

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	6
Введение	8
Раздел I. Характеристика синдрома экзантемы (Тимгенко В. Н., Чернова Т. М., Павлова Е. Б., Баннова С. Л., Павлова Н. В., Субботина М. Д., Каплина Т. А., Баракина Е. В., Булина О. В., Назарова А. Н., Фёдорова А. В., Суховецкая В. Ф.)	10
Раздел II. Вирусные экзантемы (Тимгенко В. Н., Хмилевская С. А., Чернова Т. М., Павлова Е. Б., Баннова С. Л., Павлова Н. В., Субботина М. Д., Каплина Т. А., Баракина Е. В., Булина О. В., Назарова А. Н., Фёдорова А. В., Суховецкая В. Ф., Анненкова И. Д., Шакмаева М. А.)	18
Корь	18
Краснуха	38
Герпетическая инфекция	43
Ветряная оспа	51
Вирусный Эпштейна—Барр мононуклеоз (ВЭБ-мононуклеоз)	65
Инфекция, вызванная вирусом герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6-инфекция)	79
Парвовирусная В19-инфекция	83
Энтеровирусная (Коксаки и ЕСНО) инфекция	90
Раздел III. Слизисто-кожный лимфодулярный синдром — болезнь Кавасаки (Тимгенко В. Н., Хмилевская С. А., Чернова Т. М., Павлова Е. Б., Баннова С. Л., Павлова Н. В., Субботина М. Д., Каплина Т. А., Баракина Е. В., Булина О. В., Назарова А. Н., Фёдорова А. В., Суховецкая В. Ф., Шакмаева М. А.)	101
Раздел IV. Бактериальные экзантемы (Тимгенко В. Н., Чернова Т. М., Павлова Е. Б., Баннова С. Л., Павлова Н. В., Субботина М. Д., Каплина Т. А., Баракина Е. В., Булина О. В., Назарова А. Н., Фёдорова А. В., Суховецкая В. Ф., Шакмаева М. А.)	113
Скарлатина	113
Псевдотуберкулез	124
Менингококковая инфекция	148
Иксодовый клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)	158

Раздел V. Паразитарные экзантемы (Тимгенко В. Н., Баракина Е. В., Чернова Т. М., Павлова Е. Б., Баннова С. Л., Павлова Н. В., Субботина М. Д., Каплина Т. А., Булина О. В., Назарова А. Н., Фёдорова А. В., Суховецкая В. Ф., Абдукаева Н. С.)	164
Аскаридоз	164
Энтеробиоз	168
Лямблиоз	170
Токсокароз	174

Раздел VI. Дерматозы у детей (Заславский Д. В., Булина О. В., Тимгенко В. В.)	179
Атопический дерматит	179
Экзема	191
Розовый лишай Жибера	197
Контагиозный моллюск	199
Пиодермии	202
Чесотка	212
Педикулез	217
Микроспория	221
Трихофития	225
Крапивница	228

Раздел VII. Характеристика современных лекарственных средств, используемых при инфекционных заболеваниях у детей (Тимгенко В. Н., Павлова Е. Б., Булина О. В., Тимгенко В. В.)	232
Литература	245

РАЗДЕЛ II. ВИРУСНЫЕ ЭКЗАНТЕМЫ

КОРЬ

Корь — острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом кори, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся лихорадкой, нарастающим синдромом интоксикации, выраженным катаральным синдромом, наличием на слизистых оболочках полости рта пятен Бельского—Филатова—Коплика, этапным распространением пятнисто-папулезной сыпи и этапным переходом в пигментацию.

