	20 мг/кг/сут. в 2 приема	Сразу после еды
* Назначают при: отсутствии возможности провести 10-дневный курс лечения, при ревматическом анамнезе, а также при вспышках БГСА-инфекции в коллективах.		

Местная терапия острого тонзиллита проводится аналогично лечению фарингитов (см. табл. 23).

4.4.3. Лечение ларингита без стеноза и трахеита проводится препаратами от кашля (см. раздел 4.1.5), которые выбираются в зависимости от характера кашля, местными антибактериальными (Биопарокс) и противовоспалительным препаратом Эреспал (см. раздел 4.1.4). Показана терапия, направленная на смягчение кашля, в виде тепловых, отвлекающих процедур и ингаляций. Системная антибактериальная терапия назначается при присоединении бактериальной инфекции (см. раздел 4.3).

4.4.4. Лечение стенозирующего ларинготрахеита.

Независимо от степени тяжести СЛТ показана госпитализация – при I и II степени в инфекционное отделение, при III степени – в реанимационное.

При наличии у ребенка явлений ларинготрахеита без явлений стенозирования, госпитализация осуществляется в следующих случаях:

- при возрасте ребенка до 2-х лет;
- появление симптомов ларинготрахеита в вечернее время у ребенка, в анамнезе которого уже были явления стенозирования;

- в зависимости от тяжести процесса и наличия осложнений;
- при сопутствующей тяжелой соматической патологии;
- наличие в ротоглотке изменений, напоминающих ангину или отек мягких тканей (подозрение на дифтерию);
- по санитарно-эпидемиологическим показаниям.

На догоспитальном этапе врачом-педиатром и/или бригадой СМП должна быть оказана неотложная помощь (см. **раздел 5.3**).

7. Лечение СЛТ на дому строится согласно общим принципам терапии ОРЗ (см. **раздел 4.1**). При этом следует обратить внимание на ряд особенностей режима и диеты. Необходимо обеспечение оптимального температурного режима (18–20°С) и влажности, а также щадящего психоэмоционального режима, а с целью купирования негативной реакции ребенка допустимо использование седативной фитотерапии (настойка пустырника, валерианы и др.). Обязательно организуется гипоаллергенный быт – подушки, матрас, одеяло из синтепона, исключить пассивное курение, убрать цветы, исключить воздействие освежителей воздуха, дезодорантов, духов, стиральных порошков и др., не проводить ремонт в присутствии ребенка, тщательное и частое проветривание помещений. Ребенка насильно не кормить. Но при этом обеспечить обильное питье, которое должно быть вкусным, содержать электролиты (соли) и глюкозу (как источник энергии), температура жидкости должна быть равна температуре тела, только в этом случае начнется ее немедленное всасывание. Этим требованиям отвечают компоты из сухофруктов (яблоко, чернослив, изюм, груша), морсы из клюквы и черной смородины.

Из питания необходимо исключить цитрусовые, ананасы, киви, клубнику, землянику, малину, хурму, гранат, томаты, морковь, грибы, яйца, рыбу красных сортов, икру, крабов, крепкие мясные бульоны, шоколад, какао, орехи, мед, консервированные, острые, пряные продукты, копчености, соки с эссенциями, газированные напитки, жевательные резинки и освежающие конфеты. Ограничить прием синтетических витаминных препаратов, допустима монотерапия.

Этиотропная противовирусная и антибактериальная терапия проводятся по общим принципам (см. **раздел 4.2, 4.3**). Из антибактериальных препаратов предпочтение отдается пероральным пенициллинам, макролидам, цефалоспорином и ингаляционному биопароксу. Обязательно назначение симптоматической терапии кашля и сосудосуживающих капель интраназально 3 раза в день (см. **раздел 4.1.5**). Антигистаминные препараты используют у детей с проявлениями аллергии, оказывают подсушивающий эффект у больных с обильной секрецией. Предпочтение отдается таким препаратам как зиртек, кларитин, фенистил (см. **табл. 11**). При СЛТ, как одной из клинических форм ОРЗ, показана и иммунотерапия (см. **раздел 4.1.9**).

Особое патогенетическое значение при СЛТ имеет ингаляционная терапия. Теплый влажный воздух сам является лечебным фактором, препятствуя высыханию слизистых и образованию густых корок. При наличии небулайзера эффективность ингаляционной терапии значительно повышается, тем более что данная процедура легко выполнима, в том числе у детей с первых месяцев жизни.

Для небулайзерной терапии используются β 2-адреномиметики и М-холинолитики (беротек, беродуал, вентолин, ипратропиум бромид) в виде растворов для ингаляций (см. **табл. 10**) и противовоспалительные средства (кромоглициевая кислота (интал) и пульмикорт).

Интал в виде раствора для ингаляций (1 мл/20 капель/10 мг) назначается по 1 ампуле (2 мл) до 4 раз в сутки. Целесообразно его использование у детей с респираторными аллергиями в период ремиссии.

Пульмикорт (будесонид) в виде суспензии для небулайзера (1 мл/20 капель/0,5 мг) назначается по 0,25– 0,5 мг 2 раза в сутки. После каждой ингаляции пульмикорта рот ребенку надо прополоскать водой, при ингаляции через маску – вымыть лицо. Открытый контейнер (2 мл) должен быть использован в течение 12 часов.

При СЛТ показана и хороший эффект имеет противовоспалительная терапия с использованием эrespала (см. **раздел 4.1.4**), Патогенетически обосновано применение глюкокортикостероидов как системно, так и ингаляционно при крупе II–III степени (см. **раздел 5.3**).

В литературе оспаривается целесообразность использования эуфилина при СЛТ. Но учитывая, что он имеет спазмолитическое действие не только на мускулатуру бронхов, но и ВДП, влияет на состояние клеточных мембран, активирует Т-супрессоры, обладает мягким диуретическим эффектом, его применение при СЛТ обоснованно. Путь введения – пероральный или парентеральный в разовой дозе 4–5 мг/кг (до 20 мг/кг/сут.). Возможны побочные эффекты в виде возбуждения, тахикардии, рвоты, жидкого стула, тремора и судорог.

Применение диуретиков требует большой осторожности, особенно если у ребенка имеют место рвота, лихорадка, отказ от приема пищи, выраженная одышка, ведущие к дефициту жидкости, а также противопоказано при развитии обтурации дыхательных путей мокротой.

В ряде случаев для ликвидации спазма мышц гортани наряду с β 2-агонистами требуется дополнительное пероральное или парентеральное введение спазмолитических препаратов (но-шпа).

4.4.5. Лечение острого конъюнктивита, который может сопровождать ОРВИ, основывается на терапии основного заболевания (в первую очередь – противовирусные средства) и использовании местно действующих препаратов с антибактериальным, антисептическим и противовирусным эффектами (табл. 25).

При возникновении конъюнктивита следует направить ребенка к специалисту. Предупредить родителей о необходимости закапывать капли в оба глаза, даже если симптомы конъюнктивита возникли в одном глазу, при этом сначала закапывают капли в здоровый глаз, а затем – в больной, обязательно предварительно вымыть руки. При появлении конъюнктивита у одного из членов семьи нужно исключить пользование общими гигиеническими принадлежностями. Перед применением глазных капель для удаления гнойного или слизисто-гнойного отделяемого целесообразно тщательно промыть конъюнктивальную полость раствором фурацилина 1:5000 или перманганата калия 1:5000 (слабо-розовый раствор) до 1–3 раз в день, удобно это делать с помо-

щью резинового баллончика («груши») или шприца без иглы. Кроме раствора марганца и фурацилина для промывания можно использовать чайную заварку, настой ромашки или просто кипяченую воду.

В литературе рекомендуют антибактериальные глазные капли использовать каждый час, поскольку при обильном слезо- и гноетечении лекарство вымывается отделяемым из конъюнктивальной полости уже через 20 минут. И если капли закапывать 6–8 раз в день (как обычно советуют врачи), то происходит селекция устойчивых микробов и хронизация процесса. Предпочтение отдается левомецетину. Его передозировки бояться не следует, поскольку он практически не всасывается из конъюнктивальной полости и оказывает только местное действие. Альбуцид вызывает негативную реакцию ребенка из-за сильного жжения. Перед закапыванием капель рекомендуется их подогреть до температуры тела, что снижает чувствительность к ним.

Глазную мазь следует закладывать перед сном, чтобы в условиях термостата при закрытых веках обеспечить продолжение антибактериального лечения. После стихания явлений конъюнктивита переходят на 6-разовое закапывание капель и однократное закладывание мази перед сном. Офтальмологи рекомендуют продолжать лечение до исчезновения симптомов и еще три дня во избежание хронизации процесса.

Таблица 25

Средства для лечения конъюнктивита
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д.
«Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Действие	Доза
Альбуцид (сульфацил-натрий) 20% раствор, глазные капли	Антибактериальное	По 2–3 капли в нижний конъюнктивальный мешок каждого глаза 5–6 раз в сутки. Вызывает сильное жжение, что ограничивает применение у маленьких детей.
Бонафтон 0,05% глазная мазь	Противовирусная активность (герпес, аденовирусная инфекция)	Закладывают за нижнее веко 3–4 раза в день.
Витабакт 0,05% раствор, глазные капли во флаконе-кпельнице	Антибактериальное	По 1 капле в каждый глаз 2–6 раз/сутки.
Дексона (дексаметазон 1 мг, неомицин 5 мг в 1 мл) раствор, комбинированные глазные и ушные капли	Антибактериальное и противовоспалительное	Закапывают в конъюнктивальный мешок по 1–2 капли каждые 4–6 часов, по показаниям чаще. Противопоказан при вирусных и грибковых поражениях глаз.
Деринат 0,25% раствор	Противовирусное, антимикробное, иммуномодулирующее, регенерирующее, противозудное.	По 2–3 капли в конъюнктивальный мешок 3–4 раза в день.

Препарат	Действие	Доза
Зовиракс (ацикловир) 3% глазная мазь	Противовирусная активность (герпес)	Закладывать в нижний конъюнктивальный мешок. Кратность применения 5 раз/сут. с интервалом около 4 часов.
Колбиоцин (хлорамфеникол 10 мг, тетрациклин 5 мг, колистиметат натрий 180 тыс.МЕ) комбинированная глазная мазь	Антибактериальное	Старше 6 лет. Закладывать в нижний конъюнктивальный мешок 3–4 раза в день. При сочетании с глазными каплями мазь применяют 1 раз/день (перед сном).
Левомецетин (хлорамфеникол) 0,25% раствор, глазные капли	Антибактериальное	По 1–2 капле в конъюнктивальный мешок каждые 1–4 часа.
Офтальмоферон глазные капли во флаконе-капельнице	Противовирусное (аденовирусная, энтеровирусная, герпетическая инфекция), иммуномодулирующее, противоаллергическое, противовоспалительное, противомикробное, местноанестезирующее, регенерирующее.	В острой стадии заболевания - по 1–2 капли до 6–8 раз в сутки, далее – 2–3 раза/сут.
Софрадекс (фрамицетин 5 мг, дексаметазон 500 мкг, грамицидин С 50 мкг) раствор, глазные, ушные капли	Антибактериальное, противовоспалительное	Старше 1 года. Закапывают в конъюнктивальный мешок по 1–2 капли каждые 4–6 часов, по показаниям – чаще. Противопоказан при вирусных и грибковых поражениях глаз.
Тетрациклин 1% глазная мазь	Антибактериальное	Старше 11 лет. Закладывают за веко каждые 2–4 часа.
Фурацилин раствор 1:5000	Антисептическое	Для санации конъюнктивы 4 раза в день.
Эритромицин 10000ЕД/1 г, глазная мазь	Антибактериальное	Закладывают за нижнее веко 1–2 раза в сутки.

4.4.6. Лечение острого бронхита.

Поскольку острый простой бронхит в большинстве носит вирусный характер, рассматривается как самоизлечивающееся заболевание, его лечение в основном направлено на разжижение и эвакуацию мокроты – улучшение дренажной функции бронхов. Для этого назначаются мероприятия базисной терапии (см. **раздел 4.1**), в том числе регулярное проветривание, увлажнение воздуха в помещении, обильное питье, муколитики и отхаркивающие препараты, ингаляции, тепловые процедуры, постуральный дренаж, массаж, дыхательная гимнастика.

Противовирусная терапия назначается с первых дней заболевания с учетом выраженности интоксикации и катаральных явлений (см. **раздел 4.2**).

Системная антибактериальная терапия проводится только при микоплазменном, хламидийном бронхитах с использованием макролидов, в других случаях – по показаниям (см. **раздел 4.3**) с использованием пероральных препаратов пенициллинового ряда, макролидов и цефалоспоринов (см. **табл. 21**).

Возможно назначение местной антибактериальной терапии в виде Биопарокса, который оказывает дополнительное противовоспалительное действие.

Терапия кашля при остром бронхите должна проводиться дифференцированно, с учетом характера кашля (см. **табл. 9, 10**).

При этом противокашлевые средства (Глаувент, Коделак, Либексин Муко, Седотуссин, Синекод, Стоптуссин, Туссин Плюс, Тусупрек, Бронхолитин и др.) применяют только в случае сухого навязчивого кашля в течение 1–2 дней, преимущественно на ночь. Гиперсекреция слизи и бронхоспазм – противопоказания к назначению противокашлевых средств.

При всех клинических вариантах течения бронхитов показаны отхаркивающие (препараты термопсиса, алтея, солодки, комбинированные фитопрепараты, йодиды натрия и калия, натрия гидрокарбонат и др.) и муколитические (Бромгексин, Амброксол, Геделикс, Проспан, Ацетилцистеин, препараты на основе карбоцистеина и др.) препараты. Средства, способствующие эвакуации мокроты, назначают обычно внутрь или ингаляционно с помощью небулайзера или аэрозольного ингалятора (например, Лазолван в виде раствора для ингаляций, Бронхосан, Проспан).

В настоящее время отдается предпочтение комбинированным препаратам, оказывающим разнонаправленное действие: муко- и секретолитическое, отхаркивающее, противовоспалительное, уменьшающее отёк слизистой оболочки и т.д. (Бронхипрет, Бронхосан, Коделак фито, Суприма бронхо и др.).

Бронхолитики (см. **табл. 10**) применяют при клинических признаках бронхиальной обструкции в виде ингаляций через небулайзер, спейсер (ипратропия бромид, беродуал, вентолин, фенотерол) и внутрь (кленбутерол, аскорил, препараты теofilлина). Ингаляционная бронхолитическая терапия обычно проводится с кратностью 2–3 раза в день до снятия симптомов обструкции.

Назначают также фенспирид (Эреспал), обладающий бронхорасширяющим, противовоспалительным действием, снижающий реактивность бронхов, уменьшающий секрецию слизи, нормализующий мукоцилиарный клиренс (см. **раздел 4.1.4**).

Регидратацию дыхательных путей осуществляют увлажнёнными аэрозолями, паровыми ингаляциями с щелочными растворами, минеральной водой, раствором морской соли, отварами трав (см. **раздел 4.1.11**).

Дренажу и удалению мокроты, что особенно затруднительно у детей раннего возраста и дошкольников, эффективно способствуют постуральный дренаж, вибрационный массаж и дыхательная гимнастика, которые можно проводить сразу после нормализации температуры тела.

Постуральный (позиционный) дренаж выполняется 2 раза в день (но можно и чаще): утром (сразу после пробуждения) и вечером после предварительного приема отхаркивающих и муколитических средств и теплого питья.

Способы проведения позиционного дренажа:

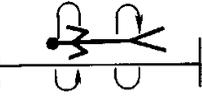
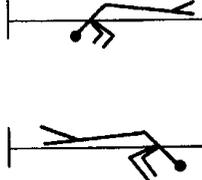
1. Ребёнок лежит на животе с опущенной головой или на спине с подложенной под таз подушкой в течение 25–30 минут (для детей старше 5-ти лет).
2. Ребёнок свешивается с кровати, упираясь предплечьями в пол, и находится в таком положении 10–20 минут (для детей старше 5-ти лет).
3. Ребенка раннего возраста можно положить на колени спиной вверх так, чтобы его голова свешивалась вниз. Длительность процедуры 5–10 минут.

Для детей школьного возраста можно воспользоваться основными позициями постурального дренажа (табл. 26).

Позиционный дренаж может быть дополнен вибрационным массажем - похлопывание ладонью, сложенной «лодочкой», по спине ребёнка.

Таблица 26

**Схема основных позиций постурального дренажа
(А. Н. Кокосов, З. В. Булатова).**

Описание	Схематичное изображение
<p>Позиция 1. Лежа на кровати, поворачиваясь на 45°, делать вдох и форсированный выдох (3-5 раз). При появлении кашля необходимо откашлять всю мокроту и продолжать вращение.</p>	
<p>Позиция 2. Поза «молящегося магометанина».</p>	
<p>Позиция 3. Лежа на кровати на правом, а затем на левом боку с опущенной вниз головой («поиски туфли под кроватью»).</p>	

Дыхательные упражнения обеспечивают глубокое дыхание, улучшают вентиляцию легких и отхождение мокроты. В домашних условиях можно рекомендовать родителям следующие элементы дыхательной гимнастики:

- боевой клич индейцев – громко кричать, быстро прикрывая и открывая рот ладонью;
- игра на музыкальных инструментах – дудочки, губные гармошки и т.д., предварительно убедиться, что ребенку по силам дуть в музыкальный инструмент, т.е. необходимо избегать большого напряжения, не забывать от дезинфекции инструментов;
- выдувание мыльных пузырей;
- задувать одну, две и т.д. поставленные в ряд свечи;

- рисунки на стекле – выдохнуть на стекло или зеркало, чтобы оно затуманилось, а затем рисовать на нем фигурки, домики, рожки и т.д.;
- игра «гусеница» – рисовать на стекле короткие и длинные ножки соответственно короткими и длинными выдохами и др.

