

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи» Минздрава России

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

УТВЕРЖДАЮ

Главный оториноларинголог
Минздрава России

СОГЛАСОВАНО

Президент Национальной
медицинской ассоциации
оториноларингологов



Н. А. Дайхес

11 марта 2017 г.



Ю. К. Янов

5 марта 2017 г.

**ВОЗМОЖНОСТИ
КЛИНИЧЕСКОЙ ГОМЕОПАТИИ
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

Методические рекомендации

Утверждены на заседании Экспертного совета с участием
главных специалистов по оториноларингологии регионов РФ
11 марта 2017 года

Одобрено и рекомендовано на заседании профильной комиссии
в рамках VI Петербургского международного форума оториноларингологов
России 25 апреля 2017 года

Москва – Санкт-Петербург
2017

Сведения об авторах

Карнеева О. В. — д-р мед. наук, профессор, зам. директора по научной работе
Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России

Рязанцев С. В. — заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор, зам. ди-
ректора по научной работе СПб НИИ ЛОР, главный оториноларинголог Северо-
Западного округа РФ

Радциг Е. Ю. — д-р мед. наук, профессор кафедры оториноларингологии
педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский
медицинский университет (РНИМУ) им. Н. И. Пирогова»

Ким И. А. — д-р мед. наук, профессор кафедры оториноларингологии Рос-
сийской медицинской академии непрерывного профессионального образования
(РМАНПО)

© ФГБУ СПб НИИ уха, горла, носа и речи
Минздрава России, 2017

© ФГБУ «Научно-клинический центр
оториноларингологии» ФМБА, 2017

© ООО «Полифорум Групп», 2017

Введение

Острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) – актуальная проблема современной медицины. По данным ВОЗ, ежегодно в мире респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) и гриппом заболевают до 100 млн человек, из которых почти 4 млн умирают от осложнений [1].

Доминирующим осложнением ОРВИ является острый синусит, а воспалительная патология ЛОР-органов в настоящее время составляет около 87% всех заболеваний уха, горла и носа. В последние десятилетия заболеваемость синуситом возросла почти в 3 раза, а удельный вес госпитализированных с этой патологией ежегодно увеличивается на 1,5–2% [2].

Важно отметить, что в России ОРВИ обуславливают 40% суммарной длительности больничных листов и до 100 млрд рублей экономического ущерба в год. Материальные затраты государства и общества прежде всего связаны с прямыми расходами на лечение заболевших и их реабилитацию [3–5].

Вопросы совершенствования терапии распространенных заболеваний ЛОР-органов – острых респираторных вирусных инфекций, риносинусита (РС), острого ринита (ОР), ларингита (ЛР) – актуальная тема современной практической медицины.

Согласно статистике число препаратов, принимаемых при ОРВИ, в 70% случаев достигает трех и более наименований, что вызывает риск лекарственных взаимодействий и нежелательных явлений. Так, прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% пациентов, прием пяти увеличивает частоту таких эффектов до 50%, а при приеме 10 препаратов этот показатель достигает 100% случаев [6].

По данным исследователей из Университета Джонса Хопкинса (США), в США смертность от ятрогенных причин превышает смертность при ДТП и составляет около 225 000 человек в год (<http://www.interfax.ru/world/506759>, портал Врачи РФ).

Особое внимание стоит уделять выбору назначаемых препаратов при ОРВИ, в частности важности обоснованного назначения антибиотиков. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о неоправданно частом применении антибиотиков при данной патологии и о связанном с этим повышении резистентности возбудителей и снижении активности местного иммунитета [2]. У ряда детей раннее применение антибиотиков при ОРВИ повышает риск развития

астмы: метаанализ 8 исследований показал, что применение антибиотиков вдвое повышает относительный риск (ОР 2,05) бронхиальной астмы [7].

Существующая на сегодня проблема полипрагмазии и формирования антибиотикорезистентности у пациентов с ОРВИ и ЛОР-осложнениями, особенно при наличии сопутствующей патологии, диктует необходимость поиска новых подходов к терапии этого заболевания с использованием эффективных препаратов, проверенных временем, применение которых не сопровождается развитием осложнений и нежелательных явлений.

В связи с этим представляется перспективным направление «клиническая гомеопатия». Это современный подход, интегрированный в медицинскую практику и систему медицинского образования для врачей любой специальности, частной и государственной медицины.

Клиническая гомеопатия: определения, законодательные основы и мировой опыт

«Гомеопатия сегодня является неотъемлемой частью клинической медицины и активно развивается, происходит углубление ее научно-практического потенциала и расширение показаний для ее использования. В 80 странах мира гомеопатия находит свое применение, находясь в разных организационно-правовых условиях, в одних странах – являясь формой частной практики, а в других – частью государственной медицины. Несмотря на то что механизм действия гомеопатических лекарств находится еще в стадии изучения, практика применения показала эффективность во многих случаях. В 2015 году Германия внесла предложение считать гомеопатию нематериальным культурным наследием человечества, зарегистрированным ЮНЕСКО» (из приветственного слова президента Союза «Национальная медицинская палата») Л. М. Рошаля организаторам и участникам I Евразийского конгресса по гомеопатической медицине, 14–15 октября 2016 г., Москва) [8].

Применение гомеопатии имеет многолетнюю историю. В 2016 г. методу исполнилось 200 лет. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально признает гомеопатию и предложила стратегию развития метода с 2014 до 2023 г.

Гомеопатия (от гр. *ὁμοιος* – подобный и *πάθος* – болезнь) – интегративный метод лечения, основанный на принципах: подобие, малые дозы, индивидуальный подход. Гомеопатию можно классифицировать на классическую и клиническую (табл. 1).

Клиническая гомеопатия – современный подход, интегрированный в медицинскую практику и систему медицинского образования для врачей любой специальности, частной и государственной медицины. Данный подход предпо-

лагает строгое регламентирование практики, которая разрешена только врачам с академическим медицинским образованием, получившим дополнительное образование. При этом клиническая гомеопатия оптимально сочетается с различными терапевтическими подходами и препаратами (см. табл. 1) [9].

Современная практика гомеопатии подразумевает применение препаратов, соответствующих требованиям фармпроизводства – все европейские площадки в обязательном порядке сертифицированы по GMP. Именно это позволяет в некоторых странах включать такие препараты в систему государственного страхования и во всех странах распространения гарантировать их высокую эффективность для пациентов и врачей, которые их назначают.

Гомеопатические препараты стали изучаться по стандартам доказательной медицины (Evidence Based Medicine) с 2003 г. На сайте общества доказательной медицины Cochrane представлены слепые рандомизированные плацебоконтролируемые исследования по ряду гомеопатических препаратов, демонстрирующие положительные результаты. В частности, препарат Оциллококцинум® фигурирует в метаанализе шести РКИ (рандомизированных контролируемых исследований) [10].

Таблица 1. Сравнительная таблица клинической и классической гомеопатии

Классическая гомеопатия	Клиническая гомеопатия
<i>Сходства</i>	
Принцип подобия	
Индивидуальная реакция больного	
Принцип бесконечно малых доз	
Оценка результатов лечения по законам Константина Геринга	
<i>Различия</i>	
Практикуется врачами и лицами без медицинского образования	Практикуется только врачами
«Нет неизлечимых болезней, есть неизлечимые пациенты»	Лечение зависит от характера патологического процесса и его стадии в свете современных научных медицинских достижений
Не интересуется нозологическим диагнозом и стадией заболевания	Диагноз и стадия заболевания имеют решающее значение при выборе лечения
Только одно гомеопатическое лекарство	Одновременное использование нескольких гомеопатических препаратов
Отрицает совместное использование гомеопатического и традиционных методов лечения	При необходимости – сочетание гомеопатического и традиционных методов лечения

Клинические исследования в области гомеопатии постоянно обновляются. EPI3 – фармакоэпидемиологическое исследование, проводимое во Франции в сфере оказания первичной медицинской помощи с 2006 по 2011 г. Программа EPI3 была проведена абсолютно независимо как с точки зрения изучения протокола, так и в отношении сбора данных, их анализа, обсуждения результатов и их публикации [11–13].

Цель исследования: описать и сравнить результаты пациентов, разделенных по группам по методу лечения, практикуемому врачом: гомеопатический метод, гомеопатический метод vs традиционный метод, традиционный подход. В исследовании приняли участие 825 врачей и более 8500 пациентов с болезнями ЛОР-органов, мышечными и суставными болями, тревожно-депрессивными состояниями. Во всех трех группах наблюдались пациенты с сопоставимыми диагнозами и тяжестью заболевания.

Результаты исследования показали сопоставимую эффективность во всех трех группах. При этом в группе, где принималась гомеопатия, побочные эффекты регистрировались реже, а в группе смешанной терапии удавалось снизить дозировку и продолжительность приема сильнодействующих препаратов. По результатам исследования было опубликовано 15 статей на источнике PubMed.

В России использование гомеопатических препаратов в медицинской практике является законодательно обоснованным, в частности Приказом Министерства здравоохранения РФ № 335 от 29.11.95 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» [14, 15].

Важно отметить, что в России для гомеопатических лекарств не существует облегченных процедур получения регистрационных удостоверений, что обязывает производителя предоставлять результаты доклинических и клинических исследований лекарственных средств, доказывающих их эффективность и безопасность. Регистрация гомеопатических препаратов в РФ как лекарственных препаратов происходит в соответствии с ФЗ № 61 «Об обращении лекарственных средств» [16]. Препараты внесены МЗ РФ в Реестр лекарственных средств.

Рассматривается целесообразность применения препаратов клинической гомеопатии в качестве дополнительного лечения, например, острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе острого риносинусита, острого инфекционного, а также аллергического ринита, ларингита и других состояний у взрослых* и детей [17, 18].

* Готовность российских пациентов применять гомеопатические лекарства довольно высока – почти 60% готовы лечиться сочетанием гомеопатических и других препаратов (по данным независимого исследования с участием 700 респондентов со всей России, октябрь 2016 г.) [19].

ОРВИ.

Рациональные подходы к диагностике и лечению

Эпидемиология

Острые респираторные вирусные инфекции составляют весомую долю в структуре заболеваемости человека и занимают лидирующее место среди инфекционных заболеваний. По данным ВОЗ, на долю ОРВИ и гриппа приходится около 90–95% случаев всех инфекционных заболеваний. При этом в России число ежегодно болеющих ОРВИ и гриппом достигает более 30 млн человек, в том числе в Москве – 2 млн человек. В настоящее время эпидемиологическая ситуация в России в отношении острых респираторных вирусных инфекций характеризуется их ростом во всех возрастных группах на 12% по сравнению с предыдущим десятилетием. Следует отметить, что эта статистика далеко не полная, поскольку включает только зарегистрированные случаи ОРВИ без учета заболевших, которые за медицинской помощью не обратились. Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена и экономической составляющей. Так, суммарный экономический ущерб от ОРВИ оценивается в 40 млрд рублей в год, составляя около 80% ущерба от всех инфекционных болезней [20].