Периоды типичной кори

I. Инкубационный период:

длительность: 9—21 сут

II. Начальный период (катаральный):

длительность: 3—4 сут

Клинические проявления:

- лихорадка
- интоксикация
- катаральный синдром (ринит, фарингит, ларингит)
- синдром поражения глаз (конъюнктивит, склерит, светобоязнь, слезотечение)
- поражение слизистых оболочек полости рта (энантема, разрыхленность, пестрота)
- пятна Бельского—Филатова—Коплика (в конце периода) — патогномоничный симптом

III. Период разгара (высыпания):

длительность: 3—4 сут

Клинические проявления:

- фебрильная лихорадка
- выраженная интоксикация
- выраженный катаральный синдром
- синдром поражения глаз
- поражение слизистых оболочек полости рта

- пятна Бельского—Филатова—Коплика (в начале периода) — патогномоничный симптом
- синдром экзантемы:
 - сыпь пятнисто-папулезная, крупная, неправильной формы, ярко-красная, склонная к слиянию
 - сыпь появляется на 4—5-е сутки от начала болезни на фоне нарастания лихорадки
 - характерно этапное распространение (патогномоничный симптом): в 1-е сутки — на лице, шее, верхней части груди и плеч; на 2-е сутки — сыпь полностью покрывает туловище и проксимальные части рук; 3—4-е сутки — дистальные части рук и ноги