В последнее время доказана эффективность Дерината в небулайзерной терапии при острой патологии верхних и нижних дыхательных путей (ОРВИ, гриппа, острого ринита, ларинготрахеита, бронхита, пневмонии), что уменьшает тяжесть течения заболевания, снижает потребность в лекарственной нагрузке, при этом не вызывает аллергических реакций, не провоцирует кашель у детей с гиперреактивностью бронхов. При контакте с больным ОРВИ или при первых признаках заболевания 1–2 мл 0,25% раствор Дерината заливается в небулайзер в разведении 1:1 с физиологическим раствором. На ингаляторе устанавливают II режим работы, больной дышит через детскую маску или канюлю для носа в течение 5–7 минут. Процедуру повторяют 2 раза в сутки в течение 2–3 дней. При ринокоъюнктивальном синдроме аэрозольную терапию дополняют капельным введением 0,25% раствора Дерината по 1 капле в оба глаза 2–3 раза в сутки и эндоназально по 2–3 капли 3–4 раза в сутки.

Обосновано применение Дерината в комплексной терапии бронхообструктивных заболеваний. Общеизвестно, что при обструктивных бронхитах у часто и длительно болеющих детей, а также детей с бронхиальной астмой страдает местный иммунитет респираторного тракта, в эпителии персистирует патогенная флора, применение Дерината при этом позволяет не только восстановить мукоцилиарный клиренс, но и подавить этиологически значимых возбудителей.

4.4.7. Лечение острой пневмонии на амбулаторном этапе.

Среди показаний к амбулаторному лечению пневмонии можно назвать следующие:

- нетяжелые формы (без токсикоза, выраженной дыхательной и сердечной недостаточности);
- отсутствие факторов риска затяжных и хронических бронхолегочных заболеваний;
- возможность проведения полного объема лечебно-диагностических мероприятий в домашних условиях;
- благоприятные жилищно-бытовые условия.

Лечение пневмонии включает базисную терапию, в том числе: режимные моменты, диета, жаропонижающие, противовоспалительные средства, восстановление носового дыхания, отхаркивающие и муколитические препараты, фитотерапия, физиотерапевтические процедуры, ингаляционная терапия, постуральный дренаж, вибрационный массаж, дыхательная гимнастика (см. **разделы 4.1, 4.4.6**), а также обязательное и незамедлительное назначение антибактериальной терапии.

Первичный выбор антибактериального средства, как и его замена при отсутствии эффекта, практически всегда проводится эмпирически (табл. 27).

Показаниями к переходу на альтернативные препараты являются отсутствие клинического эффекта от препарата первого выбора в течение 36–48 часов при нетяжелой и 72 часов при тяжелой пневмонии, а также развитие нежелательных побочных эффектов антибиотикотерапии. Суточные дозировки антибиотиков и метод их введения, спектр антибактериального воздействия представлены в **таблице 21**.

При подозрении на пневмонию (при отсутствии угрожающих симптомов) стартовый препарат – амоксициллин в дозе 50 мг/кг/сут, а у недавно леченых детей – амоксициллин/клавуланат в дозе 50 мг/кг/сут или цефуроксим аксетил в дозе 40–60 мг/кг/сут, которые, как правило, дают быстрый эффект. Отсутствие эффекта обычно указывает на «атипичную» этиологию пневмонии и требует смены препарата на макролид (В.К. Таточенко, 2009).

Таблица 27

**Выбор стартового препарата при внебольничной пневмонии
(Научно-практическая программа. Острые респираторные заболевания у
детей: лечение и профилактика, Москва, 2004)**

Возраст, форма	Этиология	Стартовый препарат	Замена при неэффективности
1–6 мес, <i>типичная</i> (фебрильная, с инфильтративной тенью)	<i>E. coli</i> , другие энтеробактерии, стафилококк, реже пневмококк и <i>H. influenzae</i> типа b	Внутрь: защищенный пенициллин В/в, в/м: ампициллин + оксациллин, защищенный пенициллин или цефазолин + аминогликозид	В/в, в/м: цефуроксим, цефтриаксон, цефотаксим, другой аминогликозид, линкомицин, ванкомицин, карбопенем
1–6 мес, <i>атипичная</i> (афебрильная с диффузным процессом на рентгенограмме)	<i>Chi. trachomatis</i> , реже <i>P. carinii</i> , возможно <i>M. hominis</i> , <i>U. urealyticum</i>	Внутрь: макролид	Внутрь: ко-тримоксазол
6 мес.–6 лет, <i>типичная</i> , неосложненная (с гомогенной тенью на рентгенограмме)	Пневмококк (одни или в ассоциации с бескапсульной <i>H. influenzae</i>), реже <i>H. influenzae</i> типа b	Внутрь: амоксициллин, феноксиметилбензатин-пенициллин (Оспен), макролид	Внутрь: защищенный пенициллин, цефалоспорины II поколения. В/в, в/м: пенициллины, цефалоспорины II–III поколения
6–15 лет, <i>типичная</i> , неосложненная (с гомогенной тенью на рентгенограмме)	Пневмококк	Внутрь: амоксициллин, феноксиметилбензатин-пенициллин (Оспен), макролид	Внутрь: цефалоспорины II поколения, защищенный пенициллин В/в, в/м: пенициллин, линкомицин, цефазолин

Возраст, форма	Этиология	Стартовый препарат	Замена при неэффективности
6–15 лет, <i>атипичная</i> , неосложненная (с неомогенной тенью на рентгенограмме)	<i>M. pneumoniae</i> , <i>Ch. pneumoniae</i>	Внутрь: макролид	Внутрь: доксициклин (дети старше 12 лет)
6мес.–15лет, осложненная плевритом или деструкцией	Пневмококк, <i>H. influenzae</i> типа b, редко стрептококк	В/в, в/м: пенициллин, ампициллин, цефалоспорины II поколения	В/в, в/м: аминогликозид + цефазолин, цефалоспорины III поколения, левомицетин

Микоплазменную инфекцию, обуславливающей у детей старше 5 лет около половины всех пневмоний, следует заподозрить при стойкой (5–10 дней) высокой температуре, обычно с нерезким токсикозом (не вызывающим сильной тревоги родителей), с необильными катаральными симптомами и конъюнктивитом, с обильными, мелкопузырчатыми (как у грудных детей с бронхиолитом) хрипами, но выслушиваемыми асимметрично. Характерный признак - отсутствие эффекта от назначения амоксициллина и других лактамных препаратов; назначение любого макролида в возрастной дозе приводит в течение 1–3 дней к апирексии и уменьшению явлений бронхита.

Участковые педиатры часто неверно интерпретируют симптомы этих двух видов пневмоний, назначая при более «шумных» (сопровождающихся обилием хрипов) атипичных пневмониях «более сильные» цефалоспорины, не дающие эффекта, а при типичных пневмониях с минимумом хрипов – «более слабые» макролиды. Поэтому следует стремиться делать стартовые назначения соответственно более вероятной форме пневмонии.

Для подтверждения или исключения бактериальной инфекции обычно используются так называемые маркеры бактериального воспаления: уровни лейкоцитоза, С-реактивного белка (СРБ). Доказано, что только лейкоцитоз $> 15 \times 10^9/\text{л}$, абсолютное число нейтрофилов $> 10 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерных $> 1,5 \times 10^9/\text{л}$, а также СРБ > 30 мг более или менее надежно указывают на возможность бактериальной инфекции, так как более низкие цифры достаточно часто встречаются при вирусных инфекциях.

Физиотерапия – обязательная составная часть лечения больных острой пневмонией. В остром периоде заболевания (4–7 сутки) используют УВЧ на область очага N 3–5, более длительные курсы способствуют пневмосклерозу. В период рассасывания инфильтрата (8–21 сутки) – микроволновая СВЧ-терапия N 10–12, индуктотермия, электрофорез лекарственных препаратов (2–5% растворы хлорида кальция, сульфата магния, меди, лидаза, йодид калия) N 10–15, тепловые средства (парафин, озокерит), лазеротерапия.

4.4.8. Лечение бактериального синусита предполагает обязательное назначение антибактериальной терапии с учетом предположительного возбудителя (см. табл. 19, 20).

При первом эпизоде негнойного синусита (бескапсульная форма гемофильной палочки, пневмококк) назначается амоксициллин в дозе 50–100 мг/кг/сут. или амоксициллин/клавуланат (Аугментин) в дозе 50 мг/кг/сут., при непереносимости пенициллинов – азитромицин в дозе 5 мг/кг/сут., биопарокс 4 раза в день. Длительность антибактериальной терапии составляет 10–14 дней.

При отсутствии эффекта или при повторном эпизоде негнойного синусита с использованием антибиотиков (пневмококк, бескапсульная форма гемофильной палочки, *M. catarrhalis* и др.) – амоксициллин/клавуланат (Аугментин) в дозе 50 мг/кг/сут., цефуроксим-аксетил (Зиннат) 40–80 мг/кг/сут., доксициклин 3 мг/кг/сут. (детям старше 8 лет) в течение 10–14 дней.

В качестве дополнительной терапии назначают сосудосуживающие капли (см. **табл. 8**), введение в нос гипертонического (2–3%) раствора натрия хлорида, лучше в комбинации с дренажем пазух положением или с помощью отсоса. Целесообразно применение ринофлуимуцила в нос в качестве муколитического препарата. При неэффективности терапии показана госпитализация в специализированное отоларингологическое отделение.

На ранних стадиях синусита, а также при легком его течении возможно проведение только местной антибактериальной терапии препаратом Биопарокс.

При гнойном синусите (стафилококк) назначают противостафилококковую терапию (оксациллин, линкомицин), показана госпитализация.

4.4.9. Лечение острого отита помимо терапии основного заболевания включает:

- возвышенное положение в кровати (для улучшения оттока эсскудата из барабанной полости);
- местное согревание (полуспиртовой или водочный компресс на околоушную область);
- при катаральном отите – введение в слуховой проход спиртовых растворов на турунде – левомицетиновый спирт, отипакс, отинум, анауран, софрадекс и др.;
- при выраженном болевом синдроме – спирт с новокаином, препараты с лидокаином – анауран, отипакс и др.;
- при перфорации барабанной перепонки и гноетечении – после туалета слухового прохода показано введение сухих стерильных турунд с частой их сменой, а также 0,5% раствора диоксидина, гипертонического раствора, раствора фурацилин, капель отофа и др., не рекомендуется применять спиртовые растворы и ототоксические антибиотики;
- гипосенсибилизирующая терапия для уменьшения выраженности воспалительных явлений (см. **табл. 11**);
- сосудосуживающие капли в нос (см. **табл. 8**);
- по показаниям – противогрибковые средства;
- антибактериальная терапия.

Целью антибактериальной терапии, назначаемой при остром среднем отите (ОСО), является эрадикация инфекции, восстановление стерильности

барабанной полости, предупреждение развития мастоидита и внутричерепных осложнений и перехода заболевания в хроническую форму. Известно, что в 70–80% случаев отмечается спонтанное выздоровление от острого среднего отита. Согласно современным рекомендациям, **антибиотики обязательно назначают детям в возрасте до 2-х лет, а также пациентам с нарушениями иммунитета**. У детей старше 2-х лет при наличии постоянного врачебного наблюдения и нетяжелом течении заболевания вопрос о приеме антибиотиков можно решить через 2 дня наблюдения. При снижении температуры, уменьшении оталгии и интоксикации можно ограничиться только симптоматической терапией.

Препаратом выбора при первом эпизоде ОСО является амоксициллин в дозе 50–100 мг/кг/сут., Оспен в дозе 100 мг/кг/сут., при непереносимости пенициллинов – макролиды – азитромицин в дозе 5–10 мг/кг/сут. в течение 10 дней у детей до 2-х лет, 5–7 дней – у более старших.

При отсутствии эффекта от указанных препаратов (из-за устойчивости флоры) в первые 3 суток и у ранее леченных антибиотиками детей рекомендуется использовать амоксициллин/клавуланат (Аугментин) в дозе 50 мг/кг/сут., цефуроксим аксетил (Зиннат) в дозе 40–80 мг/кг/сут., цефтриаксон в дозе 50–80 мг/кг/сут.

Макролиды при ОСО относятся к препаратам второго ряда и применяются у пациентов с аллергией на β-лактамы. Так как линкосамиды (линкомицин, клиндамицин) неактивны в отношении гемофильной палочки, то их назначение оправдано лишь у пациентов с доказанной пневмококковой этиологией заболевания. Из-за высокой резистентности возбудителей должно быть ограничено применение тетрациклина и ко-тримоксазола.

Высокая температура, выраженная интоксикация, выбухание барабанной перепонки являются показанием к парацентезу.

Таблица 28

Препараты для лечения отитов
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д.
«Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат, состав	Действие	Возраст, доза, примечание
Анауран (полимиксин, неомицин, лидокаин)	Антибактериальное и местноанестезирующее	Старше 1 года. По 2–3 капли 3–4 раза в сутки. Разрешен при перфорации.
Гаразон (бетаметазона сульфат, гентамицин)	Противовоспалительное, противоаллергическое, антибактериальное	Старше 6 лет. По 3–4 капли 2–4 раза/сут. или введение внутрь наружного слухового прохода тампонов, смоченных препаратом через каждые 4 ч. Через 24 ч тампон следует заменить. Запрещен при перфорации, грибковых поражениях.
Дексона (дексаметазон фосфат, неомицина сульфат)	Антибактериальное, противовоспалительное	По 3–4 капли 2–4 раза в сут. Запрещен при перфорации.
Диоксидин 0,5%	Антисептическое	Разрешен при перфорации.

раствор		
---------	--	--

Препарат, состав	Действие	Возраст, доза, примечание
Мирамистин 0,01% раствор	Противовирусное, бактерицидное	Разрешен при перфорации.
Отофа (рифамицин натрия, аскорбиновая кислота)	Антибактериальное	По 3 капли 3 раза/сут или заливают препарат в ухо на несколько минут 2 раза/сут. Перед использованием согреть. Длительность 7–14 дней. Разрешен при перфорации.
Отинум (холинсалицилат, этанол)	Противовоспалительное	По 3–4 капли 2–4 раза/сут. Запрещен при перфорации.
Отипакс (феназон, лидокаина гидрохлорид, этанол)	Противовоспалительное, местноанестезирующее	По 3–4 капли 2–3 раза в сутки. Запрещен при перфорации.
Полидекса (неомицина сульфат, полимиксина В сульфат, дексаметазона метилсульфобензоат)	Противомикробное, противовоспалительное	Старше 2,5 лет. По 1–5 капель 2 раза в сутки. в течение 6–10 дней. Запрещен при перфорации
Сангвиритрин 0,2% раствор	Антисептическое	В виде 0,01–0,1% водного раствора. Запрещен при перфорации.
Софрадекс (грамицидин, фрамицетин, дексаметазон, фенолэтанол)	противовирусное	По 2–3 капли 3–4 раза в день, можно закладывать в наружный слуховой проход марлевый тампон, смоченный раствором, не более 7 дней. Запрещен при перфорации, грибковых поражениях.
Фугентин (фузидовая кислота, гентамицин)	Антибактериальное	По 1–2 капли 3 раза в сутки или закладывают в наружный слуховой проход тампон, смоченный препаратом. Запрещен при перфорации.
Фурациллин 0,02% водный раствор	Антисептическое	Разрешен при перфорации.

V. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. КЛИНИКА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

5.1. Гипертермический синдром является одним из клинических вариантов благоприятного течения лихорадки. Его развитие в большинстве случаев обусловлено инфекционным воспалением с токсикозом. При гипертермическом синдроме отмечается неадекватная перестройка терморегуляции с быстрым повышением температуры тела, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, централизацией кровообращения, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов и систем. Декомпенсация терморегуляции характеризуется резким нарастанием теплопродукции, неадекватно сниженной теплоотдачей и отсутствием эффекта от жаропонижающих препаратов.

Клинические проявления:

- стойкое повышение температуры тела выше 40,0°C в течение 3–6 часов у новорожденных и свыше 6 часов у детей раннего возраста;
- пестрая, серовато-лиловая, бледная, «мраморная» окраска кожи, цианотичный оттенок ногтевых лож, губ;
- холодные на ощупь конечности;
- ощущение холода, озноб;
- чрезмерная тахикардия, одышка, возможны судороги;
- прогрессивное ухудшение состояния и самочувствия ребенка.

Гипертермический синдром требует срочного применения комплексной неотложной терапии:

1. ребенка согреть с использованием грелок, ножных ванн, дать теплое питье;
2. при холодной мраморной коже необходимо ее энергичное растирание до покраснения;
3. при возможности провести кислородотерапию;
4. вызвать бригаду интенсивной терапии;
5. в/м ввести 50% раствор анальгина из расчета 0,1 мл/год жизни (детям до 1 года – 0,01 мл/кг массы), 2,5% раствор пипольфена из расчета 0,15 мл/год жизни (детям до 1 года – 0,01 мл/кг массы), 2% раствор папаверина или но-шпы из расчета 0,2 мл /год жизни (до 1 года – 0,1– 0,2 мл);
6. при признаках шока – преднизолон из расчета 5 мг/кг массы тела.
7. госпитализация в соматический стационар.

5.2. Фебрильные судороги развиваются при температуре тела до 38–39°C, чаще всего наблюдаются при гриппе и других ОРВИ. У предрасположенных детей они могут появиться и при более низкой температуре. При пневмонии температура поднимается не столь бурно, поэтому судороги развиваются редко.

Фебрильные судороги развиваются в ответ на быстрое повышение температуры как крайнее выражение мышечной дрожи, усиливающей теплопродукцию. Но у части детей они могут быть обусловлены очагом активности в

коре головного мозга, и в этом случае по происхождению они близки к эпилептическим.

