

В экспертный совет вошли ведущие специалисты в области педиатрии, оториноларингологии, аллергологии и иммунологии, инфекционных болезней: Х.Т. Абдулкеримов (Екатеринбург), В.В. Архипов (Москва), В.П. Вавилова (Кемерово), Т.И. Гаращенко (Москва), Н.А. Геппе (Москва), А.В. Гуров (Москва), **И.А. Дронов** (Москва), Г.И. Дрынов (Болонья, Италия), Н.А. Ильенкова (Красноярск), Л.И. Ильенко (Москва), О.В. Карнеева (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. Ревякина (Москва), С.В. Рязанцев (Санкт-Петербург), В.М. Свистушкин (Москва), Д.А. Тулупов (Москва), Царькова С.А. (Екатеринбург), Т.А. Чеботарева (Москва).

Консенсус достигнут! Тактика ведения детей с остро возникшими назальными симптомами на амбулаторном этапе

Несмотря на широкую распространенность проблемы назальной обструкции в педиатрии, до сих пор нет единого подхода к решению этого вопроса, что влечет за собой ряд серьезных проблем, которые стоят перед врачами в выборе терапии. В частности, это некорректное применение деконгестантов, полипрагмазия, необоснованное применение антибиотиков при вирусных инфекциях. Для врачей-педиатров амбулаторного звена необходимы четкие и единые подходы к лечению детей с острой назальной обструкцией.

Проблема затрудненного дыхания у детей – мультидисциплинарная проблема, которая требует вовлечения экспертов различных специальностей для разработки единых алгоритмов консервативного лечения назальной обструкции для врачей первичного звена. Задача консенсуса – систематизировать основные направления и алгоритмы лечения проблем затрудненного дыхания у детей, сопровождающихся назальной обструкцией; разработать план маршрутизации пациентов в соответствии с диагнозом и внедрить согласительные схемы в амбулаторную практику. Необходимо также определить роль и место основных фармакологических средств восстановления носового дыхания, связанных с респираторными инфекциями у детей.

28 мая 2021 состоялась заседание экспертного совета с международным участием при поддержке Российского педиатрического респираторного общества. Перед экспертами была поставлена цель достигнуть консенсуса и разработать единый алгоритм ведения детей с остро возникшими ринологическими симптомами для участковых педиатров.

Затрудненное дыхание, насморк – едва ли не самые частые причины обращения к педиатру. Эти симптомы отмечает подавляющее большинство пациентов с патологией верхнего отдела дыхательных путей. Врачам хорошо известно, что насморк не является нозологической формой или самостоятельным заболеванием, он пред-

ставляет собой симптомокомплекс, в который входят заложенность носа (назальная обструкция), выделения из носа (ринорея), чихание/зуд в полости носа и нарушение обоняния (дизосмия). Каждый из перечисленных назальных симптомов может возникать при множестве состояний [1, 2]. Поэтому участковому врачу-педиатру необходимо знать,

какое из них требует направления пациента к узкому специалисту, а, возможно, является показанием к незамедлительной госпитализации.

«Нам предстоит подготовить документ, который может быть использован не узкими специалистами, а врачами-педиатрами в ежедневной амбулаторной практике», – подчеркнула в начале встречи Н.А. Геппе, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

«Действительно, наша цель не продублировать клиническое или национальное руководство, а создать короткую, наглядную схему, которая позволит практикующему врачу в реальных условиях, с учетом цейтнота и человеческой усталости не пропустить проблемных пациентов», – дополнил к.м.н., доцент кафедры детской оториноларингологии РМАНПО Д.А. Тулупов.

О необходимости разработки такого документа говорят и результаты опроса, проведенного онлайн среди врачей-педиатров поликлинического звена из 15 регионов России с целью выявить и актуализировать текущие проблемы ведения пациентов с назальной обструкцией при острых респираторных заболеваниях (рис. 1, 2, 3). Результаты опроса осветила О.В. Карнеева, д.м.н., доцент, заместитель директора по учебной и научной работе НМИЦ оториноларингологии ФМБА России. Опрос показал, что 63,4% врачей не имеют единого подхода к лечению назальной обструкции у детей. На вопрос «Действует ли у вас в регионе/учреждении согласованный персонализированный подход к выбору фармакотерапии в зависимости от диагноза и возраста пациента с фиксированными курсами лечения и дозировками препаратов» положительно ответили только 37,6%; выяснилось, что более 40% врачей используют индивидуальные схемы ведения пациентов без единого подхода. При определении места деконгестантов в лечении детей с острыми ринологическими симптомами оказалось, что более половины опрошенных педиатров (54,5%) назначают их только при наличии сильно выраженных симптомов и при острой необходимости и лишь 13,8% считают их обязательным компонентом симптоматической терапии острой назальной обструкции. Что касается детей до 1 года, то 75% респондентов редко назначают им сосудосуживающие препараты. Более 50% принявших участие в опросе педиатров отметили, что направляют пациентов с острыми ринологическими симптомами к узким специалистам (оториноларингологу, аллергологу-иммунологу) только через 10 дней лечения в отсутствие положительной динамики. Таким образом, опрос подтверждает, что именно участковый педиатр – ключевое звено в лечении детей с острой назальной обструкцией различной этиологии.

Анализ результатов опроса выявил следующие проблемы:

1. несоблюдение пациентами предписаний врача в более чем 50% случаев;
2. повышенная нагрузка на амбулаторного врача-педиатра в связи с нехваткой узких специалистов в регионах;
3. трудности постановки диагноза на амбулаторном этапе;
4. некорректное использование симптоматической фармакотерапии, в частности применение сосудосуживающих средств, вопросы безопасности при выборе препаратов.

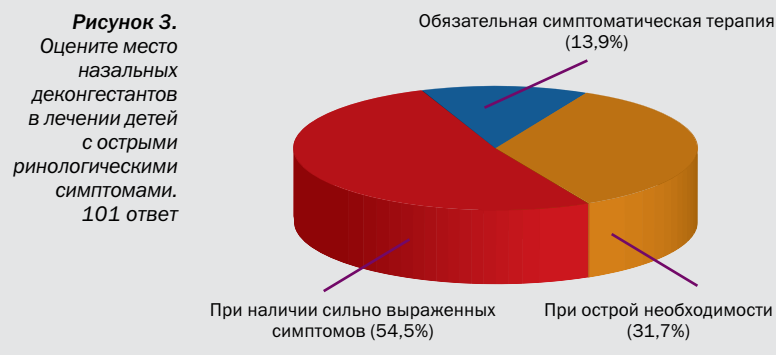
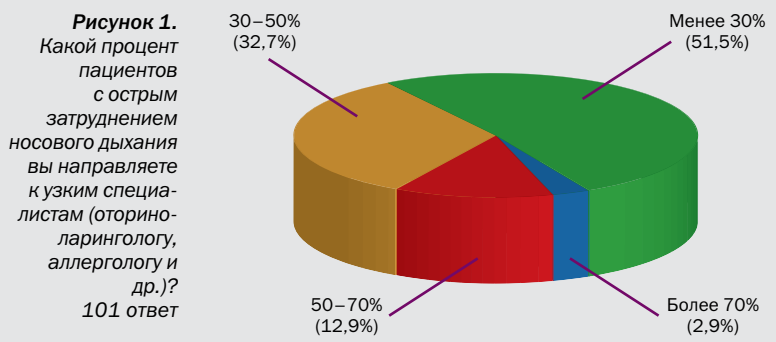
Подавляющее большинство респондентов (76,2%) подтвердили, что им требуются четкие систематизированные алгоритмы действий с маршрутизацией больных для оптимизации и улучшения ведения пациентов с острым затруднением носового дыхания.

Для полномасштабной оценки ситуации экспертный совет также заслушал доклад, в которых всесторонне были освещены вопросы этиологии назальной обструкции, диагностики и дифференциальной диагностики, а также лечения состояний, сопряженных с затрудненным носовым дыханием.



Н.А. Геппе посвятила выступление взаимосвязи воспаления верхних и нижних дыхательных путей при респираторных вирусных инфекциях. По данным Всемирной организации здравоохранения и Роспотребнадзора, ОРВИ и грипп занимают одно из первых мест среди всех инфекционных заболеваний. На долю ОРВИ приходится 90–95% случаев инфекционных заболеваний. В Российской Федерации гриппом и ОРВИ другой этиологии ежегодно болеют более 30 млн человек. Наибольший показатель отмечается среди детей первых лет жизни, а заболеваемость ОРВИ в первый год жизни может достигать 10 эпизодов. Но, независимо от возбудителей, входными воротами являются именно верхние дыхательные пути, где происходит наиболее интенсивное размножение вирусов. Педиатрам важно знать, как этот процесс локализовать в кратчайшие сроки, не повредив эпителий, выстилающий респираторный тракт. Н.А. Геппе также отметила, что именно деконгестанты являются наиболее назначаемой группой препаратов при острых респираторных инфекциях, поэтому необходимо выделить симптоматическую терапию деконгестантами как обязательную часть в лечении острой назальной обструкции у детей [3–8].

Т.И. Гаращенко, д.м.н., профессор, ученый секретарь НМИЦ оториноларингологии ФМБА России, профессор кафедры оториноларингологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, подробно остановилась на причинах и клинических проявлениях назальной обструкции и о взаимосвязи затрудненного носового дыхания и нарушений работы различных органов и систем. Свободное носовое дыхание особенно важно в детском возрасте, поскольку влияет на правильный рост и развитие. Привычка дышать ртом может приводить к нарушению формирования челюстно-лицевой области, развития зубов, к дефектам речи и пр. Назальная обструкция может стать следствием пороков развития. К причинам затрудненного дыхания у детей младшего возраста относятся кисты и свищи носа, кисты органа Якобсона, носослезного канала, внутринососевые мозговые грыжи, врожденные деформации носовой перегородки. Кроме того, затруднять носовое дыхание могут доброкачественные (ангиомы, ангиофибромы, инвертированные папилломы) и злокачественные (эстезиобластомы, рабдомиосаркомы, саркомы Капоши) образования, гистиоцитозы, гранулематозы и коллагенозы, полипозные риносинуситы, травмы носа, инородные тела, а также любой воспалительный процесс в глотке, гипертрофия миндалин, кисты корня языка, тератома глотки, макроглоссия, паратонзиллярный абсцесс.



Поликлинические врачи-педиатры, 101 респондент. База данных ООО «Медкон», май 2021 г.

Т.И. Гаращенко привела результаты совместных исследований ученых пяти европейских стран (Германии, Франции, Италии, Испании и Великобритании), показавших изменение клинической картины ринита, а именно сдвиг от легких к умеренным/тяжелым формам ринита (у 67,2%), возрастание удельного веса (42,5%) персистирующих вариантов болезни, более частое сочетание у одного и того же больного аллергических и неаллергических форм. Среди пациентов с неинфекционным ринитом у 43% регистрируют аллергический ринит, у 23% – неаллергический, у 34% – смешанный. Медикаментозная терапия ринита должна включать сосудосуживающие средства, антигистаминные препараты (топические и системные), интраназальные стероиды (комлексные и монопрепараты), ипратропия бромид, ирригационно-элиминационные интраназальные препараты, средства комPLEMENTАРНОЙ МЕДИЦИНЫ, а также расширители носа. Назначение деконгестантов в педиатрической практике, по мнению эксперта, абсолютно необходимо при острых риносинуситах, т. к. эти препараты в кратчайшие сроки устраняют отек слизистой оболочки носа. Наиболее предпочтительным выделен оригинальный препарат оксиметазолин Називин®, с большой доказательной базой, имеющий отдельную лекарственную форму с наименьшей концентрацией 0,01%, одобренную к применению у новорожденных.

Эту точку зрения разделяет Е.Г. Кондюрина, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета. Она отметила, что часто сами врачи недооценивают опасность назальной обструкции, особенно у детей первого года жизни. При этом изучено противовоспалительное и виростатическое действие оригинального оксиметазолина (Називин®) в отношении, в частности, наиболее распространенных штаммов риновируса и некоторых вирусов гриппа. Препарат оказывает мощное ингибирующее действие на образование маркера воспаления ЛТВ4 и маркера оксидативного стресса 8-изопростана в стимулированных нейтрофилах.