Рис. 2. Корь (катаральный период): пятна Бельского—Филатова—Коплика

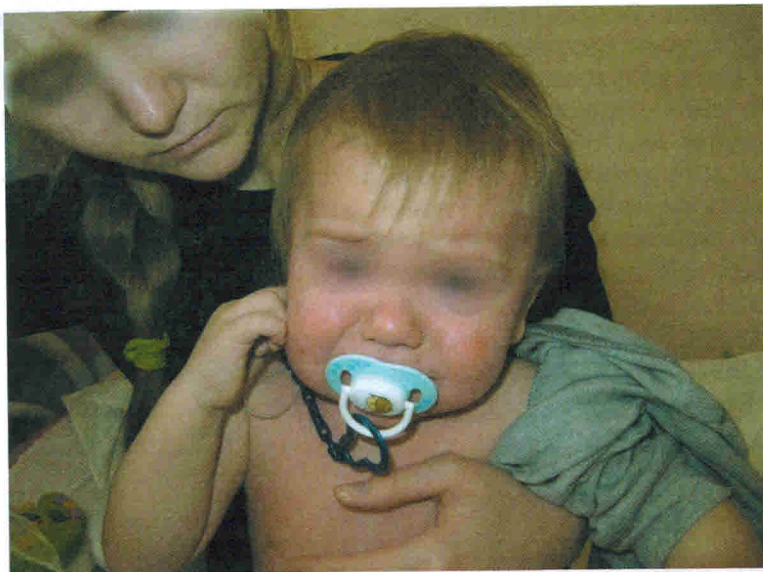


Рис. 3. Корь (период разгара): вид больного

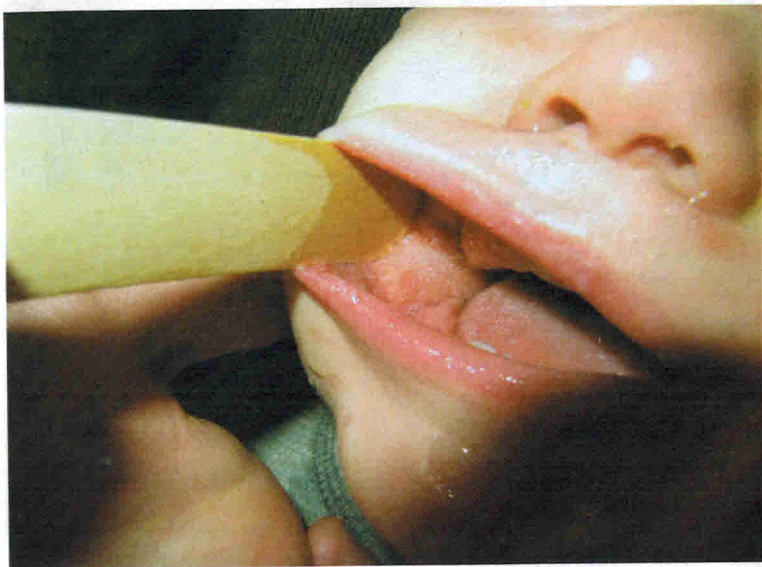


Рис. 4. Корь (период разгара): пятна Бельского—Филатова—Коплика



а



б

Рис. 5. Корь, синдром поражения глаз:
а — конъюнктивит; б — склерит



Рис. 6. Корь:
а, б — 1-е сутки периода высыпания



Рис. 6. Корь:
в, г — 1-е сутки периода высыпания

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Менингококковая инфекция — острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококком, передающееся воздушно-капельным путем и протекающее в различных вариантах — от локализованных (назофарингит, бессимптомное носительство) до генерализованных тяжелых форм с молниеносным течением (менингококцемия).

Периоды типичной формы менингококковой инфекции (менингококцемии)

I. Инкубационный период:

длительность: 1–10 сут

II. Начальный период: не характерен

III. Период разгара:

длительность: 7–10 сут и более

Клинические проявления:

- лихорадка фебрильная с отсутствием эффекта от жаропонижающих средств
- интоксикация выраженная
- синдром экзантемы:
 - сыпь — розеолезная или розеолезно-папулезная, в течение последующих нескольких часов появляются геморрагические элементы различного размера (от петехий до экхимозов) неправильной («звездчатой») формы со склонностью к сливанию, плотные на ощупь и выступающие над уровнем кожи
 - сыпь может быть изначально геморрагической
 - розеолезная или розеолезно-папулезная сыпь — без определенной локализации, геморрагическая — чаще на ягодицах, задней поверхности бедер и голени, реже — на лице
 - в динамике розеолезные или розеолезно-папулезные элементы исчезают бесследно; мелкие геморрагии пигментируются, крупные — некротизируются с последующим отторжением тканей



Рис. 85. Менингококковая инфекция (менингококцемия): петехиальная сыпь на туловище и конечностях

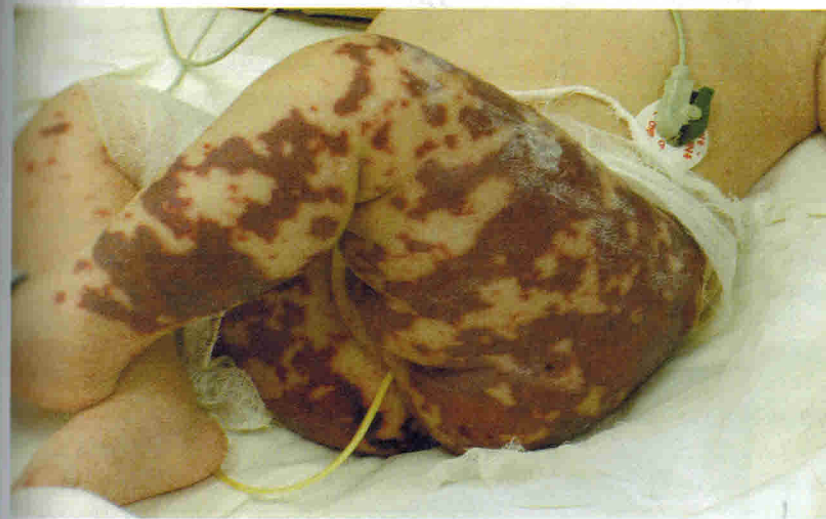


Рис. 86. Менингококковая инфекция (менингококцемия): сливная геморрагическая сыпь с некрозами



Рис. 87. Менингококковая инфекция (менингококцемия):
а, б — стадия формирования некрозов



Рис. 88. Менингококковая инфекция (менингококцемия):
отторжение некротизированных тканей с образованием язв

IV. Период реконвалесценции:

длительность: от нескольких недель до нескольких месяцев

Клинические проявления:

- астеновегетативный синдром
- заживление дефектов тканей, в ряде случаев с вторичным натяжением и формированием грубых рубцов

Лабораторная диагностика

- Выявление грамтрицательных диплококков, расположенных внутри нейтрофилов при микроскопии носоглоточной слизи, крови, ЦСЖ.
- Обнаружение менингококка в носоглоточной слизи, крови, ЦСЖ бактериологическим методом.
- Определение полисахаридного антигена менингококка и его серогруппы в РЛА.
- Выявление ДНК возбудителя в материале от больного с помощью ПЦР и определение его серогруппы.
- Нарастание титра специфических антител в 4 раза и более в парных сыворотках в РПГА.