Клинико-анамнестические проявления:

- ранее у ребенка не было афебрильных судорог;
- факторами риска являются ранний возраст ребенка, фебрильные судороги в анамнезе семьи, перинатальное поражение ЦНС у ребенка;
- по характеру чаще простые (без последующей спутанности сознания или других расстройств) генерализованные тонические или клонико-тонические фебрильные судороги;
- длительность не превышает нескольких минут;
- в отличие от дрожи сопровождаются потерей сознания и участием мимических мышц;
- могут повторяться при новом лихорадочном состоянии;
- иногда возможны кратковременные подергивания;

Неотложная терапия:

1. обеспечить оптимальное положение ребенка - на боку, голова опущена несколько ниже туловища;
2. расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, провести аспирацию слизи из ВДП;
3. при возможности провести кислородотерапию;
4. не следует насильно размыкать челюсти из-за опасности повреждения зубов и аспирации;
5. в/м ввести 50% раствор анальгина из расчета 0,1 мл/год жизни (детям до 1 года – 0,01 мл/кг массы), 2,5% раствор пипольфена из расчета 0,15 мл/год жизни (детям до 1 года – 0,01 мл/кг массы);
6. при отсутствии эффекта – в/м ввести 25% раствор сернокислой магнезии из расчета 1 мл/год жизни (до 1 года – 0,2 мл/кг массы);
7. вызвать бригаду интенсивной терапии;
8. госпитализация после купирования судорог.

5.3. Стеноз гортани чаще наблюдается у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет при вирусном ларингите, эпиглоттит, дифтерии (см. **раздел 3.2**).

Неотложным состоянием является наличие выраженных расстройств дыхания (круп II–III степени).

Неотложная терапия:

1. Успокоить ребенка и родителей.
2. Дать теплый чай или молоко.
3. Обеспечить доступ прохладного свежего воздуха.
4. Освободить ребенка от стесняющей его одежды.
5. Не выполнять отвлекающие процедуры – не растирать кожу остро пахнущими мазями с ментолом, камфорой и другими ароматическими маслами, не выполнять горчичные прогревания, паровые ингаляции.
6. Алгоритм терапии на догоспитальном этапе:
 - а) при СЛТ I степени проводится ингаляция β_2 -агониста (сальбутамол, беротек, беродуал) из дозированного ингалятора или через небулайзер. При отсутствии эффекта через 10–15 минут повторить ингаляцию β_2 -агониста из

дозированного ингалятора или через небулайзер. При отсутствии ингалятора или при сохраняющихся признаках стеноза внутримышечно ввести спазмолитик (2% раствор но-шпы из расчета 0,1–0,2 мл на год жизни, 2% раствор папаверина из расчета 0,2–0,3 мг/кг) и антигистаминный препарат (раствор тавегила из расчета 0,1 мл на год жизни, 2% раствор супрастина из расчета 0,1 мл на год жизни, 2,5% раствор пипольфена из расчета 0,1 мл на год жизни). Госпитализировать ребенка.

Либо при СЛТ I степени можно провести ингаляцию 0,025% раствора нафазолина (Нафтизин).

б) при СЛТ II степени проводится ингаляция β 2-агониста (сальбутамол, беротек, беродуал) из дозированного ингалятора или через небулайзер.

Либо можно провести ингаляцию 0,025% раствора нафазолина (Нафтизин) длительностью до 5 минут через ингалятор или небулайзер. При невозможности выполнения ингаляции (отсутствие ингалятора, высокая температура тела ребенка и т.д.) – интраназальное введение 0,2 мл 0,05% раствора нафазолина детям первого года жизни, прибавляя на каждый последующий год по 0,1 мл, но не более 0,5 мл (необходимое количество раствора нафазолина следует развести дистиллированной водой из расчета 1,0 мл на 1 год жизни, но не более 5 мл).

Обязательно внутримышечно вводятся раствор преднизолона (30 мг/1 мл) в разовой дозе 1–2 мг/кг или раствор дексаметазона (4 мг/1 мл) в разовой дозе 0,5 мг/кг и спазмолитик. Показана подача увлажненного кислорода. При выраженном беспокойстве, негативной реакции дополнительно введение 0,5% раствора седуксена из расчета 0,2–0,3 мг/кг, но не более 10 мг на введение.

в) при СЛТ III степени проводится вызов специализированной реанимационной бригады, ингаляция β 2-агониста (сальбутамол, беротек, беродуал) через небулайзер, подкожное введение 0,1% раствора адреналина 0,01 мл/кг, но не более 0,3 мл. Либо проводится повторная ингаляция или интраназальное введение нафазолина.

Обязательно внутривенно вводится преднизолон в дозе 2–4 мг/кг или дексаметазон в дозе 0,5 мг/кг, внутримышечно вводятся спазмолитик и седуксен.

г) при эпиглоттите ребенка укладывают на бок для предотвращения закрытия голосовой щели надгортанником, при дифтерийном крупе обязательным является введение притиводифтерийной сыворотки.

д) транспортировка больного проводится при постоянной подаче увлажненного кислорода в сидячем положении.

д) при прогрессировании дыхательных расстройств показана интубация трахеи или трахеостомия.

5.4. Синдром бронхиальной обструкции возникает при сужении просвета бронхов, что клинически проявляется экспираторной одышкой и различной степенью дыхательной недостаточности. В патогенезе бронхиальной обструкции имеют значение воспалительный отек слизистой оболочки и подслизистого слоя бронхов, бронхоспазм, нарушение образования и отхождения бронхиальной слизи (дискриния).

Клинические проявления:

- экспираторная одышка (у детей первых месяцев жизни – одышка смешанного характера), участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания;
- спастический кашель, дистанционные хрипы;
- беспокойство;
- вздутие грудной клетки;
- коробочный оттенок перкуторного звука, ослабленное дыхание, рассеянные мелкопузырчатые хрипы (при отечном варианте), преобладание сухих свистящих хрипов (при бронхоспазме), преимущественно грубые жужжащие хрипы (при дискринии).

Синдром бронхиальной обструкции, требующий неотложных лечебных мер, возникает у детей грудного возраста на 2–4-й день ОРВИ. В этом случае он характеризуется клинической картиной бронхолита (см. **раздел 3.2**) и обусловлен отеком слизистой оболочки бронхов, гиперсекрецией бронхиальных желез и, в меньшей степени, спазмом гладкой мускулатуры бронхов. При повторных эпизодах, имеющих чаще клиническую картину обструктивного бронхита (см. **раздел 3.2**), обструкция бронхов развивается нередко уже в 1-й день болезни, обусловлена преимущественно бронхоспазмом, редко достигает высокой степени, особенно при применении симпатомиметиков.

Неотложные мероприятия требуются при обструкции, сопровождающейся:

- учащением дыхания до 70 в 1 минуту и выше;
- беспокойством ребенка, меняющего позы в поисках наиболее удобной;
- заметным на выдохе напряжением межреберных мышц;
- появлением затрудненного вдоха с втяжениями уступчивых мест грудной клетки;
- центральным цианозом (один из признаков – цианоз языка).

Неотложная терапия:

- расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха;
- введение β -агонистов (сальбутамол, вентолин-небулы, фенотерол) и/или холинолитиков (ипратропия бромид) в виде аэрозоля – 1–2 дозы без спейсера или 4–5 доз через спейсер, комбинированных препаратов (беродуал) через небулайзер или бронхолитиков для внутреннего применения (кленбутерол, аскорил экспекторант);
- при отсутствии эффекта через 20 минут – повторное применение бронхолитических препаратов до 3-х раз в течение часа;
- в/м введение котрикостероидных препаратов – преднизолон из расчета 5 мг/кг или дексаметазон из расчета 0,6 мг/кг;
- кислородотерапия по возможности;
- вызов бригады интенсивной терапии.

VI. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ПАТОЛОГИЮ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

6.1. Общие принципы реабилитации детей, перенесших ОРЗ.

Эпизоды банальных ОРЗ при адекватной организации терапии в большинстве случаев заканчиваются выздоровлением и не влекут за собой каких-либо последствий для здоровья ребенка. Но не следует забывать, что ОРЗ и проводимое лечение (антибиотики, химиопрепараты) могут вызывать транзиторные сдвиги иммунологического статуса, астенический синдром, функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и т.д., что в свою очередь требует восстановительной терапии в периоде реконвалесценции в течение 1–2 недель после выздоровления. Особенно это касается детей групп «риска» бронхолегочной патологии, в том числе часто болеющих детей, детей с неблагоприятным преморбидным фоном и заболеваниями дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта и др.

6.1.1. Диспансерное наблюдение за детьми групп «риска» бронхолегочной патологии.

К комплексам факторов, способствующих заболеванию острой пневмонией у детей, относятся:

1. неблагоприятная микросоциальная среда, (раннее искусственное вскармливание, нарушение режима питания, нерегулярные прогулки, недостаточное проветривание помещения, конфликтные ситуации в семье и др.);
2. отягощенный семейный анамнез (хронические бронхолегочные и аллергические заболевания у родителей и ближайших родственников, осложнения беременности и родов у матери, профессиональные вредности у родителей, хронические и острые заболевания матери во время беременности);
3. наличие в анамнезе отклонений в состоянии здоровья ребенка и частые ОРЗ (гипотрофия, паратрофия, рахит, анемия, малые формы гнойной инфекции и др.);
4. наличие в анамнезе пневмонии (однократных или повторных);
5. наличие у ребенка в момент обследования отклонений в состоянии здоровья или заболевания.

В зависимости от различных сочетаний комплексов факторов выделяются три группы детей для дифференцированного диспансерного наблюдения и профилактики (табл. 29).

6.1.2. Ведение ребенка на участке после перенесенного ОРЗ предполагает рациональный режим дня и диету, медикаментозные и немедикаментозные воздействия, санацию очагов хронической инфекции, особые подходы к вакцинации.

Режим дня – по возрасту. В отношении ряда детей со сниженной и низкой резистентностью, а также перенесших тяжелые и средне-тяжелые формы респираторных заболеваний, организуется лечебно-оздоровительный режим с обеспечением психо-эмоционального комфорта, ограничением физических нагрузок, максимальным пребыванием на свежем воздухе, предупрежде-

нием переохлаждения. Индивидуально некоторым детям врачом-педиатром рекомендуется домашний режим в течение 1–2 недель.

Таблица 29

Диспансерное наблюдение за детьми групп «риска» бронхолегочной патологии (Приказ МЗ СССР от 15 июня 1983 г. N 725 «О дальнейшем совершенствовании организации медицинской помощи детям с острой пневмонией»)

Группы риска	Профилактические мероприятия
<p>Группа «внимания» – дети с наличием одного или сочетанием двух из трех перечисленных выше комплексов факторов): из неблагоприятной микросоциальной среды, с отягощенным семейным анамнезом, с наличием в анамнезе отклонений в состоянии здоровья и частых ОРЗ.</p>	<p>Осмотр педиатром поводится: ежемесячно на 1-ом году жизни; 1 раз в месяц – на 2-ом году жизни; 1 раз в квартал – на 3-ем году жизни.</p> <p>Проводятся мероприятия, направленные на правильную организацию: микросоциальной среды; питания; режима закаливания; профилактику рахита, анемии, расстройств питания.</p>
<p>Группа «риска» – дети с наличием в анамнезе однократных или повторных заболеваний пневмонией или с отклонением в состоянии здоровья, выявленными в момент обследования. Могут быть сочетания факторов этих комплексов: неблагоприятная микросоциальная среда; отягощенный семейный анамнез; наличие в анамнезе отклонений в состоянии здоровья и частых ОРЗ.</p>	<p>Осмотр педиатром проводится: ежемесячно – на 1-ом году жизни; не реже 1 раза в два месяца – на 2-ом году жизни; не реже 1 раза в квартал – на 3-м году жизни.</p> <p>Не реже 1 раза в полугодие организуются консультации врачами-специалистами.</p> <p>Наряду с комплексом профилактических и оздоровительных мероприятий проводится лечение рахита, анемии, очагов инфекции.</p>
<p>Группа повышенного «риска» – дети с сочетанием четырех или пяти комплексов факторов, а также с сочетанием трех комплексов факторов при условии наличия в анамнезе однократных или повторных заболеваний пневмонией или отклонением в состоянии здоровья и заболеваний, выявленных у ребенка в момент обследования.</p>	<p>Осмотры педиатром – не реже 1 раза в месяц во всех возрастных группах, консультации (по показаниям) специалистами (отоларингологом, стоматологом, пульмонологом, аллергологом) – не реже 2 раз в год.</p> <p>Проводится тот же комплекс профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, что и в группе «риска».</p>

Дети, посещающие ДОО, после перенесенного ОРЗ допускаются к занятиям физкультурой в ослабленной группе, где они получают более низкую нагрузку. Школьники начинают заниматься физкультурой в сроки, согласно существующим рекомендациям Л.И. Абросимовой, 1983 (табл. 30).

**Примерные сроки начала занятий физической культурой
после острых заболеваний у школьников**

Заболевание	Срок от начала посещения школы (дни)	Примечания
Ангина	14–28	Следует опасаться резких охлаждений (лыжи, плавание). При наличии жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы – дополнительное обследование, исключение упражнений на выносливость, избегать упражнений с задержкой дыхания на 6 месяцев и более.
Бронхит острый, ОРВИ	7–21	Избегать охлаждений, коньки, лыжи и плавание могут быть временно исключены. При занятиях в холодное время на открытом воздухе дышать через нос.
Отит острый	14–28	Запрещается плавание.
Пневмония	30–60	Избегать переохлаждения, шире использовать дыхательные упражнения, плавание, греблю, и зимние виды спорта (из-за чистоты воздуха и отсутствия пыли).
Плеврит	30–60	Исключить упражнения на выносливость и натуживание на 6 месяцев, рекомендуется плавание, гребля, зимние виды спорта.
Грипп	14–28	Строгое наблюдение за реакцией на нагрузку во время занятий.
Острые инфекционные заболевания	30–60	При удовлетворительных результатах функциональной пробы сердечно-сосудистой системы. Возможно исключение сроком до 6 месяцев упражнений на выносливость, силу и связанные с натуживанием.

Возобновление **закаливания** после нетяжелого ОРЗ возможно через 7–10 дней, при заболевании с длительностью температурной реакции более 4 дней – через 2 недели, а после 10-дневной лихорадки – через 3–4 недели.

Часто болеющие дети, дети, вернувшиеся в дошкольное учреждение после длительной болезни должны закаливаться в ослабленной группе. Для таких детей температура воздуха и воды (на основании рекомендаций врача образовательного учреждения) может быть выше на 2°С. Температуру воды следует снижать медленнее – через 3–4 дня при местном воздействии и через 5–6 дней при общем или уменьшить время воздействия закаливающего фактора. По мере закаливания, но не менее чем через 2 месяца, дети могут быть переведены из ослабленной группы в основную группу закаливания. Критерием для этого служат отсутствие в этот период острых заболеваний, внешних признаков отрицательной реакции на холодовой раздражитель (выраженная одышка, резкое учащение сердцебиения, появление «гусяной кожи») и положительная реакция ребенка на саму процедуру.

В период реконвалесценции **диета** соответствует питанию здорового ребенка. Детям групп «риска» бронхолегочной патологии можно рекомендо-

вать продукты питания с пре- и пробиотиками (см. **табл. 16**), а также соки, фруктовые пюре для детского питания, обогащенные витаминами (Нестле, Хайнц, Гербер, Тип-Топ, Винни и др.).

Медикаментозные и немедикаментозные воздействия в период реконвалесценции направлены на купирование астенического синдрома (настойка элеутерококка), восстановление микронутриентного баланса организма (поливитамины с микроэлементами), коррекцию дисбиоза кишечника (биопрепараты), нормализацию транзиторных иммунологических расстройств (иммунотропные препараты).

Экстракт элеутерококка назначается в разовой дозе 1–2 капли/год жизни обычно в 2 приема в первую половину суток (до 17.00) за 30 минут до еды курсами по 2–3 недели. Противопоказаниями являются повышенная возбудимость, эпилепсия, артериальная гипертензия.

Поливитамины с микроэлементами назначаются в виде комбинированных препаратов курсом 2–4 недели (см. **раздел 4.1.7**). Для коррекции дисбиоза кишечника используются биопрепараты курсом 1–2 недели (см. **раздел 4.1.10**). Иммуотропная терапия должна носить дифференцированный характер (см. ниже, **раздел 6.5.2**).

Консервативная **санация очагов инфекции** проводится у детей с хронической патологией ЛОР-органов и подразумевает полоскание ротовой полости растворами соды, соли, отварами и настоями трав (ромашка, зверобой, календула, кора дуба, подорожник), антисептиками (растворы фурациллина, хлорофиллипта, мирамистина, сангвиритрина), промывание носовой полости отварами трав и антисептиками в течение 1–2 недель, смазывание зева раствором Люголя N 10 (см. **табл. 23**).

Хорошие результаты дает использование эктерицида (препарат на основе рыбного жира), обладающего высокой антимикробной активностью в три этапа: 1. орошение носоглотки 25–30 мл; 2. закапывание в каждую половину носа по 4–5 капель; 3. закладывание в каждую половину носа на 20–25 минут турунды, смоченной препаратом.

При высеивании патогенного стафилококка рекомендуется закапывание в носовые ходы 0,1% раствора диоксидина 3 раза в день и/или смазывание зева 2 раза в день курсом 10 дней.

Антисептическими, антимикробными и иммуностимулирующими свойствами обладает мазь «Пиносол», в состав которой входят компоненты эфирных масел сосны, эвкалипта, чабреца, мяты. Мазь закладывают в носовые ходы 1–2 раза в день.

По показаниям проводится радикальная санация: аденотомия, тонзиллотомия.

ОРЗ и вакцинация.

Профилактические прививки у детей, перенесших ОРЗ, проводятся с интервалами, указанными в календаре. Пропуск одной прививки из серии (например, АКДС или ОПВ) не влечет за собой повторения всей серии; вакцинация продолжается так, как если бы необходимый интервал был сохранен. При нарушении календаря одновременно вводят все необходимые вакцины.

Проведение вакцинации предусматривает неукоснительное соблюдение противопоказаний (табл. 31), в то же время недопустимо расширенное их толкование, которое ведет к росту числа необоснованных медицинских отводов от прививок.

Частота тяжелых реакций и осложнений в поствакцинальном периоде при применении современных вакцин минимальна, основная их часть носит характер индивидуальных реакций, которые невозможно связать с предшествующим состоянием прививаемого. Среди них чаще всего наблюдаются нетяжелые местные и, реже, общие реакции.

