

Острый ринофарингит у детей, его лечение и профилактика

Г.А.Самсыгина

ФГБУ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

В течение эпидемического сезона 2009–2010 гг. переболели гриппом и острыми респираторными инфекциями (ОРИ) 10,6% всего детского населения Москвы, что превысило аналогичные показатели заболеваемости ОРИ детей в 2008–2009 гг. и значительно превысило (в 9,12–16,16 раза) аналогичные показатели у взрослых [1]. Среди ОРИ острый ринофарингит у детей составляет около 70% от всех заболеваний. Причем частота эпизодов острого ринофарингита может достигать у детей дошкольного возраста 6–8 раз в год, а у часто болеющих детей – 8–12 и более раз в год. И только в более старшем возрасте частота заболеваемости острым ринофарингитом снижается до 1–4 эпизодов в год.

Острый ринофарингит представляет собой острое воспаление слизистой оболочки носовых ходов и глотки и воспаление лимфоидных элементов задней стенки глотки.

Причины

Основная причина ринофарингитов – вирусы, на долю которых приходится до 90% всех заболеваний у детей. По меньшей мере 25–40% всех вирусных заболеваний респираторного тракта вызывается риновирусами [2]. Известно свыше 110 серотипов риновируса, способных вызвать инфекцию дыхательных путей у взрослых и детей. Первичной областью поражения является слизистая оболочка назофарингеальной области, так как М-клетки лимфоэпителиальной зоны аденоидов содержат рецепторы межклеточных молекул адгезии 1 к риновирусу. Размножение вируса в клетках назофарингеальной зоны индуцирует продукцию таких медиаторов воспаления, как брадикинин и простагландин, интерлейкины-1 и 8 и гистамин, что приводит к запуску воспаления.

Реже встречаются вирусы парагриппа 1, 2 и 3-го типа, вирусы гриппа А и В, коронавирусы, риносинтициальный (РС) вирус и совсем редко – энтеровирусы (Коксаки А и В, ЕСНО – enteric cytopathogenic human orphan viruses), аденовирусы, пикорнавирусы и реовирусы [2]. Надо отметить, что в раннем детском возрасте РС-вирусная инфекция играет значительную роль, она может вызывать тяжелые заболевания, особенно у детей первого полугодия жизни. У детей старшего возраста и взрослых РС-вирусная инфекция почти не вызывает заболеваний, исключение составляют ослабленные и иммунокомпрометированные пациенты [2].

Приблизительно в 10% случаев острый ринофарингит имеет бактериальную природу. В таких случаях наиболее частыми причинами являются *Mycoplasma pneumoniae*, значительно реже *Chlamydia pneumoniae*, еще реже – *Chlamydia psittaci*. При наличии хронических воспалительных процессов в носоглотке – синуситах, хроническом тонзиллите – в этиологии воспаления возрастает роль анаэробных возбудителей инфекции, таких как бактероиды, пептострептококки, фузобактерии и коринабактерии.

У детей, особенно раннего возраста, микробиоценоз верхних дыхательных путей находится в процессе становления. Причем микробный пейзаж с возрастом ребенка постепенно меняется, приближаясь к таковому взрослого человека только к 5–8-летнему возрасту. Если же ребенок в силу обстоятельств неожиданно меняет свой образ жизни (например, климатогеографическую зону проживания) или начинает посещать ор-

ганизованные коллективы (детские сады, школы), то происходят существенные изменения микробного биоценоза носо- и ротоглотки. В это время со слизистой верхних дыхательных путей можно выделить весьма значительное количество микроорганизмов, включая помимо перечисленных микробов и такие, как стафилококки, клебсиеллы пневмонии, кишечную палочку и др. Эти возбудители в случаях интенсивной колонизации слизистых, при снижении резистентности организма ребенка или под воздействием острой вирусной инфекции способны стать причиной развития острой бактериальной инфекции дыхательных путей.