Таблица 12

Принципы лечения детей, больных менингококцемией, на догоспитальном этапе

Мероприятие	Степень тяжести ИТШ (септического шока)			
	Без ИТШ	I степень	II степень	III степень
Организационные мероприятия	Постоянное наблюдение и регистрация артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, SpO ₂ характера и скорости нарастания сыпи; контроль за диурезом; обеспечение сосудистого доступа			
Кислородотерапия	Через маску		Интубация с переводом на ИВЛ	
Жаропонижающая терапия	Р-р метамизола натрия 50 % 0,1 мл/год. Р-р пипольфена 2,5 % 0,15 мл/год. Р-р папаверина гидрохлорида 2 % 0,1 мл/год		По показаниям	Не показана
Глюкокортико-стероидная терапия (по преднизолону)	2 мг/кг	10 мг/кг	20 мг/кг	30 мг/кг
Инфузионная терапия	Не показана	Изотонический р-р или р-р Рингера—Локка 10 мл/кг/ч в/в капельно	Изотонический р-р или р-р Рингера—Локка 20 мл/кг/ч в/в болюсно. При отсутствии эффекта повторить в той же дозе после окончания инфузии	Изотонический р-р или р-р Рингера—Локка в дозе 40 мл/кг/ч в/в болюсно
Интотропы	Не показаны	По показаниям	Допамин 5—10 мг/кг/мин	Допамин 10—15 мг/кг/мин
Этиотропная терапия	Цефотаксим 50 мг/кг или цефтриаксон 50 мг/кг (в разовой дозе)			

Принципы лечения детей, больных менингококцемией, в стационаре

Мероприятие	Степень тяжести ИТШ (септического шока)			
	Без ИТШ	I степень	II степень	III степень
Организационные мероприятия	Лечение должно проводиться в специализированном отделении или палате интенсивной терапии	Лечение проводится в отделении реанимации: — постоянная оксигенация путем подачи увлажненного кислорода через маску или носоглоточный катетер; — при неадекватной вентиляции перевод на ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции; — обеспечение постоянного доступа к центральным сосудам; — катетеризация мочевого пузыря до выведения ребенка из шока для определения почасового диуреза с обязательным промыванием р-ром фурацилина 1 : 5000		
Режим	Постельный на весь острый период			
Диета	Калорийная, легкоусвояемая, богатая витаминами			
Антибиотикотерапия	Бензилпенициллина натриевая соль в/м 300 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в 6 введений (детям до 3 мес. не более 500 тыс. ЕД/кг в сутки). Цефотаксим 50 мг/кг (разовая доза) 4 раза в сутки. Цефтриаксон 50 мг/кг (разовая доза) 2 раза в сутки.	Препараты выбора: Бензилпенициллина натриевая соль в/м 300 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в 6 введений. Цефотаксим 50 мг/кг (разовая доза) 4 раза в сутки. Цефтриаксон 50—75 мг/кг (разовая доза) 2 раза в сутки. Альтернатива: меропенем 40 мг/кг (разовая доза) 3 раза в сутки		

Таблица 13 (продолжение)