Детям с ОРЗ плановую вакцинацию следует отложить до окончания острых проявлений заболевания (нормализации температуры), т.е. до того момента, когда нет опасности возникновения осложнений заболевания. С другой стороны, введение вакцины больному ребенку может затруднить интерпретацию симптомов, ухудшающих состояние, если таковые возникнут в поствакцинальном периоде. Решение о сроках проведения вакцинации принимает лечащий врач. И в большинстве случаев вакцинацию возможно провести через 2–4 недели после выздоровления (см. примечание к табл. 31).

По эпидпоказаниям допускается введение некоторых вакцин (АДС или АДС-М, ЖКВ, ОПВ, ВГВ) детям на фоне нетяжелых заболеваний – ОРВИ с температурой до 38°C, нетяжелая диарея и пр. Такой подход оправдан, когда повторная явка для вакцинации после окончания болезни не может быть гарантирована.

Частые ОРВИ не свидетельствуют о наличии иммунодефицита, поэтому не могут быть поводом для отвода от прививок. Прививки проводят через 5–10 дней после очередного ОРВИ, в том числе на фоне остаточных катаральных явлений (В.К. Таточенко, 2006).

В литературе предлагаются различные варианты подготовки к вакцинации (так называемой, сопроводительной терапии) на фоне стихания остроты процесса: использование адаптогенов, витаминов, антигистаминных средств, интерферонов, растительных, бактериальных, синтетических иммуностропных препаратов. Такая подготовка с одной стороны направлена на профилактику осложненного течения вакцинального процесса, а с другой стороны – на более активное формирование специфического иммунитета.

Например, назначается настойка элеутерококка из расчета 1 капля на год жизни ребенка 2 раза в день (утром и в обед) в течение 1–2 недель до вакцинации и 1–1,5 месяца – после нее. Витамин А в масляном растворе по 1–2 капле или в драже по 3300–5000 МЕ 2 раза в день – для детей до трех лет и 3 раза в день – для детей старше трех лет в течение 1 недели до и 2 недель после вакцинации. Также рекомендуют прием витамина С в течение 1 недели до и 3–4 недель после прививки, корня солодки (глицирам) 2 раза в день в течение 1–2 недель до и в течение 1–1,5 месяца после иммунизации. При наличии в анамнезе аллергических реакций целесообразно назначать один из антигистаминных препаратов в течение 4–5 дней после вакцинации. Если курс вакцинации состоит из нескольких прививок, то при каждом введении очередной дозы вакцины повторяется вышеуказанное профилактическое лечение.

**Перечень медицинских противопоказаний к проведению
профилактических прививок Национального Календаря ***
(К.В.Таточенко, Н.А.Озерецкий, А.М.Федоров, 2009)

Вакцины	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или осложнение или на предыдущее введение вакцины
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное) Иммunosupрессия, злокачественные новообразования Беременность
БЦЖ	Вес ребенка при рождении менее 2000 г Келоидный рубец
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы Афебрильные судороги в анамнезе
Живые вакцины: коревая (ЖКВ), паротитная (ЖПВ), краснушная, а также комбинированные ди- и тривакцины	Тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды (гентамицин, канамицин и др.) Для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: анафилактическая реакция на белок куриного яйца
Вакцина гепатита В (ВГВ)	Аллергическая реакция на пекарские дрожжи
Грипп	Аллергическая реакция на белок куриного яйца, аминогликозиды, сильная реакция на предыдущее введение любой гриппозной вакцины. Противопоказания для живых вакцин — см. Инструкции по применению

Примечание: * Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2–4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

Препараты на основе эхинацеи пурпурной также нашли свое место в подготовке к вакцинации – за 1 месяц до и в течение 1 месяца после в обычных возрастных дозировках.

Детям, у которых очередное присоединение ОРЗ наблюдается раньше, чем через 1–2 недели, то есть практически постоянно сохраняются проявления ринита, кашель, легкая гиперемия зева, а также с хронической патологией носо- и ротоглотки рекомендуется дополнительно назначать интерферон интраназально по 2–3 капли 4–6 раз в день за 1–2 дня до и в течение 5–7, а иногда 10–14 дней после введения вакцины.

Иммуномодуляторы бактериального происхождения (Рибомунил и др.) способствуют урежению ОРВИ и могут являться препаратами выбора при иммунизации часто болеющих детей, у которых достоверно чаще отмечается осложненное течение вакцинального (в особенности коревого) процесса. Назначение Рибомунила в течение 12 дней в поствакцинальном периоде не

только предупреждает возникновение интеркуррентных инфекций в коревом поствакцинальном периоде (первые 14 дней), но и обеспечивает сохранение профилактического действия на протяжении 1 месяца после прививки. Назначение Рибомунила также способствует выработке защитных антител в более высоких титрах уже к 3-й неделе после прививки.

Также применяют и другие иммуностропные препараты – виферон (свечи) в возрастной дозировке 1–2 раза в день в течение 10–14 дней.

В последние годы хорошо себя зарекомендовали такой препарат, как полиоксидоний, особенно при вакцинации детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями.

* * * * *

Реабилитация часто болеющих детей представлена в виде комплексных программ и описана в отдельных пособиях.

* * * * *

6.2. Наблюдение и реабилитация детей, перенесших острый стрептококковый тонзиллит (ангину).

За детьми, перенесшими ангину, устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выздоровления или выписки из стационара. Через 7–10 дней проводится клиническое обследование (осмотр педиатра, отоларинголога) и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям – электрокардиограмма. Обследование повторяют через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы снимают с диспансерного учета. При наличии патологии, в зависимости от ее характера, переболевшего передают под наблюдение соответствующего специалиста (отоларинголога, ревматолога, нефролога и др.).

Реабилитация таких детей проводится в соответствии с вышеописанными мероприятиями, с акцентом на своевременное выявление и санацию очагов хронической инфекции.

6.3. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с рецидивирующими бронхитами.

Дети с установленным диагнозом берутся на диспансерный учет по форме 030/у (Контрольная карта диспансерного наблюдения).

Частота осмотров участковым педиатром: не менее 4 раз в год.

Частота осмотров специалистами:

ЛОР-врач, стоматолог – не менее 2 раз в год;

пульмонолог, врач ЛФК, аллерголог, иммунолог и др. по профилю патологии – по показаниям.

План обследования на год включает:

клинический анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год, при обострении и после интеркуррентного заболевания;

иммунограмма – при постановке на учет и далее – по показаниям;

др. исследования – по показаниям.

При осмотрах обращается внимание на: утомляемость, кашель, наличие температуры, характер дыхания, хрипы в легких, наличие обструкции, аллергические реакции, а также частоту рецидивов, состояние ЛОР-органов.

Основные пути реабилитации:

1. Режим дня носит щадяще-оздоровительный характер с увеличением времени дневного и ночного сна, с максимальным пребыванием на свежем воздухе (прогулки, игры, сон). Перспективно использование музыкотерапии медитативной направленности, которая способствует глубокому расслаблению, при котором восстанавливается процесс естественного физиологического дыхания и происходит освобождение от стрессов. Необходимо оптимизировать микроклимат помещений, что способствует улучшению дренажных свойств бронхов: температура воздуха – +18–22°C, влажность – не ниже 60%.

Детям с аллергическими проявлениями необходимо создать щадящий антигенный режим: ограничение контакта с аллергенами.

Показано занятие плаванием.

2. Диета – полноценная, по возрасту, при аллергическом фоне из питания исключают облигатные пищевые аллергены.

3. Мероприятия по комплексной санации трахеобронхиального дерева:

- постуральный (позиционный) дренаж (см. **раздел 4.4.6**);
- вибрационный массаж;
- дыхательная гимнастика по методикам Б. С. Толкачева, К.П. Бутейко, механизм действия которых основан на звуковой вибрации для стимуляции обменных процессов в клетках, что в свою очередь улучшает микроциркуляцию в области альвеол, стимулирует деятельность диафрагмы, расслабляет мускулатуру бронхов, улучшает дренаж мокроты; может быть проведена в отделениях восстановительного лечения детских поликлиники или центрах реабилитации.

4. ЛФК, включающая упражнения общеразвивающего характера и укрепляющие дыхательную мускулатуру

5. Массаж грудной клетки: поглаживание, разминание, растирание, вибрация. Сегментарный массаж в области С_{III-IV} шейных и Th_{III-IX} грудных сегментов, что рефлекторно воздействует на легочную гемодинамику.

5. Рефлексотерапия (см. **раздел 6.5.2**).

6. Физиотерапия в период ремиссии: электросон (№ 10); гальванический воротник по Щербаку с бромом (№ 7); эндоназальный электрофорез с 2% раствором магния сульфата (№10); лазеротерапия (№ 8–15); витаминокислородные коктейли; аэрозольотерапия витаминами группы В; ингаляции масляных растворов ретинола и токоферола; УФО грудной клетки фракционно; электрофорез кальция, магния, димексида, платифиллина на область грудной клетки (№10–15).

7. Средства, повышающие резистентность организма (см. **раздел 6.5.2**).

8. Фитотерапия: использование трав с противовоспалительным эффектом (см. **раздел 4.1.8**);

9. Санация хронических очагов инфекции (см. **раздел 6.1.2**).

9. Санаторно-курортное лечение: местные санатории для детей с заболеваниями органов дыхания и санатории на приморских курортах – Анапа (Южный берег Крыма), Светлогорск (Калининградская область), Теберда (Карачаево-Черкессия), Кисловодск (Ставропольский край).

10. Вакцинопрофилактика проводится в период ремиссии.

11. Медицинская группа по физкультуре:

подготовительная – на период адаптации к физическим нагрузкам; при условии хороших показателей функциональных проб (Мартине-Кушелевского, Генча) – перевод в основную группу.

Закаливание в ослабленной группе по индивидуальной схеме.

Критерии снятия с учета: отсутствие рецидивов в течение 2 лет, отсутствие патологических изменений в легких, нормальные показатели функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

6.4. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей, перенесших острую пневмонию.

За детьми, перенесшими острую пневмонию, необходимо организовать диспансерное наблюдение в течение года (Приказ МЗ СССР от 15 июня 1983 года № 725 «О дальнейшем совершенствовании организации медицинской помощи детям с острой пневмонией»).

Частота осмотров участковым педиатром зависит от возраста ребенка:

- перенесшие пневмонию в возрасте до 3 мес. жизни должны наблюдаться в первые 6 мес. после пневмонии – 2 раза в месяц, затем до года жизни – 1 раз в месяц;
- перенесшие пневмонию в возрасте от 3 мес. до 1 года – 1 раз в месяц;
- перенесшие пневмонию в возрасте от 1 до 3 лет – 1 раз в 2 месяца;
- дети старше 3 лет – 1 раз в квартал.

Частота осмотров специалистами: физиотерапевт, врач ЛФК, ЛОР-врач, стоматолог и др. - по показаниям.

План обследования на год включает:

- общий анализ крови, который проводят: перед первым осмотром после выписки из стационара, через 6 мес. после выписки из стационара, к году наблюдения после выписки из стационара (при снятии с учета);
- общий анализ мочи – по показаниям и при снятии с учета;
- рентгенограмма легких, ФВД и постановка реакции Манту – по показаниям.

При отчетливой положительной динамике клинических проявлений пневмонии необходимости в контрольной рентгенографии как при выписке из стационара, так и при лечении в домашних условиях, нет (Самсыгина Г.А., 2009).

При осмотрах обращают внимание на эмоциональный статус, температуру тела, окраску кожных покровов, наличие дыхательной недостаточности, характер кашля, изменения в легких, а также состояние сердечно-сосудистой системы.

Согласно клиническим рекомендациям (2005–2006), большинство больных пневмонией в специальных реабилитационных мерах не нуждаются, поскольку практически все пневмонии в детском возрасте полностью излечиваются. При склонности к рецидивам воспалительного процесса в легких, необходимо детальное обследование в условиях пульмонологического центра для исключения аномалий развития органов дыхания и иммунодефицитных состояний, наследственных и врожденных заболеваний (муковисцидоз, дефицит α -1-антитрипсина и др.).

Однако, клиническое выздоровление (исчезновение симптомов) опережает морфологическое восстановление легочной ткани и бронхов, а морфологическое восстановление, в свою очередь, опережает функциональное восстановление дыхания. Поэтому, в периоде клинического выздоровления несмотря на удовлетворительное состояние детей, их хорошее самочувствие, отсутствие жалоб, исчезновение кашля, при специальном обследовании обнаруживается неполноценность функции внешнего дыхания, недостаточная приспособленность к повышающимся физическим нагрузкам. В этом периоде могут обнаруживаться и признаки неполного клинического выздоровления – быстрая утомляемость, снижение аппетита, работоспособности.

В связи с вышесказанным всем детям, перенесшим острую пневмонию, целесообразно проведение восстановительного лечения, продолжительность которого составляет:

- для детей до 3-х лет – 3 мес.;
- для детей старше 3-х лет – 2 месяца.

На этапе выздоровления широко применяются немедикаментозные методы: массаж грудной клетки, ЛФК, дыхательная гимнастика, физиотерапия, фитотерапия. Медикаментозная реабилитация осуществляется по индивидуальным показаниям с использованием витаминно-минеральных комплексов, иммуностимулирующих препаратов, продуктов пчеловодства, биопрепаратов.

Основные пути реабилитации:

1. Режим дня должен быть щадяще-оздоровительным в дошкольном учреждении, школе, с увеличением времени дневного и ночного сна. Рекомендуется максимально возможная длительность пребывания на свежем воздухе (прогулки, игры, сон). После перенесенной пневмонии ребенок освобождается от физкультуры на 1–2 месяца.
2. Диета – по возрасту, полноценная, обогащенная витаминами.
3. Массаж грудной клетки (обычный, вибрационный, точечный) проводят курсами длительностью 2 недели 2–4 раза в год.
4. ЛФК в условиях отделения восстановительного лечения детской поликлиники – использование комплекса, направленного на увеличение толерантности к физической нагрузке. Комплекс включает общеразвивающие упражнения для всех мышц из исходного положения стоя, лежа, сидя (частично по игровой методике), гимнастические упражнения для рук и мышц грудной клетки, в том числе с использованием гимнастической палки и мяча, и дыхательные упражнения статического и динамического характера («дровосек», «каша кипит», «надуй шарик», «шарик лопнул», «кошка добрая и злая», «часики», «обдуваем плечи», «водокачка» и др.).

По возможности – обучение специально разработанным методикам дыхательной гимнастики, например, по Стрельниковой А.Н. (с 3–4 лет). Методика основана на неспецифическом гипосенсибилизирующем действии, при котором снижается общая реактивность организма, нормализуются основные функции высших отделов ЦНС и восстанавливаются ранее нарушенные кортико-висцеральные взаимоотношения. Это в свою очередь улучшает работу внутренних органов и систем, укрепляет опорно-двигательный аппарат.

- Физиотерапия: электрофорез с 2–5 % водными растворами хлористого кальция, сульфата магния, сульфата меди; ингаляции соляно-щелочные, с отварами трав (ромашка, шалфей, мать-и-мачеха), масляным раствором витамина А и Е; ультразвук на грудную клетку, область надпочечников; индуктотермия; магнитотерапия.
- 5. Фитотерапия осуществляется путем приема препаратов из трав (отвары, настои, настойки) внутрь, в виде ингаляций, ванн (см. **раздел 4.1.8**).
- 6. Витаминотерапия и антиоксидантные препараты:
ретинола ацетат – детям до 7 лет – 3300 МЕ в сутки, старше 7 лет – 5000 МЕ в сутки;
токоферола ацетат– детям до 7 лет – 0,05 г в сутки, старше 7 лет – 0,1 г в сутки;
тиамина хлорид – 0,005–0,01 г 3 раза в день;
эссенциале – 1 капс. 3 раза в день.
- 7. Повышение неспецифической резистентности (см. **раздел 6.5.2**).
- 8. Санация хронических очагов инфекции.
- 9. Санаторно-курортное лечение. Повторные пневмонии являются показанием для направления ребенка в местные санатории. Повторные пневмонии при наличии кожных проявлений аллергии, выраженного патологического процесса в носоглотке, не подлежащего оперативному лечению или через 2 месяца после хирургического лечения носоглотки, являются показанием для направления ребенка в санатории, расположенные на приморских курортах.
- 10. Медицинская группа по физкультуре: подготовительная – на период адаптации к физическим нагрузкам; при условии хороших показателей функциональных проб (Мартине-Кушелевского, Генча) – перевод в основную группу.
- 11. Вакцинопрофилактика проводится через 2–4 недели.
В конце года наблюдения участковый врач оформляет эпикриз в истории развития ребенка (уч. форма 112/у), в котором отражает причины заболевания, характеризует течение, отражает исход (выздоровление, формирование хронической бронхо-легочной патологии).
В случае выздоровления ребенок снимается с диспансерного учета.
Критерии снятия с учета:
 - нормализация общего состояния, ликвидация остаточных проявлений заболевания по клиническим и рентгенологическим данным;
 - нормализация показателей периферической крови.

6.5. Профилактика острых заболеваний органов дыхания носит разнонаправленный характер в зависимости от точки приложения воздействий на организм ребенка.

6.5.1. Экспозиционная профилактика имеет целью предотвращение контакта ребенка с источником инфекции – изоляция ребенка от больного и потенциального источника инфекции. Для этого целесообразны следующие мероприятия:

- ограничение контактов ребенка в сезоны повышения респираторной заболеваемости;
- сокращение использования городского транспорта для поездок с детьми;
- удлинение времени пребывания ребенка на воздухе;
- ношение масок членами семьи, имеющими признаки ОРЗ;
- тщательное мытье рук после контакта с больным ОРЗ или предметами ухода за ним;
- ограничение посещения детских учреждений детьми со свежими катаральными симптомами.