Диагностика

Методы лабораторной диагностики играют решающую роль при наблюдении заболевшего ребенка только в случаях тяжелого или осложненного течения ринофарингита, когда ребенка помещают в стационар [3]. Среди них выделяют методы *идентификации возбудителя (антигена)* и *методы выявления нарастания титра специфических антител в динамике заболевания*. В последние годы наиболее достоверным методом идентификации возбудителя является полимеразная цепная реакция [4, 5]. Она позволяет идентифицировать большинство вирусов, а также микоплазмы, хламидии и ряд других бактерий. Другой метод – иммунофлюоресценции – универсальный метод, сочетающий точный морфологический анализ с высокой специфичностью и разрешающей способностью [4, 5]. Он прост, высокочувствителен и позволяет получить положительный результат через несколько часов от начала исследования в отношении любого антигенного вещества вирусной, бактериальной или другой природы.

Клиническая картина

Инкубационный период при остром ринофарингите составляет обычно от 1 до 4 дней. Заболевание начинается с заложенности носа, нарушения носового дыхания, затем появляются ринорея и чиханье. Может появиться ночной кашель, обычно в начале ночи. Такой кашель возникает за счет стекания слизи по задней стенке глотки, так называемого drip-синдрома. Другими частыми симптомами являются гиперемия и отечность слизистой зева в области задней стенки глотки, некоторая болезненность при глотании, что иногда вызывает отказ ребенка от еды и даже позывы на рвоту. Ринофарингит может сопровождаться лихорадочной реакцией. Отмечается общее недомогание и кашель за счет раздражения и сухости слизистой оболочки глотки при дыхании через рот [5].

У детей первого года жизни острый ринофарингит может протекать достаточно тяжело вследствие узости носовых ходов и малого вертикального размера носовой полости. Это приводит к выраженному нарушению носового дыхания, появлению одышки, беспокойства, отказа от сосания, срыгиваний, что порождает возможность развития аспирации [5].

Средняя продолжительность заболевания в неосложненных случаях – 5–10 сут. Обычно на 3–5-й день отделяемое из носа принимает слизисто-гнойный характер, носовое дыхание улучшается, постепенно уменьшаются выделения из носа, и наступает выздоровление.

Таблица 1. Характеристика интраназальных деконгестантов и особенности их использования в педиатрии

Препараты (МНН)	Продолжительность действия, ч	Разрешенный возраст применения	Число закапываний в нос, в сут
Нафазолин	4–6	С 2 лет – в концентрации 0,025%	4–6
Тетризолин	4–6	С 5 лет – в концентрации 0,05%	4
Ксилометазолин	8–10	С 2 лет	3–4
Оксиметазолин	10–12	С рождения – 0,01% раствор	2
		С 1 года – 0,025% раствор	
		С 5 лет – 0,05% раствор	
Фенилэфрин (например, Назол Бэби)	8–10	С рождения	2–4

Примечание. МНН – международное непатентованное название.

Таблица 2. Средства, применяемые при рините у детей

Физиологический (0,9%) раствор натрия хлорида	Сосудосуживающие капли (ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин)	Назальные сосудосуживающие спреи (детям старше 6 лет)
Вводится в количестве 1–3 мл в каждую ноздрю повторно в положении ребенка лежа на спине со свешивающейся вниз головой	Дети 0–2 лет – 0,01% (Називин)	Фервекс-спрей от насморка (0,05% оксиметазолин)
	Дети 2–6 лет – 0,025% (Називин)	Назол (0,05% оксиметазолин)
	Дети 6–12 лет – 0,05% (Длянос, Отривин, Галазолин, Санорин, Називин)	Длянос (0,1% ксилометазолин)
	Дети старше 12 лет – 0,1% растворы тех же средств	Виброцил (0,025% фенилэфрин, 0,025% диметидин)
	Дети любого возраста – капли Виброцил (в 1 мл содержится 0,25 мг диметидена малеата и 2,5 мг фенилэфрина)	

При микоплазменной и хламидийной этиологии заболевание имеет тенденцию к затяжному течению, выше 2 нед, и нередко сопровождается развитием трахеита и/или бронхита.

Осложнением ринофарингита является присоединение бактериальной инфекции, обычно вызванной микрофлорой, колонизирующей верхние дыхательные пути ребенка, с развитием синуситов, бронхита, острого среднего отита, пневмонии. Это отмечается у ослабленных и у иммунокомпрометированных детей. Другим осложнением ринофарингита является обострение хронической легочной патологии: декомпенсация бронхолегочной дисплазии, обострение хронического бронхита, бронхиальной астмы и др. [5].

Дифференциальный диагноз

Обычно дифференциальная диагностика острого ринофарингита требуется только при его затяжном течении, когда необходимо исключить неинфекционную природу заболевания: аллергический и вазомоторный риниты, поллиноз, инородное тело в полости носа, а также, но крайне редко, дифтерию носа. Здесь основное значение имеют анамнез и лор-осмотр, включая эндоскопию полости носа, рентгенограмму носа, а иногда и носоглотки (фиброскопию), ультразвуковое сканирование [5].

Терапия

Лечение острого ринофарингита определяется возрастом ребенка, тяжестью течения и осложнениями заболевания. При состояниях средней тяжести и тяжелом показан постельный режим, который продолжается от 3–4 дней до 5–7 дней. Диета обычная, но на время острого периода заболевания необходимо исключить горячее, холодное, кислую, острую пищу. Пить ребенку следует больше обычного. Широко используются согревающие процедуры: согревающая повязка на горло, согревающие ножные ванны и т.д. Если ребенок способен полоскать горло, то ему прописывают полоскание глотки антисептическими растворами с морской солью, с травами (например, раствором хлорофиллипта, эвкалипта, препаратом Ротокан и др.) 3–4 раза в день, желательное после приема пищи [4].

При лечении ринита следует учитывать его стадию. Их три: сухая стадия (заложенность носа, стадия раздражения), стадия серозного отделяемого и стадия

слизисто-гнойного отделяемого, или стадия разрешения. В I стадию неплохой эффект достигается от местного введения иммунных и противовирусных препаратов, например интерферона (ИФН), Виферона в виде капель, спрея, мази [4, 5]. Кроме того, необходимо промывание полости носа солевыми растворами, способствующими лучшему очищению слизистой оболочки носа и элиминации вирусов. Это готовые препараты из воды минеральных источников или морской воды. Данные средства способствуют разжижению слизи и облегчают ее удаление из носа, усиливают резистентность слизистой оболочки носа к болезнетворным бактериям и вирусам. В стадии серозной экссудации рекомендуется применять местные вяжущие препараты (Колларгол и Протаргол), изотонические растворы для промывания носа, деконгестанты в виде геля или капель в нос. В III стадии также используются изотонические растворы для промывания носа, сосудосуживающие препараты.

Некоторые интраназальные сосудосуживающие капли (вазоконстрикторы, деконгестанты) представлены в табл. 1, 2.

Следует помнить, что из-за опасности формирования медикаментозного ринита (синдром «рикошета») длительность их использования у детей примерно в 2 раза короче, чем у взрослых, и составляет 3–5 дней.

С целью разжижения густого и вязкого носового секрета рекомендуется введение Ринофлуимуцила (N-ацетилцистеина).

В настоящее время в мировой медицине имеется тенденция к использованию топических препаратов для купирования инфекционно-воспалительных заболеваний носоглотки. Это обусловлено ростом аллергии населения большинства стран, высоким процентом побочных действий системных препаратов и их невысоким эффектом в отношении воспалительных заболеваний глотки [6].

Лекарственные препараты, используемые для местного лечения, можно условно разделить на несколько групп: местные антибиотики, антисептики, местные антимикотики, иммунокорректоры, гомеопатические средства. Наиболее часто при остром ринофарингите назначают лекарственные препараты, обладающие местным антисептическим эффектом. Одним из таких средств является препарат Стрепсилс для детей. Он назначается с 5 лет. 2,4-дихлорбензиловый спирт, на ко-

Таблица 3. Дозы, путь и кратность введения макролидных антибиотиков			
Антибиотик	Дозы	Пути введения	Кратность введения, в сутки
Эритромицин	Детям до 12 лет 40 мг/кг массы тела	Перорально	4 раза
	Для детей старше 12 лет 0,25–0,5 г каждые 6 ч		
Спирамицин	Детям до 12 лет 15 000 Ед/кг массы тела	Перорально	2 раза
	Для детей старше 12 лет 500 000 Ед каждые 12 ч		
Рокситромицин	Детям до 12 лет 5–8 мг/кг массы тела	Перорально	2 раза
	Для детей старше 12 лет 0,25–0,5 г каждые 12 ч		
Азитромицин	Детям до 12 лет 10 мг/кг массы тела в первые сутки, затем 5 мг/кг массы тела в сутки в течение 3–5 дней	Перорально	1 раз
	Для детей старше 12 лет по 0,5 г 1 раз в день каждый день		
Кларитромицин	Детям до 12 лет 7,5–15 мг/кг массы тела	Перорально	2 раза
	Для детей старше 12 лет по 0,5 г каждые 12 ч		