Актуальные данные об особенностях диагностики и лечения респираторных заболеваний при COVID-19 привел Г.И. Дрынов, д.м.н., профессор факультета специализированной медицины и диагностики, руководитель бакалавриата по аллергологии и иммунологии Болонского университета (Италия). «Ковидная моноинфекция чаще всего протекает в виде легкого или среднетяжелого поражения верхних отделов дыхательных путей, но иногда как коинфекция с другими респираторными вирусами (РВС, риновирус, бокавирус, аденовирус), что утяжеляет течение болезни и приводит к поражению нижних отделов респираторного тракта и развитию пневмонии, бронхолита, – отметил докладчик. – Причина, по которой у пациентов с SARS CoV-2 частота вирусной коинфекции невысока, является конкурентное преимущество SARS CoV-2 во взаимодействии с другими респираторными вирусами во время коинфекции. Хотя синусит не является клиническим симптомом коронавирусной инфекции, он может возникнуть на фоне интоксикации и снижения иммунного сопротивления патогенным бактериям. И наоборот, синусит может открыть ворота коронавирусу». В журнале JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery (JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg. doi: 10.1001/jamaoto.2021.0204) опубликована работа, показывающая, что пациенты с хроническим риносинуситом могут страдать когнитивными нарушениями. Исследование выявило связь воспаления в пазухах носа с основным функциональным узлом мозга, играющим центральную роль в модуляции познания.

Один из ведущих симптомов коронавирусной инфекции является anosmia/дизосмия, и это не просто снижение восприятия запахов и вкуса, а гораздо более глубокая проблема. Ранее считалось, что коронавирус затрагивает только обонятельный эпителий, но последние работы показали, что он проникает в центральную нервную систему через обонятельный нейроэпителий и распространяется внутри обонятельной луковицы. Опасность anosmia/дизосмии кроется не только в снижении качества жизни, но и в том, что пациенты теряют способность распознавать опасные вкусы и запахи, и уже описаны случаи, когда это приводило к отравлениям. Последние данные указывают на то, что вкусовые и обонятельные рецепторы есть в казалось бы неожиданных органах – респираторный тракт, почки, кишечник, они контролируют состояние естественного микробного здоровья организма и «поднимают тревогу» в случае вторжения. Изучены связи обонятельных и вкусовых рецепторов с иммунитетом.

Постковидную anosmiю профессор Г.И. Дрынова считает целесообразным лечить препаратами с противовоспалительными, противовирусными свойствами, включая в схему терапии деконгестанты (оптимальным препаратом, по мнению эксперта, является оксиметазолин) и промывание полости носа солевым раствором. Аллергический ринит (АР) среди причин назальной обструкции занимает одно из ведущих мест. В.А. Ревякина, д.м.н., профессор, заведующая отделением аллергологии ФИЦ

питания и биотехнологии, отметила, что АР регистрируется у 10–25% взрослых и у 40–60% детей. У большинства детей АР имеет хроническое (затяжное) течение, существенно ухудшая качество жизни: повышается утомляемость, снижается активность и когнитивные функции, нарушается сон. Последствия детских асомний крайне опасны, поскольку возрастает риск синдрома внезапной смерти, отмечается отставание в росте (80% количества соматотропного гормона выделяется в 3–4-й стадиях первого цикла сна) и замедление физического развития. Очень часто дети с АР наблюдаются на педиатрическом участке с диагнозом часто болеющий ребенок или аденонидные вегетации. Конечно, быстро установить этиологию ринита бывает сложно, именно поэтому особенно важно подготовить документ, опираясь на который педиатр мог бы заподозрить АР у часто болеющего ребенка. Лечение АР включает системную (антигистаминные, антилейкотриеновые, кортикостероидные препараты) и местную (антигистаминные, кортикостероидные препараты, кромоны, сосудосуживающие средства) фармакотерапию, что позволяет эффективно снимать назальную обструкцию.