В очагах острых респираторных инфекций проводятся следующие меры профилактики:

- вводится карантин сроком на 7 дней с момента последнего случая заболевания, усиливается санитарно-эпидемиологический режим;
- проводится влажная уборка помещений;
- больные ОРЗ изолируются или госпитализируются;
- контактных лиц ежедневно осматривают с проведением термометрии;
- в очагах проводится также интерференопрофилактика, другие методы предотвращения заболевания ОРЗ.

6.5.2. Диспозиционная профилактика проводится путем повышения сопротивляемости организма ребенка инфекционным агентам различными методами. Закаливание детей, если и не предупреждает ОРЗ полностью, способствует более легкому их течению. Прививки против гриппа снижают заболеваемость как гриппом, так и ОРЗ в целом, применение современных вакцин практически не дает осложнений. Использование противовирусных препаратов, интерферонов и индукторов интерферона, различных иммуностимулирующих препаратов, адаптогенов, энерготропных препаратов, витаминов, антиоксидантов, рефлексотерапии также способствует повышению неспецифической резистентности.

Закаливание тренирует реакцию сосудов на холодовое раздражение. У закаленных детей при охлаждении сосуды не подвергаются резкому сужению, и в результате этого температура воздуха в полости носа падает всего на 0,3–0,5°C. У незакаленных детей происходит снижение температуры в полости носа на 2°C, что ведет к снижению защитных функций слизистых оболочек, нарушению функции защитных клеток, уменьшению поступления антител, вследствие чего повышается риск развития инфекции.

Нужно знать, что закаливание не требует очень низких температур, более важна контрастность температуры и систематичность проведения процедур.

Начинать закаливание ребенка необходимо с рождения. Закаливанию способствует нормальная температура воздуха в помещении (18–20°C – днем и на 2–4°C ниже – ночью), подбор одежды соответственно температуре в помещении и на улице, во время прогулки.

Воздушные ванны, проводимые при пеленании, занятиях гимнастикой, перед купанием, также обладают закаливающим эффектом. Ребенка оставляют на воздухе раздетым на несколько минут при температуре 22°C с последующим постепенным снижением ее до 20°C в возрасте 2–3 месяцев и 18°C – к 4–6 месяцам.

Для закаливания следует использовать и купание: по окончании ванны уместно облить ребенка водой с температурой на 2–4°C ниже, чем вода в ванне, т.е. начать с температуры 32–34°C, снижая ее каждые 3 дня на 2–3°C. При таком темпе снижения температуры воды за месяц можно достичь 18°C, а ниже для грудного ребенка опускать ее не следует. После обливания ребенка следует обсушить полотенцем.

Плавание грудных детей в бассейне закаляет не столько само по себе (температура воды в нем обычно не бывает ниже 26°C), сколько в комплексе с воздушными ваннами до и после бассейна.

На втором году к обливанию после ванны (2–3 раза в неделю) можно добавить ежедневное мытье ног прохладной водой. Процедуры начинают с температуры воды 27–28°C, снижая ее каждые 1–2 дня на 2–3°C до конечной температуры 15°C.

Хорошим закаливающим эффектом обладает контрастный душ: смена обливаний теплой водой (до 40°C) в течение 30–40 секунд и холодной (14–15°C), удлиняя время воздействия от 15–20 секунд до 30 секунд. Применять слишком холодную воду или оставлять ребенка под холодным душем дольше 30–40 секунд недопустимо, так как возможно переохлаждение.

Очень важно сформировать позитивное отношение ребенка к закаливанию. ***Любая закаливающая процедура должна сопровождаться положительными эмоциями.***

Для дошкольников нетрудно организовать в домашних условиях контрастные воздушные ванны. Для этого в спальне ребенка перед его пробуждением, открыв фрамугу, понижают температуру до 14–15°C, а затем, разбудив ребенка, проводят с ним игру с перебежками из теплой в холодную комнату.

Посещение бани и сауны предоставляет еще больше возможностей для контрастного воздействия. Для детей раннего возраста температура в сауне должна быть около 90°C, длительность пребывания, сидя на 1-й ступеньке, постепенно доводят до 10 минут. В русской бане используют более низкие температуры (от 60°C с экспозицией 2–3 минуты повышением температуры до 80°C в течение 6–8 минут). За один сеанс дети посещают парную 2–3 раза, в промежутках они принимают душ или воздушные ванны комнатной температуры или плавают (медленно) в бассейне с температурой воды около 25°C.

Обливание холодной водой надо делать очень постепенно и не допускать продолжительности процедуры более 40–60 секунд, поскольку, имея большую площадь поверхности тела относительно массы, ребенок охлажда-

ется намного быстрее взрослого. Для дошкольника при постепенном снижении вполне возможно довести температуру воды до 8–10°С, хотя нужды в этом нет, так как закаливающий эффект будет хорошим, если остановиться на 12–14°С. Холодное обливание как лечебная мера должно быть категорически запрещено для ребенка с лихорадкой: внезапное охлаждение, ведущее к резкому сужению кожных сосудов, может быть опасным для жизни.

Использование противовирусных препаратов, интерферонов и индукторов эндогенного интерферона для профилактики ОРЗ (см. табл. 32).

Таблица 32

**Противовирусные препараты, применяемые
с профилактической целью при гриппе и ОРВИ**
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д.
«Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Название, форма выпуска	Возраст	Профилактика
Анаферон детский, табл. гомеопат.	С 6 мес.	По 1 таблетке утром натощак в течение 1–3 мес.
Амиксин (тилорон) табл. с оболочкой, 125 мг, 60 мг.	С 7 лет.	По 1 таблетке в неделю в течение 6-ти недель.
Арбидол табл. 0,05, капс. 0,1.	С 2 лет.	2–6 лет по 0,05 г, 6–12 лет по 0,1 г, старше 12 лет по 0,2 г 2 раза в неделю в течение 3 недель.
Афлубин капли гомеопатические во фл. 20, 50, 100 мл, табл. гомеопат.	С рождения.	Разовая доза: до 1 года – по 1/2 таб. или 1 капле, 1–12 лет – по 1/2 таб. или 5 капель, старше 12 лет – по 1 таб. или 10 капель. Внутрь 2 раза в сутки в течение 3 недель. За 30 минут до или через 1 час после еды (кормления) в чистом виде или развести в 1 ст. л. воды (можно в материнском молоке). Перед проглатыванием рекомендуется задержать препарат во рту на некоторое время. Таблетку следует держать под языком до полного рассасывания.
Виферон (суппозитории: рекомбинантный интерферон, вит. Е, С).	- « -	По 1 свече 1 раз в сутки 10 дней.
Виферон мазь назальная.	- « -	2 раза в день в течение 2-х недель, далее 2–3 раза в неделю дважды в день в течение месяца.
Виферон-гель.	- « -	3 раза в день в течение 3 недель.
Гриппферон 10000 ед/мл флакон (рекомбинантный интерферон).	- « -	Интраназально новорожденным и детям до 1 года – по 1 капле 5 раз в день (разовая доза 1000 МЕ, суточная доза – 5000 МЕ), детям от 1 до 3 лет – по 2 капли 3–4 раза в день (разовая доза – 2000 МЕ, суточная – 6000–8000 МЕ), от 3 до 14 лет – по 2 капли 4–5 раз в день (разовая доза – 2000 МЕ, суточная – 8000–10000 МЕ), взрослым – по 3 капли в каждый носовой ход с кратностью 1–2 раза в день.

Название, форма выпуска	Возраст	Профилактика
Интерферон чел. лейкоцит. (лиофилиз. пор., амп. 2 мл) 1000 ед	- « -	По 5 капель 2 раза в сутки.
Оксалиновая мазь 0,25%	- « -	2 раза в день в течение 2–4 нед.
Оциллококцидум, го-меопат. гранулы.	- « -	1 доза 1 раз в неделю.
Реаферон-ЕС-Липинт, интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный, лиофилизат для пригот. суспензии, фл. по 250 тыс.МЕ, 500 тыс.МЕ, 1 млн.МЕ.	С 3 лет.	Внутрь. Непосредственно перед применением к содержимому флакона добавляют 1–2 мл дистиллированной или охлажденной кипяченой воды, встряхивают. Детям старше 15 лет назначают по 500 тыс.МЕ 2 раза в неделю, детям от 3 до 15 лет – по 250 тыс.МЕ 2 раза в неделю в течение 1 месяца во время подъема заболеваемости.
Реленза	С 5 лет.	По 2 ингаляции 1 раз в сутки 10 дней.
Тамифлю (осельтамир) капсулы 75 мг.	С 12 лет.	По 1 капс. 1 раз в день в течение 10 дней.
Циклоферон таб. с оболочкой, 150 мг, линимент 5% во фл. 5 мл	С 4 лет.	Внутрь, 4–6 лет – по 150 мг (1 таб.), 7–11 лет – по 300 мг (2 таб.), старше 12 лет – 450 мг (3 таб.) 1 раз/сут., за 30 мин. до еды, не разжевывая на 1, 2, 4, 6, 8 сутки, далее еще 5 раз с интервалом 72 ч.
Эпсилон-аминокапроновая кислота 5% раствор (фл. 50 и 100 мл).	С рождения.	По 1–2 капли 1 раз в день в течение 5 дней.

Спектр этих препаратов достаточно широк, но в детской практике наиболее предпочтительно и безопасно использование интерферонов. Особо показана интерферонпрофилактика детям с тяжелым преморбидным фоном, только начинающим посещать детские учреждения, а также всем детям во время эпидемии гриппа.

Специфическая профилактика ОРЗ.

Вакцинация против инфекций, часто являющихся фоном для развития острых респираторных заболеваний и особенно пневмоний, давно стала основной борьбы с этими инфекциями.

Для вакцинации против гриппа в России разрешены к использованию следующие препараты:

- Гриппол (Россия) – субъединичная вакцина с адъювантом полиоксидонием. Применяется у детей с 3 лет, подростков и взрослых. Вводят однократно подкожно в объеме 0,5 мл (вне зависимости от возраста) в верхнюю треть наружной поверхности плеча.
- Агриппал S1 (Кайрон Беринг, Германия) – субъединичная вакцина, вводится внутримышечно детям старше 3 лет и взрослым по 1 дозе (0,5 мл), в

возрасте от 6 месяцев до 3 лет – по 1/2 дозы (0,25 мл). Детям, не привитым ранее, рекомендуется двукратная вакцинация с интервалом в 4 недели; в последующие сезоны – по 1 дозе (0,25 мл детям до 3 лет и 0,5 мл – старше 3 лет).

- Бегривак (Кайрон Беринг, Германия) – сплит-вакцина, применяется так же, как вакцина Агриппал.
- Ваксигрип (Авентис Пастер, Франция) – сплит-вакцина, вводится подкожно или внутримышечно с возраста 6 месяцев; детей до 9 лет, если они ранее не вакцинировались и не болели гриппом, вакцинируют двукратно с интервалом 1 месяц в дозе 0,25 мл в возрасте до 3 лет и в дозе 0,5 мл в возрасте от 3 до 9 лет; в возрасте старше 9 лет вакцинация проводится однократно в дозе 0,5 мл.
- Инфлювак (Солвей Фарма, Нидерланды) – субъединичная вакцина, которая вводится взрослым и подросткам старше 14 лет однократно (1 доза по 0,5 мл), детям 6 месяцев – 3 лет – 0,25 мл, 3–14 лет – 0,5 мл; если дети ранее не вакцинировались и не болели гриппом, им вводят 2 дозы вакцины с интервалом в 4 нед.;
- Флюарикс (ГлаксоСмитКляйн, Германия) – сплит-вакцина, применяется у детей старше 6 месяцев и взрослых, в том числе с хронической патологией. Вводится подкожно или внутримышечно. Детям старше 3 лет вводят 0,5 мл однократно, детям до 3 лет – по 0,25 мл дважды с интервалом 4–6 недели.

Иммунитет вырабатывается через 14 дней после вакцинации (для вакцины Флюарикс – через 10–12 суток), он кратковременный (6–12 месяцев) и типоспецифичный, поэтому требуется ежегодное проведение прививок. Эффективность профилактики составляет 70–90%, степень защиты у детей и пожилых несколько ниже, чем у взрослых. При заражении другими разновидностями вируса гриппа заболевание протекает в более легкой форме. **Исследования показывают, что у привитых против гриппа уменьшается и заболеваемость ОРВИ негриппозной этиологии.** Это связано со стимуляцией неспецифических факторов защиты. Прививочные реакции и осложнения при применении данных вакцин, как правило, отсутствуют. Слабые реакции кратковременны (48–72 часа), встречаются не более чем у 3% привитых и проявляются небольшой болезненностью в месте введения вакцины.

Противопоказанием для всех вакцин является аллергия к белкам куриного яйца, к аминогликозидам (для вакцин, их содержащих), аллергические реакции на введение любой гриппозной вакцины, острые заболевания и обострение хронических (вакцинация проводится через 2–4 недели после выздоровления/ремиссии), прогрессирующие заболевания нервной системы. Эти вакцины совместимы с другими (в разных шприцах).

Вакцинация против гемофильной инфекции не включена в Национальный календарь России, но, тем не менее, рекомендована Министерством здравоохранения РФ для использования там, где для этого имеются возможности. В России лицензирована вакцина Акт-ХИБ (Авентис пастер, Франция), которая сочетается с АКДС в одном шприце или отдельно, вводит-

ся в дозе 0,5 мл в/м. Прививки проводятся, начиная с 3-месячного возраста с интервалом в 1–2 мес., ревакцинация проводится через 12 мес. после третьей прививки. При начале вакцинации в возрасте 6–12 мес. достаточно 2 инъекций с интервалом 1–2 мес. и ревакцинация – через 12 мес. после второй прививки. Для вакцинации детей в возрасте от 1 года до 5 лет достаточно 1 инъекции вакцины.

Прививочные реакции на Hib-вакцины выражены слабо и проявляются гиперемией и уплотнением в месте введения (менее чем у 10% привитых), возможна субфебрильная температура; температура выше 38,0°C развивается не более чем у 1 % привитых.

Вакцина обладает высокой профилактической эффективностью (95–100%), внедрившие ее страны практически ликвидировали данную инфекцию. Продолжительность обнаружения защитного титра антител составляет не менее 4 лет. Вакцина Акт-ХИБ не имеет специальных противопоказаний: ее не вводят при повышенной чувствительности к любым компонентам препарата, особенно к столбнячному анатоксину, не рекомендуется проводить прививки при повышенной температуре и острых инфекционных заболеваниях.

Вакцинация против пневмококковой инфекции. В России зарегистрирована полисахаридная 23-валентная вакцина *Пневмо 23* (Авентис пастер, Франция), включающая в себя 90% серотипов пневмококков, вызывающих тяжелые заболевания. Она применяется с целью защиты детей групп риска: старше 2 лет; с асплинией и удаленной селезенкой, ликворреей, лимфогранулематозом, гемоглобинопатиями, нейтропенией, ВИЧ-инфекцией, хронической почечной недостаточностью, болезнями сердца, диабетом и другими состояниями, предрасполагающими к пневмококковой инфекции. Есть сообщения о применении этой вакцины у детей старше 2 лет с повторными заболеваниями носоглотки, среднего уха и придаточных пазух носа.

Пневмо 23 вводится однократно подкожно или внутримышечно, прививочная доза составляет 0,5 мл для всех возрастов. Она вызывает формирование иммунитета продолжительностью 5–8 лет. Ревакцинацию (однократное введение 0,5 мл) рекомендуется проводить не чаще, чем с интервалом в 3 года. Осложнения встречаются редко, возможны покраснение и болезненность в месте инъекции длительностью менее 48 часов. В последние годы созданы конъюгированные пневмококковые вакцины, позволяющие защитить детей самого раннего возраста; их широкое применение пока сдерживается высокой стоимостью.

Профилактика ОРЗ с использованием иммуностропных препаратов.

Спектр иммуностропных препаратов достаточно широк, что требует от врача педиатра дифференцированного подхода к их назначению. Начинать иммунотерапию рекомендуется с препаратов так называемой первой линии, т.е. иммуностимуляторов растительного (Иммунал, Тонзилгон, Глицирам и др.), природного (Деринат, Лизобакт) происхождения. Эти препараты воздействуют на организм в целом и стимулируют неспецифические факторы защиты. При отсутствии эффекта допустимо назначение иммуномодуляторов, т.е.

препаратов второй линии, обладающих способностью изменять иммунологическую реактивность до уровня нормы. Это препараты бактериального происхождения (Бронхо-мунал, Рибомунил, ИРС-19 и др.) и полученные синтетическим путем (Полиоксидоний), интерфероны и его индукторы.

Таблица 33

Иммунотропные препараты для профилактики ОРЗ
(Видаль, 2009; РЛС «Энциклопедия лекарств», 2008; Машковский М.Д.
«Справочник лекарственных средств», 2006; www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Доза, курс	ПЭ
Биоарон С комбинированный растительный и витаминосодержащий препарат) сироп флакон 150 г	С 3 лет. Внутрь	
Бронхо-мунал, бактериальный лизат, капсулы 3,5 мг, капсулы 7 мг	Внутрь натощак, С 6 мес. до 12 лет по 1 капс. (3,5 мг) 1 раз в день. Если ребенок не может проглотить капсулу, рекомендуется ее вскрыть, а содержимое капсулы растворить в небольшом количестве жидкости (чай, молоко или сок). Старше 12 лет по 1 капс. (7 мг) 1 раз в день. Проводят 3 курса по 10 дней каждого месяца.	Редко боли в эпигастрии, тошнота, рвота, диарея; кожная сыпь; повышенные температуры тела.
Гипорамин, растительный иммуностимулирующий препарат, табл. 0,02, раствор, мазь	Старше 3 лет. Сублингвально по 1 таб. 3 раза в сутки в течение 5–7 дней.	Аллергическая реакция.
Деринат 0.25% раствор во флаконах-капельницах 10 мл	С рождения, интраназально по 2–3 капли 3–4 раза в день в течение 2–4 недель, допустим курс до 3 месяцев.	Нет
Имунал, растительный иммуностимулирующий препарат капли, табл.	Капли: от 1 года до 6 лет – по 1,0 мл 3 раза в день; от 6 до 12 лет – по 1,5 мл 3 раза в день; старше 12 лет – по 2,5 мл 3 раза в день в течение 1– 8 недель. Таблетки: от 4 до 6 лет – по 1 таб. 1–2 раза в день; от 6 до 12 лет – по 1 таб. 1–2 раза в день; старше 12 лет – по 1 таб. 3–4 раза в день. Таблетку следует запивать водой. Для маленьких детей рекомендуется растолочь таблетку и смешать с небольшим количеством воды, чая или сока.	Аллергическая реакция (покраснение, сыпь).
Имудон, бактериальный лизат, табл.	С 3 лет, по 6 таб. в сутки, рассасывать в полости рта с интервалом 2 часа, за 1 час до еды в течение 20 дней. Курс повторяют 3–4 раза в год.	Редко тошнота, рвота, боли в животе, аллергическая сыпь.

