

А.Л.ЗАПЛАТНИКОВ, д.м.н., профессор, РМАПО, Москва

Современные подходы к терапии ОРВИ и гриппа у детей

Самой частой инфекционной патологией человека являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), причем у детей частота возникновения ОРВИ составляет до 90% среди всех инфекционных заболеваний. Основными этиологическими агентами ОРВИ являются аденовирусы, риновирусы, вирусы РС-инфекции, гриппа и парагриппа, коронавирусы, а также вирусы ЕСНО и Коксаки (тип А и В). Независимо от этиологии все ОРВИ имеют очень много общего — как в эпидемиологии, патогенезе, так и в клинической симптоматике [5, 7, 9].

Инфекция при ОРВИ передается воздушно-капельным путем. Продолжительность инкубационного периода составляет от 2 до 5 (в среднем 2—3) суток. В клетках эпителия респираторного тракта в результате инфицирования происходит активное размножение возбудителей с развитием процессов острого воспаления. Первичная вирусная репликация заканчивается высвобождением из инфицированных клеток дочерних вирионов, что сопровождается вирусемией, которая, как правило, носит кратковременный характер и не приводит к генерализации, но при определенных условиях (недоношенности, морфофункциональной незрелости, иммунодефицитных состояниях и др.) может способствовать тяжелому течению заболевания и развитию осложнений [7, 9].

Клиническая картина ОРВИ складывается из общих и местных симптомов. При этом такие общие проявления ОРВИ, как вялость, недомогание, головная боль, чувство разбитости, лихорадка и др., возникают не только из-за кратковременной вирусемии, но и в результате системного воздействия на организм провоспалительных цитокинов. Местные симптомы ОРВИ (гиперемия слизистой небных миндалин и глотки, кашель, чиханье, насморк, заложенность носа, боль в горле и др.) отражают процессы катарального воспаления слизистых оболочек респираторного тракта.

Следует отметить, что выраженность как общих, так и местных клинических проявлений ОРВИ может быть весьма вариабельна. Это зависит от целого ряда факторов, основными из которых являются индивидуальные и возрастные особенности детского организма, его фоновые состояния, а также особенности этиологии заболевания. При этом определенные респираторные вирусы могут иметь большую тропность к слизистым определенным отделам органов дыхания. Это обуславливает избирательность различных возбудителей ОРВИ к эпителию конкретных участков респираторного тракта и развитию воспалительных изменений преимущественно

в местах типичной локализации. В связи с этим ОРВИ различной этиологии могут иметь характерные клинические особенности (табл. 1).

Например, типичным признаком ОРВИ гриппозной или парагриппозной этиологии является преимущественное поражение гортани с развитием стенозирующего ларингита (ложного крупа). Риновирусы и коронавирусы чаще вызывают «обычную простуду» в виде ринита и назофарингита; вирусы Коксаки — острые заболевания носоглотки в виде фарингита, герпангины; аденовирусная инфекция — в подавляющем большинстве случаев лихорадки с фарингоконъюнктивитом. ОРВИ с синдромом бронхиальной обструкции (особенно у детей раннего возраста) наиболее часто вызывают респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус) и вирус парагриппа. В ряде случаев выявление клинических синдромов, характерных для ОРВИ определенной этиологии, позволяет эмпирически предположить генез заболевания, своевременно назначить этиотропную терапию и, таким образом, существенно повысить эффективность лечения.

ЭТИОТРОПНАЯ И ИММУНОТЕРАПИЯ ОРВИ

Возможности этиотропной терапии ОРВИ у детей в последние годы существенно расширились за счет пополнения фармацевтического арсенала врачей-педиатров России новыми противовирусными препаратами [1, 2, 8]. Для лечения гриппа и других ОРВИ в детской практике могут применяться такие противовирусные препараты, как производные римантадина, озельтамивира, индукторы интерферона, а также природные и рекомбинантные интерфероны

■ По данным ВОЗ, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) обуславливают до 40% всех инфекционных заболеваний детей и до 60—80% заболеваний в младшем детском возрасте. Несмотря на благоприятный исход, опасность ОРВИ заключается в присоединении бактериальной инфекции и развитии осложнений со стороны ЦНС.