Е.П. Карпова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской оториноларингологии РМАНПО, представляя рабочие варианты алгоритмов ведения детей с острыми ринологическими симптомами, отметила, что существующие национальные клинические рекомендации содержат подробную, исчерпывающую информацию по перечню диагностических процедур и фармакотерапии, разработанной для конкретной патологии на базе доказательной медицины. Однако в настоящий момент крайне мало наглядной информации, опираясь на которую врач может точно и своевременно установить диагноз, назначить взвешенное лечение и выявить необходимость направления пациента к узкому специалисту. Поэтому перед экспертами была поставлена задача разработать своего рода навигатор для врача амбулаторного звена, который позволит быстро выбирать пути лечения конкретного пациента.

Рабочей группой экспертов, в которую вошли профессор Е.П. Карпова, к.м.н. Д.А. Тулупов, профессор Н.А. Гепле, к.м.н., доцент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **И.А. Дронов**, профессор Т.И. Гаращенко, был предложен проект алгоритма ведения детей с остро возникшими ринологическими симптомами врачом-педиатром или врачом-оториноларингологом на амбулаторном этапе. Были выделены следующие моменты:

1. Все пациенты должны быть оценены врачом на предмет наличия у них «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 вспомогательного лечения, 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.

4. Поскольку большая часть острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей связана с вирусной инфекцией, в целях иммунокоррекции в педиатрии рекомендовано использовать противовирусные препараты, соответствующие всем требованиям безопасности и эффективности.

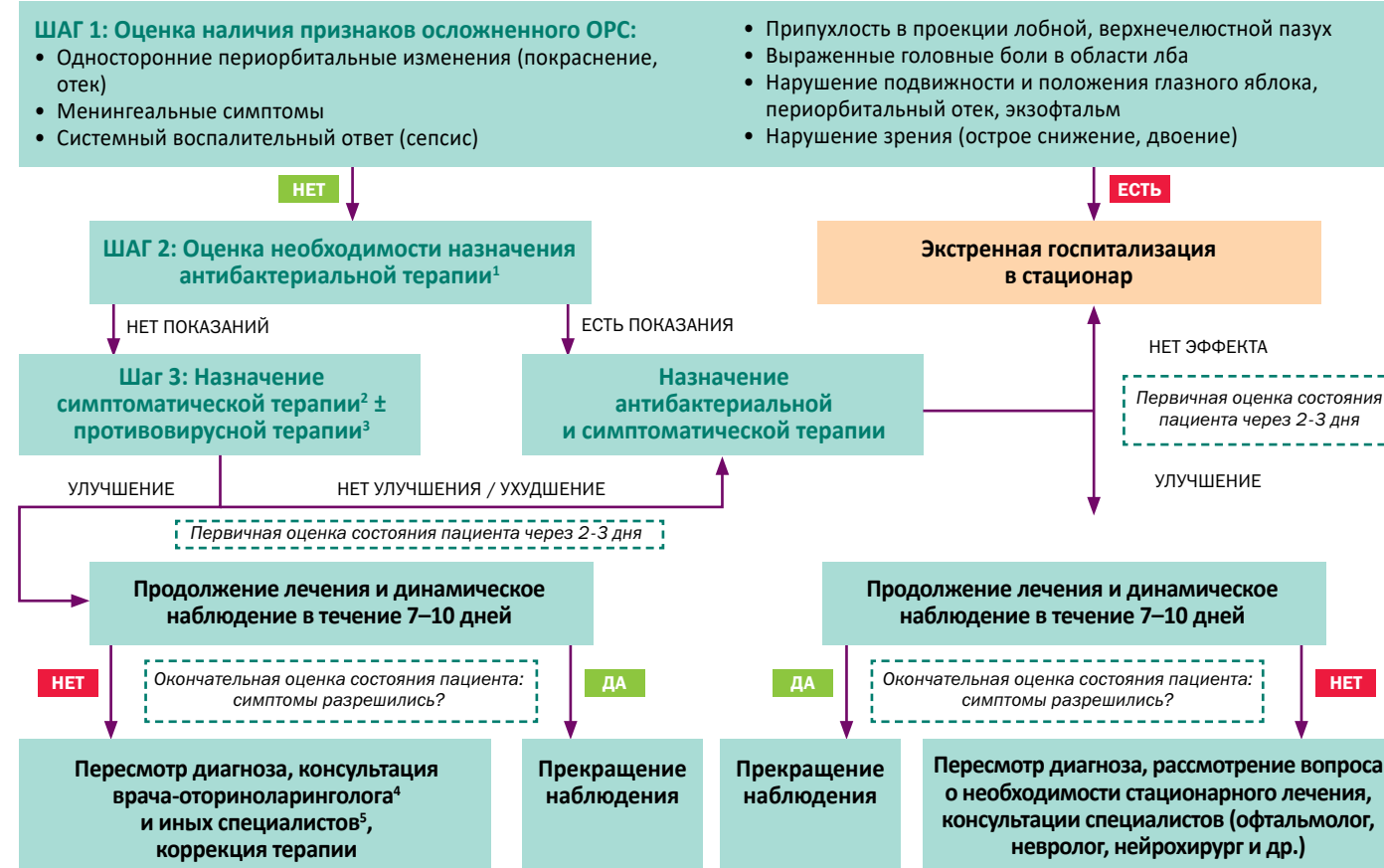
5. С целью улучшения качества жизни пациентов с ОРИ и уменьшения рисков развития осложнений со стороны дыхательной системы приоритетным представляется назначение симптоматической терапии. Для устранения назальной обструкции необходимо использовать безопасные, высокоэффективные деконгестанты, обладающие длительным сосудосуживающим, противовоспалительным и желательным противовирусным действием, которые следует подбирать в соответствии с возрастом ребенка, строго соблюдая курс и дозировку. Всем этим требованиям соответствует оригинальный оксиметазолин (Називин®), он может быть рекомендован как деконгестант первой линии детям любого возраста, включая младенцев.

