

Вопросы практической педиатрии

2021 • ТОМ 16 • № 6

Журнал Федерации педиатров стран СНГ
и Международной организации Consensus in Pediatrics

Алгоритм ведения детей с остро возникшими назальными симптомами на амбулаторном этапе лечения

Н.А.Геппе, О.В.Карнеева, Е.П.Карпова, Т.И.Гарашченко, Д.А.Тулупов, И.А.Дронов,
Т.А.Чеботарева, Х.Т.Абдулкеримов, В.В.Архипов, В.П.Вавилова, А.В.Гуров,
Г.И.Дрынов, Н.А.Ильенкова, Л.И.Ильенко, А.Б.Киселев, Н.Г.Колосова, Е.Г.Кондюрина,
А.Б.Малахов, Г.Н.Никифорова, Е.Ю.Радциг, В.А.Ревякина, С.В.Рязанцев,
В.М.Свистушкин, С.А.Царькова



<http://www.phdynasty.ru>

Консенсус по затрудненному дыханию у детей. Назальная обструкция – мультидисциплинарная проблема. Резолюция совета экспертов

Состав экспертов:

Н.А.Геппе (Москва), О.В.Карнеева (Москва),
Х.Т.Абдулкеримов (Екатеринбург), В.В.Архипов (Москва),
В.П.Вавилова (Кемерово), Т.И.Гаращенко (Москва),
А.В.Гуров (Москва), И.А.Дронов (Москва),
Г.И.Дрынов (Болонья, Италия), Н.А.Ильенкова (Красноярск),
Л.И.Ильенко (Москва), Е.П.Карпова (Москва), А.Б.Киселев (Новосибирск),
Н.Г.Колосова (Москва), Е.Г.Кондюрина (Новосибирск),
А.Б.Малахов (Москва), Г.Н.Никифорова (Москва), Е.Ю.Радциг (Москва),
В.А.Ревакина (Москва), С.В.Рязанцев (Санкт-Петербург),
В.М.Свиштушкин (Москва), Д.А.Тулупов (Москва),
С.А.Царькова (Екатеринбург), Т.А.Чеботарева (Москва)

28–29 мая 2021 г. в г. Горно-Алтайске (Республика Алтай) состоялось заседание Совета экспертов «Междисциплинарный Консенсус с международным участием по проблеме затрудненного дыхания у детей. Назальная обструкция – мультидисциплинарная проблема» при участии Российского Педиатрического Респираторного Общества. Консенсус объединил ведущих экспертов в области педиатрии, оториноларингологии, аллергологии и иммунологии, пульмонологии, клинической фармакологии, инфекционных болезней. Сопредседателями выступили Геппе Н.А., профессор, доктор медицинских наук и Карнеева О.В., профессор, доктор медицинских наук.

Мероприятие стало площадкой для обсуждения основных направлений и протоколов лечения синдрома назальной обструкции, а также разработки плана маршрутизации пациентов на амбулаторном этапе в соответствии с диагнозом.

В рамках работы консенсуса была создана рабочая группа специалистов, альянс педиатров и оториноларингологов (Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Геппе Н.А., Дронов И.А., Гаращенко Т.И.), которые разработали проект алгоритмов ведения детей с остро возникшими назальными симптомами на амбулаторном этапе лечения. Данный проект был представлен на обсуждение Совету экспертов и дальнейшую проработку документа с учетом внесенных корректировок.

Задачи, вынесенные на обсуждение экспертов:

- систематизация основных направлений и алгоритмов диагностики и лечения респираторных болезней, сопровождающихся назальной обструкцией у детей;
- особенности ведения новорожденных и детей раннего возраста с проблемами затрудненного дыхания;
- разработка плана маршрутизации пациентов в соответствии с диагнозом и внедрение согласительных схем в амбулаторную практику. Определение роли узких специалистов в лечении проблем затруднённого дыхания у детей;
- определение тактики консервативного лечения назальной обструкции при острых респираторных инфекциях у детей в зависимости от возраста, а также роль и место основных фармакологических средств для восстановления носового дыхания, связанных с респираторными инфекциями у детей, таких как сосудосуживающие препараты, системная антибиотикотерапия, противовирусные средства и др.

В рамках подготовки к Междисциплинарному Консенсусу был проведен онлайн-опрос более 100 врачей-педиатров поликлинической практики в 16 регионах с целью выявления и актуализации текущих проблем ведения пациентов с назальной обструкцией при острых респираторных заболеваниях. При анализе результатов опроса были выявлены следующие проблемы, требующие оптимизации на этапе первичного амбулаторного звена:

- 1) низкий комплаенс пациентов, несоблюдение предписаний врача в более чем 50% случаев;
- 2) повышенная нагрузка на участкового врача-педиатра в связи с нехваткой узких специалистов в различных регионах РФ;
- 3) трудности постановки диагноза у пациентов с затрудненным дыханием на амбулаторном этапе;
- 4) некорректное использование симптоматической фармакотерапии, в частности, сосудосуживающих средств, остро ставит вопрос безопасности при выборе и использовании препаратов;
- 5) отсутствие единых систематизированных алгоритмов ведения пациентов с острой назальной обструкцией и персонифицированного подхода в лечении острых ринологических симптомов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам работы экспертов в рамках «Междисциплинарного Консенсуса с международным участием по проблеме затрудненного носового дыхания у детей. Назальная обструкция – мультидисциплинарная проблема» были сделаны следующие выводы:

1. У всех пациентов необходимо исключать наличие «тревожных симптомов», при выявлении которых пациента необходимо госпитализировать в экстренном порядке.
2. Все пациенты должны динамически наблюдаться врачом до момента полного выздоровления, необходимо исключить ситуации бесконтрольного лечения пациента после единичной консультации врача. При затруднении в организации контрольного осмотра на территории лечебно-профилактического учреждения возможной альтернативой для контроля за состоянием пациентов с легким течением заболевания в обозримом будущем могут стать современные телемедицинские технологии.
3. Назначение системной антибактериальной терапии пациентам с острым риносинуситом должно проводиться строго по показаниям, прописанным в национальных клинических рекомендациях, в сомнительных случаях целесообразно в качестве

стартовой терапии назначить пациенту средства симптоматической терапии, не назначая системный антибиотик, в течение 3–5 дней повторно оценить состояние пациента и, при отсутствии положительной динамики, пересмотреть вопрос о необходимости назначения системной антибактериальной терапии.

4. Поскольку большая часть острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей связана с вирусной инфекцией, в качестве патогенетической терапии в педиатрии рекомендовано использовать противовирусные препараты, соответствующие всем требованиям безопасности и эффективности.
5. С целью улучшения качества жизни пациентов с ОРИ приоритетным представляется назначение симптоматической терапии. Для устранения назальной обструкции рекомендовано использовать безопасные, высокоэффективные деконгестанты, обладающие длительным сосудосуживающим, противовоспалительным и противовирусным действием, которые рекомендовано подбирать в соответствии с возрастом ребенка, строго соблюдая курс и дозировку. Всем этим требованиям соответствует оригинальный оксиметазолин (Називин®) и может быть рекомендован как деконгестант первой линии детям любого возраста, включая младенцев.

Финальная версия согласительных алгоритмов была принята и представлена врачебной аудиторией 22 октября 2021 в рамках XX Российского конгресса с международным участием «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», г. Москва.

На утверждение

Алгоритм ведения детей с остро возникшими назальными симптомами на амбулаторном этапе лечения

Н.А.Геппе, О.В.Карнеева, Е.П.Карпова, Т.И.Гаращенко, Д.А.Тулупов, И.А.Дронов, Т.А.Чеботарева, Х.Т.Абдулкеримов, В.В.Архипов, В.П.Вавилова, А.В.Гуров, Г.И.Дрынов, Н.А.Ильенкова, Л.И.Ильенко, А.Б.Киселев, Н.Г.Колосова, Е.Г.Кондюрина, А.Б.Малахов, Г.Н.Никифорова, Е.Ю.Радциг, В.А.Ревякина, С.В.Рязанцев, В.М.Свистушкин, С.А.Царькова

Жалобы на «насморк» отмечают подавляющее большинство пациентов с патологией верхнего отдела дыхательных путей. При этом сам термин «насморк» не является нозологической формой или заболеванием, а представляет собой симптомокомплекс из таких назальных симптомов, как заложенность носа (назальная обструкция), выделения из носа (ринорея), чихание/зуд в полости носа и нарушение обоняния (дизосмия). Каждый из перечисленных назальных симптомов не является патогномичным для какого-то одного заболевания, а отмечается при множестве состояний [1, 2].

Условно все причины насморка у детей можно разделить на 3 группы состояний: острые заболевания (заболевания, в этиологии которых основную роль играет инфекционный фактор, реже кратковременное физическое или химическое воздействие на слизистую полости носа, а назальные симптомы возникли не более 3 месяцев назад на фоне полного здоровья), хронические заболевания (при сохранении назальных симптомов без полного их разрешения в течение 3 мес. и более) и транзиторные возрастные особенности у детей, при которых могут временно отмечаться отдельные назальные симптомы (таблица) [1–3]. При возрастных транзиторных состояниях периодически возникающие назальные симптомы (чаще всего слабо выраженная назальная обструкция, характеризующаяся родителями ребенка как «сопение носом») обычно кратковременны, имеют незначительную выраженность, не влияют на самочувствие ребенка и не требуют какого-либо лечения [3].

Хроническая ринологическая патология представлена группой заболеваний (обычно приобретенных, значительно реже врожденных), которые имеют стойкие или регулярно повторяющиеся назальные симптомы, обычно полностью не разрешающиеся в течение длительного времени и усиливающиеся в период обострения заболевания. В подавляющем большинстве случаев (за исключением патологии глоточной миндалины и некоторых форм хронического ринита) хронические заболевания полости носа не склонны к саморазрешению и даже не могут быть излечены полностью, что важно учитывать в контексте прогноза течения заболевания. В период манифестации приобретенная хроническая ринологическая патология может иметь проявления, схожие с острыми воспалительными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, что может обуславливать определенные трудности дифференциальной диагностики. Особенностью врожденных заболеваний полости носа является наличие клинических проявлений (обычно затруднения носового дыхания) с первых дней жизни ребенка. Однако в повседневной практике врачи-педиатры и детские оториноларингологи чаще всего сталкиваются с острыми заболеваниями полости носа и околоносовых пазух [1–3].

Острые инфекции дыхательных путей (ОИДП) являются одной из самых частых причин обращения к врачу в педиатрической практике. Большинство эпизодов ОИДП сопровождаются катаральными явлениями со стороны верхнего отдела респираторного тракта и протекают в форме острого ринита (риносинусита) / острого назофарингита, реже острого тонзиллофарингита и ларинготрахеита. В этиологической структуре ОИДП основная роль принадлежит респираторным вирусам, значительно реже – бактериальной инфекции. Это определяет основные особенности течения ОИДП у детей: подъем заболеваемости в холодное время года, частая повторяемость эпизодов заболевания, склонность к спонтанному саморазрешению и относительно низкая вероятность развития серьезных осложнений [5, 6]. К наиболее частым осложнениям острого назофарингита в педиатрической практике относят острый риносинусит и острый средний отит. Несмотря на то, что данные за-

Таблица. Причины насморка у ребенка [3]
Table. Causes of rhinorrhea in children [3]

Острые заболевания / патологические состояния / <i>Acute diseases / pathological conditions</i>	Хронические заболевания / <i>Chronic diseases</i>	Транзиторные возрастные изменения / <i>Transient age-related changes</i>
<p>Часть / Common</p> <p>Острый назофарингит как симптом ОРВИ / <i>Acute nasopharyngitis as a symptom of ARVI</i></p>	<p>Часть / Common</p> <p>Гипертрофия аденоидов / хронический аденоидит / <i>Adenoid hypertrophy / chronic adenoiditis</i></p>	<p>Часть / Common</p> <p>Как следствие регулярных срыгиваний у детей первых 6 мес. жизни / <i>As a consequence of regular regurgitation in infants under 6 months of age</i></p>
<p>Часть / Rare</p> <p>Реактивные явления слизистой полости носа как следствие механического (травма), физического (термического ожог) или химического воздействия / <i>Reactive changes in the nasal mucosa caused by mechanical (trauma), physical (thermal burn) or chemical exposure</i></p>	<p>Редкие / Rare</p> <p>Врожденные аномалии полости носа (в первую очередь различные формы атрезии хоан) / <i>Congenital abnormalities of the nasal cavity (primarily choanal atresia)</i></p>	<p>На фоне прорезывания зубов / <i>Associated with teething</i></p>
<p>Острый поствирусный и бактериальный риносинусит / <i>Acute post-viral and bacterial rhinosinusitis</i></p>	<p>Аллергический ринит / <i>Allergic rhinitis</i></p>	<p>Реактивные изменения глоточной миндалины (аденоидит) на фоне ОРЗ у детей в возрасте младше 10 лет / <i>Reactive changes of the pharyngeal tonsil (adenoiditis) caused by acute respiratory diseases in children under 10 years of age</i></p>
	<p>Хронический риносинусит (в т.ч. полипозный риносинусит) / <i>Chronic rhinosinusitis (including polypous rhinosinusitis)</i></p>	
	<p>Хронические нейнфекционные неаллергические риниты / <i>Chronic non-infectious allergic rhinitis</i></p>	

болевания традиционно расцениваются как «осложнения простуды у ребенка», в основе их этиологии также существенная роль отводится респираторным вирусам, а по характеру течения это самоограничивающиеся процессы, имеющие высокую склонность к спонтанному саморазрешению. Осложнения, ассоциированные с бактериальной инфекцией, как при остром риносинусите, так и при остром среднем отите могут представлять реальную угрозу жизни и здоровью ребенка, но, согласно последним данным, развиваются они относительно редко [5-8].

Перечисленные выше особенности наиболее распространенных форм ОИДП определяют особенности ведения пациентов с данной патологией. Данный подход лучше всего характеризуется тезисом, сформулированным ведущими экспертами педиатрического сообщества в национальных клинических рекомендациях по вопросам острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у детей: «ОРВИ – наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить, какова предполагаемая длительность имеющихся симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств» [6]. Данный тезис во многом соответствует и особенностям ведения детей с острым риносинуситом и острым средним отитом, где в большинстве случаев лечение сводится к симптоматической терапии и динамическому наблюдению за пациентом [1, 2, 4, 5].