Максимальная заболеваемость острыми респираторными инфекциями среди детей отмечена в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет в среднем 6–9 заболеваний в год. По числу случаев среди детей ОРВИ превосходят все другие инфекции [21], что объясняется утратой материнского иммунитета и отсутствием приобретенного [22]. Среди школьников заболеваемость снижается до 2–5 случаев в год, а среди взрослых данный показатель определяется на уровне 2–4 эпизода в год. Данные закономерности наблюдаются у взрослых и детей во всех странах мира независимо от уровня их экономического развития.

Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель и составляет 87–91 тыс. на 100 тыс. населения. Среди часто болеющих пациентов многие имеют аллергическую предрасположенность и (или) бронхиальную гиперреактивность, что обуславливает более выраженные проявления респираторной инфекции [23–25].

Этиология и патогенез

Основным этиологическим фактором ОРВИ являются вирусы. Описано 200 серотипов различных вирусов, чаще всего это риновирусы, среди которых выделено 100 серотипов (25–40% всех ОРВИ), вирусы парагриппа, аденовирусы, бокавирусы, метапневмовирусы, коронавирусы, в том числе коронавирус, вызывающий тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), а также РС-вирусы. Возможно сочетание (микст-инфекция) различных возбудителей, в том числе вирусно-бактериальные ассоциации [23–27].

После перенесенной инфекции формируется нестойкий иммунитет, продолжительность которого, например для вируса гриппа, составляет всего 1,5–3 года и только относительно данного вида вируса. Именно высокой изменчивостью вируса гриппа за счет мутаций в вирусном геноме можно объяснить возникновение эпидемий. Для парагриппозной и РСВ-инфекции иммунитет более продолжительный – 3–5 лет. Относительно стойкий иммунитет вырабатывается к адено- и риновирусам [28].

ОРВИ являются антропонозными заболеваниями. Источником инфекции становятся больные с клинически выраженными формами болезни, а также лица со стертыми формами заболевания и здоровые вирусоносители, которые представляют наибольшую эпидемиологическую опасность.

Основной механизм передачи аэрозольный, в ряде случаев вероятны также контактно-бытовой и фекально-оральный механизмы передачи. Возбудители ОРВИ распространяются при разговоре, кашле, чихании. Максимальное количество возбудителя содержится в крупнокапельной фазе аэрозоля, который выделяют больной или носитель. Радиус его рассеивания в окружающем пространстве составляет 2–3 м, следовательно, инфицирование происходит в непосредственной близости от больного. Нахождение крупных капель в воздухе из-за высокой скорости оседания исчисляется 1–3 с. Длительность выживания возбудителей во внешней среде с сохранением вирулентных и патогенных свойств зависит от условий среды и для большинства возбудителей ОРВИ, в том числе и для вирусов гриппа, варьирует от нескольких часов до 7–12 дней [25, 29, 30].

Для респираторных вирусных инфекций характерна общность путей передачи, патогенетических механизмов, стадий заболевания, а также клинических проявлений.

Можно выделить следующие стадии патогенеза острых респираторных вирусных инфекций.

Проникновение возбудителя в организм через верхние дыхательные пути

1. Репликация и репродукция вирусов в эпителиальных клетках слизистой оболочки дыхательных путей.
2. Различные этапы цитопатического действия возбудителей на клетки респираторного эпителия.
3. Проникновение микроорганизмов и их метаболитов во внутренние среды макроорганизма с развитием общей и местной реакции в ответ на инфекцию.
4. Угнетение факторов местной и общей резистентности с возможным развитием бактериальных осложнений.
5. Формирование специфического иммунитета, активизация факторов неспецифической резистентности.
6. Элиминация возбудителя.
7. Восстановление нарушенных структур и функций.

8. Выздоровление.

Характер течения инфекционного процесса определяется сложной системой защитно-приспособительных реакций макроорганизма, направленных на ограничение репродукции и элиминацию вирусов.

Во время и после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции происходит угнетение местного и общего иммунитета, в результате чего организм становится особенно подверженным другим видам инфекции, в частности бактериальным [29, 31].

Клиническая классификация и клиника ОРВИ

Коды по МКБ-10

J00-J06 острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей

J00 острый назофарингит (насморк)

J01 острый синусит

J02 острый фарингит

J03 острый тонзиллит

Вирусы являются неклеточными формами жизни и абсолютными паразитами. Поэтому на начальных этапах развития заболевания отмечается сходная клиническая симптоматика.

Независимо от типа вируса, вызвавшего данный эпизод ОРВИ, принято классифицировать заболевание по течению, степени тяжести, наличию или отсутствию осложнений, а также по длительности течения.

По течению

1. Типичное (манifestное)
2. Атипичное (бессимптомное, стертое)

По тяжести

1. Легкая степень
2. Средняя степень
3. Тяжелая степень
4. Очень тяжелая степень

По характеру

1. Неосложненное
2. Осложненное (специфические осложнения; осложнения, вызванные вторичной микрофлорой; обострение хронических заболеваний)

По длительности

1. Острое (5–10 дней)
2. Подострое (11–30 дней)
3. Затяжное (более 30 дней) [23, 24].

Инкубационный период при острых респираторных вирусных инфекциях, вызванных наиболее распространенными инфекционными агентами, состав-

Таблица 2. Клинические синдромы, вызываемые различными вирусами

Вирусы	Основные синдромы поражения дыхательных путей
Вирусы парагриппа	Ларингит, ринофарингит, ложный круп
Респираторно-синцициальные вирусы	Бронхит, бронхиолит
Аденовирусы	Ринит, фарингит, конъюнктивит
Риновирусы	Ринит, фарингит
Коронавирусы человека	Ринофарингит, бронхит
Коронавирус ТОРС	Бронхит

ляет от 1 до 14 суток. Заболевание, как правило, начинается остро с появления синдрома интоксикации (повышение температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общая слабость, головная боль, боль в мышцах и суставах), а также катарального (катарально-респираторного) синдрома, проявляющегося развитием кашля, насморка, в некоторых случаях – конъюнктивита. Возможно появление лимфопролиферативного синдрома, при котором наблюдается лимфаденопатия и несколько реже развивается гепатомегалия [26, 27, 30].

Клинические симптомы ОРВИ во многом схожи: гипертермия, катаральные явления со стороны ВДП (насморк, кашель), головная боль, гиперемия зева, конъюнктивит, увеличение регионарных лимфоузлов, боли в животе, рвота, артралгии. Однако, несмотря на схожую клиническую картину, имеются и определенные различия как в клинических симптомах, так и в продолжительности инкубационного периода. Грипп является острым инфекционным заболеванием с коротким инкубационным периодом (от 2–5 ч до 7 суток), внезапным началом, выраженной интоксикацией. Клинические проявления риновирусной инфекции развиваются спустя 10–12 ч после контакта с больным. Для аденовирусной инфекции характерен более продолжительный инкубационный период – от 2 ум до 14 дней. Для герпесвирусных инфекций инкубационный период может быть различным по продолжительности – от 1–2 суток до 3 недель [26].

Известно, что определенные вирусы имеют тропизм к определенным участкам слизистой оболочки респираторного тракта, чем определяется и основная клиническая симптоматика заболевания.

Основные синдромы, проявляющиеся при инфекциях, вызванных различными вирусами, приведены в табл. 2.

Особенности клинических форм при острых респираторных вирусных инфекциях

Острый ринит – воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чихание, выделение слизи из носа (ринорея), нарушение носового дыхания. Отток слизи по задней стенке глотки вызывает кашель.

Фарингит – воспаление слизистой оболочки глотки. Для него характерны внезапно возникающие ощущения першения и сухости в горле, а также болезненность при глотании.

Тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах бактериальной (чаще стрептококковой) и вирусной этиологии. Характерны интоксикация, гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, рыхлые наложения в лакунах.

В настоящее время более приемлемым считается термин «тонзиллофарингит», который наиболее точно отражает распространенность и проявления воспалительного процесса в глотке при ОРВИ [32].

Ларингит – воспаление гортани с вовлечением голосовых складок и подскладкового пространства. Начальные симптомы – сухой лающий кашель, осиплость.

Трахеит – воспалительный процесс в слизистой оболочке трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой кашель.

Бронхит – поражение бронхов любого калибра. Основной симптом – кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней – влажный с увеличивающимся количеством мокроты). Мокрота чаще имеет слизистый характер, но на

2-й неделе может приобретать зеленоватый оттенок за счет примеси фибрина. Кашель сохраняется в течение 2 недель и дольше (до 1 месяца) при заболеваниях аденовирусной, респираторно-синцитиально-вирусной, микоплазменной и хламидийной природы [23, 24, 33, 34].

Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях

Выделяют специфические и вторичные осложнения, вызванные активизацией вторичной микрофлоры.

Специфические осложнения: менингизм, острая дыхательная недостаточность, отек и набухание головного мозга (редко), инфекционно-токсический шок (редко), респираторный дистресс-синдром взрослых, острая сердечно-сосудистая недостаточность (редко).

К осложнениям, вызванным активизацией вторичной бактериальной микрофлоры, относятся: острый синусит, острый отит, острый бронхит, пневмония [23–25].

Диагностика

Клиническая диагностика респираторных вирусных заболеваний представляет определенные трудности, что обусловлено многообразием и чрезвычайной изменчивостью вирусов.

Из лабораторных методов применяются экспресс-диагностика и серологические исследования. В ранние сроки болезни используют экспресс-методы, которые позволяют получить предварительный ответ в течение нескольких часов. Такими методами являются реакция иммунофлюоресценции (РИФ) и иммуноферментный анализ (ИФА). Более информативным методом является серологическая диагностика: выявление нарастания титра специфических антител в реакции торможения гемагглютинации (РТГА), реакции связывания комплемента (РСК) или обнаружение антител класса IgM в ИФА.

Определенный диагностический вклад вносит и метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Лабораторная диагностика заболеваний, вызванных такими агентами, как риновирусы, коронавирусы, микоплазмы и некоторыми другими возбудителями, выполняется специализированными лабораториями [26, 27, 29].

Лечение

Лечение ОРВИ проводят дифференцированно, с учетом нозологической формы, тяжести течения болезни, осложнений, наличия сопутствующих заболеваний и возраста пациента.

Лечение ОРВИ должно быть комплексным и включать: противовирусные этиотропные препараты; патогенетическую терапию; симптоматическую терапию; средства, усиливающие противовирусный и антибактериальный иммунный ответ; в случае развития бактериальных осложнений – антибактериальные средства.

Противовирусные препараты, которые применяются при лечении ОРВИ, можно разделить на четыре группы [35]:

- 1) этиотропные препараты
- 2) препараты интерферона
- 3) индукторы интерферона
- 4) гомеопатические препараты.

Классификация противовирусных препаратов, применяемых для лечения ОРВИ, представлена в табл. 3.