Мероприятие	Степень тяжести ИТШ (септического шока)			
	Без ИТШ	I степень	II степень	III степень
Инфузионная терапия	Жидкость внутрь и/или инфузионная терапия	Выбор «стартового» р-ра зависит от ведущего синдрома, определяющего тяжесть состояния. Соотношение коллоидов и кристаллоидов 1 : 3. Глюкозо-солевые р-ры (декстроза, 5 % глюкоза, 0,9 % NaCl). При гипоальбуминемии — 10 % альбумин или свежемороженая плазма 10 мл/кг. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови — реополиглюкин 10 мл/кг, HAES-стерил 6—10 % 5—10 мл/кг		
Иммунотерапия	Не показана	Не показана	Иммунная лейкоцитарная взвесь в разовой дозе 5—10 мл/кг массы тела № 29 с интервалом 12 ч в/в капельно. Иммуноглобулины для в/в введения (пентаглобин по 5 мл/кг в течение 3 дней)	
Интродропы	Не показаны	Не показаны	Допамин 5—10 мг/кг/мин	Допамин 10—15 мг/кг/мин
Лечение ДВС-синдрома	Не проводится	В 1-й фазе (гиперкоагуляция) восполнение ОЦК, дезагреганты (трентал, аспирин, реополиглюкин, HAES-стерил)	Во 2-й фазе (гипокоагуляция без активации фибринолиза) нормализация ОЦК, свежемороженая плазма, донорская кровь	В 3-й фазе (гипокоагуляция с активацией фибринолиза) дополнительно используют естественные ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол, гордокс), свежемороженую плазму, свежезаготовленную кровь, плазмообмен

Таблица 13 (окончание)

Мероприятие	Степень тяжести ИТШ (септического шока)			
	Без ИТШ	I степень	II степень	III степень
Лечение гипоксического отека головного мозга	Не проводится	По показаниям	«Стартовый» р-р — 10 % р-р маннитола из расчета 0,25—1,0 г/кг за 10—20 мин. При необходимости повторить инфузию через 12 ч под контролем осмолярности плазмы (не более 300 мосм/кг). Фуросемид 1—2 мг/кг массы тела через 60—80 мин после введения маннитола	
Коррекция КОС	В/в капельно 4% р-р гидрокарбоната натрия по показателю дефицита оснований (BE).			
Лечение судорожного синдрома	Не проводится	Диазепам 0,1—0,2 мл/год жизни, при отсутствии эффекта через 3—5 мин — увеличение дозы до 0,3—0,5 мг/кг массы тела. При отсутствии эффекта р-р фенобарбитала натрия 10 мг/кг в/в на 0,9 % р-ре NaCl в течение 10—15 мин. Оксибутират натрия 20 % р-р 50—150 мг/кг массы тела. Тиопентал натрия 1 % р-р 5—7 мг/кг или гексенал 1 % р-р 5—7 мг/кг до полного купирования судорожного синдрома		
Местная терапия	При глубоких массивных некрозах — обработка краев элементов антисептиками. При отторжении некрозов используют препараты, улучшающие трофику и репарацию тканей (солкосерил и др.). Слизистые оболочки полости рта обрабатывают 1 % содовым р-ром 3 раза в день или р-м натрия тетрабората в глицерине. В глаза закапывают 2 % р-р сульфацила натрия, через 20 мин 0,25% р-р левомицетина 4—5 раз в день. При неполном смыкании век — обработка глазных щелей р-ром фурацилина 1 : 5000, р-ром ретинола ацетата. Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей			

РАЗДЕЛ VII. ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

ВИФЕРОН

ВИФЕРОН® — комплексный противовирусный и иммуномодулирующий препарат, включающий в свой состав человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2b и комплекс высокоактивных антиоксидантов (токоферола ацетат, аскорбиновая кислота) в терапевтически эффективных дозах, обладающих противовоспалительным и мембраностабилизирующим свойствами.

Форма выпуска: ВИФЕРОН®, суппозитории ректальные (150 000, 500 000, 1 000 000, 3 000 000 МЕ ИФН), мазь (в 1 г 40 тыс. МЕ ИФН), гель (1 г 36 тыс. МЕ ИФН).