Препарат	Доза, курс	ПЭ
Имунорикс (пидотимод) синтетический иммуномодулятор, оральный раствор во флаконах, 400 мг	Старше 3 лет по 400 мг пидотимода (1 флакон) 2 раза в сутки вне приема пищи в течение 15–90 дней.	Аллергические реакции.
ИРС 19, бактериальный лизат, спрей назальный, флакон 20 мл 60 доз	Интраназально с 3 мес. – по 1 дозе 2 раза в день в течение 2-х недель.	Редко – кожные аллергические реакции, тромбоцитопен. пурпура, узл. эритема, приступ бронх. астмы, катар ВДП, бронхит; расстройства со стороны ЖКТ; повышение температуры тела (>39°C) без видимых причин в начале применения.
Лизобакт	С 3 лет по 2 таб. 3–4 раза в день, медленно рассасывать во рту, в течение 10–20 дней.	Аллергическая реакция.
Липолипид, препарат синтетического происхождения, табл. 1 мг	Старше 1 года сублингвально по 1 таб. 1 раз/сут в течение 10 дней.	Возможно кратковременное повышение температуры тела до 37,9°C.
Полиоксидоний лиофил пор д/инь 3мг, табл. 12 мг	Старше 6 мес., в/м 100–150 мкг/кг массы тела через 48–72 ч. № 5–7 (предварительно растворить в 1–1,5 мл раствора натрия хлорида изотонического или воды для инъекций). Интраназально – в каждую ноздрю по 3–5 капель в течение 10 дней (предварительно растворить в 1 мл дистиллированной воды, в 1 капле приготовленного раствора 150 мкг). Сублингвально старше 12 лет – по 1 таб. 2 раза в сутки в течение 10–15 дней.	Возможна болезненность в месте инъекции при в/м введении препарата.
Рибомунил, рибосомальный иммуномодулятор, пакетик 0,75 мг (1 доза) таблетки 0,25 мг (1/3 дозы), 0,75 мг (1 доза)	С 6 мес., 1 раз/сут утром натощак, разовая доза (вне зависимости от возраста) составляет 3 таб. по 0,25 мг (с 1/3 разовой дозы), или 1 таб. по 0,75 мг (с одной дозы), или гранулы из 1 пакетика, предварительно растворенные кипяченой водой комнатной температуры. В первый месяц ежедневно по 4 дня каждой недели, в течение 3 недель. В последующие 5 мес. – в первые 4 дня каждого месяца.	Редко аллергическая реакция, тошнота, рвота, диарея, редко – переходящая гиперсаливация в начале лечения; возможно транзиторное повышение температуры тела на 2–3 сутки.

Препарат	Доза, курс	ПЭ
Тонзилгон Н, комбинированный растительный препарат, капли, драже	Разовая доза: до 1 года – 5 капель, от 1 года до 6 лет – 10 капель, от 7 до 16 лет – 15 капель или 1 драже. Кратность приема – 3 раза в сутки. Капли принимают в неразбавленном виде, можно некоторое время подержать во рту, прежде чем проглотить. Драже следует принимать не разжевывая, запивая небольшим количеством воды.	Аллергические реакции.

Биоарон С – сироп, содержащий экстракт алоэ древовидного, сок рябины черноплодной, витамин С, сахарозу, оказывает иммуностропное действие, стимулирует выработку антител В-лимфоцитами, оказывает антиоксидантный и антитоксический эффект. Рекомендуются для лечения и профилактики ОРЗ у часто болеющих детей, в периоды эпидемического подъема заболеваемости.

Бронхо-мунал – лиофилизированный лизат 8 бактерий, чаще всего вызывающих инфекции дыхательных путей (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*). Бронхо-мунал стимулирует активность макрофагов, повышает число и активность Т-лимфоцитов, повышает уровень сывороточных иммуноглобулинов классов А, G и М в слизистой оболочке дыхательных путей и фагоцитарную активность, тем самым уменьшает частоту и тяжесть респираторных инфекций, а также потребность в антибактериальных препаратах. Кроме того он способствует нормализации повышенного ранее уровня иммуноглобулина Е. Бронхо-мунал используется для профилактики и комбинированной терапии инфекционной заболеваемости дыхательных путей, в том числе при бронхитах, тонзиллитах, ларингитах, фарингитах, ринитах, синуситах, отитах вирусно-бактериальной этиологии.

Гипорамин – экстракт листьев облепихи, ингибирует вирусную нейраминидазу, стимулирует выработку интерферона, обладает противомикробным действием, используется для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ.

Деринат – дезоксирибонуклеат натрия природного происхождения, стимулирует клеточный и гуморальный иммунитет, репаративные процессы и гемопоз, обладает противовоспалительным и противоопухолевым действием, активизирует противовирусный, противогрибковый и противомикробный иммунитет. Показан для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа (в виде монотерапии), в том числе при синуситах, а также воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта, глаз, носа.

Иммунал – на основе эхинацеи пурпурной, повышает число лейкоцитов (гранулоцитов) и активизирует фагоцитоз, обладает противовирусным действием. Помимо профилактического приема, показан для комплексной терапии ринита, фарингита, кашля, а также в качестве вспомогательного лекар-

ственного средства при продолжительной антибиотикотерапии. Имеются исследования, согласно которым отмечено извращение иммуностимулирующего эффекта при длительном приеме (более 2-х месяцев) Эхинацеи.

Имудон содержит смесь лизатов *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus helveticus*, *Lactobacillus lactis*, *Lactobacillus fermentatum*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus faecium*, *Streptococcus faecalis*, *Streptococcus sanguinis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsidla pneumoniae*, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, *Fusiformisfusiformis*, *Candida albicans*. Имудон увеличивает содержание лизоцима в слюне, стимулирует выработку антител и фагоцитарную активность макрофагов. Назначается при фарингитах, стоматитах (в т.ч. афтозный) и для профилактики.

Имунорикс (пидотимод) – синтетический иммуномодулятор, стимулирует и регулирует клеточный и гуморальный иммунитет в условиях иммунодефицита, усиливает активность естественных киллеров, активирует фагоцитоз, увеличивает продукцию цитокинов. Используется как для профилактики, так и в составе комплексной терапии при бактериальных, грибковых и вирусных инфекциях верхних и нижних дыхательных путей. При этом он способен усиливать действие антибиотиков и жаропонижающих средств, способствует более быстрому исчезновению симптомов инфекции, ускоряет выздоровление с уменьшением приема соответствующих препаратов.

ИРС 19 приготовлен из лизатов 19 штаммов наиболее частых бактериальных возбудителей инфекций дыхательных путей: *Diplococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Hemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Micrococcus pyogenes*, *Neisseria catanalis*, *Neisseria perflava*, *Neisseria flava*, *Gaffkya tetragena*, *Moraxella catarrhalis*. Препарат непосредственно стимулирует местный специфический иммунитет, повышает фагоцитарную активность макрофагов и лизоцима, повышает уровень секреторных иммуноглобулинов. Кроме того он обладает десенсибилизирующим действием. После распыления препарата образуется тонкий слой, покрывающий слизистую оболочку носа и способствующий быстрому проникновению в нее препарата. При этом уменьшается отек в полости носа, происходит разжижение экссудата слизистой оболочки и облегчается его отток. Препарат желателно не применять одновременно с сосудосуживающими средствами. Препарат назначается с целью профилактики и лечения ринита и ринофарингита, а также профилактики осложнений (отита, синусита и др.).

Лизобакт – естественный иммуномодулятор, представляющий комбинацию лизоцима и витамина В₆, используется для профилактики и лечения ОРЗ, имеет противовирусный эффект, усиливает действие антибактериальных препаратов, а за счет витамина В₆ – регенерирующее действие и противоафтозное, при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой ротовой полости, десен, гортани, в т.ч. у ЧБД.

Ликопид – синтетический иммуномодулирующий препарат, представляет собой структурную единицу бактериальной клетки. Стимулирует макрофаги, Т- и В-лимфоциты, усиливает фагоцитоз, повышает активность лизосомальных ферментов, продукцию активных форм кислорода, способствует усилению синтеза противовоспалительных цитокинов, стимулирует противоопу-

холевый иммунитет. У детей до 1 года используется при затяжном течении пневмоний, бронхитов и др. внутрь в дозе 500 мкг 2 раза/сут. в течение 7–10 дней.

Полиоксидоний – синтетический иммуномодулятор, стимулирует фагоцитоз и антителообразование, повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию лекарственных препаратов и химических веществ, снижает их токсичность. Показан для профилактики и лечения острых и хронических воспалительных рецидивирующих бактериальных, вирусных и грибковых инфекций ротовой полости, околоносовых пазух, верхних дыхательных путей, внутреннего и среднего уха, а также при ИДС.

Иммуномодулирующее действие Рибомунила проявляется в стимуляции образования специфических антител к *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, активации фагоцитоза, повышения факторов неспецифической резистентности, стимуляции функции Т- и В- лимфоцитов, продукции сывороточных и секреторных иммуноглобулинов, интерлейкина-1, α-интерферона. Его целесообразно включать в комплексную терапию отитов, синуситов, фарингитов, тонзиллитов, ларинготрахеитов, трахеобронхитов, бронхитов, пневмоний, а также для профилактики рецидивирующей респираторной заболеваемости. Отмечено, что он сокращает период лихорадки, уменьшает выраженность и продолжительность токсикоза, риск развития осложнений, сокращает продолжительность антибактериальной терапии.

Тонзилгон Н – комбинированный препарат растительного происхождения из корня алтея, цветков ромашки, травы хвоща, листьев ореха грецкого, травы тысячелистника, коры дуба, травы одуванчика, повышает активность макрофагов и гранулоцитов, обладает противовоспалительным и противовирусным действием. Показан при острых и хронических заболеваниях верхних отделов дыхательных путей (тонзиллит, фарингит, ларингит), а также для профилактики осложнений при респираторных вирусных инфекциях и как дополнение к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях.

Адаптогены – это препараты растительного происхождения, обладающие общетонизирующим действием на функции ЦНС, обменные процессы, повышающие адаптацию организма к неблагоприятным условиям. В педиатрической практике разрешен к применению спиртовой экстракт элеутерококка по строгим показаниям (анорексия, астения после перенесенных заболеваний) из расчета 1–2 капли/год жизни (разовая доза) обычно в 2 приема в первую половину суток (до 17.00) за 30 минут до еды курсами по 2–3 недели. Противопоказаниями являются повышенная возбудимость, эпилепсия, артериальная гипертония.

Энерготропные препараты, стимулирующие метаболические процессы: оротат калия, элькар.

Оротат калия обладает анаболическим действием, его используют при нарушениях белкового обмена и как общий стимулятор обменных процессов. При его назначении проводят расчет питания ребенка, особенно белкового компонента, и при недостаточном поступлении с пищей белка осуществляют коррекцию рациона питания. Оротат калия (таблетки 0,1 и 0,5) назначают

внутри за 1 час до или через 4 часа после еды из расчета 10–20 мг/кг массы тела в сутки в 2–3 приема в течение 3–5 недель.

Элькар улучшает аппетит, стимулирует рост и увеличение массы тела, уменьшает проявления астенических расстройств, возбудимость, раздражительность, общую слабость. Элькар (левокарнитин) – 20% раствор для приема внутрь – назначается в дозе до 1 года – по 0,03–0,075 г (4–10 капель) 3 раза в сутки, от 1 года до 6 лет – по 0,1 г (14 капель) 2–3 раза в сутки, от 6 до 12 лет – по 0,2–0,3 г (28–42 капли) 2–3 раза в сутки. Курс – 1 месяц.

Витамино-метаболические комплексы, антиоксиданты.

Поливитамины с микроэлементами (см. табл. 12).

Веторон для детей – биологически активная добавка к пище, водный раствор бета-каротина (20 мг в 1 мл) в комбинации с аскорбиновой кислотой (8 мг в 1 мл) и токоферолом (8 мг в 1 мл), за счет чего обладает антиоксидантным, иммуномодулирующим и противовоспалительным свойствами. Доза для детей 3–6 лет – 3–4 капли; 7–14 лет – 5–6 капель; старше 14 лет – 7 капель 1 раз в день во время еды, растворив в небольшом количестве воды, сока, компота, киселя.

Кудесан – раствор для приема внутрь – 20 мл (в 1 мл – 30 мг коэнзима Q₁₀ и 4,5 мг витамина E), табл. (коэнзим Q₁₀ – 7,5 мг, витамин E – 1 мг). Коэнзим Q₁₀ участвует в синтезе АТФ в клетках, защищает клетки от действия свободных радикалов. Витамин E, обладая антиоксидантными свойствами, усиливает (взаимно) эффект коэнзима Q₁₀. В виде раствора детям старше 12 лет внутрь, предварительно растворив в кипяченой воде или напитках, во время еды – по 10–11 капель (0,5 мл) 1 раз в сутки. В форме таблеток во время еды детям 3–7 лет – по 1 таблетке в день, 7–14 лет – по 1–2 таблетки в день, старше 14 лет – по 2 таблетки в день.

Энзимотерапия – один из современных методов лечения и профилактики ОРЗ. Вобэнзим (таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой) – комбинированный препарат ферментов растительного и животного происхождения (панкреатин – 345 ед, папаин – 90 ед., рутозид – 50 мг., бромелаин – 225 ед., трипсин – 360 ед., липаза – 34 ед., амилаза – 50 ед, химотрипсин – 300 ед), обладающий иммуномодулирующим, противовоспалительным, фибринолитическим, противоотечным, антиагрегантным и вторичным анальгезирующим действием. Назначают детям 5–12 лет – по 1 таб. на 6 кг массы тела в сутки, старше 12 лет – по 3 таб. 3 раза в сутки в течение 1,5 мес. с повторением курса 2–3 раза в год. Таблетки принимают не менее чем за 30 минут до еды, не разжевывая, запивая водой 200 мл.

Рефлексотерапия – стимуляция биологически активных точек (БАТ). Массаж биологически активных точек можно начинать у детей с 1,5 лет. Проводить массаж рекомендуется 2–3 раза в день кончиком указательного, большого или среднего пальцев, надавливая на кожу до легкого болезненного состояния и делая вращательные движения по ходу часовой стрелки (6–9 раз) и против нее. Движения должны быть быстрые и энергичные, продолжительность воздействия на точку не менее 3–5 секунд.

Можно воспользоваться методикой А.А. Уманской:

- 1 точка – бугорок на груди (чуть выше середины грудины). Связана со слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом. При массаже этой точки уменьшается кашель.
- 2 точка – над яремной выемкой на груди. Связана со слизистой оболочкой нижних отделов глотки, гортани, с вилочковой железой. Массаж этой точки повышает сопротивляемость организма различным заболеваниям дыхательных путей.
- 3 точка – на шее в развилке сонных артерий (симметричная). Массаж этой зоны повышает защитные свойства слизистой оболочки глотки и гортани.
- 4 точка – на шее сзади (симметричная). Массаж активизирует кровоснабжение головы, шеи, туловища.
- 5 точка – область 7-го шейного и 1-го грудного позвонков. Связана со слизистой трахеи, глотки, пищевода, нижний шейным симпатическим узлом. Массаж этой зоны способствует нормализации деятельности сосудов сердца, бронхов, легких.
- 6 точка – симметричная, у крыльев носа. Связана с передней и задней долями гипофиза. Массаж этой зоны улучшает кровоснабжение слизистой оболочки носа, гайморовой полости. Дыхание через нос становится свободным.
- 7 точка – симметричная, у начала бровей. Связана со слизистой оболочкой решетчатых полостей носа и лобных пазух, с лобными отделами головного мозга. Массаж этих зон улучшает кровообращение слизистой оболочки верхних отделов полости носа.
- 8 точка – симметричная, у козелка ушной раковины. Одновременно можно провести массаж под мочкой уха, на сосцевидном отростке и массаж всей ушной раковины, растирая ее сверху вниз. Действует тонизирующе на весь организм.
- 9 точка – симметричная на кистях рук между большим и указательным пальцами. Массаж этой зоны нормализует многие функции организма.

Массаж стоп также повышает неспецифическую резистентность. Подошвы ног находятся в рефлекторной связи со слизистой оболочкой верхних дыхательных путей и многими органами (сердце, бронхи, легкие, кишечник и др.), на стопах расположены тепловые и холодные точки. Массаж стоп проводится в положении лежа на спине или сидя, 1-2 раза в неделю:

1. поглаживание всей стопы (свод стопы по направлению от пальцев к голеностопному суставу, подошву — от пятки к пальцам);
2. разминание стопы (тыла и подошвенной поверхности);
3. граблеобразное поглаживание подошвы по направлению к пальцам;
4. похлопывание подошвы стопы в том же направлении;
5. активное поднятие стопы вверх и опускание стопы вниз;
6. растирание подушечкой большого пальца руки всей подошвенной поверхности с оптимальным нажимом;
7. закончить общее растирание поглаживанием всей стопы;
8. надавливание подушечкой большого пальца на все точки подошвы и щиколоток с целью обнаружения особо болезненных точек;
9. граблеобразное поглаживание подошвы;

10. катание подошвами взад и вперед палки, скакалки, или использовать массажер для стоп; процедуру закончить поглаживанием всей стопы и вытягиванием каждого пальца, затем поворачивать стопой в голеностопном суставе и сдавить ее двумя руками.