тором он основан, вызывает дегидратацию клеток микроорганизмов, оказывает прямое воздействие на РС и коронавирусы, однако не оказывает влияния на риновирусы и аденовирусы [7]. Препарат обладает антимикотическим и антисептическим действием, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Детям от 2,5 года можно рекомендовать такие топические препараты, которые используются для орошения глотки антисептическими или содержащими антибактериальные средства аэрозолями (например, Биопарокс, Гексорал, Ингалипт, Каметон, Стопангин, Йокс, Тантум Верде и др.) по 2–3 дозы 2–4 раза в день. Детям младшего возраста от 6 мес жизни можно рекомендовать назначение гомеопатических препаратов: Оциллококцинума, Вибуркола, Афлубина, Анаферона детского – детям до 3 лет 1/2 таблетки 2–3 раза в сутки, детям старше 3 лет по таблетке 3–4 раза в день. Исключение составляет Оциллококцинум, который назначается по 1 тубе 1 раз в сутки, и Вибуркол, который назначается в свечах – детям первых 3 лет жизни по 1 свече ректально, детям старше 3 лет – по 2 свечи ректально в день. Длительность курса терапии гомеопатическими препаратами составляет 3–5 дней.

При тяжелом заболевании, для которого характерны выраженная интоксикация, гипертермия (свыше 39,5°C), в терапию наряду с указанными препаратами целесообразно включить рекомбинантный препарат ИФН или индукторы ИФН, которые являются неселективными противовирусными химиопрепаратами [5].

К препаратам с противовирусным, иммуномодулирующим, противовоспалительным, антиоксидантным действием можно отнести Виферон, содержащий человеческий рекомбинантный ИФН-α₂ в присутствии аскорбиновой кислоты и α-токоферола ацетата, под действием которых возрастает противовирусная активность рекомбинантного ИФН, усиливается его иммуномодулирующее действие на Т- и В-лимфоциты, нормализуется уровень иммуноглобулина (Ig) Е, происходит восстановление функционирования эндогенной системы ИФН. Кроме того, аскорбиновая кислота и α-токоферола ацетат, являясь высокоактивными антиоксидантами, обладают противовоспалительным, мембраностабилизирующим, а также регенерирующим свойствами [8, 9]. Рекомбинантный препарат ИФН-α₂ (Виферон) вводится ректально 2 раза в сутки в свечах по 150 000 МЕ (Виферон 1) детям до 5 лет и по 500 000 МЕ (Виферон 2) детям 5 лет и старше в течение 5 дней. Через 2–3 дня, если есть необходимость, прием Виферона повторяют по 1 свече 2 раза в день 1 день, и таких курсов проводят 4–6.

С 2,5 года может быть использован индуктор синтеза эндогенного ИФН Арбидол. Арбидол назначается по 0,05 г (Арбидол детский) 2 раза в сутки детям до 7 лет, по 0,25 г 2 раза в сутки детям старше 7 лет. Арбидол используется также в первые 2–3 дня острого ринофарингита в течение 2 дней, затем делается 3-дневный перерыв и лечение повторяется 1 день (таких повторений делается 2–3). При осложненных формах ринофарингита – вначале 5 дней, затем по 1 разу в неделю в

течение 4 нед. Индуктор синтеза ИФН Амиксин применяют у детей старше 7 лет внутрь после еды по 60 мг 1 раз в день на 1, 2 и 4-й дни от начала лечения.