Фармакологическое действие: входящий в состав препарата Виферон рекомбинантный интерферон альфа-2b обладает антивирусной, иммуномодулирующей и антипролиферативной активностью. При воздействии интерферона в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, фагоцитарная активность, интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов, экспрессия антигенов МНС 1-го и 2-го типов. Перечисленные свойства интерферона позволяют ему эффективно участвовать в процессах элиминации возбудителя, предупреждении заражения и развития осложнений. Это достигается путем непосредственного ингибирования интерфероном репликации и транскрипции вирусов и хламидий, а также активации иммунной системы и мобилизации внутренних резервов организма. Посредством иммуномодулирующей активности интерферона осуществляется нормализация иммунного статуса.

Установлено, что в ходе развития инфекционного процесса вне зависимости от вида возбудителя значительно снижается антиоксидательная активность (АОА) плазмы крови, что приводит к усилению перекисного окисления липидов (ПОЛ) и повреждению клеточных мембран. Это служит причиной снижения антивирусной активности

ИФН, что связано с нарушениями мембранных взаимодействий, процессов рецепции молекул ИФН и передачи сигнала внутрь клетки. Кроме того, следствием инфицирования и усиления ПОЛ является повышение проницаемости мембран лизосом, вследствие чего усиливается выход из клеток лизосомальных протеаз. Повышение протеолитической активности плазмы крови обуславливает высокую скорость инактивации и катаболизма циркулирующих молекул ИФН.

Для нормализации соотношения ПОЛ-АОА в плазме крови в состав препарата были включены мембраностабилизирующие компоненты: антиоксиданты — α -токоферола ацетат (витамин Е) и аскорбиновая кислота (витамин С).

Комплексный состав препарата ВИФЕРОН® обуславливает ряд новых эффектов: в сочетании с антиоксидантным комплексом (витаминами Е и С) противовирусная активность рекомбинантного интерферона возрастает в 10–14 раз, усиливается его иммуномодулирующее действие на Т- и В-лимфоциты, нормализуется содержание иммуноглобулина Е; отсутствуют побочные эффекты (гриппоподобные явления, головные боли, артралгия, галлюцинации, выпадение волос, диарея), возникающие при парентеральном введении препаратов интерферона.

Установлено, что при длительном применении препарата ВИФЕРОН® в течение двух лет не образуются антитела, нейтрализующие антивирусную активность рекомбинантного интерферона-альфа-2b.

Фармакокинетика: ректальное применение препарата ВИФЕРОН® способствует более длительной циркуляции интерферона в крови, чем при внутривенном или внутримышечном введении препаратов рекомбинантных интерферонов. Снижение уровня сывороточного интерферона через 12 ч после введения препарата ВИФЕРОН® обуславливает необходимость его повторного введения.

Показания к применению: ВИФЕРОН® рекомендован для использования в лечении следующих заболеваний вирусной этиологии — острые респираторные вирусные инфекции, включая грипп, в том числе осложненные бактериальной инфекцией, вирусные пневмонии, лабиальный и половой герпес, цитомегаловирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, хронические вирусные гепатиты В, С, Д у детей и взрослых при различной степени их активности, цирроз печени вирусной этиологии в сочетании с плазмаферезом и гемосорбцией, вирусассоциированные гломерулонефриты, менингеальные формы клещевого энцефалита, различные формы эпидемического паротита.

ВИФЕРОН® является единственным зарегистрированным в России препаратом из класса рекомбинантных интерферонов, разрешенным Государственным фармакологическим комитетом МЗ РФ для лечения различных инфекционно-воспалительных заболеваний не только взрослых, но и детей, в том числе новорожденных (недоношенных), а также беременных женщин.

Способ применения и дозы:

— В комплексной терапии гриппа и других ОРВИ детям до 7 лет применяют ВИФЕРОН®, суппозитории ректальные 150 000 МЕ, старше 7 лет — ВИФЕРОН® 500 000 МЕ. Препарат назначают ежедневно 2 раза в сутки с 12-часовым интервалом в течение 5 дней. Тяжело больным и часто болеющим детям от 1 года до 7 лет назначают ВИФЕРОН® 500 000 МЕ, от 7 лет до 14 лет — ВИФЕРОН® 1 000 000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 сут. По клиническим показаниям терапия может быть продолжена. Перерыв между курсами составляет 5 сут.