Повседневно можно массировать стопы на круглой палке, массажере для стоп.

Массаж кистей рук. Регулярная разминка (самомассаж) большого пальца повышает функциональную деятельность головного мозга, тонизирует весь организм. Воздействие на указательный палец укрепляет желудок, на средний — кишечник, мизинец — сердце. Основание среднего и безымянного пальцев руки соответствуют зоне носоглотки, глубокий массаж этой области повышает устойчивость организма к холоду, сквознякам, защищает от инфекций. Для этого надо растереть эту зону в течение 30 секунд большим пальцем противоположной руки. Повторить трижды для каждой руки.

На ушных раковинах имеются нервные окончания, связанные со всеми внутренними органами, поэтому массаж ушных раковин очень полезен:

1. Загибание вперед ушных раковин всеми пальцами рук, прижать их, затем отпустить, до ощущения в ушах хлопка – это способствует общему укреплению организма.
2. Кончиками большого и указательного пальцев потянуть с силой вниз обе мочки ушей 5–6 раз. На мочке уха расположены зоны полости рта, верхней и нижней челюсти.
3. Захватить большим и указательным пальцами козелок. Сдавливать, поворачивать его во все стороны в течение 20–30 секунд. Проводить массаж регулярно, он стимулирует функцию надпочечников, укрепляет нос, горло, гортань.
4. Зажать большим и указательным пальцами противозавиток, водить по нему пальцами вверх и вниз – это повышает порог чувствительности позвоночника к холоду.

VII. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Примерная схема записи первичного осмотра ребенка с острым заболеванием в форме 112/у

Дата	Вызов на дом	Назначения
<p>Возраст ДОУ или школа или н/о</p> <p>t°C ЧД ЧСС</p> <p>Больнич- ный лист: - кому - дата выдачи с....2009 по2009</p>	<p><u>Эпид анамнез при ОРЗ, ОРВИ:</u> - дата начала заболевания (день болезни); - контакт с инфекционными больными (в семье, в детском учреждении и т.д.), поездки; - ранее перенесенные инфекционные заболевания.</p> <p><u>Эпид. анамнез при кишечных и воздушно-капельных инфекциях:</u> - дата начала заболевания (день болезни); - контакт с инфекционными больными (в семье, в детском учреждении и т.д.), поездки; - характер питания и употребление продуктов, не входящих в рацион, качество воды для питья и гигиенических целей, -контакт с животными, сведения об укусах насекомых; - ранее перенесенные инфекционные заболевания; - профилактические прививки.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> <u>Основные жалобы:</u> (перечислить) <u>Сопутствующие жалобы:</u> (жалобы со стороны других органов и систем) <u>Общие жалобы:</u> (нарушение сна, аппетита, бодрствования, изменения эмоционального тонуса, настроения) <u>Необходимо отразить:</u> - факторы, предшествующие возникновению болезни - динамику основных симптомов - своевременность обращения за медицинской помощью к врачу - проводимое лечение и его эффективность (если оно начато до осмотра врача). Уточнить некоторые сведения из <u>анамнеза жизни:</u> - перенесенные заболевания - аллергологический анамнез - ОРЗ (входит в группу часто болеющих, дата последнего заболевания ОРЗ, антибактериальная терапия) - очаги хронической инфекции в носоглотке - травмы, хирургические вмешательства - хронические заболевания</p> <p><u>Настоящее состояние:</u> Оценка и обоснование степени тяжести, определяющий ее ведущий синдром. Описание статуса по органам и системам. <u>Заключение по диагнозу (по классификации).</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Режим 2. Диета 3. Особенности ухода за больным 4. Немедикаментозная терапия. 5. Медикаментозная терапия (указать дозу, кратность приема в течение дня, длительность курса). 6. По показаниям - лабораторные и инструментальные методы исследования. 7. По показаниям - консультации специалистов. 8. Карантинные мероприятия, в том числе подача экстренного извещения. 9. Дата активного посещения или осмотра в поликлинике.

Порядок выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности при амбулаторном лечении детей с острыми респираторными заболеваниями (выдержки из Приказа от 1 августа 2007 г. № 514)

I. Общие положения.

1. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан и подтверждающим их временное освобождение от работы, является листок нетрудоспособности*, выдаваемый при заболеваниях с временной потерей трудоспособности, на период долечивания в санаторно-курортных учреждениях, при необходимости ухода за больным членом семьи, на период карантина.

* форма бланка листка нетрудоспособности утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 марта 2007 года № 172.

II. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях

12. При амбулаторном лечении заболеваний с временной потерей гражданами трудоспособности, медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности единовременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 30 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии.

13. Фельдшер или зубной врач единолично выдает листок нетрудоспособности единовременно на срок до 5 календарных дней и продлевает его на срок до 10 календарных дней, а в исключительных случаях, после консультации с врачебной комиссией медицинской организации (по подчиненности), - до 30 календарных дней (с обязательной записью о проведенной консультации в первичной медицинской документации).

14. При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, направляют гражданина на врачебную комиссию в медицинскую организацию по месту его прикрепления или регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания) для продления листка нетрудоспособности.

По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - на срок не более 12 месяцев, с периодически-

стью продления по решению врачебной комиссии не реже, чем через 30 календарных дней.

V. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

35. Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (опекуну), фактически осуществляющему уход.

36. Листок нетрудоспособности выдается по уходу за больным членом семьи:

- ребенком в возрасте до 7 лет - при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- ребенком в возрасте от 7 до 15 лет - при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания;
- ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет - при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, - на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет - при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 18 лет, проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, - на все время болезни;
- детьми в возрасте до 18 лет, страдающими заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей, - на все время болезни;
- старше 15 лет - при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии - до 7 дней по каждому случаю заболевания.

37. При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком может выдаваться попеременно разным членам семьи в пределах сроков, установленных пунктом 38 настоящего Порядка.

38. Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается в соответствии с пунктами 12, 13 и 14 настоящего Порядка.

39. При заболевании двух и более детей одновременно выдается один листок нетрудоспособности по уходу за ними.

40. При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребенком, продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются даты начала и окончания заболевания, имена, возраст всех детей.

41. Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:
за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;
за хроническими больными в период ремиссии;
в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;
в период отпуска по беременности и родам;
в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет.

42. При заболевании ребенка в период, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отпуск без сохранения заработной платы, выходные или нерабочие праздничные дни и другое), листок нетрудоспособности по уходу за ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдается со дня, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) должна приступить к работе.

VI. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине

43. При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, или граждан, выявленных как бактерионосители, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

44. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается лечащим врачом, который осуществляет наблюдение за ребенком (за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным), одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина на основании справки эпидемиолога.

VIII. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1

Мать мальчика 3,5 лет вызвала участкового педиатра на дом. Ребенок заболел остро 1 неделю назад, когда вечером поднялась температура до 38,5°C, появился насморк. Была вызвана СМП, врач которой диагностировал ОРВИ, ввел литическую смесь, назначил симптоматическое лечение. Состояние ребенка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне отмечался повторный подъем температуры до 39°C, появился сухой, навязчивый кашель, слабость, отсутствие аппетита.

Ребенок от II нормально беременности без особенностей. Роды в срок, без особенностей. Рос и развивался соответственно возрасту, редко болел респираторными заболеваниями. С 3 лет посещает детский сад. Адаптация протекала неблагоприятно. В последующем часто болел ОРВИ, бронхитами, отитами. В лечении часто применялись антибиотики.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные, периоральный цианоз, периорбитальные тени. Зев гиперемирован, ГНМ II степени, налетов нет. Лимфатические узлы по сонным группам, не увеличены. Носовое дыхание свободное. Справа, книзу от угла лопатки, определяется укорочение перкуторного звука, здесь же дыхание резко ослабленное, на высоте вдоха в нижних отделах правого легкого выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД - 30 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС - 124 уд/мин. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень - у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было. Вес 15 кг, рост 102 см.

ОАК: эр. 4,5 Т/л, Нb 122 г/л, L 12,4 Г/л, э1 п 10 с 62 м 4 лф23 СОЭ 22 мм/час

ОАМ: сол. желт., прозр., реакция кислая, белок нет, сахар нет, эпит. пл. ед. в п/зр., лей. ед. в п/зр

R-грамма органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, в нижней доле правого легкого очаг инфильтрации.

Задания

1. Предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования больного. Оценка результатов.
3. Окончательный диагноз согласно классификации и его обоснование.
4. Показана ли ребенку госпитализация?
5. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании.
6. Составьте программу лечения больного и дайте ее обоснование.
7. Составьте план диспансерного наблюдения и реабилитации ребенка на педиатрическом участке.

Эталон ответа к задаче № 1

1. Острая, внебольничная, правосторонняя, очаговая пневмония средней тяжести, неосложненная.

2. общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ), рентгенограмма легких

3. Острая, внебольничная, правосторонняя, очаговая пневмония средней тяжести, неосложненная.

4. Лечение их на дому проводится лишь при нетяжелых, неосложненных формах заболевания. Госпитализация показана детям:

- первого полугодия жизни;
- всех возрастов с осложненной пневмонией;
- имеющих признаки гипоксии, выраженной дегидратации;
- с тяжелой преморбидной патологией;
- не имеющим условий для лечения на дому;
- при отсутствии эффекта через 36–48 часов стартовой амбулаторной терапии.

5. Легочные: абсцессы, плевриты, пневмоторакс, и внелегочные: токсикоз, респираторный дистресс-синдром взрослых, сердечно-сосудистые нарушения, хроническая пневмония, эндобронхит

6. Постельный режим весь период лихорадки, диета в остром периоде – механически и химически щадящая пища, антибактериальная терапия, витаминотерапия С, В внутрь, в дозах, превышающих физиологическую потребность в 4 раза, после окончания а/б курс биопрепаратов, муколитическая, отхаркивающая, антиоксидантная терапия, фитотерапия, иммуностимулирующая терапия.

7. Дети, перенесшие острую пневмонию, берутся на диспансерный учет по форме 030/у и наблюдаются в течение I года. Частота осмотров: 1 раз в 3 мес. Консультация ЛОР и стоматолога – 2 раза в год; пульмонолог, фтизиатр, физиотерапевт и другие специалисты - по показаниям.

Особое внимание при профилактических осмотрах обращают: эмоциональный статус, температуру тела, окраску кожных покровов, наличие ДН, характер кашля, изменения в легких, а также состояние сердечно-сосудистой системы.

Кратность лабораторных исследований: клинический анализ крови 1 раз в квартал, общий анализ мочи 1 раз в год, рентгенограмма легких, ФВД - по показаниям, биологические пробы на туберкулез. Восстановительное лечение, которое включает в себя: щадяще-оздоровительный режим в дошкольном учреждении, дома – полноценное, обогащенное витаминами питание, увеличение времени дневного и ночного сна, ЛФК, массаж грудной клетки, аппаратная физиотерапия, витаминотерапия и антиоксидантные препараты.

Ситуационная задача № 2

Вызов участкового врача к девочке 4 лет.

Жалобы: повышение температуры до 38°C, насморк, "лающий" кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел накануне с повышения температуры тела до 38,5°C, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. Применяли парацетамол, називин.

До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болеет 2-3 раза в год. В раннем возрасте перенесла два эпизода обструктивного бронхита. На первом году жизни страдала атопическим дерматитом. На диспансерном учете в настоящее время не состоит. Детский сад не посещает.

При осмотре: ребенок беспокоится, плачет. Кожа чистая, на лице румянец. Слизистые чистые, в зеве - гиперемия. Отмечается цианоз носогубного треугольника. ГНМ II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается "лающий" кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При аускультации выслушиваются грубые проводные хрипы. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД - 36 в минуту. ЧСС - 132 уд/мин. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Задания

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
4. Нужна ли госпитализация? Если да, то каковы условия транспортировки?
5. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании.
6. Составьте программу лечения больного на амбулаторном этапе и дайте ее обоснование.
7. Факторы риска и профилактика развития заболевания.

Эталон ответа к задаче № 2

1. ОРВИ, синдром крупа, стеноз гортани II степени.
2. Дифференциальный диагноз: вирусный ларинготрахеит, эпиглоттит, отек гортани, инородное тело, ларингоспазм, дифтерия.
3. Кислородотерапия, теплый увлажненный воздух, теплое щелочное питье, бронхолитики ингаляционно, преднизолон 2-3 мг/кг в/м, антигистаминные препараты, спазмолитики, придание сидячего положения.
4. Да. Госпитализация в детское инфекционное отделение машины СМП, в положении сидя.
5. .Смерть от удушья, острая СС недостаточность, острая надпочечниковая недостаточность.
- 6.
7. Отягощенный аллергологический анамнез.

Ситуационная задача № 3

У ребенка 10 лет около 13 часов в школе повысилась температура до 38°, появился озноб, кашель, головная боль. Накануне имел место факт сильного переохлаждения во время прогулки. Ребенок без осмотра медицинских работников отправлен домой. Дома состояние ухудшилось, температура повысилась до 39,5°C, кашель усилился, появилась головная боль. Вызван дежурный врач из детской поликлиники.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести, отмечается слабость, вялость, выраженная лихорадка. Кожные покровы горячие на ощупь, цианоз носогубного треугольника. ЧД 26 в мин. Перкуторно определяется равномерное притупление слева от угла лопатки до 10 ребра. При аускультации в зоне притупления перкуторного звука выслушивается ослабленное дыхание и единичные мелкопузырчатые хрипы. Над остальными участками обоих легких дыхание везикулярное. ЧСС 115 уд. в 1 мин., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул был утром оформленный, мочится свободно.

Дополнительные исследования:

ОАК: эр. 4,2 Т/л, Нб 120 г/л, L 14,4 Г/л, э2 п10 с60 м4 лф24 СОЭ 28 мм/час.

ОАМ: сол. желт., прозр., реакция нейтр., уд.вес 1018, белок нет, сахар нет, эпит. пл. 2-1-1 в п/зр., лей. ед. в п/зр.

R-грамма органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, в нижней доле левого легкого очаг инфильтрации.

Задания

1. Предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования больного, оценка результатов дополнительного обследования.
3. Окончательный клинический диагноз согласно классификации и его обоснование
4. Нуждается ли ребенок в оказании неотложной помощи и госпитализации?
5. Составьте программу лечения больного и дайте ее обоснование.
6. Какие ошибки допущены в обслуживании больного?
7. Составьте план диспансерного наблюдения и реабилитации ребенка на педиатрическом участке.

Ситуационная задача № 4

К ребенку 8 месяцев был вызван участковый врач в связи с повышением температуры и появлением кашля.

Ребенок заболел остро, ночью повысилась температура до 38,7°C, появился сухой кашель, насморк. В дальнейшем состояние ребенка ухудшилось, стал беспокоиться, отказываться от еды.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, с сероватым колоритом, мраморность кожных покровов, умеренный цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 50 в 1 мин, отмечается

втяжение межреберных промежутков. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: в легких дыхание жесткое, слева под углом лопатки влажные мелкопузырчатые хрипы, там же дыхание ослабленное. Тоны сердца громкие, пульс 134 уд. в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не изменены.

Из анамнеза: от 7 беременности, 5 родов. Две беременности закончились медабортом. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 1 половине, анемии 2 половины. Роды в срок, безводный период 8 часов, в родах нетутое обвитие пуповины вокруг шеи 1 раз. Ребенок закричал сразу, оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса при рождении 3400 г, длина – 52 см. Приложен к груди на 2 сутки. Ребенок на 6 сутки выписан домой в удовлетворительном состоянии с диагнозом: новорожденный, гр. здоровья II. Период новорожденности протекал без особенностей. В 1,5 мес. ребенок перенес ОРВИ в легкой форме. С 3 мес. переведен на искусственное вскармливание.

Дополнительные исследования:

ОАК: эр. 3,8 Т/л, Нв 115 г/л, L 14 Г/л, э п8 с54 м6 лф32 СОЭ 21 мм/час.

ОАМ: сол. желт., прозр., реакция кислая., уд. вес. 1020, белок нет, сахар нет, эпит. пл. 2-1-1 в п/зр., лей. 2.-3-3. в п/зр.

R-грамма органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, в нижней доле левого легкого очаг инфильтрации.

Задания

1. Предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования больного. Оценка результатов дополнительного обследования.
3. Окончательный клинический диагноз согласно классификации, его обоснование.
4. Показана ли ребенку госпитализация?
5. Составьте программу лечения больного и дайте ее обоснование.
6. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим данное заболевание.
7. Факторы риска и профилактика развития заболевания.

Ситуационная задача № 5

Родители четырехлетней девочки обратились к участковому врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родовом зале. Выписан из роддома на 5-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 4 мес. переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес., стоит с 10 мес., ходит с 1 года. В течение года посещает детский сад. С этого же времени часто болеет

ОРВИ, которые сопровождаются затяжным (более 3 недель) кашлем. У матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2°C. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим корочечным оттенком. Аускультативно: на фоне удлинненного выдоха - рассеянные сухие, свистящие хрипы, средне-пузырчатые влажные на вдохе. ЧД - 32 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы, шумов нет. ЧСС 110 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер.

Дополнительные исследования:

ОАК: НЬ - 120 г/л, Эр - 5,1 Т/л, L 4,9 Гл, с38, э5, лф 48, м9, СОЭ - 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования и оцените их результаты.
3. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
4. Окончательный диагноз согласно классификации и его обоснование.
5. В каких случаях необходима госпитализация ребенка?
6. Составьте программу лечения больного и дайте ее обоснование.
7. Прогноз данного заболевания.