Этиотропная терапия. Основана на точном действии химического вещества на разных этапах жизнедеятельности вируса. Этиотропная терапия должна быть назначена как можно раньше при *регистрации врачом гриппоподобного заболевания либо лабораторно подтвержденного диагноза грипп.*

Таблица 3. Классификация противовирусных препаратов, применяемых при лечении ОРВИ

Группы препаратов	МНН
Этиотропные: блокаторы ионного канала белка М2	Ремантадин Амантадин
ингибиторы нейраминидаза	Занавир Осельтамивир
ингибитор слияния гемагглютинина	Умифеновир
ингибитор ядерно-цитоплазматического транспорта белка (NP)	Имидазоллэтанамид пентандиовой кислоты
ингибитор синтеза вирусных РНК и репликации геномных фрагментов	Метилтионитрооксодигидротриазолотриазинид натрия
Иммуномодуляторы: препараты интерферона	Интерферон-гамма Интерферон-альфа
индукторы интерферонов	Мелглюмина акридонсукцинат Сополимер кармеллозы натрия и госсипол ацетата натрия Имидазоллэтанамид пентандиовой кислоты
Гомеопатические препараты*	Оциллококцинум Афлубин Инфлюцид

* Гомеопатические препараты не имеют МНН, в таблице указаны торговые названия.

Этиотропные препараты эффективны в отношении конкретных вирусов и их серотипов, например ингибиторы нейраминидазы – в отношении вируса гриппа А и В.

Сложности этиотропной терапии заключаются в селективности их действия в отношении конкретных вирусов, что создает определенные проблемы в лечении, связанные с полиэтиологичностью заболевания (одномоментное циркулирование более 200 видов возбудителей) и быстроразвивающейся резистентностью респираторных вирусов.

Проблемы противовирусной терапии:

- снижение эффективности лечения при позднем начале приема препарата (большинство эффективны в первые 24–48 ч от инфицирования)
- возрастные ограничения
- узкая специфичность и снижение эффективности ряда лекарственных препаратов за счет роста резистентности микрофлоры
- токсичность ряда препаратов, низкая комплаентность [2].

В последнее время публикуются новые данные об этиотропных препаратах – ингибиторах нейраминидазы. Выяснилось, что осельтамивир и занавир не снижают риск передачи инфекции от одного больного другому. Об этом свидетельствуют данные Кокрейновского обзора, опубликованные Кокрейновским сообществом и Британским медицинским журналом (BMJ) в апреле 2014 г. Были сделаны важные заключения о переносимости и безопасности данных препаратов. Администрация по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами в США (FDA) описала эффективность этих препаратов как «скромную» [1, 102].

Методы этиологической диагностики, как правило, носят ретроспективный характер. Поэтому при назначении терапии врачи руководствуются клиническими показаниями, эпидемиологической ситуацией и в основном используют те препараты, которые характеризуются широким противовирусным спектром действия за счет неспецифических механизмов, а также препараты, действие которых направлено на контроль симптомов заболевания [28, 36].

Иммуномодуляторы. Основным критерием для их назначения является клиническая картина заболевания, проявляющаяся наличием хронического инфекционно-воспалительного процесса, трудно поддающегося адекватному антиинфекционному лечению.

При анализе фармакологического действия иммуномодуляторов необходимо учитывать особенность функционирования иммунной системы, состоящую в том, что эта система работает как сеть сообщающихся весов, т. е. наличие груза на одной из чашек приводит в движение всю систему. Это значит, что иммуномодулятор может обладать избирательным эффектом на соответствующий компонент иммунитета, но конечный эффект его воздействия на иммунную систему будет многогранным [37].

Заместительная терапия *аналогами интерферона* имеет ограничения. Данные препараты эффективны только при попадании вируса и его размножении, например при гриппе, профилактически их применять бессмысленно. Необходимо учитывать тот факт, что вирусы размножаются в геометрической прогрессии каждые 20–30 мин, в то время как интерфероны начинают вырабатываться лишь в первые часы болезни. Введение экзогенных интерферонов облегчит течение болезни, но не предотвратит ее [37].

При применении *индукторов интерферонов* также существуют определенные ограничения. Так, интерфероны имеют короткий срок жизни – от 30 с до 15 мин. Активность клеток, вырабатывающих интерфероны, резко снижается через 6–12 ч от начала ОРВИ, после чего продукция прекращается, запасы истощаются и в период наступившей толерантности бессмысленно их дополнительно стимулировать [38].

Кроме того, при назначении индукторов интерферонов необходимо учитывать, что концентрация интерферонов в сыворотке крови больных ОРВИ в разгар заболевания существенно повышается, так как сам вирус является мощным интерфероногеном, а дополнительная искусственная стимуляция чревата срывом компенсаторных возможностей иммунной системы организма [2].

Учитывая разнообразную симптоматику ОРВИ, с целью быстрее облегчить состояние заболевшего нередко одновременно назначаются 3–5 и более препаратов, что значительно увеличивает медикаментозную нагрузку на больного и ведет к полипрагмазии [28, 36, 39, 40].

Так, при анализе лекарственной терапии, которую получали дети дошкольного возраста в амбулаторных условиях городских поликлиник Москвы (378 амбулаторных карт), оказалось, что лекарственная нагрузка в среднем составляла от 6,4 препарата на одного ребенка первого года жизни и почти до 18 препаратов на одного ребенка 7 лет с учетом сопутствующей патологии. По частоте назначений самыми востребованными оказались 3 группы препаратов: антибиотики, антигистаминные препараты и иммуномодулирующие средства [41].

По данным Л. И. Дворецкого, количество препаратов, принимаемых при остром респираторном заболевании, в 70% случаев достигало 3 и более. В 4,8% случаев назначались препараты при имеющихся противопоказаниях. Наибольшее количество необоснованных назначений (19%) пришлось на антибактериальные препараты [40].

Определенный вклад в проблему необоснованных назначений вносят провизоры, рекомендуя самостоятельное лечение 7 из 10 больных с гриппом, 64% больных с острым назофарингитом и ринитом, 33,3% больных острым бронхитом [40].

Вместе с тем известно, что повышенная медикаментозная нагрузка может негативно сказаться на здоровье человека. Последствиями полипрагмазии являются повышенный риск лекарственных взаимодействий, риск нежелательных побочных эффектов, а также повышение затрат на лечение и снижение compliance больных. Количество нежелательных взаимодействий лекарственных средств значительно возрастает при назначении 6 и более препаратов и достигает 20–40% [40–42].

Таким образом, полиэтиологичность острых респираторных инфекций, отсутствие реальной возможности выделить и идентифицировать возбудителя в

условиях повседневной клинической практики, недостаточная эффективность и множественные побочные эффекты противовирусных препаратов создают необходимость поиска новых путей решения проблемы.

Одним из перспективных направлений является возможность интеграции метода клинической гомеопатии и ее препаратов в практическую медицину.

Гомеопатические лекарственные препараты для лечения ОРВИ и гриппа официально разрешены, обращение официально регламентировано. Препараты имеют многолетний опыт применения, благоприятный профиль безопасности даже в долгосрочной перспективе и оптимально сочетаются с другими классами препаратов, практически не имеют противопоказаний и возрастных ограничений [1].

Одним из таких препаратов является Оциллококцидум® – препарат с международным признанием (зарегистрирован более чем в 30 странах мира) и 70-летним опытом применения.

В России препарат Оциллококцидум® зарегистрирован в 1996 г. в установленном порядке и рекомендован к применению в качестве лекарственного средства для лечения и профилактики гриппа и вирусных респираторных заболеваний (регистрационный номер ПН№ 014236/01) [43]. Для производства лекарственного препарата Оциллококцидум® используется биологический материал здоровых особей мускусной утки (Canard de Barbarie), которых специально разводят в лабораторных условиях (в Европе мускусную утку называют барбарийской, в странах бывшего СССР – индоуткой) [43].

Эффективность Оциллококцидума для лечения ОРВИ и гриппа показана в многочисленных клинических исследованиях с участием более 7000 пациентов, проведенных как в России, так и за рубежом (Германия, Франция, Италия).

Ряд исследований был проведен по стандартам доказательной медицины – это рандомизированные клинические исследования (РКИ), являющиеся золотым стандартом в иерархии доказательств и наиболее достоверным методом оценки эффективности лечения [44–47] (табл. 4).

Результаты исследований по применению Оциллококцидума для лечения ОРВИ и гриппа опубликованы в международных базах данных Кокрейн (Cochrane) [10] и PubMed, а также в авторитетных специализированных российских изданиях (в том числе ВАК-рецензируемых).

В новый систематический Кокрейнровский обзор доказательной медицины, опубликованный в 2015 г., включены 6 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований применения препарата Оциллококцидум® у взрослых и детей [10].

Исследователи отмечают, что применение Оциллококцидума способствует быстрому купированию симптомов ОРВИ и гриппа и сокращению длительности заболевания [1, 10]. По мнению ряда экспертов, существующая база исследова-

Таблица 4. Оценка эффективности препарата Оциллококцидум®, подтвержденная рандомизированными клиническими исследованиями

Автор	Год	Страна	Число	Название	Результаты
Casanova et al. [44]	1998	Франция	300		В группе пациентов, принимающих Оциллококцидум®, отмечены более быстрое снижение температуры тела, значительное уменьшение озноба и мышечной боли на 4-й день заболевания по сравнению с группой плацебо
Ferley et al. [44]	1989	Франция	478	Оценка эффективности Оциллококцидума у пациентов с гриппоподобным синдромом	Процент пациентов, у которых было отмечено выздоровление в течение 48 ч, был выше в группе Оциллококцидума по сравнению с группой, получавшей плацебо (17,1% vs 10,3%, $p = 0,03$)
Rapp et al. [46]	1998	Германия	372		Терапия препаратом Оциллококцидум® позволяет быстрее купировать симптомы заболевания (у 62,9% vs 48,5% в группе плацебо, $p = 0,023$) и ускорить выздоровление пациентов по сравнению с плацебо (16,3% vs 9,3% в группе плацебо)
Селькова и др. [47]	Эпид. сезон 2004/05	Россия	227	Оценка эффективности Оциллококцидума для сезонной профилактики гриппа и ОРВИ	Применение Оциллококцидума позволяет достоверно ($p < 0,05$) снизить заболеваемость гриппом и ОРВИ во время приема препарата и на протяжении последующих 4 недель

ний препарата Оциллококцидум® свидетельствует об уровне доказательности В1 [48, 54].

Оциллококцидум® способствует эффективному и быстрому лечению ОРВИ и гриппа независимо от штамма респираторных вирусов и действует физиологично: повышает собственные защитные силы, не оказывая иммунотоксического действия [50].

В исследованиях было показано, что применение Оциллококцинума способствует:

- усилению работы гуморального иммунитета – повышается уровень секреторного иммуноглобулина А [51] и IL-4 (в 13 раз) [47]
- повышению фагоцитарного индекса в 4 раза [50], уровня IL-12 – в 2 раза [47]
- повышению активной выработки индуцированных α -ИНФ и γ -ИНФ (в 2,6 раза) [51]
- противовоспалительному эффекту за счет нормализации IL-8, TNF- α , повышению показателя IL-10 в 3 раза [47].