Однако при всей «простоте» ведения пациентов с ОИДП в повседневной практике практикующему врачу необходимо очень быстро решать вопросы с выбором лечебной тактики для конкретного больного. Работа в цейтноте и большой поток детей с клиническими симптомами респираторной патологии повышают риск пропустить пациента с осложненным или потенциально неблагоприятным течением заболевания. Существующие национальные клинические рекомендации содержат исчерпывающую информацию по перечню диагностических процедур и групп лекарственных препаратов, которые целесообразно использовать в лечении пациента с конкретной патологией, но имеют крайне мало наглядной информации, определяющей алгоритм действий врача в стандартной ситуации. Предложенный в «приложении Б» алгоритм ведения пациента отражает лишь общие вопросы маршрутизации пациента. С учетом многочисленных просьб практикующих врачей-педиатров нами была предпринята попытка оптимизации алгоритма ведения пациентов старше 2 лет с остро возникшими назальными симптомами на амбулаторном этапе. Персистенция назальных симптомов у пациента без полного их разрешения в течение 12 нед. и более является признаком хронической ринологической патологии, что определяет несколько иной по сравнению с острыми состояниями алгоритм диагностического поиска и обуславливает другие прогнозы по перспективам лечения заболевания [1]. Предложенный нами алго-

ритм ведения пациентов с остро возникшими назальными симптомами, сохраняющимися не более 12 нед., был построен на основе тезис-рекомендаций, принятых в российских согласительных документах [3] (рисунок).

При работе с пациентом с остро возникшими катаральными явлениями со стороны верхнего отдела респираторного тракта, обычно протекающими по типу острого ринита / острого назофарингита, необходимо помнить, что в единичных случаях, особенно у детей раннего возраста, развитие грозных орбитальных и внутричерепных риногенных осложнений возможно уже в первые дни заболевания. Чтобы не пропустить подобных пациентов в большом потоке детей с ОИДП, практикующим врачам в первую очередь необходимо проанализировать наличие у пациента «тревожных симптомов», которые были четко определены в некоторых международных согласительных документах [1]. К данным симптомам относятся:

- односторонняя периорбитальные изменения (покраснение, отек);
- нарушение подвижности и положения глазного яблока;
- менингеальные симптомы;
- любые признаки системного воспалительного ответа;
- изменения кожных покровов в области проекции околоносовых пазух (гайморовой, лобной);
- выраженные некупирующиеся головные боли.

Необходимо отметить, что если внутричерепные осложнения и септические состояния у пациента сопровождаются значительным ухудшением как общего состояния, так и самочувствия пациента (это всегда отмечают врачи при осмотре), то орбитальные формы осложнений на ранних этапах развития могут не оказывать существенного влияния на самочувствие пациента и не вызвать должного внимания врача. Поэтому даже умеренно выраженные односторонние изменения в периорбитальной области (отек ± гиперемия) у пациента с ринологическими симптомами при исключении по данным анамнеза травматического характера подобных изменений должны насторожить врача. Данным пациентам, независимо от их самочувствия, необходимо в экстренном порядке рекомендовать консультацию оториноларинголога в условиях стационара для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения [3].

Следующий важный вопрос, на который необходимо ответить врачу при работе с пациентом с остро возникшими назальными симптомами, – это оценка необходимости назначения системной антибактериальной терапии.

Еще в 2012 г. авторами Европейского позиционного документа по вопросам риносинуситов и полипоза (EPOS) были разработаны критерии для постановки диагноза «острый бактериальный риносинусит», к которым относят наличие у пациента трех и более симптомов из перечисленных ниже:

- наличие гнояного отделяемого из полости носа;
- лихорадочная реакция $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$;
- фасциальные боли;

- наличие «второй волны» в клиническом течении заболевания;
- изменение в клиническом анализе крови (ускорение скорости оседания эритроцитов и повышение показателя С-реактивного белка) [1]. Данные критерии достаточно удобны для врачей общей практики, так как не привязаны к каким-либо методам инструментальной диагностики, а основаны на анализе жалоб пациента и результатов традиционных лабораторных исследований.

В соответствии с обновлёнными клиническими рекомендациями Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов РФ, назначение системной антибактериальной терапии показано детям с острым синуситом (риносинуситом) при наличии:

- 3 и более признаков острого бактериального риносинусита, к которым относят: гнойные выделения из носа или выделения в течение 3 и более дней только из одной половины носа любого характера; головная боль или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух; температура тела 38,0°C и выше; вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов после временного улучшения); повышение С-реактивного белка (более 30 мг/л) и/или лейкоцитоз в клиническом анализе крови (более $15 \times 10^9/\text{л}$);

- любых признаков орбитальных и интракраниальных осложнений острого риносинусита - экстренная госпитализация;

- в качестве сопутствующей патологии у онкопрофильных пациентов, находящихся на специфическом лечении, клинически подтвержденном иммунодефиците, при генетических заболеваниях, обуславливающих несостоятельность работы системы мукоцилиарного транспорта (муковисцидоз, первичная цилиарная дисфункция/недостаточность) , при некомпенсированном сахарном диабете;

- анамнестических данных за рецидивирующее течение заболевания (4 и более диагностированного эпизода ОС за последний год);

- сохранение более 5 суток или усугубление через 3 суток симптоматики на фоне адекватной противовирусной и симптоматической терапии [7].

Контрольный осмотр при остром бактериальном риносинусите необходимо проводить через 2–3 дня с целью оценки эффекта системной антибактериальной терапии. При отсутствии выраженной положительной динамики в состоянии пациента целесообразно рассмотреть вопрос о смене антибактериального препарата и о необходимости стационарного лечения пациента [3, 5, 7]. Безусловно, антибактериальная терапия должна быть назначена всем пациентам, имеющим признаки орбитальных и интракраниальных осложнений острого риносинусита (ОРС) [3, 7, 10].

При отсутствии признаков осложненного течения пациент должен находиться под наблюдением врача до момента полного выздоровления. При наличии выраженных симптомов, влияющих на самочувствие ребенка, необходимо рассмотреть вопрос о назначении средств симптоматической терапии. Любому пациенту с клиникой острого ринита/синусита/назофарин-

¹Показания к системной антибактериальной терапии при остром риносинусите:

- Наличие 3 и более признаков острого бактериального риносинусита, к которым относятся: гнойные выделения из носа или выделения в течение 3 и более дней только из одной половины носа любого характера; головная боль или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух; температура тела 38,0°С и выше; вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов после временного улучшения); повышение С-реактивного белка (>30 мг/л) и/или лейкоцитоз в клиническом анализе крови (>15 × 10⁹/л).
- Наличие любых признаков орбитальных и интракраниальных осложнений острого риносинусита – экстренная госпитализация.
- Наличие в качестве сопутствующей патологии у онкопрофильных пациентов, находящихся на специфическом лечении, клинически подтвержденном иммунодефиците, при генетических заболеваниях, обуславливающих несостоятельность работы системы мукоцилиарного транспорта (муковисцидоз, первичная цилиарная дисфункция/недостаточность), при некомпенсированном сахарном диабете.
- Наличие анамнестических данных за рецидивирующее течение заболевания (4 и более диагностированных эпизода ОС за последний год).
- Сохранение более 5 суток или усугубление через 3 суток симптоматики на фоне адекватной противовирусной и симптоматической терапии.

²Симптоматическая терапия

Заложенность носа (назальная обструкция):

- Орошение носа изотоническим/гипертоническим раствором морской воды с последующим туалетом полости носа.
 - Назальные сосудосуживающие препараты. Предпочтительен оксиметазолин: детям до 1 года оксиметазолин в концентрации 0,01%, детям от 1 до 6 лет – оксиметазолин 0,025%, детям старше 6 лет – оксиметазолин 0,05% курсом до 7 дней.
 - Интраназальные глюкокортикостероиды при сохранении насморка более 10 дней у детей 12 лет и старше (мометазона фураат с 2 лет, флутиказона пропионат с 4 лет) или при наличии аллергического ринита в качестве сопутствующей патологии.
- Водянистые выделения из носа:**
- Антигистаминные интраназальные препараты (с 6 лет азеластин, левокабастин).

- Комбинированные интраназальные препараты.
- Топические (назальные) антимикробные препараты.

Густые выделения из носа:

- Орошение носа изотоническим/гипертоническим раствором морской воды с последующим туалетом полости носа.
 - Современные фитопрепараты (у детей старше 2 лет).
 - Топические препараты, в состав которых входят муколитики прямого действия.
- Чихание:**
- Орошение носа изотоническим раствором морской воды с целью увлажнения слизистой оболочки полости носа.
 - Антигистаминные интраназальные препараты (с 6 лет азеластин, левокабастин), комбинированные интраназальные препараты.

Лечение острых воспалительных заболеваний полости носа у детей раннего возраста (первые 2 лет жизни) требует более частого врачебного контроля.

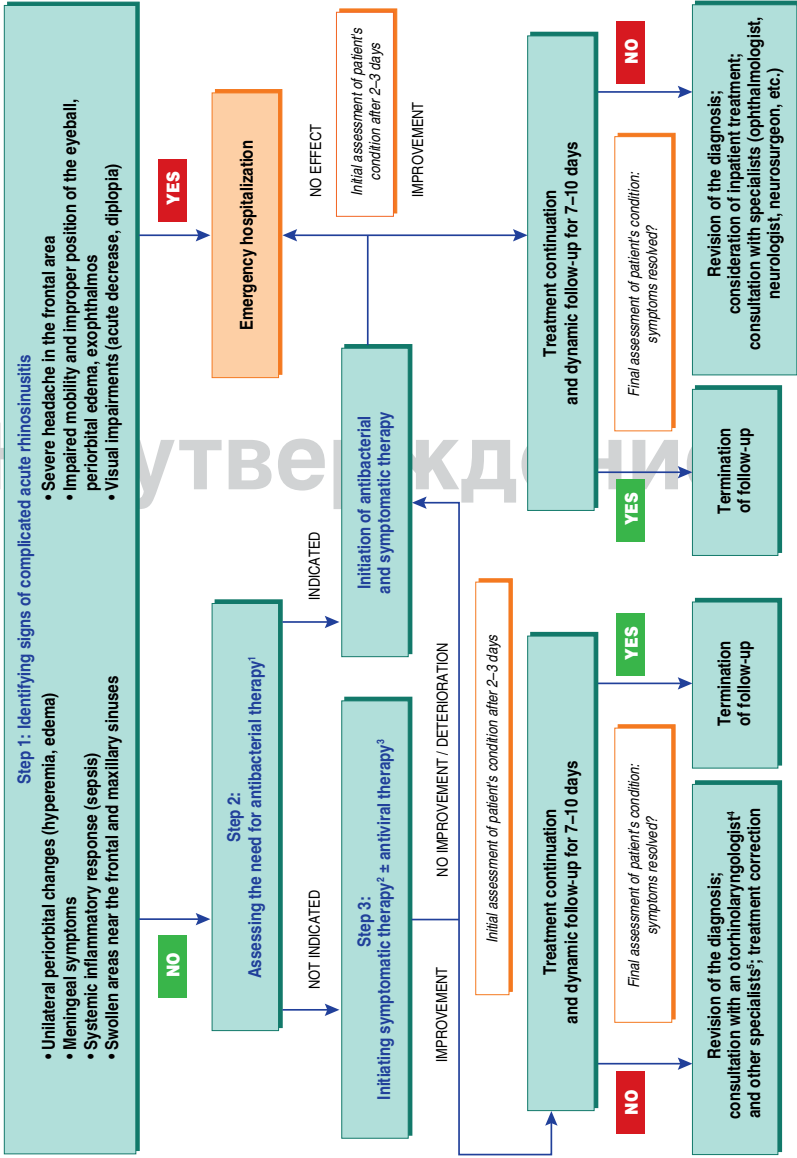
³Противовирусная терапия:

- ОРВИ (на основании эпидемиологических/клинических/клинико-лабораторных критериев): препараты влияния на систему интерферона – технологически обработанные антитела к γ-интерферону (с 1 мес.) и композиция технологически обработанных антител к γ-интерферону, CD4-клеткам и гистамину (с 6 мес.), препараты индукторов интерферона, интраназальные формы интерферона-α (с периода новорожденности), препараты рекомбинантного интерферона-α (с периода новорожденности, в том числе недоношенным).
- Подтвержденный или вероятный диагноз «[рип]»: осельтамивир (с 1 года), риамиловир (с 18 лет), умифеновир (с 2 лет) – сроки начала терапии не позднее 2 суток от начала заболевания; композиция технологически обработанных антител к γ-интерферону, CD4-клеткам и гистамину (с 6 мес.) – в любые сроки от начала заболевания.

⁴В случае если пациента наблюдает врач-педиатр или семейный врач.

В случае, если у пациента есть клинико-анамнестические данные за обострение аллергического ринита: при установленном диагнозе целесообразно в плановом порядке рекомендовать консультацию врача-аллерголога-иммунолога.

Figure.
Outpatient management algorithm for patients with acute nasal symptoms lasting at least 10 days
 (for pediatricians or otorhinolaryngologists).



¹Indications for systemic antibacterial therapy in acute rhinosinusitis:

- At least 3 symptoms of bacterial rhinosinusitis, including: purulent nasal discharge or any nasal discharge for ≥ 3 days from one nostril only; headache or feeling of pressure in the face area at the site of maxillary or frontal sinuses; fever $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$; second wave of the disease (more severe symptoms after temporary improvement); elevated C-reactive protein (>30 mg/L) and/or leukocytosis in peripheral blood ($>15 \times 10^9$ cells/L)
- Any signs of orbital and intracranial complications of acute rhinosinusitis – emergency hospitalization
- Concomitant diseases, including cancer (for patients receiving specific treatment), clinically confirmed immunodeficiency, genetic disorders causing mucociliary transport failure (such as cystic fibrosis, primary ciliary dysfunction/insufficiency), and decompensated diabetes mellitus
- No improvement within 5 days or deterioration after 3 days despite adequate antiviral and symptomatic therapy

²Symptomatic therapy

Nasal congestion (nasal obstruction):

- Nasal irrigation with isotonic/hypertonic solution (seawater) followed by nasal toilet
- Nasal vasoconstrictors (preferably oxymetazoline). Children under 1 year of age: 0.01% oxymetazoline; children aged 1 to 6 years: 0.025% oxymetazoline; children over 6 years of age: 0.05% oxymetazoline for up to 7 days
- Intranasal corticosteroids if rhinorrhea lasts for more than 10 days in children aged ≥ 12 years (mometasone furoate in children aged >2 years; fluticasone propionate in children aged >4 years); or in case of allergic rhinitis as a concomitant pathology

Watery nasal discharge:

- Intranasal antihistamines (azelastine, levocabastine in children aged ≥ 6 years)
- Combination intranasal drugs
- Topical (nasal) antimicrobials

Thick nasal discharge:

- Nasal irrigation with isotonic/hypertonic solution (seawater) followed by nasal toilet
 - Currently available herbal medicines (in children aged ≥ 2 years)
 - Topical drugs containing direct-acting mucolytics
- #### **Sneezing:**
- Nasal irrigation with isotonic solution (seawater) to moisten the nasal mucosa
 - Intranasal antihistamines (azelastine, levocabastine in children aged ≥ 6 years), combination intranasal drugs

Treatment of acute inflammatory diseases of the nasal cavity in children under 2 years of age requires more frequent medical supervision

³Antiviral therapy:

- ARVI (diagnosis is based on the epidemiological/clinical/clinical and laboratory criteria): drugs affecting the interferon system: technologically processed antibodies against interferon- γ (in children ≥ 1 month of age) and composition of technologically processed antibodies against interferon- γ , CD4 $^{+}$ cells, and histamine (in children ≥ 6 months of age); interferon inducers; intranasal interferon- α (can be used in newborns), recombinant interferon- α (can be used in newborns, including premature newborns)
- Confirmed or suspected influenza: oseltamivir (in children ≥ 1 year of age), rimantadine (in adults ≥ 18 years), umifenovir (in children ≥ 2 years of age) – treatment should be initiated no later than 2 days following the disease onset; composition of technologically processed antibodies against interferon- γ , CD4 $^{+}$ cells, and histamine (in children ≥ 6 months of age) – treatment can be initiated at any time following the disease onset

⁴If the patient is followed-up by a pediatrician or a family doctor.

⁵If the patient has clinical evidence of allergic rhinitis exacerbation; if the diagnosis is unclear, the patient should see an allergist/immunologist.

гита можно рекомендовать использование изотонических растворов морской воды для увлажнения слизистой полости носа и оптимизации туалета полости носа [1, 2, 7, 9, 10], а также гипертонических, обладающих дополнительным противоотечным действием. Использование подобных препаратов в той или иной степени может уменьшить выраженность всех основных ринологических симптомов при минимальном риске развития нежелательных явлений (за исключением ситуаций с промыванием полости носа большими объемами растворов). С целью определения показаний для назначения остальных средств симптоматической терапии необходимо уточнить у пациента или его представителей, какой симптом в наибольшей степени беспокоит ребенка. По существующим данным, при рините наибольший дискомфорт и ухудшение самочувствия определяет симптом заложенности носа (назальная обструкция) [3]. При отсутствии данных о проблемах с носовым дыханием у пациента к моменту начала заболевания назальная обструкция при ОИДП обычно обусловлена двумя компонентами: отеком слизистой оболочки полости носа и скоплением вязкого секрета в просвете общего носового хода. Облегчение эвакуации секрета из носовых ходов обычно достигается путем орошения изотоническим раствором морской воды с последующим туалетом полости носа. Для устранения отека слизистой полости носа традиционно используются назальные сосудосуживающие препараты (деконгестанты или вазоконстрикторы) [3, 4, 7, 9–11].

В основе фармакологического механизма действия деконгестантов лежит повышение тонуса кровеносных сосудов полости носа, имеющих богатую симпатическую иннервацию. Кровенаполнение сосудов полости носа и, следовательно, объем проходящей через нее воздушной струи зависят от активности симпатической нервной системы. В физиологических условиях симпатическая импульсация поддерживает определенный уровень констрикции посткапиллярных венул, при этом объем сосудистой сети слизистой оболочки носа составляет около 50% от максимально возможного. Активность симпатической нервной системы возрастает при физических нагрузках, приводя в итоге к сокращению кавернозной ткани носовых раковин и увеличению объема потока воздуха, проходящего через нос. Аналогичным образом действуют сосудосуживающие препараты. Так, нанесение деконгестанта на слизистую полости носа приводит к стимуляции постсинаптических α -адренорецепторов, следствием чего является высвобождение эндогенного норадреналина, что уменьшает кровенаполнение слизистой оболочки полости носа. В зависимости от типа стимулируемых α -адренорецепторов различается конечный эффект. Единственный лекарственный препарат, обладающий селективным агонизмом к $\alpha 1$ -адренорецепторам, – фенилэфрин. Он обладает слабым вазоконстрикторным эффектом, предположительно за счет преимущественного воздействия на «запирательные» дроссельные сосуды, и не вызывает значительного уменьшения кровотока в слизистой оболочке носа [12, 13]. Поэтому лечебный эффект фенилэфрина менее выражен и

менее продолжителен, чем у α 2-адреномиметиков. Согласно некоторым данным, оксиметазолин обладает определенной активностью в отношении α 1-адренорецепторов, хотя аффинность оксиметазолина к α 1-адренорецепторам приблизительно в 4 раза меньше, чем у фенилэфрина [14, 15].

Различные деконгестанты также различаются по выраженности и продолжительности своего непосредственного сосудосуживающего действия и побочных эффектов. Экспериментальные исследования с внутриартериальным введением отдельных вазоконстрикторов показали, что по воздействию на кровоток в слизистой оболочке носа наиболее сильным вазоконстрикторным эффектом обладают имидазолины. В частности, оксиметазолин почти в 2 раза превосходит силу действия фенилэфрина и адреналина. По влиянию на функцию носового дыхания давно установлено, что имидазолины (оксиметазолин и ксилометазолин) увеличивают объем воздушного потока, проходящего через полость носа в единицу времени, почти в 2 раза больше, чем фенилэфрин [12, 16]. Наибольшая продолжительность действия отмечается у оксиметазолина: начиная действовать уже через 25–30 с после нанесения на слизистую оболочку полости носа, препарат сохраняет свое действие до 12 ч [16]. Также у оксиметазолина существуют формы без консервантов в составе препарата, что дополнительно уменьшает риск нежелательных явлений (оригинальным препаратом оксиметазолина является Називин[®], Р&G) Рекомендовано использовать оксиметазолин в следующих дозировках: детям до года – в концентрации 0,01%, детям от 1 до 6 лет – 0,025%, детям старше 6 лет – 0,05%.

Для уменьшения рисков развития нежелательных явлений, связанных с действием назальных деконгестантов, необходимо строго соблюдать схему применения препарата, указанную в его инструкции, не превышая разовую дозу и кратность применения. Также стоит избегать использования лекарственных средств на основе нафазолина по причине наибольшей их токсичности для ребенка [10, 11, 17].

Большую проблему в педиатрической практике представляет купирование симптома выделений из носа (передней ринореи). В общемировой практике с этой целью пациентам с острыми респираторными заболеваниями традиционно рекомендуют назальные формы ипратропия бромида, который уменьшает назальную секрецию за счет ингибирования холинергических рецепторов, расположенных в слизистой оболочке полости носа [1, 2]. На начало 2021 г. в России не был зарегистрирован ни одного назального препарата на основе ипратропия бромида, а представленные на отечественном фармакологическом рынке комбинированные препараты ксилометазолина и ипратропия бромида не разрешены к применению в педиатрической практике.

В определенной степени уменьшить ринорею у ребенка (помимо растворов морской воды и топических деконгестантов) могут топические (интраназальные) препараты антимикробного действия (фрамицетин (с рождения), назальные формы протеината серебра – у детей старше 3 лет).

Назальные формы фрамицетина широки используются в педиатрической практике и имеют большую доказательную базу [10, 18–21]. Необходимо отметить, что, несмотря на активное использование на протяжении последних нескольких десятилетий в России и ближайшем зарубежье назальных препаратов на основе протеината серебра в повседневной врачебной практике, в рецензируемых журналах есть лишь единичные клинические исследования применения протаргола в лечении ОИДП у детей [3, 10, 22].

При наличии густого, вязкого секрета в полости носа целесообразно назначение современных фитопрепаратов, обладающих выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием [7, 10, 21].

Симптом зуда в носу/чихания при ОИДП обычно отмечается крайне непродолжительно в период разгара заболевания и не требует симптоматического лечения. Но у пациентов, имеющих в качестве сопутствующей патологии аллергический ринит или иные аллергические заболевания при не исключенном аллергическом рините, зуд в полости носа и чихание могут отмечаться более продолжительное время, значительно нарушая самочувствие ребенка [1–3, 10]. Всем пациентам, имеющим в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит, иные аллергические заболевания, или при не исключенном аллергическом рините необходимо назначение назальных форм антигистаминных препаратов или комбинированных препаратов, содержащих в качестве второго компонента деконгестант, или антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта. Пациентам с острым риносинуситом и аллергическим ринитом в возрасте от 2 лет и старше, при наличии в качестве доминирующего симптома заложенности носа, предпочтение следует отдавать назначению современных препаратов интраназальных глюкокортикостероидов: мометазона фууроата и флутиказона фууроата. Как альтернатива антигистаминным препаратам могут рассматриваться антагонисты лейкотриеновых рецепторов, особенно у пациентов, имеющих в качестве сопутствующей патологии бронхиальную астму [1, 2].

При остром бактериальном риносинусите актуально использование комбинации системной антибактериальной терапии с одним-двумя препаратами симптоматического лечения с целью ускорения разрешения симптомов заболевания [3, 7, 10, 21].

Противовирусная терапия актуальна только в первые 24–48 ч от момента возникновения назальных симптомов при остром вирусном риносинусите (как одном из возможных проявлений ОРВИ), установленном на основании эпидемиологических/клинических/клинико-лабораторных критериев. Назначаются препараты, влияющие на систему интерферона, – технологически очищенные антитела к γ -интерферону (с 1 мес.) и композиция технологически очищенных антител к γ -интерферону, CD4⁺-клеткам и гистамину (с 6 мес.), препараты индукторов интерферона, интраназальные формы интерферона- α (с рождения), препараты рекомбинантного интерферона- α (с периода новорожденности, в том числе недоношенным) [5].

При благоприятном течение заболевания выраженность назальных симптомов должна прогрессивно уменьшаться в течение 7–10 дней, в идеале достигая полного разрешения [3, 7].

Заключение

Предложенные авторами данной статьи алгоритмы ведения пациентов с острым ринитом (назофарингитом) и острым риносинуситом являются рабочей версией, и мы рассчитываем, что предложенный материал станет основой для дальнейшей рабочей дискуссии в экспертном сообществе с целью оптимизации работы практикующих врачей с данной категорией пациентов. При этом не существует сомнений в верности ряда тезисов:

- у всех пациентов необходимо исключать наличие «тревожных симптомов», при выявлении которых пациента необходимо госпитализировать в экстренном порядке;

- все пациенты должны быть оценены врачом на предмет наличия у них «тревожных симптомов», при выявлении которых пациента необходимо госпитализировать в экстренном порядке;

- все пациенты должны динамически наблюдаться врачом до момента полного выздоровления, необходимо исключить ситуации бесконтрольного лечения пациента после единичной консультации врача. При затруднении в организации контрольного осмотра на территории лечебно-профилактического учреждения возможной альтернативой для контроля за состоянием пациентов с легким течением заболевания в обозримом будущем могут стать современные телемедицинские технологии;

- назначение системной антибактериальной терапии пациентам с острым риносинуситом должно проводиться строго по показаниям, прописанным в национальных клинических рекомендациях, в сомнительных случаях целесообразно в качестве стартовой терапии назначить пациенту средства симптоматической терапии, не назначая системный антибиотик, в течение 3–5 дней повторно оценить состояние пациента и при отсутствии положительной динамики пересмотреть вопрос о необходимости системной антибактериальной терапии;

- поскольку большая часть острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей связана с вирусной инфекцией, в качестве патогенетической терапии в педиатрии рекомендовано использовать противовирусные препараты, соответствующие всем требованиям безопасности и эффективности;

- для устранения назальной обструкции рекомендовано использовать безопасные, высокоэффективные деконгестанты, обладающие длительным сосудосуживающим, противовоспалительным и дополнительным противовирусным действием, которые рекомендовано подбирать в соответствии с возрастом ребенка, строго соблюдая длительность курса и дозировку. Всем этим требованиям соответствует оригинальный оксиметазолин, который может быть рекомендован как препарат первой линии в концентрациях в соответствии с возрастом ребенка

Литература

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464. DOI: 10.4193/Rhin20.600
2. Dykewicz MS, Wallace DV, Amrol DJ, Baroody FM, Bernstein JA, Craig TJ, et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020 Oct; 146(4):721-767. DOI: 10.1016/j.jaci.2020.07.007
3. Карпова ЕП, Тулулов ДА. Алгоритм ведения детей с острыми ринологическими симптомами. *Медицинский совет*. 2021;11:43-51. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-11-43-51
4. Smith MM, Ishman SL. Pediatric Nasal Obstruction. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018 Oct;51(5):971-985. DOI: 10.1016/j.otc.2018.05.005
5. Геппе НА, Малахов АБ, Дронов ИА, и др. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика: клиническое руководство. 2-е изд., обн. и доп. М.: МедКом-Про, 2020.
6. Баранов АА, Лобзин ЮВ, Намазова-Баранова ЛС, Таточенко ВК, Усков АН, Куличенко ТВ, и др. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Клинические рекомендации (проект). 2020. Адрес: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/ORVI%20дети%20СПР.v1_2019%20-%20финал.pdf (дата обращения: 27.12.2021).
7. Карнеева ОВ, Гуров АВ, Карпова ЕП, Тулулов ДА, Рязанцев СВ, и др. Острый синусит. Клинические рекомендации. 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/313_2 (дата обращения: 27.12.2021).
8. Карнеева ОВ, Гуров АВ, Поляков ДП, Тулулов ДА, Рязанцев СВ, и др. Острый средний отит. Клинические рекомендации. 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/314_2 (дата обращения: 27.12.2021).
9. Богомилский МР, Радциг ЕЮ, Радциг АН. Комплексное лечение острого инфекционного ринита у детей. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского*. 2019;98(3):120-123. DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-3-120-123
10. Богомилский МР. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство. Под ред. Богомилского МР. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
11. Тулулов ДА, Федотов ФА, Карпова ЕП, Грабовская ВА. Современные аспекты применения назальных сосудосуживающих и вспомогательных препаратов в педиатрической практике. *Медицинский Совет*. 2018;2:114-117. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-2-114-117
12. Andersson KE, Bende M. Adrenoceptors in the control of human nasal mucosal blood flow. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1984 Mar-Apr;93(2 Pt 1):179-82. DOI: 10.1177/000348948409300216
13. Тулулов ДА, Карпова ЕП. Возможности симптоматической терапии аллергического ринита у детей. *Медицинский совет*. 2019;17:179-185. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-17-179-185
14. Johannssen V, Maune S, Werner JA, Rudert H, Ziegler A. Alpha 1-receptors at pre-capillary resistance vessels of the human nasal mucosa. *Rhinology*. 1997 Dec;35(4):161-5.
15. Haenisch B, Walstab J, Herberhold S, Bootz F, Tschaikin M, Ramseger R, et al. Alpha-adrenoceptor agonistic activity of oxymetazoline and xylometazoline. *Fundam Clin Pharmacol*. 2010 Dec;24(6):729-39. DOI: 10.1111/j.1472-8206.2009.00805.x
16. Druce HM, Ramsey DL, Karnati S, Carr AN. Topical nasal decongestant oxymetazoline (0.05%) provides relief of nasal symptoms for 12 hours. *Rhinology*. 2018 Dec 1;56(4):343-350. DOI: 10.4193/Rhin17.150

17. Карпова ЕП, Тулулов ДА, Воробьева МП, Федотов ФА, Долгинов ДМ, Быков МВ, и др. О безопасности применения назальных деконгестантов в педиатрической практике. Вестник оториноларингологии. 2018;83(2):46-50. DOI: 10.17116/otorino201883246-50
18. Радциг ЕЮ, Злобина НВ. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей. Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского. 2015;94(5):96-100.
19. Карпова ЕП, Харина ДВ. Возможности рациональной фармакотерапии аденоидита у детей. Вестник оториноларингологии. 2016;81(5):73-76. DOI: 10.17116/otorino201681573-76
20. Богомильский МР, Радциг ЕЮ, Селькова ЕП. Болезни уха, горла и носа при ОРЗ у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
21. Гаращенко ТИ, Тарасова ГД, Алферова МВ, Гаращенко МВ, Рогова ЕС. Современные возможности терапии риносинусита в детском возрасте. Медицинский совет. 2018;2:98-104. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-2-98-104
22. Киселев АБ, Чаукина ВА, Автушко АС, Каримов ОС, Морозов ДВ. Терапевтический эффект местного лечения хронического катарального ринита 2%-м водным раствором протейната серебра. Российская оториноларингология. 2017;89(4):129-135. DOI: 10.18692/1810-4800-2017-4-129-135

References

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464. DOI: 10.4193/Rhin20.600
2. Dykewicz MS, Wallace DV, Amrol DJ, Baroody FM, Bernstein JA, Craig TJ, et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. J Allergy Clin Immunol. 2020 Oct; 146(4):721-767. DOI: 10.1016/j.jaci.2020.07.007
3. Karpova EP, Tulupov DA. Care pathways of children with acute rhinological symptoms. Medical Council. 2021;11:43-51. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-11-43-51 (In Russian).
4. Smith MM, Ishman SL. Pediatric Nasal Obstruction. Otolaryngol Clin North Am. 2018 Oct;51(5):971-985. DOI: 10.1016/j.otc.2018.05.005
5. Geppе NA, Malakhov AB, Dronov IA, i dr. Ostrye infektsii dykhatel'nykh putei u detei. Diagnostika, lechenie, profilaktika: klinicheskoe rukovodstvo. 2-e izd., obn. i dop. M.: MedKom-Pro Publ, 2020. (In Russian).
6. Baranov AA, Lobzin YuV, Namazova-Baranova LS, Tatochenko VK, Uskov AN, Kulichenko TV, i dr. Ostraya respiratornaya virusnaya infektsiya (ORVI). Klinicheskie rekomendatsii (proekt). 2020. Available at: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/ОРВИ%20дети%20СПР.v1_2019%20-%20финал.pdf (date of access: 27.12.2021). (In Russian).
7. Karneeva OV, Gurov AV, Karpova EP, Tulupov DA, Ryazantsev SV, i dr. Ostryi sinusit. Klinicheskie rekomendatsii. 2021. Access: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/313_2 (date of access: 27.12.2021). (In Russian).
8. Karneeva OV, Gurov AV, Polyakov DP, Tulupov DA, Ryazantsev SV, i dr. Ostryi srednii otit. Klinicheskie rekomendatsii. 2021. Access: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/314_2 (date of access: 27.12.2021). (In Russian).
9. Bogomilsky MR, Radzig EYu, Radzig AN. Complex treatment of acute infectious rhinitis in children. PEDIATRIA n.a. G.N.Speransky. 2019;98(3):120-123. DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-3-120-123 (In Russian).

10. Bogomil'skii MR. Bolezni ukha, gorla, nosa v detskom vozraste: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. M.R. Bogomil'skogo. 2-e izd., pererab. i dop. Moskva: GEOTAR-Media Publ, 2021. (In Russian).
11. Tulupov DA, Fedotov FA, Karpova EP, Grabovskaya VA. Current aspects of use of nasal vasoconstrictors and adjunctive agents in pediatric practice. Medical Council. 2018;2:114-117. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-2-114-117 (In Russian).
12. Andersson KE, Bende M. Adrenoceptors in the control of human nasal mucosal blood flow. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1984 Mar-Apr;93(2 Pt 1):179-82. DOI: 10.1177/000348948409300216
13. Tulupov DA, Karpova EP. Possibilities of symptomatic treatment of allergic rhinitis in children. Medical Council. 2019;17:179-185. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-17-179-185 (In Russian).
14. Johannssen V, Maune S, Werner JA, Rudert H, Ziegler A. Alpha 1-receptors at pre-capillary resistance vessels of the human nasal mucosa. Rhinology. 1997 Dec;35(4):161-5.
15. Haenisch B, Walstab J, Herberhold S, Bootz F, Tschaiкин M, Ramseger R, et al. Alpha-adrenoceptor agonistic activity of oxymetazoline and xylometazoline. Fundam Clin Pharmacol. 2010 Dec;24(6):729-39. DOI: 10.1111/j.1472-8206.2009.00805.x
16. Druce HM, Ramsey DL, Karnati S, Carr AN. Topical nasal decongestant oxymetazoline (0.05%) provides relief of nasal symptoms for 12 hours. Rhinology. 2018 Dec 1;56(4):343-350. DOI: 10.4193/Rhin17.150
17. Karpova EP, Tulupov DA, Vorob'eva MP, Fedotov FA, Dolginov DM, Bykov MV, et al. About the safety of application of nasal decongestants in the practice of pediatricians. Bulletin of otorhinolaryngology. 2018;83(2):46-50. DOI: 10.17116/otorino201883246-50 (In Russian).
18. Radtsig EYur, Zlobina NV. Topical antibiotics in acute adenoiditis treatment in children. PEDIATRIA n.a. G.N.Speransky. 2015;94(5):96-100. (In Russian).
19. Karpova EP, Kharina DV. The possibilities for the rational pharmacotherapy of adenoiditis in the children. Bulletin of otorhinolaryngology. 2016;81(5):73-76. DOI: 10.17116/otorino201681573-76 (In Russian).
20. Bogomil'skii MR, Radtsig EYu, Sel'kova EP. Bolezni ukha, gorla i nosa pri ORZ u detei. M.: GEOTAR-Media Publ; 2016. (In Russian).
21. Garaschenko TI, Tarasova GD, Alferova MV, Garaschenko MV, Rogova ES. Modern capabilities of therapy of post-viral rhinosinusitis in children. Medical Council. 2018;2:98-104. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-2-98-104
22. Kiselev AB, Chaukina VA, Avtushko AS, Karimov OS, Morozov DV. Therapeutic effect of local treatment of chronic catarrhal rhinitis with 2% aqueous solution of silver proteinate. Rossiiskaya otorinolaringologiya. 2017;89(4):129-135. DOI: 10.18692/1810-4800-2017-4-129-135 (In Russian).