IX. ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Вариант 1

1. Какова длительность диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим острую пневмонию?
 - 1) 3 месяца 2) 6 месяцев 3) 12 месяцев 4) 1,5 года 5) 2 года.
2. Какова кратность осмотра педиатром ребенка до 3 месяцев жизни, перенесшего острую пневмонию?
 - 1) в первые 6 месяцев реконвалесценции 2 раза в месяц, далее 1 раз в месяц до 1 года
 - 2) 1 раз в месяц
 - 3) 1 раз в 3 месяца
 - 4) в первые 6 месяцев реконвалесценции 1 раз в месяц, далее 1 раз в 3 месяца до 1 года
 - 5) 1 раз в полгода
3. Дети дошкольного возраста, состоящие на диспансерном учете по поводу рецидивирующего бронхита, осматриваются участковым педиатром и пульмонологом:
 - 1) 1 раз в месяц
 - 2) 2 раза в месяц
 - 3) 1 раз в квартал
 - 4) 1 раз в 6 месяцев
 - 5) 1 раз в год.
4. План обследования детей, состоящих на диспансерном учете по поводу рецидивирующего бронхита, включает все, кроме:
 - 1) общие анализы крови и мочи,
 - 2) рентгенограмма легких по показаниям
 - 3) биохимический анализ крови
 - 4) иммунологическое и аллергологическое обследование по показаниям
 - 5) исследование ФВД
5. Для улучшения дренажной функции трахеобронхиального дерева у детей с рецидивирующим бронхитом показаны следующие мероприятия:
 - 1) позиционный, вибрационный массаж
 - 2) постуральный дренаж
 - 3) методика Толкачева
 - 4) массаж грудной клетки
 - 5) все вышеперечисленное
6. Детей-реконвалесцентов после перенесенных ОРЗ и гриппа
 - 1) освобождают на 1-2 неделю от физкультурных занятий
 - 2) освобождают на 1 месяц от физкультурных занятий
 - 3) допускают к физкультурным занятиям без ограничения физической нагрузки
 - 4) допускают к физкультурным занятиям с ограничением физической нагрузки.
7. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок:
 - 1) весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
 - 2) сроком до 3 дней, по решению ВК до 7 дней

- 3) на срок до 15 дней, далее по решению ВК
8. Стационар на дому открывается во всех случаях, кроме:
- 1) при состоянии ребенка средней степени тяжести, хороших материально-бытовых условиях, высокой медицинской грамотности родителей
 - 2) при тяжелом состоянии ребенка
 - 3) при выписке ребенка из стационара для долечивания
 - 4) при отказе родителей от госпитализации
 - 5) при нетранспортабельности ребенка
9. Для лечения "домашних" пневмоний показан
- 1) гентамицин
 - 2) амоксициллин
 - 3) бисептол
 - 4) метронидазол
 - 5) линкомицин
10. В качестве жаропонижающих средств у детей до 15 лет не используется:
- 1) физические методы охлаждения
 - 2) ацетилсалициловая кислота
 - 3) парацетамол
 - 4) нурофен
 - 5) анальгин внутримышечно

Вариант 2

1. Какова кратность осмотра педиатром ребенка в возрасте 1-3 лет, перенесшего острую пневмонию?
- 1) в первые 6 месяцев реконвалесценции 2 раза в месяц, далее 1 раз в месяц до 1 года
 - 2) 1 раз в 3 месяца
 - 3) в первые 6 месяцев реконвалесценции 1 раз в месяц, далее 1 раз в 3 месяца до 1 года
 - 4) 1 раз в 1,5 месяца
 - 5) 1 раз в полгода
2. Ребенку, состоящему на диспансерном учете после перенесенной острой пневмонии, проводятся дополнительные исследования все, кроме:
- 1) общий анализ крови
 - 2) биохимический анализ крови
 - 3) рентгенограмма легких по показаниям
 - 4) реакция Манту по показаниям
 - 5) общий анализ мочи
3. Дети школьного возраста, состоящие на диспансерном учете по поводу рецидивирующего бронхита, осматриваются участковым педиатром и пульмонологом:
- 1) 1 раз в месяц
 - 2) 2 раза в месяц
 - 3) 1 раз в квартал
 - 4) 1 раз в 6 месяцев
 - 5) 1 раз в год.
4. Детей-реконвалесцентов после перенесенной пневмонии

- 1) освобождают на 1 неделю от физкультурных занятий
 - 2) освобождают на 2 недели от физкультурных занятий
 - 3) допускают к физкультурным занятиям без ограничения физической нагрузки
 - 4) допускают к физкультурным занятиям с ограничением физической нагрузки
 - 5) освобождают на 1-2 месяца от физкультурных занятий.
5. Частота наблюдения в поликлинике в течение года за детьми, перенесшими острую пневмонию в возрасте от 3 мес. до 1 года жизни, составляет:
- 1) 1 раз в месяц;
 - 2) 2 раза в месяц в первые 6 мес, затем 1 раз в месяц;
 - 3) 1 раз в месяц в первые 6 мес, затем 1 раз в 2 месяца;
 - 4) 1 раз в 2 месяца в первые 6 мес, затем 1 раз в 3 мес;
 - 5) 1 раз в 2 мес.
6. К какой группе здоровья нужно отнести ребенка - реконвалесцента острой пневмонии.
- 1) I 2) II 3) III 4) IV 5) V
7. Базисная терапия ОРВИ в амбулаторных условиях не включает:
- 1) постельный режим на период лихорадки
 - 2) обильное витаминизированное питье
 - 3) противовирусные препараты
 - 4) антибактериальные препараты
 - 5) симптоматические средства
8. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком от 7 до 14 лет включительно лет при амбулаторном лечении выдается на срок:
- 1) весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
 - 2) на срок до 15 дней, далее - по решению ВК продляется
 - 3) сроком до 3 дней, по решению ВК до 7 дней
9. При организации стационара на дому оформляется следующая документация:
- 1) история развития ребенка
 - 2) история болезни
 - 3) санаторно-курортная карта
 - 4) карта амбулаторного пациента
 - 5) контрольная карта диспансерного больного
10. Восстановительное лечение ребенка, перенесшего острую пневмонию не включает:
- 1) ЛФК и массаж
 - 2) антибактериальную терапию
 - 3) витаминотерапию
 - 4) физиотерапию
 - 5) фитотерапию и адаптогены

Вариант 3

1. Какова кратность осмотра педиатром ребенка старше 3 лет, перенесшего острую пневмонию?
 - 1) 1 раз в месяц
 - 2) 1 раз в 3 месяца

- 3) в первые 6 месяцев реконвалесценции 1 раз в месяц, далее 1 раз в 3 месяца
- 4) 1 раз в 6 месяцев
- 5) 1 раз в год
2. Клиническим синдромом пневмонии не является
 - 1) одышка
 - 2) локальная симптоматика
 - 3) симптомы интоксикации
 - 4) лейкоцитоз и ускорение СОЭ
 - 5) диарея
4. Ребенок снимается с диспансерного учета по поводу рецидивирующего бронхита в случае:
 - 1) отсутствия рецидивов в течение 2-х лет
 - 2) отсутствия рецидивов в течение 1 года
 - 3) отсутствия рецидивов в течение 3 лет
 - 4) не снимается с учета до 18 лет
 - 5) наблюдается до 15 лет
5. Реабилитация детей с рецидивирующим бронхитом не включает:
 - 1) массаж, ЛФК
 - 2) витамины и адаптогены
 - 3) антибиотикотерапия
 - 4) рефлексотерапия и физиотерапия
 - 5) санаторно-курортное лечение.
6. Детям с острой пневмонией на фоне аллергии к антибиотикам пенициллинового ряда при амбулаторном лечении показано назначение
 - 1) пенициллина
 - 2) амоксициллина
 - 3) гентамицина
 - 4) макропена
 - 5) цефалексина
7. Показаниями для госпитализации детей с ОРВИ являются:
 - 1) первый год жизни
 - 2) тяжелые формы заболеваний, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний
 - 3) дети из закрытых коллективов
 - 4) дети из неблагоприятных материально-бытовых условий, из семей «социального» риска
 - 5) все вышеперечисленное
8. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком старше 15 лет при амбулаторном лечении выдается на срок:
 - 1) весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
 - 2) не выдается
 - 3) сроком до 3 дней, по решению ВК до 7 дней
 - 4) на срок до 15 дней, далее по решению ВК
 - 5) сроком на 30 дней, далее по решению ВК
9. Дети первого года жизни с ОРЗ наблюдаются участковым врачом-педиатром

- 1) ежедневно в течение 5 дней, затем приглашаются на прием в поликлинику для выписки
 - 2) на дому до выздоровления с выполнением ежедневных активных посещений
 - 3) на дому через день
10. План лечения острого бронхита на участке не включает:
- 1) щадящий режим
 - 2) диета витаминизированная, обильное питье
 - 3) антибактериальные препараты
 - 4) противовирусные препараты
 - 5) отхаркивающие и муколитические препараты

Эталоны ответов

№ вопроса	1 вариант	2 вариант	3 вариант
1	3	4	2
2	1	2	5
3	3	4	2
4	3	5	1
5	5	2	3
6	1	2	4
7	1	4	5
8	2	2	3
9	2	2	2
10	2	2	3

X. БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

	Алямовская Г.А. Пульмекс БЭБИ в лечении острых респираторных заболеваний, сопровождающихся кашлем // Практика педиатра.- М., январь 2008.- С. 42-45.
	Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Сенцова Т.Б., Катосова Л.К. Результаты применения препарата ИРС-19 для профилактики респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой // Дет. Доктор.- 2001.- № 5.- С.30-33.
	Беляев А.Л., Слепушкин А.Н., Феодоритова Е.Л. Профилактика гриппа и ОРВИ у детей // Медицинская сестра.- 2007.- № 4.- С. 13-15.
	Болезни органов дыхания в практике педиатра: Руководство для врачей /Под ред. А.И. Рывкина, Н.С. Побединской.- ИвГМА.- Иваново, 2003.- Ч. 1.- 250 с.
	Болезни органов дыхания в практике педиатра. Руководство для врачей /Под ред. А.И. Рывкина, Н.С. Побединской.- ИвГМА.- Иваново, 2003.- Ч. 2.- 247 с.
	Гаращенко Т.И. Выбор сосудосуживающих препаратов при риносинуситах у детей // Consilium medicum. Экстравыпуск. – 2009. – С. 8–15.
	Государственный реестр лекарственных средств. – М.: МЗ РФ, 2008.
	Диагностика угрожающих состояний и оказание неотложной помощи детям на догоспитальном этапе: Практическое пособие / Р.Р. Шиляев, А.Е. Баклушин, В.В. Чемоданов, Н.Е. Александрийская, В.П. Краснова, С.Н. Грязнов: ИвГМА.- Иваново, 2000.- 172 с.
	Дриневский В.П., Осидак Л.В., Цыбалова Л.М. Острые респираторные инфекции у детей и подростков/ Под ред. О.И. Киселева.- СПб, СпецЛит, 2003.- 181 с.
	Дубынина В.П. небулайзерная терапия острых и хронических заболеваний дыхательных путей.- М.: ООО «Интер-Этон», 2004.- 44 с.
	Ерофеева М.К., Максакова В.Л., Позднякова М.Г., Колыванова И.Л. Возможность применения липосомального альфа-2b интерферона для профилактики гриппа и других острых респираторных инфекций// Вопросы современной педиатрии.- 2007.- Т. 5.- № 1.- С. 80-84.
	Ершов Ф. Рациональная фармакотерапия гриппа и ОРВИ // Фармацевтический вестник. — 2003. — № 39. — С. 39–43.
	Зайцева О.В. Анальгетики-антипиретики в практике педиатра // Практика педиатра.- М., январь 2008.- С. 14-16.
	Заплатников А.Л. Принципы рациональной терапии острых респираторных вирусных инфекций и гриппа у детей // Consilium medicum. Экстравыпуск. – 2009. – С. 3–7.
	Заплатников А.Л. Имудон в клинической практике врача-педиатра // Практика педиатра.- М., сентябрь 2009.- С. 46-49.
	Капустина Т.Ю. Халиксол в лечении пациентов с патологией респираторного тракта // Практика педиатра.- М., январь 2008.- С. 23-25.
	Караваев В.Е., Орлова С.Н., Аленина Т.М. Стенозирующий ларинготрахеит у детей при острых респираторных заболеваниях (клиника, диагностика, лечение).- Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2006.- 56 с.
	Ключников С.О., Продеус А.П., Снимщикова И.А. Иммунотропная лекарственная нагрузка у детей-дошкольников // Практика педиатра.- М., сентябрь 2009.- С. 14-18.
	Коровина А. А., Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: Пособие для врачей. — М., 2004. — 237 с.
	Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А. Л., Творогова Т.М. Лихорадка у детей: Дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика (пособие для вра-

	чей). – М., 2006. – 54 с.
	Коровина Н.А., Захарова И.Н., Овсянникова Е.М. Лечение бронхитов у детей/ Методические рекомендации для практикующего врача.- М., 2004.- 34 с.
	Кладова О.В., Харламова Ф.С., Легкова Т.П. с соавт. Клинико–патогенетическое обоснование применения ИРС19 у детей с бронхолегочными заболеваниями // Вопросы современной педиатрии // 2002.- №1.- С.36–39.
	Классификации и алгоритмы диагностики основных заболеваний детского возраста / Под ред. А.И. Рывкина, Р.М. Ларюшкиной.- Иваново, 2003.- 302 с.
	Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине. Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова.- 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 1248 с.
	Клинические рекомендации. Педиатрия / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 272 с.
	Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний в амбулаторной практике врача-педиатра/ Руководство для врачей.- Москва 2000
	Красикова Е.И. Иммунал как средство профилактики и комплексного лечения инфекционной патологии респираторного тракта // Практика педиатра.- М., январь 2008.- С. 34-37.
	Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей / М.Д. Машковский.- М.: Новая волна, 2006.- 1206 с.
	Митюшин И.Л., Таточенко В.К., Бурцева Е.И. Эпидемиологическая эффективность инактивированной субъединичной гриппозной вакцины Инфлювак у детей // Детский доктор. – 2001.- № 5–6, С. 39–44.
	Основы вакцинопрофилактики у детей с хронической патологией / Под ред. М.П. Костинова.- М.: Медицина для всех, 2002.- 320 с.
	Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача–педиатра. – Пособие для врачей под ред. Н.А. Коровиной. – М., 2004. – 48 с.
	Острые респираторные заболевания: лечение и профилактика. Научно-практическая программа / Пособие для врачей.- М., 2004.
	Поликлиническая педиатрия: учебник / Под ред. А.С. Калмыковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 624 с.
	Поликлиническая педиатрия: учебное пособие / В.И. Чернышов, А.А. Лебедев, А.юА. сависько и др.; под ред. В.И. Чернышова.- М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2004.- 334 с.
	Приказ МЗ РФ №229 от 27.06.2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре прививок по эпидемическим показаниям».
	Приказ №773 Минздрасоцразвития от 30.10.07 г. «О внесении изменений в приказ № 229 Минздрава России от 27 июня 2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
	Применение Дерината в педиатрии: пособие для врачей / Под ред. А.И. Кусельмана.- Тверь: Триада, 2008.- 88 с.
	Рациональное использование антипиретиков в детском возрасте (Пособие для врачей).- В.П. Ветров, И.М. Османов, О.К. Ботвиньев и др. – М., 2005.- 27 с.
	Романцов М.Г. , Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 192 с.
	Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
	Самсыгина Г.А. Лечение кашля у детей // Практика педиатра.- М., декабрь 2004.- С.

24-34.	
Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник.- М.: Астра-ФармСервис, 2009.- 1760 с.	
Таточенко В.К. Еще раз о жаропонижающих средствах // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6. – №2. – С. 128–130.	
Таточенко В.К. Медикаментозная терапия и профилактика гриппа // Педиатрическая фармакология.-2007.- Т.4.- №1.- С. 86-88.	
Таточенко В.К., Намазова Л.С., Верткин А.Л., Родюкова И.С. Лихорадка у детей на догоспитальном этапе // Доктор.Ру.- декабрь 2003.- С.	
Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика. -2009 (справочник, 9-е издание, дополненное), — Москва.: ИПК КОНТИНЕНТ-ПРЕСС, 2009. — 176 с.	
Учайкин В.Ф., Эпштейн О.И., Сергеева С.А. Анаферон детский: Отечественный иммунокорректор с противовирусной активностью: Пособие для врачей-педиатров и инфекционистов.- М., 2003.- 31 с.	
Учайкин В.Ф. Вакцинопрофилактика: настоящее и будущее / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшиева.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001.- 399 с.	
Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей/ Пособие для врачей.- М., 2005.- 16 с.	
Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: учебник для вузов / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамсиева.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 687 с.	
Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство / В.Ф. Учайкин, В.П. Молочный.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 255 с.	
Участковый педиатр: справочное руководство: уч. пособие / М.Ф. Рзянкина, В.П. Молочный, В.Г. Дьяченко, Е.И. Андриюшкина / Под ред. М.Ф. Рзянкиной, В.П. Молочного.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2008.- 313 с.	
Харкевич Д.А. Фармакология: учебник5 для мед. вузов / Д.А. харкевич.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 750 с.	
Цыбулькин Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.	
Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 224 с.	
Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония.- М.: Экономика и информатика, 2002.-480 с.	
Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник.- СПб.: Издательство Питер, 2005.- Т.1.- 829 с.	
Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник.- СПб.: Издательство Питер, 2005.- Т.2.- 731 с.	
Шавалиев И.Г. Рибомунил в профилактике респираторных инфекций и их осложнений у детей (медицинские и экономические аспекты) // Вопросы современной педиатрии // 2002.- №1. - С.70–74	
Шайтор В.М., Мельникова И.Ю. Неотложная педиатрия: краткое руководство.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 160 с.	

XI. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ОРЗ	Острое респираторное заболевание
ОРИ	Острая респираторная инфекция
ОРВИ	Острая респираторная вирусная инфекция
ВДП	Верхние дыхательные пути
НДП	Нижние дыхательные пути
ДОУ	Дошкольное образовательное учреждение
ОУ	Образовательное учреждение
РС-вирус	Респираторно- синцитиальный вирус
ЦНС	Центральная нервная система
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт