

**В.І. Попович**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського національного медичного університету; **Г.В. Бекетова**, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри дитячих і підліткових захворювань Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

# Міфічні діагнози у педіатрії: аденоїдит чи назофарингіт? Який діагноз правильний?

**У педіатрії є багато так званих міфічних діагнозів, серед яких і аденоїдит, що часто використовують лікарі першого контакту. У статті у формі запитань і відповідей представлено обговорення лікарями різних спеціальностей анатомо-фізіологічних підходів до формулювання діагнозів гострий риносинусит і гострий назофарингіт. Фахівці проаналізували лікарські помилки щодо синдрому нежитю у дітей, неправомірність діагнозу аденоїдит, поняття «аденоїдні вегетації», фізіологічну роль лімфоїдної тканини в носоглотці. Представлені клінічні критерії гострого риносинуситу та гострого назофарингіту, їх етіологія і патогенетична сутність. Розглянуті сучасні підходи до лікування уражень носа, приносних пазух і носоглотки з використанням стандартизованих фітонірингових препаратів Синупрет® та Імупрет® [8].**

У педіатрії, як і в дитячій оториноларингології, міфи присутні у вигляді суперечливих синдромів, симптомів і діагнозів. Вони часто заплутують і педіатра, і отоларинголога, заважаючи точно встановити діагноз. Результатом цього є неправильне призначення лікування. Щоб уникнути подібного ризику, прояснимо питання коректного формулювання деяких діагнозів, спростуємо низку небезпечних помилок і зазначимо найефективніші способи лікування.

У своїй роботі лікарі часто використовують терміни, які насправді застосовувати не коректно. Наприклад, поняття «часто і тривало хворіючі діти» немає у світовій практиці. Також багато сумнівних визначень і в дитячій гастроентерології.

До міфічних діагнозів у педіатрії належать:

- діатез;
- рецидивуючий обструктивний бронхіт;
- панкреатопатія;
- диспанкреатизм;
- реактивний панкреатит;
- холепатія;
- дисбактеріоз;
- часто і тривало хворіючі діти;
- аденоїдит.

Спільне в цих діагнозах те, що немає їх чіткого визначення. Більше того, такі терміни взагалі відсутні в Міжнародній класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10). Це стосується і діагнозу аденоїдит, який часто використовують у педіатрії. Він став предметом мультидисциплінарної дискусії, оскільки на сьогодні в світовій медичній науці наявні певні концептуальні засади, що дозволяють відмовитися від цього неіснуючого діагнозу, а також назвати його коректний еквівалент.

**?** Якщо є анатомічне утворення аденоїди, то чому недоречний термін «аденоїдит» при їх запаленні, за аналогією, наприклад, з бронхі — бронхіт тощо?

— Коли йдеться про запалення в бронхах, ми не можемо говорити про запалення якоїсь окремої їх частини, скажімо, кількох бронхів. Аденоїдна тканина, або правильніше глотковий мигдалик, є скупченням лімфоїдної тканини в носоглотці [5]. На відміну від піднебінних мигдаликів, розташованих у своїх «особистих» тонзиллярних нішах, у глоткового мигдалика немає чітких анатомічних меж із навколишніми тканинами носоглотки [7]. Відповідно так само, як і з бронхами, говорити про запалення тільки одного глоткового мигдалика, без участі інших структурних частин носоглотки, некоректно. Тому й офіційно не існує такого діагнозу як аденоїдит, а в усіх класифікаціях виділено термін «назофарингіт», тобто запалення носоглотки.

**?** Що ми маємо на увазі, коли говоримо про так званий аденоїдит?

— Рутинно мається на увазі захворювання у дітей, що проявляється синдромом нежитю. Важливо підкреслити, що нежить не є ані симптомом, ані захворюванням. Це клінічний синдром, що свідчить про запалення слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, до яких належать носова порожнина та приносні пазухи, носоглотка і частково ротоглотка [2].

Сам же нежить як клінічний синдром включає два симптоми:

- затруднене носове дихання або закладеність носа аж до повної його обструкції;
- гіперсекреція чи наявність патологічних виділень, пов'язана насамперед із запаленням келихоподібних клітин слизової оболонки респіраторного тракту.

Якщо говорити про запальні процеси верхніх дихальних шляхів, незалежно від локалізації, то не може бути тільки закладеності або тільки ринореї [3], оскільки це складові одного синдрому, що характеризує близько 20 захворювань. Найчастіше мова йде про риносинусит і назофарингіт, або так званий аденоїдит. Нежить — це клінічний маркер запалення слизової оболонки верхніх відділів респіраторного тракту [2].

Визначити точний діагноз можна за допомогою клінічних симптомів. Адже клінічні симптоми мають свою анатомо-функціональну суть, тобто існує їх певний носій. У цьому випадку йдеться про анатомо-функціональні особливості певної частини дихальних шляхів. З цієї позиції такі діагнози, як риносинусит, назофарингіт або так званий аденоїдит, позначають захворювання з різною локалізацією запального процесу і, відповідно, з різною симптоматикою, хоча вони мають і спільні ознаки. Це пов'язано із запаленням передусім епітелію респіраторного тракту. Тому ці захворювання у варіанті гострого перебігу об'єднали в одну групу під назвою «гострі респіраторні захворювання» (ГРЗ) [3]. Але що саме уражене у пацієнта з діагнозом ГРЗ? Ніс, носоглотка, бронхи, трахея, приносні пазухи? Не зрозуміло. Значить, ГРЗ фактично є епідеміологічним діагнозом, що об'єднує велику групу захворювань, в основі яких лежить запалення вільчастого епітелію дихальних шляхів.

При цьому важливо розуміти, що в носовій порожнині вільчастий епітелій має одні особливості, а в носоглотці чи бронхіальному дереві — інші. Зокрема, якщо говорити про верхні дихальні шляхи, — це площа ураження. У носовій порожнині площа респіраторного епітелію становить 1/2 від загальної площі поверхні тіла (приблизно 1 м<sup>2</sup>), у носоглотці значно менше — приблизно 4-5 см<sup>2</sup>. Вже лише за обсягом ураження і залучення келихоподібних залоз, які продукують слиз, виникатиме і різна симптоматика. Зокрема, для риносинуситу характерною є ринорея [4], для назофарингіту — стікання слизу по задній стінці глотки (постназальне затікання) [1].

**Анатомічні особливості носової порожнини і задньої стінки глотки.** У носовій порожнині епітеліальні клітини розташовані на потужній базальній мембрані, під якою міститься достатньо виражений шар судин. Особливо це стосується нижніх носових раковин. Тому вони сильно набухають, і ніс «закладає» до повної назальної обструкції.

А в носоглотці все інакше — під респіраторним епітелієм міститься лімфоїдна тканина [5, 7]. Тобто особливість носоглотки в тому, що в епітелії, який вкриває глотковий мигдалик, на відміну від носової порожнини, немає базальної мембрани, що могла б відділяти вільчасті клітини від лімфоїдної тканини. Вільчастий епітелій дуже легко руйнується при вірусній інфекції. Тому відсутність базальної мембрани в носоглотці і є причиною того, що в запальний процес залучається не лише вільчастий епітелій, а й лімфоїдна тканина. У дітей її називають аденоїдами, що теж не зовсім коректно.

**?** Наявна думка, що у носоглотці дорослих відсутня лімфоїдна тканина. Чи справді це так?

— Це не так. У дорослої людини відсутній глотковий мигдалик у тому вигляді, в якому він є у дитини. Але сама лімфоїдна тканина, звісно, наявна.

**?** Чи означає це, що правильно сформульованим буде той діагноз, який відображає особливості ураження слизової оболонки й інших структур у верхніх відділах дихальних шляхів?

— Так і є: гострий риносинусит (ГРС) — це запалення слизової оболонки носа і приносних пазух, а гострий назофарингіт (ГНФ) — запалення слизової оболонки і лімфоїдної тканини носоглотки.

**?** Чи можна вживати термін «аденоїдна вегетація»? Відомо, що вікова гіперплазія глоткового мигдалика у дітей в перші 3-5 років життя є нормою. Однак її можуть зумовити і нефізіологічні причини. Як лікарю першого контакту визначити, норма це чи патологія?

— Суперечливий момент прихований у самому питанні. Для дітей, на відміну від дорослих, характерна саме наявність досить великого глоткового мигдалика, а не його гіперплазія.

Глотковий мигдалик — один із компонентів лімфоїдного глоткового кільця, яке підпорядковується одним законам.



В.І. Попович



Г.В. Бекетова

І ці закони свідчать, що в лімфоїдній тканині глоткового кільця є так зване фізіологічне запалення, яке становить фізіологічну норму [7]. Коли це запалення виходить за межі фізіологічної норми, з'являються додаткові клінічні симптоми. Саме цим додатковим симптомом і є фізичне збільшення глоткового мигдалика, що проявляється утрудненим носовим диханням. У рутинній практиці це називається гіперплазією, хоча не зовсім правильно. Гіперплазія — морфологічний термін, а не клінічний. У кожної дитини є лімфоїдна тканина в носоглотці (глотковий мигдалик), але не кожна дитина має проблеми з носовим диханням. Отже, клінічний симптом порушення носового дихання вказує на те, що наявне збільшення глоткового мигдалика, тобто те, що рутинно називається гіперплазією.

Глотковий мигдалик у дитини — це велике екзофітне лімфоїдне утворення носоглотки, вкрите вільчастим епітелієм, який контактує безпосередньо з лімфоїдними фолікулами мигдалика. Фактично, це єдиний мигдалик, вкритий вільчастим епітелієм.

У носоглотці є ще трубні мигдалики, але вони рідко розташовані на поверхні. Зазвичай вони заховані в товщі слизової оболонки в глотковому отворі слухових труб. Мигдалики вкриті багаточисельним незроговілим, а не вільчастим епітелієм.

**?** Як правильно називати глотковий мигдалик: аденоїд чи аденоїди?

— Аденоїдом в англійській літературі називають глотковий мигдалик. Він, на відміну від парних мигдаликів (трубних і піднебінних), непарний, і тому некоректно говорити «аденоїди». Також неправомірним є термін «аденоїдна вегетація». У чинних анатомічних класифікаціях, а також і в МКХ-10, і в майбутній МКХ-11 немає таких визначень.

При збільшенні розміру глоткового мигдалика, що призводить до порушення носового дихання, слід замінити це поняття більш доцільним — «гіпертрофія глоткового мигдалика». Воно відображає суть цього процесу. Ми розуміємо, що мигдалик збільшений і викликає насамперед стійке порушення носового дихання. При запаленні слизової оболонки та лімфоїдної тканини носоглотки глотковий мигдалик збільшується через набряк із наявністю на поверхні ексудату.

Коли у дитини розвивається запалення глоткового мигдалика, йдеться не тільки про лімфоїдну тканину. Виникає запалення і слизової оболонки, причому не тільки тієї, що вкриває мигдалик, а й майже всієї носоглотки, оскільки, як уже згадувалося, у мигдалика немає чітких анатомічних меж. Тому замість терміна «аденоїдит», який взагалі відсутній у класифікаціях МКХ-10 і МКХ-11, слід використовувати термін «назофарингіт». У МКХ-11 він описаний як запалення верхньої частини глотки, розташованої позаду носа і вище від м'якого піднебіння, що, як правило, охоплює слизову оболонку, споріднені лімфоїдні гранули та мигдалик. Відповідно до МКХ-10/11, виділяють гострий і хронічний назофарингіт.

**?** Наявні діагнози риносинусит і назофарингіт. Частка «-ит/іт» у них позначає запалення, а «рино-» та «назо-» — одне й те саме поняття — «ніс». У чому ж різниця?

— В основі топічних діагнозів лежить анатомічна належність. Запалення слизової оболонки носа і приносних пазух називають риносинуситом від лат. rhinos — ніс та sinus — приносова пазуха (синус). Анатомічна назва верхньої частини глотки — nasopharynx, тому запалення носоглотки іменують назофарингітом [1].

**?** Якщо слизова оболонка носа і приносних пазух єдина, то чому є діагноз алергічний риніт, а діагнозу алергічний риносинусит немає?

Продовження на стор. 14.

**В.І. Попович**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського національного медичного університету; **Г.В. Бекетова**, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри дитячих і підліткових захворювань Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

## Міфічні діагнози у педіатрії: аденоїдит чи назофарингіт? Який діагноз правильний?

Продовження. Початок на стор. 13.

– Зміни слизової оболонки приносних пазух методом комп'ютерної томографії виявляють у 67% пацієнтів із симптомами алергічного риніту. Тому доцільніше говорити про алергічний риносинусит, і цей термін вже входить у нові класифікації. Зокрема, в EP<sup>3</sup>OS 2020 уже введено термін «хронічний риносинусит, асоційований з гіперімунноглобулінемією E» [4].

**?** Сьогодні згідно з EPOS 2012/2020 немає окремих понять «синусит» або «риніт», оскільки ніс і приносні пазухи мають єдину слизову оболонку. То чому при ураженні носа чи глотки діагноз звучить як «назофарингіт», а не «назо-ринофарингіт» чи «риносинусофарингіт»?

– І риносинусит, і назофарингіт є запаленням верхніх дихальних шляхів, але різних анатомічних зон. Тому є багато схожих симптомів, через що, як уже зазначалося, вони об'єднуються загальним діагнозом ГРЗ. В умовах запалення, особливо гострого, складно уявити абсолютно ізольоване ураження носа з приносними пазухами або носоглотки. Тому доречніше говорити про переважне ураження того чи іншого відділу верхніх дихальних шляхів. Проте носоглотка і носова порожнина значно відрізняються за своїми анатомо-функціональними особливостями. І це накладає відбиток навіть на етіологічний фактор. Якби ми сьогодні мали в розпорядженні протівірусну терапію, спрямовану на конкретного збудника, тоді б давно диференціювали поняття «запалення носа» і «запалення носоглотки». Які збудники характерні для риносинуситу? Насамперед це риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, аденовірус 5 типу [2, 6]. Для назофарингіту притаманні реовірус, герпес-вірус, а сьогодні додається ще й COVID-19. Як уже відомо, легкий перебіг COVID-19 також проявляється симптоматикою назофарингіту.

**?** Які клінічні діагностичні критерії гострого риносинуситу та гострого назофарингіту?

– Гострий риносинусит характеризується раптовою появою двох або більше симптомів, один із яких належить до великих (закладеність або повна обструкція носа і виділення з носа – ринорея/постназальне затікання), а також один чи більше малих симптомів (біль/стискання у проекції приносних пазух, зниження або втрата нюху у дорослих і кашель, переважно, у дітей). Гострий назофарингіт – це раптовий прояв таких симптомів, як закладеність (неприємні відчуття в носоглотці), виділення з носа (постназальне затікання) при відсутності вираженої ринореї.

Таким чином, симптоми цих захворювань досить схожі. Відмінності полягають в різному анатомічному субстраті запалення. При назофарингіті в запальний процес залучається глотковий мигдалик – частина лімфоїдного глоткового кільця, а це, в свою чергу, складова периферичної імунної системи. Тому в разі назофарингіту ми бачимо реакцію імунної системи, а саме: збільшення задньощийних лімфатичних вузлів і лімфоїдних гранул глотки. Важливо акцентувати увагу на тому, що це не підшелепні лімфатичні вузли, а задня група шийних лімфатичних вузлів, які розташовані за заднім краєм груднинно-ключично-соскоподібного м'яза. У цьому полягає специфіка симптоматики, пов'язана безпосередньо з локалізацією запального процесу в носоглотці. Недооцінювання цих симптомів, а орієнтування тільки на «назальну» симптоматику і лежить в основі помилкового діагнозу.