- Экспертный совет поставил целью:
1. систематизировать основные направления и алгоритмы диагностики и лечения респираторных болезней, сопровождающихся назальной обструкцией у детей;
 2. отдельно вынести на обсуждение особенности ведения новорожденных и детей раннего возраста с затрудненным дыханием;
 3. разработать план маршрутизации пациентов в соответствии с диагнозом и внедрить согласительные схемы в амбулаторную практику; определить роль узких специалистов в лечении проблем затрудненного дыхания у детей;
 4. определить тактику консервативного лечения назальной обструкции при острых респираторных инфекциях у детей в зависимости от возраста, а также роль и место основных фармакологических средств восстановления носового дыхания, связанных с респираторными инфекциями у детей, таких как сосудосуживающие препараты, противовирусные средства и др. ■

Литература

1. Fokkens W., Lund V., Hopkins C., Hellings P.V., Kern R. et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. Rhinology. 2020;58(Suppl S29):1–464.
2. Dykewicz M.S., Wallace D.V., Amrol D.J., Baroody F.M., Bernstein J.A., Craig T.J., Dinakar C., Ellis A.K., Finegold I., Golden D.B.K., Greenhawt M.J., Hagan J.B., Horner C.C., Khan D.A., Lang D.M., Larenas-Linnemann D.E.S., Lieberman J.A., Meltzer E.O., Oppenheimer J.J., Rank M.A., Shaker M.S., Shaw J.L., Steven G.C., Stukus D.R., Wang J. Rhinitis 2020: A practice parameter update. J. Allergy Clin. Immunol. 2020;146(4):721–67.
3. Smith M.M., Ishman S.L. Pediatric nasal obstruction. Otolaryngol. Clin. North Am. 2018;51(5):971–85.
4. Рязанцев С.В., Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В., Свистушкин В.М., Сапова К.И. и др. Острый синусит. Клинические рекомендации. 2016. Режим доступа: <http://www.nmaoru.org/files/KR313%20stryj%20sinusit.pdf>.
5. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Алгоритм ведения детей с острыми ринологическими симптомами. Медицинский совет. 2021;(11). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-54>
6. Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю., Радциг А.Н. Комплексное лечение острого инфекционного ринита у детей. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019;98(3):120–3.
7. Богомильский М. Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство. Под ред. М. Р. Богомильского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 1072 с.
8. Тулупов Д.А., Федотов Ф.А., Карпова Е.П., Грабовская В.А. Современные аспекты применения назальных сосудосуживающих и вспомогательных препаратов в педиатрической практике. Медицинский совет. 2018;(2):114–7.