Информация об авторах:

Геппе Наталья Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Заслуженный врач РФ

Карнеева Ольга Витальевна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России

Карпова Елена Петровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской оториноларингологии имени профессора Б.В. Шеврыгина Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования

Гарашенко Татьяна Ильинична, доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России; профессор кафедры ФДПО оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Тулупов Денис Андреевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии имени профессора Б.В.Шеврыгина Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования

Дронов Иван Анатольевич, кандидат медицинских наук, кафедра детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Чеботарева Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования

Абдулкеримов Хийир Тагирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии Уральского государственного медицинского университета, главный специалист по оториноларингологии министерства здравоохранения Свердловской области

Архипов Владимир Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и терапии имени академика Б.Е.Вотчала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования

Вавилова Вера Петровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры подготовки врачей первичного звена здравоохранения Кемеровского государственного медицинского университета

Гуров Александр Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии имени академика Б.С. Преображенского лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова

Дрынов Георгий Игоревич, доктор медицинских наук, профессор факультета специализированной медицины и диагностики университета Болоньи

Ильenkova Наталья Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских болезней с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого

Ильенко Лидия Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии №2 педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Киселев Алексей Борисович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Новосибирского государственного медицинского университета

Колосова Наталья Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (Сеченовский университет)

Кондюрина Елена Геннадиевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей, проректор по постдипломному образованию Новосибирского государственного медицинского университета

Малахов Александр Борисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный внештатный детский пульмонолог Департамента здравоохранения г. Москвы

Никифорова Галина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Радицг Елена Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Ревякина Вера Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением аллергологии Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии

Рязанцев Сергей Валентинович, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи,

Главный оториноларинголог по Северо-Западному федеральному округу, Заслуженный врач РФ

Свистушкин Валерий Михайлович доктор медицинских наук, профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Царькова Софья Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии и педиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Уральского государственного медицинского университета

Information about co-authors:

Natalya A. Geppe, MD, PhD, DSc, professor, head of the chair of paediatric diseases, I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Honored Physician of the Russian Federation

Olga V. Karneeva, MD, PhD, DSc, Professor, Deputy Director on Science of the National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, Federal Biomedical Agency

Elena P. Karpova, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Professor B.V.Shevrygin Department of Pediatric Otorhinolaryngology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

Tatyana I. Garashchenko, MD, PhD, DSc, Professor, Scientific Secretary of the National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia; Professor of the Department of Otorhinolaryngology, Pirogov Russian National Research Medical University

Denis A. Tulupov, MD, PhD, Associate Professor of the Professor B.V.Shevrygin Department Department of Pediatric Otorhinolaryngology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

Ivan A. Dronov, MD, PhD, chair of paediatric diseases, I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Tatyana A. Chebotareva, MD, PhD, DSc, Professor Department of Pediatric Infectious Diseases, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

Khiyir T. Abdulkerimov, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and maxillofacial surgery, Ural State Medical University

Vladimir V. Arkhipov, MD, PhD, DSc, professor of the B.E.Votchal Department of clinical pharmacology and therapy, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

Vera P. Vavilova, MD, PhD, DSc, Professor of the Department Training of primary care physicians, Kemerovo State Medical University

Alexander V. Gurov, MD, PhD, DSc, Professor Academician B.S.Preobrazhensky Department of Otorhinolaryngology Faculty of General Medicine of the Pirogov Russian National Research Medical University

Georgy I. Drynov, MD, PhD, DSc, Professor of the Faculty specialized medicine and diagnostics of the University of Bologna

Natalia A. Ilyenkova, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Pediatric Diseases with the Course of Postgraduate Education, V.F.Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

Lidiya I. Ilyenko, MD, PhD, DSc, professor, head of the department of hospital pediatrics No 2, pediatric faculty, Pirogov Russian National Research Medical University

Alexey B. Kiselev, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Otorhinolaryngology, Novosibirsk State Medical University

Natalya G. Kolosova, MD, PhD, associate professor at the chair of paediatric diseases, I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Elena G. Kondyurina, MD, PhD, DSc, professor, head of the Department of Pediatrics, Faculty of Advanced Training and Professional Retraining, vice-rector for postgraduate education of Novosibirsk State Medical University

Aleksandr B. Malakhov, MD, PhD, DSc, professor at the chair of paediatric diseases, I.M.Sechenov First Moscow State Medical University, chief consulting paediatric pulmonologist at the Moscow Department of Health

Galina N. Nikiforova, MD, PhD, DSc, Professor Department of Ear, Throat and Nose Diseases of the I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Elena Yu. Radtsig, MD, PhD, DSc, Professor, professor of Department of Otorhinolaryngology, Pediatric Faculty, Pirogov Russian National Research Medical University

Vera A. Revyakina, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Allergology, Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety

Sergey V. Ryazantsev, MD, PhD, DSc, Professor, Deputy Director St. Petersburg Scientific Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech; Chief otorhinolaryngologist for the Northwestern Federal District; Honored Doctor of the Russian Federation

Valery M. Svistushkin, MD, PhD, DSc, Professor Department of Ear, Throat and Nose Diseases of the I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Sofya A. Tsarkova, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Polyclinic Pediatrics and Pediatrics, Ural State Medical University



Називин.

Не надо ждать, чтобы дышать!

- ☑ Действует бережно*
- ☑ Без консервантов*
- ☑ Может быть активен до 12 часов*

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ
С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

ООО «Др. Редди'с Лабораториес», Россия, 115035, г. Москва,
Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1, тел./факс +7 (495) 783-29-01 | www.drreddys.com

*Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата
Називин Сensitive спрей дозированный 11,25 мкг/доза

Рег. №ЛП-001156 от 14.11.2016

информация для медицинских и фармацевтических работников



Ремейка

Информация предназначена для специалистов здравоохранения.
Реклама.

ООО «Др. Реддис Лабораторис»
Овчинниковская набережная, д. 20, стр. 1
115035, Москва, Россия