— В терапии упорно-рецидивирующей вирусно-бактериальной инфекции респираторного тракта, ЛОР-органов, проявлений вируса простого герпеса (ВПГ) 1-го типа, сопровождающихся вторичным иммунодефицитным состоянием, у детей ВИФЕРОН® назначают по следующей схеме: ежедневно по 2 свечи в сутки с 12-часовым интервалом в течение 10 дней, далее 3 раза в неделю через день по 2 свечи в сутки с 12-часовым интервалом в течение 2 нед., далее 2 раза в неделю по 2 свечи в сутки с 12-часовым интервалом в течение 2 нед., далее 2 раза в неделю по 1 свече на ночь в течение 2 нед., далее 1 раз в неделю по 1 свече на ночь в течение 2 нед.

— Гель ВИФЕРОН® — для лечения острых респираторных заболеваний и рецидивирующего стенозирующего ларинготрахеобронхита у детей наносят жестким тампоном на поверхность миндалин 5 раз/сут в течение 5–7 дней, затем 3 раза/сут в течение 3 нед., для профилактики — 3 раза/сут в течение 3 нед.

— Мазь ВИФЕРОН® — при лечении вирусных (в том числе вызванных вирусом герпеса) инфекций кожи и слизистых оболочек наносят тонким слоем на очаги поражения 3–4 раза/сут и осторожно втирают, продолжительность лечения составляет 5–7 дней. Рекомендуется начинать лечение сразу при появлении первых признаков поражений кожи и слизистых оболочек (зуд, жжение, покраснение). При лечении рецидивирующего герпеса предпочтительно начинать лечение в продромальном периоде или в самом начале появления признаков рецидива.

Побочное действие: в редких случаях возможно развитие аллергических реакций (кожные высыпания, зуд). Данные явления обратимы и исчезают через 72 ч после прекращения приема препарата.

Противопоказания: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: ВИФЕРОН® совместим и хорошо сочетается со всеми лекарственными препаратами, традиционно применяемыми при лечении указанных заболеваний.

АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ

Анаферон детский — препарат с противовирусным и иммуностимулирующим действием, содержащий антитела к гамма-интерферону человека аффинно очищенные.

Формы выпуска:

Таблетки для рассасывания, 1 таблетка содержит антитела к гамма-интерферону человека, аффинно очищенные — 0,003 г (наносится на лактозы моногидрат в виде водно-спиртовой смеси с содержанием не более 10^{-16} нг/г активной формы действующего вещества).

Капли для приема внутрь, 1 мл содержит антитела к гамма-интерферону человека, аффинно очищенные — 0,006 г (вводятся в виде смеси трех активных водных разведений субстанции, разведенной соответственно в 100^{12} , 100^{30} , 100^{50} раз).

Фармакодинамика:

При профилактическом и лечебном применении препарат оказывает иммуномодулирующее и противовирусное действие.

Экспериментально и клинически установлена эффективность в отношении вирусов гриппа и других ОРВИ, герпесвирусов (ветряной оспы, инфекционного мононуклеоза), ротавирусов. Препарат снижает концентрацию вируса в пораженных тканях, влияет на систему эндогенных интерферонов и сопряженных с ними цитокинов, индуцирует образование эндогенных «ранних» интерферонов (ИФН- α/β) и гамма-интерферона (ИФН- γ). Стимулирует гуморальный и клеточный иммунный ответ. Повышает продукцию антител (включая секреторный IgA), активирует функции Т-эффекторов, Т-хелперов (Th), нормализует их соотношение. Повышает функциональный резерв Th и других клеток, участвующих в иммунном ответе. Является индуктором

смешанного Th1- и Th2-типа иммунного ответа: повышает выработку цитокинов Th1 (ИФН- γ , ИЛ-2) и Th2 (ИЛ-4, ИЛ-10), нормализует (модулирует) баланс Th1/Th2-активностей. Повышает функциональную активность фагоцитов и естественных клеток-киллеров (ЕК-клеток).