Таблица 1. Характерные клинические проявления ОРВИ, в зависимости от этиологии заболевания [5, 7, 9]

Характерные клинические проявления	Возбудитель
Ринофарингит	Риновирусы; коронавирусы; вирусы гриппа А, В; вирусы парагриппа; РС-вирусы; аденовирусы
Фаринготонзиллит	Аденовирусы; вирусы Коксаки А, В
Герпангина	Вирусы Коксаки А
Фарингоконъюнктивальная лихорадка	Аденовирусы
Стенозирующий ларингит (ложный круп)	Вирусы гриппа; вирусы парагриппа
Бронхиолит	РС-вирусы; вирусы парагриппа

Таблица 2. Противовирусные препараты, разрешенные для лечения детей с ОРВИ и гриппом [1, 8]

Группы противовирусных препаратов
<i>Ингибиторы репродукции вируса гриппа (римантадин и его аналоги):</i> ремантадин, альгирем
<i>Ингибиторы нейраминидазы вируса гриппа (озельтамивир):</i> тамифлю
<i>Интерфероны:</i> лейкинферон, интерферон человеческий лейкоцитарный сухой, виферон, гриппферон
<i>Индукторы эндогенного интерферона:</i> арбидол, амиксин, циклоферон, анаферон

Рисунок. Тактика выбора «средств от кашля» при ОРВИ у детей



(табл. 2). Однако спектр действия производных римантадина и озельтамивира ограничен лишь вирусами гриппа, в то время как препараты интерферона, а также индукторы эндогенного интерферона обладают широким противовирусным действием, ингибируя различные респираторные вирусы.

Противогриппозные препараты представлены производными римантадина и озельтамивира [1, 8]. Производные римантадина (альгирем, римантадин) ингибируют раннюю стадию специфической репродукции вируса гриппа, нарушают процессы передачи вирусного генетического материала в цитоплазму клетки, а также угнетают выход вирусных частиц из клетки. Однако применение препаратов римантадина ограничено теми формами гриппозной инфекции, которые вызваны вирусом гриппа типа А, причем наибольший терапевтический эффект римантадина отмечается при лечении гриппа А2. Следует также обратить внимание на возрастные ограничения. Так, если римантадин официально разрешен к применению у детей старше 7 лет, то альгирем можно назначать детям старше 1 года (табл. 3). В связи с тем, что римантадин и его производные обладают узким спектром действия (ингибируют только 1 из 3 эпидемических штаммов гриппа), а также из-за быстро формирующегося высокого уровня резистентности к ним возбудителей гриппа, в последние годы их назначают значительно реже, чем в предыдущие десятилетия.

Специфическим противовирусным препаратом, который избирательно ингибирует нейраминидазу вирусов гриппа типа А и В, является озельтамивир (тамифлю) [1, 8]. Активное участие в процессах вирусной репликации, а также в высвобождении дочерних вирионов из инфицированных клеток принимает нейраминидаза вируса гриппа. Озельтамивир, ингибируя нейраминидазу, нарушает репликацию вирусов гриппа, препятствует выходу вирионов из инфицированной клетки и тем самым предотвращает дальнейшее распространение инфекции в организме. В связи с тем, что максимальная эффективность озельтамивира и производных римантадина отмечается при их назначе-

нии не позднее первых-вторых суток с момента заболевания, то экстренная этиологическая верификация респираторной инфекции необходима уже при первичном обращении пациента (у постели больного!). Однако из-за отсутствия доступных методов экспресс-диагностики гриппозной инфекции применение данных препаратов существенно сдерживается, и их использование может быть оправдано лишь в условиях эпидемического подъема заболеваемости гриппом.

Препараты интерферона и индукторы эндогенного интерферона. Для лечения и профилактики респираторных инфекций у детей с успехом используются препараты интерферона [2]. В многочисленных клинических исследованиях доказаны их высокая терапевтическая эффективность и безопасность. Следует подчеркнуть, что препараты интерферона обладают универсальным противовирусным эффектом. Механизм противовирусного действия интерферона обусловлен тем, что он активирует процессы синтеза специфических внутриклеточных ферментов, нарушающих размножение вирусов. Под воздействием интерферонов в клетках организма синтезируются ферменты, тормозящие образование вирусных белков и расщепляющие вирусные РНК. Интерфероны также стимулируют экспрессию антигенов I и II классов главного комплекса гистосовместимости, что изменяет топографию клеточной мембраны, препятствует прикреплению вирусов к клеточной оболочке и нарушает их проникновение внутрь клеток. Помимо этого интерфероны, активизируя цитотоксическую активность Т-лимфоцитов, стимулируют лизис клеток, инфицированных вирусами. Таким образом, они препятствуют вирусному инфицированию, а также подавляют репродукцию вирусов на стадии синтеза специфических белков. Среди препаратов интерферона выделяют природные интерфероны (интерферон человеческий лейкоцитарный, лейкоинтерферон) и рекомбинатные (виферон, гриппферон и др.) (табл. 2). В последнее время предпочтение все чаще отдается рекомбинатным интерферонам.

Лекарственные препараты, повышающие способность клеток организма к синтезу эндогенного интерферона, относят к индукторам интерферона. К химиотерапевтическим индукторам эндогенного интерферона относятся производные тилорона (амиксин), арбидол и циклоферон (табл. 2). Кроме того, анаферон — иммуномодулятор, содержащий сверхмалые дозы аффинно очищенных антител к гамма-интерферону (γ -ИФН), обладает эффектом усиления образования интерферона. Выбор индукторов эндогенного интерферона у детей раннего возраста ограничен, т.к. официально разрешен лишь анаферон (табл. 3). При этом использование

у детей первых лет жизни таких препаратов, как арбидол, циклоферон, тилорон, в силу ряда причин ограничено жесткими возрастными рамками. В соответствии с официальными рекомендациями применение арбидола не разрешено детям до 3 лет, циклоферона — до 4 лет, амиксина — до 7 лет [1, 8].

В связи с тем, что использование вирусологической экспресс-диагностики в широкой практике ограничено, а верификация этиологии, основанная только на клинических данных, носит лишь предположительный характер, детям для лечения ОРВИ назначают в основном препараты, обладающие широким противовирусным спектром (интерфероны и индукторы эндогенного интерферона). Следует подчеркнуть, что лишь при своевременном — с первых часов заболевания — назначении противовирусных препаратов они оказывают максимальный терапевтический эффект. При этом применение данных препаратов в комплексной терапии гриппа и ОРВИ позволяет не только существенно уменьшить выраженность воспалительных процессов и продолжительность заболевания, но и снижает риск развития осложнений в целом.

Особо следует отметить, что в случае развития ОРВИ у часто болеющих детей могут быть использованы бактериальные иммуномодуляторы, такие как ликолипид, в состав которого входит глюконозамид пептид — полусинтетический аналог минимального биологически активного фрагмента клеточной стенки бактерий, высокоочищенные бактериолизаты, рибосомально-протеогликановые комплексы (рибомунил). В целом механизм действия всех иммуномодуляторов бактериального происхождения обусловлен стимуляцией фагоцитов, натуральных киллеров и повышением



■ Назначение противовирусных препаратов с первых часов заболевания способствует максимальному терапевтическому эффекту. Применение противовирусных препаратов в комплексной терапии гриппа и ОРВИ позволяет не только существенно уменьшить выраженность воспалительных процессов и продолжительность заболевания, но и снижает риск развития осложнений в целом.

Таблица 3. Противовирусные лекарственные средства, разрешенные для лечения гриппа и других ОРВИ у детей [1, 8]