Оциллококцинум® включен в различные актуальные регламентирующие документы:

- методические пособия по лечению ОРВИ и гриппа у детей для врачей («Диагностика, профилактика, лечение», ФБУН МНИИЭМ им. Г. Н. Габричевского Роспотребнадзора)
- клинические рекомендации МЗ РФ «Острый тонзиллофарингит», 2016 [52].

По данным литературы, при оценке клинического использования препарата Оциллококцинум® в целом ряде исследований была показана его эффективность при ОРВИ различной этиологии у больных разного возраста, включая ранний детский.

Результаты отечественных и международных исследований свидетельствуют о высокой профилактической эффективности Оциллококцинума. В недавно опубликованном исследовании, проводившемся в течение 10 лет в Италии (с 1.01.2002 по 31.12.2011 г.), была достоверно показана эффективность препарата в длительной профилактике респираторных инфекций у пациентов, имевших ранее не менее 3 эпизодов заболевания за год [53].

Таким образом, полученные в России и за рубежом результаты эпидемиологических наблюдений и исследований свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности препарата Оциллококцинум® как при лечении острых респираторных вирусных инфекций, так и для их профилактики [1, 2, 10, 18, 44–57].

Острый ринит

Эпидемиология

Острое воспаление слизистой оболочки носа (ринит) – одно из наиболее частых заболеваний, ассоциированных с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ), отличающееся высоким уровнем распространенности. Заболевания с характерными для острого ринита признаками известны давно – упоминания о них встречаются еще в 412 г. до н. э., а в 1580 г. произошла первая зарегистрированная пандемия гриппа. Вместе с тем основные возбудители ОРВИ

были идентифицированы только во второй половине XX в. Это связано с совершенствованием диагностики вирусных инфекций – в настоящее время известно около 200 вирусов и их серотипов, являющихся возбудителями заболевания. Таким образом, в этиологическом плане это достаточно гетерогенная группа нозологически очерченных состояний, которые не носят четко локализованной формы и часто распространяются на другие отделы респираторного тракта. Поэтому во многих случаях при формулировке диагноза используется термин не «острый ринит», а «Острая Респираторная Вирусная Инфекция».

Как и ОРВИ, острый ринит в 70–80% случаев обусловлен вирусной инфекцией [59]. Различают шесть семейств возбудителей ОРВИ: ортомиксовирусы (вирусы гриппа), парамиксовирусы (вирусы парагриппа и респираторно-синцитиальные вирусы), аденовирусы, пикорнавирусы (вирусы ЕСНО, Коксаки, риновирусы), реовирусы, коронавирусы. Заболеваемость острым ринитом, как и частота возникновения ОРВИ, носит сезонный характер, достигая пиковых значений в холодное время года. Дети болеют чаще, чем взрослые (6–8 и 2–4 эпизода в течение года соответственно) [60].

Чаще всего ОРВИ ассоциируются с воспалительными заболеваниями ЛОР-органов. В первую очередь речь идет об остром вирусном риносинусите, который, как полагают, регистрируется значительно чаще, чем бактериальный [61]. При этом заболевании вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы могут играть самостоятельную этиологическую роль или определяться в виде вирусно-микробных ассоциаций, что наблюдается у 20% больных острым риносинуситом [62].

Считается, что основным признаком бактериального риносинусита является сохранение симптомов острого ринита (ОРВИ) на протяжении 10 дней, однако обоснованные критерии, позволяющие с высокой степенью достоверности говорить о вирусной или бактериальной этиологии риносинусита, отсутствуют. Несмотря на существование признаков острого ринита (выделения из носа, заложенность, чихание, зуд), которые суммированы в международных согласительных документах, дифференциальная диагностика острого ринита и острого риносинусита возможна далеко не всегда. Например, в период эпидемий ОРВИ рентгенологические признаки патологии параназальных синусов выявляются у 87% [63]. Возможно, именно в силу перечисленных обстоятельств в условиях повседневной оториноларингологической практики «острый ринит» – достаточно редкая формулировка диагноза. Почти всегда речь идет о диагнозе «риносинусит», что, в свою очередь, предусматривает использование соответствующих стандартов лечения, в частности назначение антибиотиков. Во многом это связано с общностью патогенетических механизмов этих заболеваний – на фоне ОРВИ сравнительно быстро развиваются нарушения вентиляции носа и околоносовых пазух, что создает предпосылки для возникновения здесь патологических изменений; продолжаются угнетение местной и общей противомикробной защиты,

снижение барьерной функции слизистой оболочки носа и параназальных синусов, изменение микроэкологии верхних дыхательных путей, что способствует транспителиальной миграции бактерий, дальнейшему проникновению микроорганизмов и токсинов в лимфу и кровь [64].

Патогенез

В известной степени можно говорить об универсальных патогенетических механизмах развития воспалительного процесса при остром рините (риносинусите), которые независимо от вида возбудителя связаны с адгезией патогена, обладающего выраженным цитопатическим действием, нарушением деятельности мерцательного эпителия, угнетением механизмов локальной защиты верхних дыхательных путей, микробной контаминацией и инвазией микрофлоры в эпителиальные клетки слизистой оболочки носа. При этом ключевым звеном в патогенезе воспалительного процесса в верхних дыхательных путях являются дисфункция мерцательного эпителия и нарушение мукоцилиарного клиренса [64]. Инфицирование респираторного эпителия начинается, когда патоген вступает в контакт с эпителиальными клетками и тканями. Слизистую оболочку носа поражают преимущественно риновирусы. Однако любой вирус, обладающий эпителиотропностью, способен вызывать респираторную инфекцию и острый ринит. Возбудителями острого инфекционного ринита могут быть также различные микроорганизмы (пневмококк, гемофильная палочка, маракселла и др.). Вирус создает условия для активации микробной флоры, возникают вирусно-бактериальные ассоциации. Патогенез острого инфекционного ринита определяется адекватностью местных иммунных реакций. Неспецифические факторы надэпителиального слоя представлены секреторными антителами sIg A и sIg M, которые препятствуют адгезии инфекционного возбудителя к эпителиальным клеткам. Внутриклеточную репродукцию вируса ограничивают интерфероны (альфа, бета, гамма). Защитные механизмы, направленные на элиминацию патогенов, уже проникших в эпителиальную клетку, осуществляются за счет ее разрушения цитотоксическими лимфоцитами, антителами и др. В процессе выздоровления происходят образование специфических антител, иммунных комплексов, sensibilization цитотоксических лимфоцитов и макрофагов, активация нейтрофилов, которые обеспечивают выведение патогенов со слизистой оболочки носа. Недостаточный неспецифический ответ позволяет развиваться острому воспалению. Неадекватные специфические иммунные реакции формируют затяжное течение ринита и его хронизацию [65].

Клиника и диагностика

Клинические проявления ринита характеризуются периодами, заметно различающимися по симптомам. В начале заболевания появляются неприятные

ощущения в полости носа в виде сухости и жжения. Риноскопически в этот период слизистая оболочка носа выглядит набухшей, ярко гиперемированной, сухой. Такие симптомы сохраняются 1–2 дня и затем сменяются обильной секрецией. Отделяемое из носа приобретает слизистый характер, дыхание носом ограничивается. Изменяется тембр голоса. Он становится гнусавым. Могут присоединяться жалобы на заложенность или боль в ушах. Общие симптомы проявляются в виде недомогания, слабости, головной боли, нарушения сна. Через несколько дней отделяемое из носа становится слизисто-гнойным или гнойным, трудно отсмаркивается. Могут присоединяться жалобы на неприятные ощущения или боли в области лба, верхней челюсти, усиливающиеся при наклоне головы. Риноскопическая картина в этот период имеет свои особенности. Слизистая оболочка носа цианотичная, застойная, носовые раковины увеличены в объеме, в общем носовом ходе – слизисто-гнойное отделяемое [65].

Острый ринит – одна из основных причин нарушения носового дыхания у детей. Вследствие анатомо-физиологических особенностей носоротовой области в этом возрасте (узость и небольшой вертикальный размер полости носа, относительно большой язык) назальная обструкция отличается тяжелым течением. Нарушение носового дыхания сопровождается повышением температуры, снижением массы тела.

Диагностика острого ринита обычно не представляет затруднений и в основном базируется на тщательном анализе жалоб, анамнестических сведений и данных передней риноскопии. Для этого заболевания характерны определенные последовательность (стадийность) и распространение патологических изменений на обе половины полости носа. В типичных случаях выделяют три стадии острого ринита.

1 стадия («сухая») – наблюдается в течение первых нескольких часов после начала заболевания. Субъективные ощущения характеризуются наличием парестезий (зуда, ощущения жжения) в полости носа, чихания, заложенности носа. При риноскопии определяются диффузная гиперемия, сухость слизистой оболочки.

2 стадия («влажная», «стадия серозных выделений») проявляется нарастанием ощущения заложенности носа, появлением обильных водянистых выделений, снижением обоняния. При осмотре носовой полости выявляется избыточное количество серозного отделяемого на поверхности гиперемированной слизистой оболочки. Обычная длительность этой стадии 2–3 суток.

3 стадия («стадия гнойных выделений») – выделения из носа приобретают слизисто-гнойный характер, слизистая оболочка становится менее отечной, уменьшается ее гиперемия, наблюдается постепенное улучшение носового дыхания, обоняния. При благоприятном течении заболевания перечисленные изменения через 7–8 суток завершаются [66].

Обычно при остром рините происходит полная гибель мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа. Новая мерцательная клетка, формирующаяся из базальных клеток эпителия, появляется не ранее чем через 1 месяц. Все это время слизистая оболочка полости носа практически ничем не защищена, что часто приводит к повторным заболеваниям.

Существуют различные методы оценки ресничного эпителия (МЦТ). Простым и неинвазивным методом является измерение времени, за которое частица проходит путь от передних отделов до носоглотки – сахариновый тест. При этом оценивают время прохождения сахарина от передних отделов полости носа до вкусовых рецепторов глотки (появление сладкого вкуса во рту). Показатели смогут составлять от 1 до 20 мин (средний показатель – 6 мин) [65].

Системные проявления при остром рините обычно зависят от тяжести Острой Респираторной Вирусной Инфекции и распространенности патологических изменений. Типичными (но не постоянными) симптомами в этих случаях являются недомогание, озноб, повышение температуры, кашель. Последний может быть следствием вовлечения в процесс воспаления слизистой оболочки носоглотки (назофарингит), глотки, гортани (фаринголарингит), трахеи, бронхов (трахеобронхит) и других отделов дыхательной системы. Кроме этого, возникновение кашля при насморке нередко вызывается раздражением глотки стекающим из носа отделяемым [64].

Лечение

Лечение ринита направлено на решение следующих задач:

- элиминация микробных возбудителей
- купирование воспалительного процесса
- восстановление носового дыхания, аэрации ОНП, снижение секреции
- стимуляция репаративных и трофических процессов в слизистой оболочке
- нормализация функций защитных барьеров: МЦТ и местного иммунитета слизистой оболочки.

Этиотропное лечение острого ринита – сложная задача. Главным образом это обусловлено трудностями вирусологической диагностики, разнообразием серотипов потенциальных возбудителей острого ринита (ОРВИ). Определенные ограничения специфической противовирусной химиотерапии ОРВИ (острого ринита) в повседневной клинической практике связаны с большой частотой смешанных (вирусно-бактериальных) форм острого ринита, а также с различной чувствительностью вирусов к известным противовирусным лекарственным средствам, быстрым распространением резистентности вирусов к применяемым препаратам, высокой токсичностью противовирусных препаратов и с другими факторами [67]. Кроме этого, до настоящего времени отсутствуют рекомендации по применению противовирусных препаратов при заболеваниях ЛОР-органов, в

частности при остром рините, отвечающие требованиям доказательной медицины, а круг противовирусных средств с подтвержденной клинической эффективностью и безопасностью остается весьма ограниченным.

К сожалению, при остром рините, как и при ОРВИ в целом, сохраняется тенденция к необоснованному применению антибактериальной терапии. Значительная доля антибиотиков в этих случаях назначается детям, в связи с чем именно они, по мнению экспертов, представляют важную целевую группу для реализации усилий по снижению ненужного использования антибиотиков.

Как показывают клинико-статистические исследования, в США ежегодно антибиотики назначаются 44% больных с острой респираторной инфекцией. 6,5 млн рецептов для детей с насморком. Отмечается, что чаще антибиотики рекомендовались детям в возрасте 5–11 лет. Пациенты в возрастной группе 0–4 года получали 53% всех назначений антибиотиков, а самым частым поводом для антибиотикотерапии в этих случаях был острый средний отит (30% всех назначений) [68].

По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention) (США), назначение антибиотиков у пациентов в возрасте до 14 лет составило 300 курсов антибиотикотерапии на 1000 посещений в 1993/94 гг. и 229 на 1000 – в 2007/08 гг. [69]. За этот период было отмечено небольшое снижение частоты назначений антибиотиков при остром фарингите (на 26%) и при насморке (на 19%). При других острых респираторных инфекциях (синусит, бронхит) каких-либо значимых изменений в частоте применения антибиотиков не отмечалось. В докладе подчеркивается, что, несмотря на некоторое снижение частоты использования антибиотиков при ОРВИ, стремление к назначению антибактериальных препаратов при острых респираторных инфекциях у детей до 14 лет остается чрезмерным, в связи с чем необходимо наращивание усилий по предупреждению неуместного назначения антибиотикотерапии.

Перечисленные обстоятельства определяют значение патогенетической терапии острого ринита. Бесспорным лидером в этом плане и важным компонентом лечения острого ринита являются сосудосуживающие препараты (деконгестанты, от congestion – закупорка, застой), которые обеспечивают быстрый противоотечный эффект, восстановление проходимости носовых ходов, улучшение носового дыхания, дренажа и аэрации околоносовых пазух. Воздействуя преимущественно на постсинаптические α -адренорецепторы, деконгестанты вызывают стимуляцию адренергических рецепторов гладкой мускулатуры сосудистой стенки, быстрое сокращение кавернозной ткани слизистой оболочки носа, уменьшение кровотока в микроциркуляторном русле, снижение носовой резистентности. Это обуславливает широкое использование противоотечных препаратов для восстановления (улучшения) носового дыхания. Несмотря на положительный противоотечный

эффект топических деконгестантов, считается, что их использование при назальной обструкции должно носить ограниченный характер и не превышать 3 дней. Это обусловлено фармакокинетическими и фармакодинамическими особенностями этих препаратов – быстрым всасыванием со слизистой оболочки носа и способностью вызывать местные и системные нежелательные эффекты, такие как преходящее ощущение жжения, сухости в полости носа и носоглотки; синдром «рикошета» (rebound-syndrome); нарушение вегетативной регуляции сосудов и желез полости носа с развитием назальной гиперреактивности, медикаментозного ринита; угнетение секреторной функции и микроциркуляции, развитие атрофического ринита; системное симпатомиметическое действие (возбуждение, головная боль, бессонница, тошнота, сердцебиение, повышение артериального давления, тремор, повышение внутриглазного давления); редко развиваются аллергические реакции [70].

В связи с этим важно выбирать препараты, устраняющие симптомы острого ринита независимо от причины, так как в первые часы заболевания установить этиологически значимый фактор достаточно сложно, а самочувствие пациента диктует необходимость начать симптоматическую терапию.

Интересным с этой точки зрения является комплексный препарат Коризалия® [71]. Препарат Коризалия® зарегистрирован в РФ как лекарственный препарат с 01.07.2004 г., он прошел все этапы регистрационной экспертизы в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения РФ, внесен в Государственный реестр лекарственных средств под номером П № 015705/01.

Лекарственный препарат Коризалия® зарегистрирован более чем в 27 странах мира. Входящие в его состав компоненты (табл. 5) позволяют применять препарат для лечения ринита как инфекционного, так и аллергического.

Эффективность и безопасность таблеток Коризалия® при лечении ринитов различной этиологии доказана многочисленными клиническими исследованиями [18, 49, 72–82].

Уже к 3-му дню применения существенно уменьшаются такие проявления острого ринита, как ринорея, назальная обструкция, чихание, что подтверждается улучшением риноскопической картины [79].

Применение Коризалии позволяет оказаться от деконгестантов уже к 3–4-му дню лечения [72]. Данный факт позволяет избежать медикаментозного ринита, снизить риск побочных эффектов, сохранить слизистую носа, а таблетированная форма – гарантировать точность дозирования и удобство приема. При добавлении Коризалии в комплексную терапию ринита на фоне аденоидита заложенность носа уменьшается к 3-му дню, существенно улучшается носовое дыхание (ринометрия) [73].

Таблетки Коризалия® не вызывают привыкания и могут назначаться по показаниям согласно инструкции [71].

Таблица 5. Состав препарата Коризалия®, направленность воздействия и показания к применению

Калий двуххромовокислый KALIIUM BICHROMICUM	Лук репчатый ALLIUM CEPA	Жасмин GELSEMIUM
Прострел луговой PULSATILLA	Американская чемерица SABADILLA	
	Красавка BELLADONNA	
Секретолитическое действие	Антисекреторное Противовоспалительное	Общеукрепляющее, восстанавливающее

Препарат Коризалия® входит в актуальные регламентирующие документы: «РАДАР: аллергический ринит у детей» – методические рекомендации, подготовленные Педиатрическим респираторным обществом, Ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, Национальной медицинской ассоциацией оториноларингологов [77].

Согласно методическим рекомендациям установлены значимая клиническая эффективность и хорошая переносимость препарата Коризалия® при аллергическом рините как в монотерапии, так и в комбинации с антигистаминными препаратами, подтвержденная объективными данными и субъективными оценками самих пациентов [77–79]. Таблетки Коризалия разрешены к применению у детей с 18 месяцев.

Хронические риниты нередко сопровождаются синдромом пост-назального затека, когда стекающий по задней стенке глотки густой и вязкий секрет может вызвать явление хронического фарингита и кашлевой синдром.

Необходимо дифференцировать кашлевой процесс, вызываемый раздражением ВДП, и кашлевой процесс вследствие патологии бронхолегочного аппарата.

Гомеопатический препарат Стодаль® – натуральный сироп комплексного действия для лечения сухого и влажного кашля без возрастных ограничений [83], имеет международный опыт применения и зарегистрирован более чем в 12 странах мира.

Стодаль® зарегистрирован в РФ как лекарственный препарат с 01.07.2004 г., прошел все этапы регистрационной экспертизы в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения РФ и внесен в Государственный реестр лекарственных средств под номером П № 015706/01. Эффективность и безопасность Стодаля при лечении сухого и влажного кашля доказана в ряде исследований, проведенных как в России, так и за рубежом [18, 76, 80, 84–89].

В состав сиропа Стодаль® входят природные компоненты, которые оказывают муколитическое, противовоспалительное, противоотечное действия. Комбинация природных компонентов позволяет применять Стодаль® в различных клиниче-

ских ситуациях, сопровождающихся как сухим, так и влажным кашлем. Сироп Стодаль® имеет приятные органолептические свойства, удобную дозировку, что обеспечивает ему высокий комплаенс, особенно в педиатрической практике [87].

Воспалительная патология гортани

Эпидемиология

Распространенность патологии гортани среди взрослого населения составляет 10–30%, у лиц голосово-речевых профессий – 40–50% (Гусева Л. Н., 1995; Bohme, 1974; Максимов И., 1987; Вильсон Д. К., 1990; Радциг Е. Ю., 2007) [90–94].

Распространенность патологии гортани у детей – от 6 до 41%, причем при жалобах на охриплость в 82% случаев определяют узелки голосовых складок (Utsimi, 1970) [95].

Этиология

Воспалительные заболевания гортани могут быть специфическими (при дифтерии, кори, туберкулезе, склероме), неспецифическими (на фоне острых респираторных инфекций), посттравматическими, а также вызванными воздействием раздражающих факторов/веществ (химических/физических; экзогенных/эндогенных, например «рефлюкс-ларингит», возникающий у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)).

Невоспалительный отек гортани может развиваться при ангионевротическом отеке Квинке, заболеваниях сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения II–III степени, заболеваниях почек, циррозе печени, кахексии, новообразованиях шеи, микседеме, травмах, аллергии. Воспалительный отек гортани может сопровождать флегмонозный ларингит, абсцесс надгортанника/глотки/около- и заглоточного пространств, корня языка, мягких тканей полости рта.

По МКБ-10 выделяют:

J04.0 – острый ларингит

J04.2 – острый ларинготрахеит

J05.0 – острый обструктивный ларингит (круп)

J05.1 – острый эпиглоттит

J37.0 – хронический ларингит

J38.2 – узелки голосовых складок

J38.3 – другие болезни голосовых складок

J38.4 – отек гортани

Клиника

Основные жалобы на затруднение/нарушение дыхания (при обструктивных/отечных формах) и (или) на изменение качества голоса (дисфония, иногда афония или только утомляемость голоса). Возможны также жалобы на неприятные/болезненные ощущения в области гортани, чувство саднения/сухости/першения (похожие жалобы могут быть у пациентов с фарингитом/тонзиллитом), на сморк и (или) кашель (при ларингите, развившемся на фоне ОРВИ), стридор и лающий кашель (обструктивный ларингит/ларинготрахит), резкую боль в горле, усиливающуюся при глотании, слюнотечение, дисфагию (эпиглоттит). Для аллергического отека гортани характерны острое, иногда молниеносное развитие стеноза разной степени на фоне кажущегося благополучия, расстройство голоса от дисфонии до полной афонии.

Общая реакция организма, как правило, незначительна, лишь для эпиглоттита характерно острое и быстро прогрессирующее начало, температура тела поднимается до фебрильной.

Ларингит может быть острым и хроническим. Острым считается процесс, длящийся не более 1 месяца. Если симптомы сохраняются более 3 месяцев (а не 3 недель, как в англоязычных учебниках и руководствах), мы говорим о хроническом ларингите (ХЛ).

Особое внимание хочется уделить узелкам голосовых складок. У детей (в отличие от взрослых) их выделяют в самостоятельную назологическую форму. Если по данным анамнеза длительность жалоб не превышает 3 месяцев, их можно считать формирующимися и не ставить пациенту диагноз «хронический ларингит, узелки голосовых складок».

Диагностика

Основным методом диагностики является ларингоскопия. У пациентов старшего возраста возможно проведение не прямой зеркальной ларингоскопии, у детей, особенно раннего и младшего возраста, применяется эндоскопия гортани (с использованием гибкой или ригидной оптики). При невозможности проведения не прямой оптической эндоскопии для осмотра структур гортани выполняют прямую ларингоскопию.

Эндоскопическая картина

Эндоскопически ларингит проявляется гиперемией различной степени выраженности и отеком слизистой оболочки гортани (катаральная форма), возможны наличие слизи (чаще вязкой) на черпалонадгортанных или истинных голосовых складках, неполное смыкание последних при фонации.

При геморрагической форме появляются участки, мелких (подслизистых) кровоизлияний, при фибринозной – налеты фибрина.

У пациента с эпиглоттитом определяются воспалительный отек и гиперемия надгортанника, при абсцедировании виден просвечивающий через слизистую оболочку гнойник.

Эндоскопическая картина при отеке гортани зависит от вида аллергена: при ингаляционном воздействии аллергена отек возникает в области свободного края и гортанной поверхности надгортанника, при воздействии пищевых аллергенов наблюдают преимущественную реакцию в области черпаловидных хрящей. Отек гортани может быть ограниченный и разлитой.

При ларингоскопии определяют: стекловидный отек различных элементов гортани, слизистая оболочка гортани бледная; пораженные участки имеют вид прозрачных возвышений бледно-розового цвета, наполненных трансудатом, локализируются на язычной поверхности надгортанника, черпалонадгортанных складках, черпаловидных хрящах.

При остром стенозирующем ларинготрахеите определяются валики отечной, гиперемированной слизистой в подскладковом отделе гортани, надскладковый и голосовой отделы могут быть изменены незначительно (легкая отечность и гиперемия слизистой).

Дифференциальный диагноз проводят с фарингитом/тонзиллитом (при этом изменения слизистой не выходят за пределы ротоглотки), заглоточным/паратонзиллярным абсцессом, инфекционным мононуклеозом, мутационными (физиологическими) изменениями в гортани у подростков в пубертатном периоде, со специфическими процессами (дифтерия, туберкулез). Детей первого года жизни с нарушением голоса/дыхания/глотания необходимо обязательно направлять на эндоларингоскопию для исключения врожденных аномалий развития (сосудистые образования, папилломатоз, мембраны различной локализации) или инородного тела гортани. Эндоскопическое обследование позволяет провести дифференциальный диагноз и в случае другой органической патологии гортани, например пареза/паралича голосовых складок и др. Возможно направление к другим специалистам для исключения бронхиальной астмы (при рецидивирующих крупах) или пневмонии, подтверждения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Лечение

При обструктивных формах ларингита/ларинготрахеита лечебная тактика зависит от степени стеноза дыхательных путей и хорошо известна врачам всех специальностей. Начиная со второй стадии стеноза дыхательных путей используются стероидные препараты, предпочтительно в виде готовых официальных ингаляционных форм.

При эпиглоттите и отеке гортани лечение проводят в условиях стационара. Следует проводить этиотропное (системная антибактериальная терапия при

эпиглоттите), патогенетическое и симптоматическое лечение: антигистаминные, противовоспалительные, дегидратирующие средства; при присоединении явлений стеноза дыхательных путей – лечение соответственно стадии стеноза.

При аллергических отеках прежде всего устраняют действие аллергена, проводят мероприятия по снятию аллергического отека и восстановлению дыхания: глюкокортикоиды ингаляционно или внутривенно (внутривенная трахеотомия), мочегонные средства; неспецифическая гипосенсибилизация.

Легкие формы острого катарального необструктивного ларингита на фоне ОРВИ требуют лишь соблюдения голосового режима (не перенапрягать голос, говорить на выдохе, не кричать, не шептать, не подражать голосам животных), питьевого режима и диеты (исключить очень холодное/горячее), возможно, дополнительной гидратации голосовых складок (растворы морской воды в форме спрея для горла). При соблюдении данных условий в большинстве случаев острый ларингит «саморазрешается» в течение недели (в амбулаторных условиях).

Также при ларингите показано назначение препаратов с противовоспалительным действием. Широко применяются ингаляции (особенно при хронических формах ларингита).

Важным аспектом является восстановление качества голоса.

Влияние лекарственных средств на качество голоса и механизмы фонации часто не принимается во внимание при их клинических испытаниях и назначениях. В инструкциях по применению препаратов при перечислении побочных эффектов крайне редко упоминаются голосовые нарушения. Важное значение для голоса имеют состояние респираторного такта, вязкость секрета, состояние слизи. Такие группы препаратов, как муколитики, бронходилататоры, кортикостероиды, антигистаминные средства могут ухудшать качество голоса.

Антигистаминные препараты могут вызвать сухость слизистых оболочек. Часто эти препараты комбинируются с симпатомиметиками, одним из эффектов которых является сгущение слизи и уменьшение ее выведения. Это может оказывать пагубное влияние на фонацию.

Муколитики относительно безвредны и могут использоваться даже профессионалами голоса. Только при их использовании необходимо учитывать адекватное количество поступления жидкости в организм.

Кортикостероиды могут использоваться как сильные противовоспалительные средства при лечении ларингитов. Но рекомендуется применять их только при острой необходимости. Перед применением гормональных препаратов необходимо проконсультироваться с иммунологами.

Большинство применяемых гипотензивных препаратов обладает парасимпатической активностью и приводит к сухости респираторного тракта. К тому же гипотензивные средства применяются часто с диуретиками, которые усугубляют дегидратацию.

Противокашлевые препараты, содержащие антигистаминные вещества и кодеин, вызывают вторичную сухость слизистой оболочки голосового аппарата.

Наиболее значительной группой препаратов, влияющих на голос, являются гормоны, андрогены и анаболические стероиды.

К средствам, имеющим потенциальное воздействие на качество голоса, относятся и препараты, стимулирующие или угнетающие ЦНС. Например, слабый, трясущийся голос есть результат снижения возможности контроля за несколькими звеньями фонации.

При терапии дисфонии важно учитывать многоуровневость процесса голосообразования, влияние нервной, эндокринной систем, сопутствующей патологии, в том числе со стороны ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта, эмоциональный статус, сезонный всплеск ОРВИ.

На сегодня практически единственным лекарственным препаратом, который в официальных показаниях к применению имеет различные нарушения голоса и может использоваться при воспалительной патологии гортани любой этиологии, является препарат Гомеовокс® [96].

Гомеовокс® зарегистрирован в РФ как лекарственный препарат в 2005 г., прошел все этапы регистрационной экспертизы в соответствии с требованиями МЗ РФ и внесен в Государственный реестр лекарственных средств под номером П № 009837 [100]. Гомеовокс® имеет международный опыт применения: зарегистрирован в 27 странах мира и используется для лечения ларингитов различной этиологии, в том числе при потере голоса, хрипоте, усталости голосовых связок.

При выраженной/сохраняющейся охриплости важно включение в план лечения препарата Гомеовокс® (с соблюдением графика дозирования согласно инструкции, длительность приема препарата может быть различной и должна подбираться индивидуально).

Благодаря комплексному действию природных компонентов (противовоспалительному и муколитическому) Гомеовокс® способствует улучшению качества голоса с первых дней терапии, ускоряет выздоровление и восстанавливает голос к 7-му дню терапии при дисфониях различной этиологии [97–99]. Состав препарата Гомеовокс® представлен в табл. 6.

Гомеовокс® включен в различные актуальные регламентирующие документы, в том числе в клинические рекомендации МЗ РФ «Острый тонзиллофарингит» [52].

Пациентам с различными формами ларингита могут быть показаны противокашлевые препараты, так как кашель часто сопровождает любые формы ларингита, а если он сохраняется после купирования острой воспалительной реакции, то может быть одной из причин возникновения узелков голосовых складок.

При наличии вязкого секрета возможно применение мукоактивных препаратов, в том числе ингаляционно.

Таблица 6. Состав и направленность действия препарата Гомеовокс®

Действие	Состав
Противовоспалительное	Arum triphyllum
	Aconitum napellus
	Ferrum phosphoricum
	Mercurius solubilis
	Belladonna
	Hepar sulphur
	Populus candicans
	Calendula officinalis
	Spongia tosta
Противовоспалительное и муколитическое	Bryonia
	Kalium bichromicum

Профилактика. Полностью аналогична проводимой для предупреждения сезонного всплеска ОРВИ/гриппа. Пациенту с охриплостью, сохраняющейся или появляющейся на фоне или после перенесенного ОРВИ, можно рекомендовать прием препарата Гомеовокс®, в том числе в комбинации с препаратом Оциллококцидум®, не только с лечебной, но и с профилактической целью.

Заключение

Вопросы совершенствования терапии распространенных вирусных заболеваний ЛОР-органов – острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), риносинусита (РС), острого ринита (ОР), ларингита (ЛР) – актуальная тема современной практической медицины.

Согласно статистике, количество препаратов, принимаемых при ОРВИ, в 70% случаев достигает трех и более наименований, что вызывает риск лекарственных взаимодействий и нежелательных явлений.

Существующая сегодня проблема полипрагмазии и формирование антибиотикорезистентности у пациентов с ОРВИ и ЛОР-осложнениями диктует необходимость поиска новых подходов к терапии с использованием эффективных препаратов, проверенных временем, применение которых не сопровождается развитием осложнений и нежелательных явлений.

В связи с этим представляется перспективным такое направление, как клиническая гомеопатия. Это современный подход, интегрированный в медицинскую практику и систему медицинского образования для врачей любой специальности, частной и государственной медицины.

В РФ использование гомеопатических препаратов в медицинской практике является законодательно обоснованным, в частности Приказом Министерства здравоохранения № 335 от 29.11.95 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» [14]. Регистрация в РФ гомеопатических препаратов как лекарственных происходит в соответствии с ФЗ № 61 «Об обращении лекарственных средств» [16]. Препараты внесены МЗ РФ в Государственный реестр лекарственных средств [15].