Противовирусные лекарственные средства, такие как римантадин (Ремантадин) и римантадин/альгинат, обладают активностью по отношению к вирусу гриппа А, особенно типа А2, и в меньшей степени В. Поэтому показанием к их назначению является установленная или высоко вероятная гриппозная этиология болезни (соответствующая эпидемиологическая обстановка, тяжелая, прогрессирующая симптоматика, «запаздывание» катаральных симптомов острого респираторного заболевания (ОРЗ) на несколько часов – 1–2 дня). Римантадин является производным адамантана, т.е. это – селективный противовирусный препарат. Его противовирусное действие основано на способности ингибировать специфическую репродукцию вируса на ранней стадии после проникновения в клетку и до начала транскрипции РНК. Для лечения тяжелых форм гриппа римантадин назначают по 50 мг 2 раза в сутки детям 7–10 лет и 3 раза в сутки детям старше 10 лет. Детям в возрасте 3–7 лет римантадин дают в дозе 1,5 мг/кг в сутки в 2 приема. Курс лечения – 5 дней. Для детей раннего возраста римантадин используется в смеси с альгинатом – Альгирем (0,2%) сироп. Он применяется у детей 1–3 лет по 10 мл, 3–7 лет – по 15 мл: 1-й день – 3 раза, 2–3-й дни – 2 раза, 4-й – 1 раз в день (римантадина не более 5 мг/кг в сутки).

Ингибитор нейраминидазы осельтамивир (Тамифлю) тоже является селективным противовирусным препаратом и эффективен против вируса гриппа А, в том числе H1N1 [10]. Тамифлю назначается по следующей схеме в течение 5 дней:

Масса тела ребенка, кг	Рекомендованная доза, мг
<15	30 – 2 раза в сутки
>15–23	45 – 2 раза в сутки
>23–40	60 – 2 раза в сутки
>40	75 – 2 раза в сутки

При хламидийной и другой этиологии острого ринофарингита в нетяжелых случаях можно назначить Кипферон. Препарат представляет из себя композицию, состоящую из известного комплексного иммунобиологического препарата (КИП), содержащего иммуноглобулины трех основных классов – IgG, IgA и IgM, и рекомбинантного человеческого ИФН-α₂. Сочетает действие специфических антител, содержащихся в КИП, и антибактериальное, противовирусное, противовоспалительное и иммуномодулирующее действие рекомбинантного ИФН-α₂. В КИП содержатся специфические антитела против герпес-вирусов, ротавирусов, хламидий, стафилококков, повышенная концентрация антител к энтеробактериям и другим патогенным микроорганизмам. Рекомбинантный ИФН-α₂ ингибирует внутриклеточные стадии развития вирусов, хламидий, риккетсий, действует на бактерии, обладает иммунокорректирующим и противоопухолевым свойствами, стимулирует антибактериальный, противовирусный и антипротозойный иммунитет.

При микоплазменной или хламидийной этиологии острого ринофарингита также используют местную

антибактериальную терапию фузафунгином (Биопароксом) или при ее неэффективности системные антибиотики – макролиды. Макролидные антибиотики характеризуются практически одинаковой антибактериальной активностью по отношению к *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae*, поэтому их выбор определяется индивидуальной переносимостью и удобством используемой лекарственной формы (табл. 3).

Из симптоматической терапии при остром ринофарингите в основном используется жаропонижающая и противокашлевая терапия, если в них есть необходимость.

Жаропонижающая терапия при нетяжелом и неосложненном ринофарингите назначается редко. Однако при тяжелом течении, особенно у детей раннего возраста, нередко в первые дни заболевания отмечается гипертермия до 39,5°C и более. Тогда приходится назначать антипиретики (парацетамол или ибупрофен, а также литическую смесь).

Показания для снижения температуры:

- ранее здоровым детям в возрасте старше 3 мес – при температуре больше 39,0–39,5°C и/или при дискомфорте, мышечной ломоте и головной боли;
- детям с фебрильными судорогами в анамнезе, с тяжелыми заболеваниями сердца и легких, а также от рождения до 3 мес жизни – при температуре больше 38–38,5°C.