Торговое название и форма выпуска	МНН активного вещества	Показания к применению	Способ применения и режим дозирования	Противопоказания
Альгирем (сироп 0,2% р-р — 100 мл)	Римантадин	Грипп А (особенно А2 типа)	Внутрь, после еды: Детям в возрасте от 1 до 3 лет: В 1 день по 10 мл 3 раза в сутки (суточная доза 60 мг). Во 2—3 дни по 10 мл 2 раза в сутки (суточная доза 40 мг). В 4 день по 10 мл 1 раз в сутки (суточная доза 20 мг). Детям в возрасте от 3 до 7 лет: в 1 день по 15 мл 3 раза в сутки (суточная доза 90 мг). Во 2—3 дни по 15 мл 2 раза в сутки (суточная доза 60 мг). В 4 день по 15 мл 1 раз в сутки (суточная доза 30 мг). Суточная доза не должна превышать 5 мг/кг	1. Возраст — менее 1 года. 2. Острые заболевания печени. 3. Острые заболевания почек. 4. Тиреотоксикоз. 5. Гиперчувствительность к римантадину и компонентам, входящим в состав препарата. Особые указания: у лиц, страдающих эпилепсией, на фоне применения препарата повышается риск развития эпилептического припадка!
Ремантадин (таб. 0,05 г)	Римантадин	Грипп А (особенно А2 типа)	Внутрь, после еды: Детям в возрасте 7—10 лет — по 50 мг 2 раза в сутки. Детям в возрасте 10—14 лет — по 50 мг 3 раза в сутки. Курс лечения — 5 дней	-//-
Тамифлю (порошок для приготовления суспензии 12 мг/1 мл; капс. 0,075 г)	Озельтамивир	Грипп (тип А и В)	Внутрь, независимо от приема пищи: Детям в возрасте от 1 года до 8 лет: — масса <15 кг — по 30 мг 2 раза в сутки; — масса 15—23 кг — 45 мг 2 раза в сутки; — масса 23—40 кг — по 60 мг 2 раза в сутки; — масса > 40 кг — по 75 мг 2 раза в сутки. Детям в возрасте старше 8 лет — по 75 мг 2 раза в сутки. Курс лечения — 5 дней	1. Возраст — до 1 года. 2. Гиперчувствительность. 3. Почечная недостаточность. 4. Печеночная недостаточность
Арбидол (таб. 0,05 г таб. 0,1 г)	*	Грипп (тип А и В), а также ОРВИ другой этиологии	Внутрь, до еды: Детям в возрасте от 3 до 6 лет — по 50 мг 3 раза в сутки. Детям в возрасте от 6 до 12 лет — по 100 мг 3 раза в сутки. Детям в возрасте старше 12 лет — по 200 мг 3 раза в сутки. Курс лечения: При неосложненных формах гриппа и ОРВИ — 3 дня. При осложненных формах гриппа и ОРВИ — 5 дней, с последующим приемом 1 раз неделю в возрастных дозах в течение 3—4 нед.	1. Возраст — до 3 лет. 2. Гиперчувствительность
Амиксин (таб. 0,06 г; таб. 0,125 г)	Тилорон	Грипп, а также ОРВИ негриппозной этиологии	Внутрь, после еды: Детям старше 7 лет: в 1 день — по 0,06 г 1 раз в сутки. Во 2 день — по 0,06 г 1 раз в сутки. Затем — по 0,06 г 1 раз в 2 суток (интервал между приемом — 48 часов). Курс лечения: 1 неделя. Всего 0,18—0,24 г на курс	1. Возраст — менее 7 лет. 2. Гиперчувствительность к препарату
Циклоферон (таб. 0,15)	*	ОРВИ и грипп	Внутрь, за 30 мин до еды. Детям в возрасте 4—6 лет: по 0,15 г 1 раз в сутки. Детям в возрасте 7—11 лет: по 0,3 г 1 раз в сутки. Детям старше 12 лет: по 0,45 г 1 раз в сутки. Курс лечения: 5—9 таб.	1. Возраст — менее 4 лет. 2. Гиперчувствительность к препарату. 3. Цирроз печени
Анаферон	*	ОРВИ и грипп	Внутрь, по 1 таб. на прием (держать во рту до полного растворения), за 20 мин до или после приема пищи, питья. В 1-й день терапии: в первые 2 часа — по 1 таб. каждые 30 мин (5 приемов), затем еще 3 таб. через примерно равные промежутки времени (всего в первые сутки заболевания принять 8 таб.) со 2-х суток терапии и далее — по 1 таб. 3 раза в сутки	1. Возраст — менее 6 мес. 2. Гиперчувствительность к препарату

* Активное вещество не имеет международного названия.

Таблица 4. Назальные антиконгестанты — производные имидазолина для местного применения [1, 8]

Продолжительность эффекта	Препараты
Короткое действие (до 4—6 часов)	Нафазолин (нафтизин, санорин и др.); тетризолин (тизин и др.); инданазолин (фариал и др.)
Средняя продолжительность (до 8—10 часов)	Ксилометазолин (ксимелин, галазолин, длянос, отривин и др.)
Длительное действие (до 12 часов)	Оксиметазолин (називин, назол и др.)