Учитывая, что использование гомеопатических препаратов является законодательно обоснованным и они имеют многолетний положительный опыт применения как в России, так и за рубежом, целесообразно назначать прогивопопростудный комплекс (Оциллококцидум®, Стодаль®, Гомеовокс®, Коризалия®) в терапии острых воспалительных заболеваний дыхательных путей, в том числе острого инфекционного и аллергического ринитов, острого риносинусита, острого вирусного тонзиллофарингита, ларингитов у детей и взрослых.

В дальнейшем данные препараты могут быть имплементированы в соответствующие клинические рекомендации и протоколы лечения острых воспалительных заболеваний дыхательных путей.

Приложения

Таблица 1. Клинические исследования препарата Оциллококцидум®

Авторы	Страна	Год	Количество пациентов	Возрастная группа	Дизайн исследования
Cazanova P. et al. [44]	Франция	1988	300	Взрослые и дети старше 12 лет	Рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое
Papp P. et al. [46]	Германия	1998	372	Взрослые	Рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое
Ferley J. P. [et al.] [45]	Франция	1989	478	Взрослые и дети старше 12 лет	Многоцентровое рандомизированное плацебоконтролируемое
Селькова Е. П. и др. [47]	Россия	Эпид. сезон 2004/05	100	32–59 лет	Рандомизированное эпидемиологическое двойное слепое плацебоконтролируемое
Свиштушкин В. М., Никифорова Г. Н. [101]	Россия	Эпид. сезон 2011/12	100	18–64 года	Открытое сравнительное контролируемое
Селькова Е. П. [47]	Россия	Эпид. сезон 2004/05	227	16–22 года	Двойное слепое плацебоконтролируемое
Селькова Е. П. [47]	Россия	Эпид. сезон 2007/08	319	8–15 лет (школа-интернат, дети с сопутствующей патологией ЦНС)	Сравнительное контролируемое эпидемиологическое
Селькова Е. П. [47]	Россия	Эпид. сезон 2009/10	240	18–65 лет (медработники)	Сравнительное контролируемое эпидемиологическое
Селькова Е. П., Волчечкий А. Л. [47]	Россия	Эпид. сезон 2008/09	120	3–6 лет (ЧБД)	Сравнительное контролируемое эпидемиологическое
Селькова Е. П. [47]	Россия	Эпид. сезон 2009/10	840	7–17 лет	Сравнительное контролируемое эпидемиологическое
Самсыгина Г. А. [57]	Россия	Эпид. сезон 2007/08	109	3,5 мес.–4,5 года	Открытое рандомизированное эпидемиологическое плацебоконтролируемое
Селькова Е. П. [47]	Россия	Эпид. сезон 2008/09	480	6–12 лет	Сравнительное контролируемое эпидемиологическое
Казюкова Т. В. [48]	Россия	Эпид. сезон 2014/15	259	6–12 лет	Открытое рандомизированное сравнительное

Авторы	Страна	Год	Количество пациентов	Возрастная группа	Дизайн исследования
Геппе Н. А. [55]	Россия	2016	80	1–14 лет	Открытое рандомизированное сравнительное
Егоров В. И. [2]	Россия	2016	110	14–62 года	Открытое рандомизированное сравнительное
Петрушина А. Д. [56]	Россия	2016	120	Взрослые и дети	Открытое рандомизированное сравнительное
Шишкова В. Н. [103]	Россия	2016	60	52±5 лет	Открытое рандомизированное сравнительное
Beghi G. M. [53]	Италия	01.01.2002–31.12.2011	459	1–84 года	Ретроспективное контролируемое наблюдательное

Таблица 2. Клинические исследования препарата Коризалия®

Авторы	Страна	Год	Количество пациентов	Возрастная группа	Дизайн исследования
Богомилский М. Р., Радциг Е. Ю., Гаращенко Т. И. [84]	Россия	2008	60	Дети 4–14 лет	Открытое сравнительное рандомизированное
Карпова Е. П., Соколова М. В., Антонова Н. В. [72]	Россия	2009	110	Дети 5–14 лет	Сравнительное рандомизированное
Карпова Е. П., Тулупов Д. А., Божатова М. П., Вагина Е. Е. [49]	Россия	2012	100	Дети 3–14 лет	Сравнительное рандомизированное
Карпова Е. П., Тулупов Д. А. [75]	Россия	2008	110	Дети 5–16 лет	Сравнительное рандомизированное
Гаращенко Т. И. и др. [81]	Россия	2016	46	Дети 5–10 лет	Сравнительное рандомизированное
Геппе Н. А., Фарбер И. М. [79]	Россия	2017	74	Дети 5–12 лет	Сравнительное рандомизированное
Рязанцев С. В., Кривопапов А. А. и др. [82]	Россия	2017	200	Взрослые 18–65 лет	Многоцентровое открытое сравнительное рандомизированное

Таблица 3. Клинические исследования препарата Стодаль®

Авторы	Страна	Год	Количество пациентов	Возрастная группа	Дизайн исследования
Аллаерт Ф., Виллет С. [58]	Франция	2017	414	Дети 0–12 лет	Открытое сравнительное
Богомилский М. Р., Радциг Е. Ю. [73]	Россия	2008	100	Дети 1–15 лет	Открытое сравнительное рандомизированное

Авторы	Страна	Год	Количество пациентов	Возрастная группа	Дизайн исследования
Радциг Е. Ю. [85]	Россия	2011	100	Дети 3–12 лет	Открытое сравнительное рандомизированное
Карпова Е. П., Тулупов Д. А. [88]	Россия	2014	100	Дети 3–12 лет	Открытое сравнительное рандомизированное
Заплатников А. Л. [86]	Россия	2011	63	Дети 2–6 лет	Открытое сравнительное рандомизированное
Селькова Е. П. [84]	Россия	2013	200	Взрослые 18–80 лет	Открытое сравнительное рандомизированное
Зайцева О. В., Локшина Э. Э. [87]	Россия	2016	46	Дети 2–15 лет	Сравнительное рандомизи- рованное
Геппе Н. А. [79]	Россия	2017	200	Дети 2–14 лет	Многоцентровое открытое сравнительное рандомизи- рованное

Таблица 4. Клинические исследования препарата Гомеовокс®

Авторы	Страна	Количество пациентов	Возрастная группа	Дизайн исследования
Богомильский М. Р., Гарашенко Т. И., Радциг Е. Ю. [58]	Россия	60	8–14 (острые ларин- гиты)	Открытое рандомизированное сравнительное
Богомильский М. Р., Радциг Е. Ю.	Россия	100	2–17 лет (дисфонии различного генеза)	Открытое рандомизированное сравнительное
Богомильский М. Р., Гарашенко Т. И., Радциг Е. Ю.	Россия	60	9–15 лет (острые мутации)	Открытое рандомизированное сравнительное
Богомильский М. Р., Гарашенко Т. И., Радциг Е. Ю.	Россия	60	3–14 лет (хр. ларингит)	Открытое рандомизированное сравнительное

Список литературы

1. Шишкова В. Н. Эффективность, безопасность и неоправданная полипрагмазия в лечении острых респираторных заболеваний. Врач. 2016; 11.
2. Егоров В. И., Козаренко А. В. Современный подход к лечению острых вирусных риносинуситов. Альманах клинической медицины. 2016; 44 (7).
3. Селькова Е. П., Каложкин О. В. ОРВИ и грипп. В помощь практикующему врачу. М.: МИА, 2015.
4. Карнеева О. В., Поляков Д. П. Современный подход к лечению заболеваний верхних дыхательных путей и среднего уха как мера профилактики тугоухости. 2012; 9 (1).
5. Карнеева О. В., Дайхес Н. А., Поляков Д. П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов. РМЖ. 2015; 6.
6. Ключников С. О. Полипрагмазия: пути решения проблемы. Детские инфекции. 2014; 4.
7. Таточенко В. К. Рациональная терапия ОРЗ. Лечащий врач. 2011; 8.
8. Материалы объединенного конгресса. I Евразийский конгресс по гомеопатической медицине. 14–15 окт. 2016.
9. Енев И. Европейская школа клинической гомеопатии. София.
10. Mathie R., Frye J., Fisher P. Homeopathic Oscillococtinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan. 28; 1: CD001957.
11. Grimaldi-Bensouda L., Bégaud B., Rossignol M., Avouac B., Lert F., Rouillon F., Bénichou J., Massol J., Duru G., Magnier A.M., Abenham L., Guillemot D. Management of upper respiratory tract infections by different medical practices, including homeopathy, and consumption of antibiotics in primary care: the EPI3 cohort study in France 2007–2008.
12. Lert F., Grimaldi-Bensouda L., Rouillon F., Massol J., Guillemot D., Avouac B., Duru G., Magnier A.M., Rossignol M., Abenham L., Bégaud B.; EPI3-LA-SER Group. Characteristics of patients consulting their regular primary care physician according to their prescribing preferences for homeopathy and complementary medicine.
13. Grimaldi-Bensouda L., Abenham L., Massol J., Guillemot D., Avouac B., Duru G., Lert F., Magnier A.M., Rossignol M., Rouillon F., Bégaud B.; EPI3-LA-SER group. Homeopathic medical practice for anxiety and depression in primary care: the EPI3 cohort study.
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 335 от 29.11.95 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».
15. <http://grls.rosminzdrav.ru>.
16. Федеральный закон РФ № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010.
17. Возможности клинической гомеопатии в лечении и профилактике верхних дыхательных путей. Заседание Экспертного совета от 14 октября 2016 г. Российская оториноларингология. 2016; 6.
18. Возможности клинической гомеопатии в терапии острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Заседание Экспертного Совета с участием главных специалистов по оториноларингологии регионов РФ от 11 марта 2017 г. Российская оториноларингология. 2017; 2.
19. Черниченко О. ГФК. Всероссийское социальное исследование об отношении россиян к здоровью. РБК+. 15 декабря 2016 г.
20. По данным отчетов Федерального государственного учреждения здравоохранения «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора РФ». <http://www.fcgsen.ru>.
21. Покровский В. М., 2010.
22. Самсыгина Г. А., 2005.
23. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной инфекцией (острый назофарингит). МЗ РФ. Союз педиатров России. М., 2015. 12 с.
24. Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых: клинические рекомендации. Утв. решением пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30.10.2014 г. М., 2014. 69 с.
25. Бартлетт Дж. Инфекции дыхательных путей: пер. с англ. М.: Бино, 2000. 192 с.