Фармакокинетика: чувствительность современных физико-химических методов анализа (газожидкостная хроматография, высокоэффективная жидкостная хроматография, хромато-масс-спектрометрия) не позволяет оценивать содержание действующего вещества препарата Анаферон детский в биологических жидкостях, органах и тканях, что делает технически невозможным изучение фармакокинетики.

Показания к применению:

Анаферон детский в *таблетках для рассасывания* показан для:

— профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций (в том числе гриппа) у детей в возрасте от 1 мес. до 18 лет;

— лечения инфекций, вызванных герпесвирусами (инфекционного мононуклеоза, ветряной оспы) — в составе комплексной терапии у детей от 1 года до 18 лет;

— лечения острой кишечной инфекции, вызванной ротавирусом, — в составе комплексной терапии у детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет.

Анаферон детский в *каплях для приема внутрь* показан для лечения острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей у детей в возрасте от 1 мес. до 3 лет включительно.

Способ применения и дозы: внутрь, не во время приема пищи. При применении таблеток для рассасывания таблетку держать во рту до полного растворения. Капли дозируют в ложку.

При назначении препарата в форме таблеток для рассасывания детям младшего возраста (от 1 мес. до 3 лет) таблетку рекомендуется растворять в небольшом количестве (1 столовая ложка) кипяченой воды комнатной температуры.

Разовая доза препарата составляет: 1 таблетка для рассасывания или 10 капель.

Для лечения ОРВИ, гриппа детям в возрасте 1 мес. и старше препарат назначают в форме таблеток для рассасывания по следующей (базовой) схеме. В 1-й день лечения принимают 8 разовых доз — по 1 разовой дозе каждые 30 мин в первые 2 ч (всего 5 разовых доз за 2 ч), затем в течение этого же дня принимают еще по 1 разовой дозе 3 раза через равные промежутки времени. На 2-й день и далее принимают по 1 разовой дозе 3 раза в день до полного выздоровления. При отсутствии улучшения на 3-й день лечения острых респиратор-

ных вирусных инфекций и гриппа следует обратиться к врачу. В эпидемический сезон с профилактической целью препарат принимают ежедневно 1 раз в день в течение 1—3 мес.

Для лечения *острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей* у детей в возрасте от 1 мес. до 3 лет препарат используют в форме капель для приема внутрь по базовой схеме до полного выздоровления.

В составе комплексной терапии *острых кишечных инфекций*, вызванных ротавирусом, у детей в возрасте 6 мес. и старше препарат используют в форме таблеток для рассасывания по базовой схеме до полного выздоровления.

В составе комплексной терапии инфекций, вызванных герпесвирусами, у детей возрасте 1 год и старше препарат применяют в форме таблеток для рассасывания по базовой схеме курсом при ветряной оспе — 7 дней, инфекционном мононуклеозе — 14 дней.

Побочное действие: возможны аллергические реакции и проявления повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата.

Противопоказания: повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата, для лекарственной формы «таблетки для рассасывания» — дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; «капли для приема внутрь» — наследственная непереносимость фруктозы (вследствие наличия в составе мальтитола).

Взаимодействие с другими препаратами: случаев несовместимости с другими лекарственными средствами до настоящего времени не выявлено. При необходимости препарат можно сочетать с другими противовирусными, антибактериальными и симптоматическими средствами.

ЭРГОФЕРОН

Эргоферон — комплексный препарат противовирусного, антигистаминного и иммуномодулирующего действия, содержащий антитела к гамма-интерферону человека, аффинно очищенные — 0,006 г*, антитела к гистамину, аффинно очищенные — 0,006 г*, антитела к CD4, аффинно очищенные — 0,006 г*.

* Наносятся на лактозы моногидрат в виде смеси трех активных водно-спиртовых разведений субстанции, разведенной соответственно в 100¹², 100³⁰, 100⁵⁰ раз.