продукции интерферона, что позволяет назначать их при бактериальных осложнениях ОРВИ или при обострении хронических заболеваний ЛОР-органов. При этом показано, что бактериальные иммуномодуляторы потенцируют эффект антибиотиков при их одновременном использовании [5]. Назначение ликопада в возрастных дозировках в течение первых 10 дней трех или шести месяцев в период сезонной заболеваемости ОРВИ у детей с рецидивирующими инфекциями дыхательных путей приводит к выраженному снижению заболеваемости, что было подтверждено рядом контролируемых исследований [11].

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ И ПРОТИВО-ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРВИ

Цель симптоматической терапии при ОРВИ — уменьшить выраженность клинических проявлений заболевания, нарушающих самочувствие ребенка и при определенных обстоятельствах приводящих к развитию осложнений. Наиболее часто симптоматическую терапию проводят для купирования лихорадки, кашля и насморка. Для этого используют жаропонижающие препараты, деконгестанты, а также лекарственные средства «от кашля» [3—6].

Антипиретики. Лихорадка является одним из общих симптомов ОРВИ. При инфекционном воспалении повышение температуры тела является защитно-приспособительной реакцией организма. Активизации специфических и неспецифических иммунных реакций способствует перестройка процессов терморегуляции, направленная, в конечном счете, на санацию организма от инфекционных возбудителей. Поэтому повышение температуры тела в пределах 38—39°C при хорошем самочувствии у исходно «здоровых детей» не требует проведения жаропонижающей терапии. При этом можно ограничиться физическими методами охлаждения. В то же время в группу риска по развитию осложнений на фоне лихорадки входят дети первых 2 месяцев жизни, пациенты с тяжелыми заболеваниями органов дыхания, кровообраще-

ния, ЦНС, метаболическими нарушениями, а также с фебрильными судорогами в анамнезе. Пациентам группы риска необходимо обязательно применять жаропонижающие средства, даже при невысоком уровне гипертермии.

У детей раннего возраста антипиретиками выбора являются парацетамол и ибупрофен. Парацетамол рекомендовано использовать в дозе 10—15 мг/кг массы тела на прием, ибупрофен — 5—10 мг/кг массы тела на прием. Повторное применение препаратов возможно не ранее чем через 4—6 часов. В случаях, когда применение парацетамола или ибупрофена невозможно (непереносимость, рвота, диарея и др.) или неэффективно (токсикоз и др.), показано парентеральное назначение метамизола. Метамизол (анальгин) целесообразно использовать в дозах, не превышающих 5 мг/кг (0,02 мл 25% р-ра анальгина на 1 кг массы тела) на введение у младенцев и 50—75 мг/год (0,1—0,15 мл 50% р-ра анальгина на год жизни) на введение у детей в возрасте старше 1 года.

Следует особо отметить, что если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от уровня гипертермии (даже до 38°C), отмечается отказ от еды и питья, ухудшается самочувствие, появляются озноб, миалгии, кожные покровы становятся бледными, сухими и горячими, а кисти и стопы — холодными, то антипиретическая терапия должна быть назначена незамедлительно! Парентеральное введение антипиретика при гипертермическом синдроме и других проявлениях токсикоза целесообразно комбинировать со спазмолитиками и антигистаминными препаратами (или нейролептиками). В связи с высоким риском развития синдрома Рейе при ОРВИ недопустимо применение ацетилсалициловой кислоты и ее производных.