Парацетамол назначается внутрь или ректально из расчета 10–15 мг/кг в сутки в 3–4 приема. Суточная доза не должна превышать 60 мг/кг. Ибупрофен назначается также внутрь из расчета 5–10 мг/кг в сутки в 3–4 приема. При температуре выше 40°C используют литическую смесь, в которую входит хлорпромазин (Аминазин) 2,5% раствор 0,5–1,0 мл, прометазин (Пипольфен) в растворе 0,5–1,0 мл. Литическую смесь однократно вводят внутримышечно. В тяжелых случаях в смесь включают метамизол натрия (анальгин) в виде 10% раствора из расчета 0,2 мл на 10 кг массы тела.

Противокашлевая терапия представлена препаратами отхаркивающего и обволакивающего действия, среди них препараты Бронхikum, Глицирам, грудные сборы №1, 2, 3 и др.

Противокашлевые отхаркивающие и обволакивающие лекарственные средства показаны только в случаях, когда заболевание сопровождается непродуктивным, мучительным, болезненным кашлем, приводящим к нарушению сна и аппетита ребенка. Отхаркивающие лекарственные средства показаны, если кашель не сопровождается наличием густой, вязкой мокроты, но отделение ее затруднено. Препараты назначают при выраженном кашле на 7–10 дней. Надо сказать, что отхаркивающие средства применяются очень широко, хотя строгих клинических исследований этих средств практически не проводилось.

Электрпроцедуры (ультравысокочастотная, сверхвысокочастотная терапия, диатермия) показаны при осложненном ринофарингите, но эффективность «прогреваний» грудной клетки, электрофореза лекарств, все еще широко использующихся в нашей стране, не доказана, так что их применять не следует. Сомнителен и эффект ультрафиолетового облучения зева тубус-кварцем. Горчичники, банки, жгучие пластыри и растирания болезненны, чреваты ожогами и аллергическими реакциями.

Большая часть детей с острыми ринофарингитами остаются под наблюдением амбулаторно-поликлинического учреждения и не требует госпитализации. При этом важно, чтобы ребенок во время болезни не посещал детское дошкольное учреждение или школу. При первом посещении ребенка на дому участковый педиатр определяет тактику ведения ребенка: кратность посещений, вопросы организации питания, питьевого и лечебно-охранительного режимов, ухода, лечебных мероприятий. Больные дети в возрасте до 1 года с острым ринофарингитом наблюдаются участковым педиатром на дому ежедневно до полного выздоровления, а частота визитов к детям более стар-

шего возраста решается индивидуально в зависимости от характера и тяжести заболевания. При улучшении состояния ребенка с ОРЗ можно рекомендовать долечение в стационаре дневного пребывания детской поликлиники или отделения восстановительного лечения. Перенесшие острый ринофарингит дети уже через 2–3 нед могут заниматься в школе как физкультурой, так и спортом.

Показаниями для госпитализации детей в стационар являются тяжелые и осложненные формы заболевания и нетяжелые формы заболевания у детей из социально неблагополучных семей, прежде всего детей раннего возраста.

Профилактические мероприятия

Профилактика острого ринофарингита предполагает предотвращение контакта ребенка с источником инфекции. Основные меры следующие:

- ограничение контактов ребенка в сезоны повышения респираторной заболеваемости;
- ограничение посещения детских учреждений детьми со свежими катаральными симптомами;
- сокращение использования городского транспорта для поездок с детьми;
- удлинение времени пребывания ребенка на свежем воздухе;
- ношение масок членами семьи, имеющими признаки ОРЗ.

Основным методом повышения сопротивляемости ребенка инфекционным агентам служит **закаливание**. Начинать закаливание надо с первых недель жизни – это воздушные ванны во время пеленания, гимнастики, перед купанием. Для закаливания следует использовать и купание: по окончании ванны уместно облить ребенка водой с температурой на 2–4°C ниже, чем вода в ванне. На втором году к обливанию после ванны (2–3 раза в неделю) можно добавить ежедневное мытье ног прохладной водой. Хорошим закаливающим эффектом обладает контрастный душ: смена теплой воды (до 40°C на 30–40 с) холодной (14–15°C), увеличивая воздействие последней от 15–20 с до 30 с. Любая закаливающая процедура должна вызывать положительные эмоции, если ребенок «ежится», боится, его принуждать не следует.

Закаливание после нетяжелого острого ринофарингита можно возобновить (или начать) через 7–10 дней, при заболевании с длительностью температурной реакции более 4 дней – через 2 нед, а после 10-дневной лихорадки – через 3–4 нед.