Тактика ведения детей с остро возникшими назальными симптомами на амбулаторном этапе врачами-педиатрами и врачами-оториноларингологами



1 Показания к системной антибактериальной терапии при остром риносинусите:

- наличие 3 и более признаков острого бактериального риносинусита, к которым относят гнойные выделения из носа или выделения в течение 3 дней и более только из одной половины носа любого характера; головную боль или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух; температуру тела 38,0°C и выше; вторую волну заболевания (усиление выраженности симптомов после временного улучшения); повышение С-реактивного белка (более 30 мг/л) и/или лейкоцитоз в клиническом анализе крови (более 15x10⁹/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 на иммунодефиците, при генетических заболеваниях, обуславливающих несостоятельность работы системы мукоцилиарного транспорта (муковисцидоз, первичная цилиарная дисфункция/недостаточность), некомпенсированном сахарном диабете;
- сохранение более 5 суток или усугубление через 3 суток симптоматики на фоне адекватной противовирусной и симптоматической терапии.

2 Симптоматическая терапия:

Заложность носа (назальная обструкция):

- назальные сосудосуживающие препараты, предпочтительно оригинальный оксиметазолин (Називин®): детям от 0 до 1 года оксиметазолин в концентрации 0,01%, детям от 1 года до 6 лет – оксиметазолин 0,025%, детям старше 6 лет – оксиметазолин 0,05% курсом до 7 дней;
- орошение носа изотоническим/гипертоническим раствором морской воды с последующим туалетом полости носа;
- интраназальные глюкокортикостероиды (мометазона фураат с 2 лет, флутиказон пропионат с 4 лет) при сохранении насморка более 10 дней у детей 12 лет и старше или при наличии аллергического ринита в качестве сопутствующей патологии.

Водянистые выделения из носа:

- топические антимикробные препараты;

- антигистаминные интраназальные препараты (с 6 лет азеластин, левокабастин), комбинированные интраназальные 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.

3 Противовирусная терапия

- Острые респираторные вирусные инфекции (на основании эпидемиологических/клинических/клинико-лабораторных критериев): препараты влияния на систему интерферона (ИФН) – технологически обработанные антитела к ИФН-гамма (с 1 месяца) и композиция технологически обработанных антител к ИФН-гамма, CD4⁺ клеткам и гистамину (с 6 месяцев), препараты индукторов ИФН, интраназальные формы ИФН-альфа (с периода новорожденности), препараты рекомбинантного ИФН-альфа (с периода новорожденности, в том числе недоношенным). Подтвержденный или вероятный диагноз «грипп»: осельтамивир (с 1 года), риамилонир (с 18 лет), умифеновир (с 2 лет) – сроки начала терапии не позднее 2 суток от начала заболевания; композиция технологически обработанных антител к ИФН-гамма, CD4⁺ клеткам и гистамину (с 6 месяцев) – в любые сроки от начала заболевания.

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

⁵ В случае, если у пациента есть клинико-anamnestические данные за обострение аллергического ринита при неустановленном диагнозе, целесообразно в плановом порядке рекомендовать консультацию врача-аллерголога-иммунолога.

Экспертный совет: Х.Т. Абдулкеримов, В.В. Архипов, В.П. Вавилова, Т.И. Гарашенко, Н.А. Геппе, А.В. Гуров, И.А. Дронов, Г.И. Дрынов, Н.А. Ильенкова, Л.И. Ильенко, О.В. Карнеева, Е.П. Карпова, 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, Д.А. Тулупов, С.А. Царькова, Т.А. Чеботарева



Називин.

Не надо ждать, чтобы дышать!

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

ООО «Др. Редди'с Лабораторис», 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 Сенситив спрей дозированный 11,25 мкг/доза

Рег №ЛП-001156 от 14.11.2016

информация для медицинских и фармацевтических работников



Реклама