Деконгестанты. Одним из наиболее частых клинических проявлений ОРВИ является насморк. В результате вирусного поражения слизистых носа развивается их гиперемия, отек и гиперсекреция. Это приводит к уменьшению провета носовых ходов и затруднению носового дыхания. Отек слизистой носа сопровождается снижением адекватного дренажа параназальных синусов и аэрации среднего уха, что создает пред-

Таблица 5. Классификация лекарственных средств, используемых при кашле у детей

Противокашлевые			Муколи- тические	Отхаркивающие		Комбини- рованные
Центрального действия		Периферичес- кого действия		рефлекторного действия	резорбтивного действия	
наркотические	ненаркотические					
кодеин; этилморфин; димеморфан	бутамират (синекод); глауцин (глаувент); окселадин (тусупрекс); пентоксиверин (седотуссин); декстро- меторфан	пренокс- диазин (либексин); леводропро- пизин (левопронт)	амброксол (амбробене и др.); бромгексин; ацетилцистеин (АЦЦ и др.); карбоцистеин (мукодин и др.); месна (мистаброн)	гвайфенезин; трава термопсиса; мукалтин; корень алтея; корень солодки; корень истода; лист подорожника; лист мать-и-мачехи; трава чабреца и др.	натрий йодид; калий йодид; натрия гидрокарбонат; терпингидрат	солутан аскорил; стоптуссин; туссин плюс бронхолитин и др.

посылки для активизации условно-патогенной бактериальной флоры и развития синуситов, евстахиита и среднего отита. Поэтому при ОРВИ терапия, направленная на уменьшение отека слизистой носа, не только купирует проявления насморка и улучшает самочувствие ребенка, но и снижает риск развития возможных осложнений.

У детей в возрасте до 12 лет для купирования насморка должны использоваться только местные деконгестанты (рис.). Среди топических деконгестантов в современной педиатрической практике наибольшее предпочтение отдают производным имидазолина (оксиметазолину, ксилометазолину, тетризолину, инданазолину, нафазолину) и бензолметанола (фенилэфрину).

Их фармакодинамика основана на активации альфа-адренорецепторов сосудов слизистой носа. Благодаря этому развивается местный — назальный — сосудосуживающий эффект, в результате чего уменьшаются гиперемия и отек слизистой, снижается уровень назальной секреции, восстанавливается отток слизи из параназальных синусов, улучшается аэрация среднего уха. При выборе деконгестантов предпочтение должно отдаваться препаратам с более длительным сохранением терапевтического эффекта и с меньшей цитотоксичностью (производным оксиметазолина, ксилометазолина).

Если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от уровня гипертермии (даже до 38°C), отмечается отказ от еды и питья, ухудшается самочувствие, появляются озноб, миалгии, кожные покровы становятся бледными, сухими и горячими, а кисти и стопы — холодными, антипиретическая терапия должна быть назначена незамедлительно!

Необходимо отметить, что при частом и бесконтрольном применении сосудосуживающих препаратов могут развиваться не только местные (медикаментозный ринит, атрофия слизистой носа), но и системные нежелательные эффекты. Последние возникают при передозировке назальных деконгестантов и проявляются тахикардией, сердечной аритмией, повышением АД, беспокойством, нарушением сна, а в крайне тяжелых случаях — гипотермией и угнетением ЦНС вплоть до комы. Для снижения риска развития побочных эффектов и осложнений необходимо строго придерживаться рекомендуемых режимов дозирования и не применять деконгестанты более 3—5 дней.

Отхаркивающие, муколитические и противокашлевые препараты. Кашель — рефлекторная реакция, направленная на санацию трахеобронхиального дерева, компенсаторно возникающая при неэффективности мукоцилиарного клиренса. При ОРВИ кашель чаще развивается через несколько дней после начала заболевания. Воспаление слизистых респираторного тракта, развивающееся при ОРВИ, приводит к поражению мерцательного эпителия, нарушению слизиобразования, а также изменению качественного состава слизи. Все это обуславливает неадекватный мукоцилиарный клиренс и делает кашель единственно эффективным механизмом очищения трахеобронхиального дерева. Дети раннего возраста, как правило, не могут эффективно откашливать образующуюся мокроту, поэтому дыхание ребенка становится шумным, с обилием проводных хрипов. Нередко при этом дети заглатывают мокроту, что может приводить к развитию рвоты. При ОРВИ рвота также может возникать при сухом, навязчивом, приступообразном кашле.