ИФН-профилактика особо показана детям с неблагоприятным преморбидным фоном, детям, начинающим посещать детские учреждения, а также всем детям во время вспышки гриппа. Препараты ИФН, используемые для профилактики острого ринофарингита: Виферон в свечах в дозе 15–500 000 ед. 1–2 раза в сутки в течение 7 дней, затем 1 раз в сутки 2 раза в нед в течение 4 нед – или Гриппферон – детям с 1 года жизни вводят по 5 капель 2 раза в сутки в течение 7–10 дней.

Значительное распространение получили бактериальные вакцины против нескольких респираторных возбудителей, созданные на основе рибосомальных фракций патогенных бактерий (Рибомунил) или их лизатов (Бронхомунал, ИРС 19) [11]. Рибомунил приводит к активной выработке специфических антител против антигенов наиболее распространенных легочных патогенов. Рибомунил хорошо переносится и может применяться у детей разных возрастных групп, не обладает значимыми побочными эффектами (наиболее распространенный – гиперсаливация в начале лечения, не требующая прекращения терапии) и может сочетаться с другими вакцинами и иммуномодуляторами. Убедительно доказано повышение профилактической эффективности комплексного применения Рибомунила или Виферона при проведении вакцинации против гриппа у детей из групп риска.

С целью профилактики также назначают *гомеопатические препараты* [12], например:

- Оциллококцинум по 1 дозе (1 тубе) растворить в 1/2 стакана воды 1 раз в неделю в течение 4 нед детям всех возрастов.
- Анаферон детский по 1 таблетке сублингвально в день детям с 6 мес курсом до 3 мес.
- Афлубин по 5 капель детям с 6 мес до 12 лет, детям старше 12 лет по 10 капель, растворить в 15 мл воды 2 раза в день.
- Инфлюцид детям от 3 до 6 лет по 1/2 таблетки 2 раза в день, старше 6 лет по 1 таблетке сублингвально 2 раза в день курсом 1 мес.

Гомеопатические препараты практически не оказывают побочных действий, их можно назначать в эпидемиологический период.

Литература

1. Лыткина И.Н. Анализ заболеваемости гриппом и другими респираторными инфекциями по г. Москве в эпидсезон 2009–2010 гг. *Еженедельный информационный бюллетень Роспотребнадзора*. 2010; с. 22–6.
2. Bartlett JG. *Management of respiratory tract infection*; 3rd Ed. Philadelphia 2001; 178–82.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.
4. Ключников С.О., Зайцева О.В., Османов И.М. и др. Острые респираторные заболевания у детей. Пособие для врачей. *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии*. 2008; 3: 1–36.
5. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р. Инфекции верхних дыхательных путей. Педиатрия. Национальное руководство. Т. 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; с. 56–62.
6. Егорова О.А. Целесообразность применения местных антимикробных препаратов при лечении инфекций верхних дыхательных путей. *Фарматека*. 2006; 5: 107–9.
7. Oxford JS, Lambkin R, Gibb I et al. A throat lozenge containing amyl meta cresol and dichlorobenzyl alcohol has a direct virucidal effect on respiratory syncytial virus, influenza A and SARS-CoV. *Antiviral Chemis Chemother* 2005; 16 (2): 129–34.
8. Малиновская В.В. Онтогенез системы ИФН и принципы применения ИФН в практической педиатрической практике. В сб.: *Современные аспекты применения интерферонов и других иммуномодуляторов*. М., 1990; с. 70–1.
9. Малиновская В.В., Безруков К.Ю. и др. Система интерферона при острых респираторных вирусных инфекциях у детей раннего возраста и пути коррекции ее недостаточности. *Тез. 12 Всесоюз. съезда детских врачей*. 1988; с. 167.
10. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р. Инфекции верхних дыхательных путей. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. акад. РАН и РАМН А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; с. 514–6.
11. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей. Пособие для врачей. Под ред. Л.С. Балевой, Н.А. Коровиной, В.К. Таточенко. М.: Агентство медицинского маркетинга, 2006.
12. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРВИ в эпидемиологические и межэпидемиологические периоды в организованных коллективах. Методическое пособие.