26. Зайцев А. А., Ключков О. И., Миронов М. Б., Синопальников А. И. Острые респираторные вирусные инфекции: этиология, диагностика, лечение и профилактика: пособие для врачей. М.: 2008.
27. Лобзин Ю. В., Жданов К. В. Руководство по инфекционным болезням. 4-е изд., доп. и перераб. СПб.: Фолиант, 2011. 1408 с.
28. Савенкова М. С. Многоликая острая респираторная инфекция: от основных возбудителей к выбору препаратов. Лечащий врач. 2011; 3: 58–64.
29. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1056 с.
30. Дриневский В. П., Осидак Л. В., Цыбалова Л. М. Острые респираторные инфекции у детей и подростков. СПб.: СпецЛит, 2003. 181 с.
31. Gwaltney J. M. Jr. The common cold. In: Mandell G.L., Bennet J.F., Dolin R., eds. Principles and practice of infectious diseases, 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. P. 51–65.
32. Радчик Е. Ю. Нарушения голоса у детей и подростков и их лечение гомеопатическим препаратом Гомеовокс. Педиатрия. 2009; 88(6).
33. Синопальников А. И. Простуда. В кн. Внебольничные инфекции дыхательных путей. М.: Премьер МТ, Наш Город, 2007: 131–144.
34. Nicholson K. G. Managing influenza in primary care. Blackwell Science. 1999; 106.
35. Национальная фармакотерапия препаратов, применяемых при лечении ОРВИ: метод. рек. Правительства Москвы, Департамент здравоохранения. М., 2015.
36. Зайцева С. В., Зайцева О. В. Острые респираторные инфекции у детей: этиопатогенетические возможности современной терапии. Медицинский совет. 2014; 5: 22–30.
37. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные иммуномодуляторы. Классификация. Механизм действия. М., 2005.
38. ПРИМА: педиатрические рекомендации по иммуномодулирующим препаратам в амбулаторной практике. Педиатрическое респираторное общество, Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. М., 2015.
39. Якупова Р. Ш., Скачкова М. А., Чолоян С. Б., Карпова Е. Г. Эффективность иммуномодулирующих препаратов у детей с респираторными заболеваниями в экологически неблагоприятных районах. Гигиена и санитария. 2012; 3: 33–35.
40. Дворецкий Л. И. Лечение больных острыми респираторными заболеваниями: есть ли альтернатива полипрагмазии? Consilium Medicum. 2008; 10 (10): 10–14.
41. Ключников С. О. Полипрагмазия: пути решения проблемы. Детские инфекции. 2014; 4: 36–39.
42. Guthrie B., SAPC 2012, <http://www.cchsr.iph.cam.ac.uk/wp-content/uploads/2013/01/PRIMM-RP-2013.pdf>.
43. Инструкция по медицинскому применению препарата Осциллококцинум.
44. Casanova P., Gerard R. Bilan de 3 années d'études randomisées multicentriques Oscillocoocinum/placebo. Proposta Omeopatica. 1988; 6: 14–17.
45. Ferley J., Zmirou D., D'Adhemar D., Balducci F. A controlled evaluation of a homeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndromes. Br J Clin Pharmac. 1989; 27: 329–335.
46. Papp R., Schuback G., Beck E. Oscillocoocinum in patients with influenza-like syndromes. Br Homeopathic J. 1998; 87: 69–76.
47. Селькова Е. П., Лапцкая А. С., Оганесян А. С., Федорова И. М., Лопатина Т. К., Топтыгина А. П., Гренкова Т. А., Гудова Н. В., Лыткина И. Н., Запольских А. М. Изучение клинико-эпидемиологической эффективности гомеопатического препарата при гриппе и ОРВИ. Инфекционные болезни. 2012; 10 (3): 83–89.
48. Казюкова Т. В. и др. Сравнительная оценка эффективности двух противовирусных препаратов в лечении гриппа и ОРВИ у детей. Педиатрия. 2015; 6.
49. Карпова Е. П., Тулупов Д. А. Симптоматическое лечение ОРВИ у детей. ЛЮР-практика. 2012; 2.
50. Коваленко Л. П., Толлерова А. В., Кузнецова О. С., Лапцкая О. С. Экспериментальное изучение аллергизирующих свойств и иммуотоксичности препарата Осциллококцинум. Токсикологический вестник. 2015; 1: 37–41.

51. Селькова Е. П. и др. Влияние Оциллококцинума на интерференообразование у часто болеющих детей. *Consilium Medicum*. 2009; 1.
52. Клинические рекомендации. Острый тонзиллофарингит. МЗ РФ 2016.
53. Beghi G. Does homeopathic medicine have a preventive effect in respiratory tract infections. *Multidisp Res Med*. 2016; 11.
54. Marrari L. A., Terzan L., Chaufferin G. Oscillocoquinum for influenza treatment. *Ann Ist Super Sanita*. 2012; 48 (1): 105–109.
55. Геппе Н. А., Крылова Н. А., Тюрина Е. Н., Яблокова Е. А. Направление совершенствования терапии ОРВИ у детей. *Доктор.Ру*. 2016; 6.
56. Петрушина А. Д., Кайб И. Д. Опыт терапии и семейной профилактики острых респираторных вирусных заболеваний. *Педиатрия*. 2017; 96 (1).
57. Самсыгина Г. А. и др. Новые технологии в профилактике ОРВИ и гриппа у детей младшего возраста. *Педиатрия*. 2008; 5.
58. Allaert F.-A., Villet S., Vincent S., Sauve L. Observational study on the dispensing of cough syrups to children with acute cough by community pharmacists in France. *Minerva Pediatrica*. 2017 Feb 17.
59. Ruuskanen O. et al., 2006.
60. Ruuskanen O., Neikkinen T., 2006.
61. Anon J. B. et al., 2004.
62. Каманин Е. И. и др., 2008.
63. Хлыстов Ю. А., Мусорин Ю. Н., 1983.
64. Носуля Е. В., Ким И. А., Винников А. К. Острый ринит: особенности диагностики и лечения у детей. *Фарматека*. 2012; 5: 34–38.
65. Пискунов Г. З. Острый и хронический ринит: клиника, патогенез, лечение. *Клинический вестник*. 1997; 2: 72–75.
66. Солдагов И. Б. Клинические лекции по оториноларингологии. М., 1990.
67. Ершов Ф. И., 2006.
68. Nyquist A. C. et al., 1998.
69. Office-related antibiotic prescribing for persons aged ≤ 14 years United States, 1993-1994 to 2007-2008. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011; 60 (34): 1153–1156.
70. Рязанцев С. В., 2000.
71. Инструкция по медицинскому применению препарата Коризалия.
72. Карпова Е. П. и др. Особенности терапии аллергического ринита у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2009; 2.
73. Радциг Е. Ю., Гарашенко Т. И., Богомилский М. Р. О возможности монотерапии ринита различной этиологии. *Вестник оториноларингологии*. 2008, 1.
74. Радциг Е. Ю. Возрастные особенности течения и лечения ринита у детей грудного и раннего возраста. *Педиатрия*. 2010; 4.
75. Карпова Е. П. и др. Острый и обострение хронического аденоидита у детей. *Педиатрия*. 2008; 2.
76. Радциг Е. Ю. Современные комплексные гомеопатические препараты для профилактики и лечения острых респираторных инфекций и гриппа у детей. *Педиатрия*. 2013; 2: 120–126.
77. РАДАР. Аллергический ринит у детей: рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините. М.: Оригинал-макет, 2015. 80 с.
78. Радциг Е. Ю. Возрастные особенности течения и лечения ринита у детей грудного и раннего возраста. *Педиатрия*. 2010; 4: 96–101.
79. Геппе Н.А., Фарбер И.М., Озерская И.В., Малявина У.С., Малышев В.С., Бухаров Д.Г. Использование препарата Коризалия у детей с острым инфекционным и персистирующим аллергическим ринитом. *Доктор.Ру*. 2017; 4.
80. Богомилский М. Р., Радциг Е. Ю., Селькова Е. П. Болезни уха, горла, носа при ОРЗ у детей. М., 2016.

81. Гарашенко Т. И. и др. Возможности гомеопатической терапии в лечении инфекционного и аллергического ринита у детей. Вопросы практической педиатрии. 2016; 11.
82. Криповалов А. А., Рязанцев С. В. и др. Острый ринит: новые возможности терапии. Медицинский совет. 2017; 8.
83. Инструкция по медицинскому применению препарата Стодальм.
84. Селькова Е. П., Лапицкая А. С., Гудова Н. В., Радциг Е. Ю., Ермилова Н. В. Тактика лечения непродуктивного кашля у детей при заболеваниях респираторного тракта вирусной этиологии. Лечащий врач. 2013; 8: 99–103.
85. Радциг Е. Ю. Эмпирическая терапия хронического кашля у детей. Вопросы современной педиатрии. 2011; 2: 170–172.
86. Короид Н. В., Заплатников А. Л., Мингалимова Г. А., Глухарева Н. С. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение. Русский медицинский журнал. 2011; 22: 1365–1370.
87. Локшина Э. Э., Зайцева О. В. Опыт применения натуропатического препарата у детей с острыми респираторными заболеваниями. Педиатрия. 2016; 3.
88. Карпова Е. П., Тулупов Д. А. Симптоматическая терапия кашля при оториноларингологической патологии у детей. Педиатрия. 2014; 2: 96–98.
89. Радциг Е. Ю., Лебедева Н. А., Ермилова Е. В. Хронический кашель у детей. Диагностика и лечение. РМЖ. 2011; 22.
90. Гусева Л. Н.; 1995.
91. Bohm, 1974.
92. Максимов И., 1987.
93. Вильсон Д. К., 1990.
94. Радциг Е. Ю., 2007.
95. Utsimi, 1970.
96. Радциг Е. Ю., Богомилский М. Р. Нарушения голоса у детей и подростков: причины и способы коррекции. метод. рек. М., 2015.
97. Радциг Е. Ю. Дисфония: причины, способы коррекции и влияние различных групп лекарственных веществ на качество голоса. Фарматека. 2014; 11.
98. Богомилский М. Р., Радциг Е. Ю. Ларингит у детей: особенности течения и лечения. Вестник оториноларингологии. 2009; 1.
99. Радциг Е. Ю., Ермилова Н. В. Нарушения голоса в различные периоды его становления: причины и алгоритм ведения пациентов. РМЖ. Оториноларингология. 2016; 4.
100. Инструкция по медицинскому применению препарата Гомеовокс.
101. Свистушкин В. М., Никифорова Г. Н. Возможности лечения больных с острыми респираторными вирусными инфекциями в настоящее время. Лечащий врач. 2013; 1.
102. Jefferson T., Jones M. A., Doshi P. et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Apr 10; (4): CD008965.
103. Шишкова В.Н. Зотова Л. Эффективность терапии сезонных острых респираторных заболеваний у пациентов с коморбидными состояниями. Врач. 2017; 3.

Оглавление

Введение	3
Клиническая гомеопатия: определения, законодательные основы и мировой опыт	4
ОРВИ. Рациональные подходы к диагностике и лечению	7
Эпидемиология	7
Этиология и патогенез	7
Клиническая классификация и клиника ОРВИ	9
Особенности клинических форм при острых респираторных вирусных инфекциях	11
Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях	11
Диагностика	12
Лечение	12
Острый ринит	18
Эпидемиология	18
Патогенез	20
Клиника и диагностика	20
Лечение	22
Воспалительная патология гортани	26
Эпидемиология	26
Этиология	26
Клиника	27
Диагностика	27
Эндоскопическая картина	27
Лечение	28
Заключение	32
Приложения	33
Список литературы	36