Арсенал лекарственных средств «от кашля», разрешенных для использования в педиатрической практике, достаточно обширен. В зависимости от механизма действия все препараты делят на противокашлевые, отхаркивающие и муколитики (табл. 5). При выборе конкретного препарата проводят детальный анализ особенностей кашля (рис.). При этом оценивают его частоту, интенсивность, болезненность, наличие мокроты и ее характер. Например, при кашле с густой, вязкой, трудноотделяемой мокротой показано назначение одного из муколитиков (амброксола, бромгексина, ацетилцистеина, карбоцистеина). Если кашель малопродуктивный, а скудная мокрота не отличается высокой вязкостью, то можно использовать отхаркивающие препараты (гвайфенезин, фитосборы в виде отваров, микстур или в составе комбинированных препаратов). При этом отхаркивающие препараты с большой осторожностью применяют у детей раннего возраста, т.к. избыточная стимуляция рвотного и кашлевого центров может привести к аспирации, особенно если ребенок имеет поражение ЦНС. Назначение противокашлевых препаратов (бутамира-

та, окселадина, пентоксиверина) может быть оправданным, если отмечается сухой, навязчивый, частый кашель, приводящий к рвоте, нарушению сна и снижению аппетита (рис.). При этом у детей раннего возраста должны использоваться только ненаркотические противокашлевые лекарственные средства. Особо следует подчеркнуть, что недопустимо одновременно применять противокашлевые и муколитические препараты.

Таким образом, в настоящее время в арсенале врачей-педиатров имеются эффективные и безопасные лекарственные средства, рациональное использование

■ При ОРВИ терапия, направленная на уменьшение отека слизистой носа, не только купирует проявления насморка и улучшает самочувствие ребенка, но и снижает риск развития возможных осложнений: синуситов, евстахиита и среднего отита.

которых при ОРВИ позволяет существенно повысить эффективность лечения детей. Выбор лекарственных средств, влияющих на кашель, зависит от клинических проявлений заболевания и индивидуальных особенностей пациента, а их рациональное использование может существенно повысить эффективность проводимой терапии.



Список литературы вы можете запросить в редакции.

II Международный Форум Медицины и Красоты

при поддержке ММА им. И.М.Сеченова

- Национальный Альянс дерматологов и косметологов,
- Российская выставочная компания «Глобал Экспо» приглашают специалистов

24-26 ноября 2009

ВВЦ, павильон № 75

В рамках научной программы ФМК-2009 состоятся следующие тематические секции:

- Секция по фото- и лазеротерапии (координаторы проф. Гейнц А.В. и д.м.н. Пинсов И.Я.)
- Секция по косметической хирургии (координаторы проф. Виссарионов В.А. и проф. Павлов-Павлович А.А.)
- «Ботулинотерапия и другие инъекционные методы в эстетической дерматокосметологии» (координаторы проф. Орлова О.Р., проф. Юсиковская Я.А.)
- «Высокотехнологичные методы диагностики кожи - место в оценке эффективности фармацевтических и косметических препаратов» (координаторы проф. Потеев Н. Н., Назамова И. И.)
- Секция по клеточным технологиям
- Секция по ожоговым заболеваниям в практике врача-дерматолога и врача-косметолога
- Секция по микологии (координатор академик РАЕН Сергеев Ю.В.)
- Секция по организационно-правовым вопросам и медицинскому лицензированию (координатор к.м.н. Мисюлин С.С.)
- Секция по дерматоскопии (координатор к.м.н. Шутянина Е.А.). В рамках секции планируется выступление профессора Гарольда Кетлера (Австрия).
- Секция «Биомедицина и биомедицинские технологии в косметологии». Организатор Ассоциация косметологов и мезотерапевтов
- Секция по массажным технологиям



Официальная партнерская организация НАДС

НАДС

НАДС

Информационные партнеры

ИНТЕРИЯ

КОСМЕТИКА

АВТОРИТЕТ

БИЗНЕС

ОПТИКА

КОСМЕТИКА

АВТОРИТЕТ

БИЗНЕС

ОПТИКА

ОПТИКА

www.nadc.ru

Национальный альянс дерматологов и косметологов: 127186, Москва, ул. Басильевская, д. 22, стр. 3, тел./факс (495) 788-15-04, e-mail: nadc@yandex.ru
900 «Глобал Экспо»: 125023, Москва, проспект Мира 119, 080, стр. 51, Тел: +7 (495) 961-00-95, 960-21-20, факс: +7 (495) 961-40-21, e-mail: russia@global-expo.ru