Оскільки «назальні» симптоми захворювань схожі, лікарі не завжди встановлюють діагноз ГНФ, а вважають, що у пацієнта ГРС. І звідси ще одна проблема – неефективність лікування цього самого неправильно діагностованого риносинуситу. До речі, саме ці ситуації і є причиною необґрунтованого призначення антибіотиків: лікар бачить низьку ефективність «звичного» лікування ГРС і підозрює бактеріальну природу захворювання. А проблема в тому, що у пацієнта інший діагноз, і він, відповідно, потребує іншого лікування.

**?** Які особливості лікування гострого риносинуситу та гострого назофарингіту?

– Особливості лікування впливають із патогенезу цих схожих, але водночас абсолютно різних захворювань. Умовно етіологічний фактор у них спільний – респіраторні віруси (правда, різних типів), і в майбутньому це матиме значення для етіотропної терапії.

Ключовими особливостями патогенезу гострого риносинуситу є запалення слизової оболонки носової порожнини та приносних пазух із досить великою площею

ураження – близько 1/2 від загальної площі поверхні тіла. Крім того, при ГРС порушується реологія назального секрету і пов'язана з цим функція мукоциліарного транспорту.

Ключові особливості патогенезу гострого назофарингіту – запалення невеликої за площею частини слизової оболонки і лімфоїдної тканини носоглотки, що супроводжується її набряком і подальшою проліферацією (збільшення лімфоїдних гранул глотки, глоткового мигдалика та лімфатичних вузлів задньої шийної групи). Фактично, ми маємо справу із захворюванням імунної системи, оскільки всі зазначені лімфоїдні структури належать до її периферичної частини.

**?** Чи будуть ефективними препарати для лікування гострого риносинуситу при гострому назофарингіті?

– Ні, тому що це мають бути різні за спрямованістю своєї дії препарати. За EPOS 2020 виділяють два варіанти гострого небактеріального риносинуситу – вірусний і поствірусний, і для лікування використовують препарати, що впливають на ключові особливості їх патогенезу. Рекомендовані, зокрема, деякі стандартизовані рослинні препарати, але їх призначення вимагає дуже точного діагнозу вірусний або поствірусний риносинусит, оскільки при окремих формах ГРС доведена ефективність окремих фітопрепаратів. Серед них при обох формах гострого риносинуситу доведена ефективність BNO 1016 (Синупрет® екстракт). На відміну від інших препаратів, які показали ефективність при лікуванні певного виду ГРС, Синупрет® справляє універсальний вплив на перебіг як вірусного, так і поствірусного гострого риносинуситу [6].

**?** Чому саме на цьому важливо акцентувати увагу лікаря?

– Використання препарату Синупрет® для лікування ГРС забезпечує комплексний вплив на всі ланки його патогенезу, а також одужання пацієнта в певні терміни – від 7 до 10 днів. Причому саме одужання, а не поліпшення стану [6].

Невідповідність критеріям ефективності лікування є підставою для перегляду клінічного діагнозу ГРС, частіше на користь ГНФ, і призначення етіотропної та патогенетично обґрунтованої терапії відповідно до зазначеного діагнозу. На жаль, в цьому випадку частіше необґрунтовано призначають антибіотик.

**?** Зважаючи на ураження лімфоїдної тканини при гострому назофарингіті, яке місце посідають імунотропні засоби у лікуванні цього захворювання?

– Коли говоримо про лікування, ми повинні розуміти, що саме лікуємо. Я маю на увазі конкретний клінічний діагноз, в першу чергу захворювання, що супроводжується синдромом нежиття. Невідповідність конкретним діагностичним критеріям ГРС здебільшого стає підставою для встановлення клінічного діагнозу ГНФ і призначення етіотропної та патогенетично обґрунтованої терапії, зокрема, препарату BNO 1030 (Імупрет® або Тонзилгон).

**?** Чому саме ці препарати доцільно використовувати при гострому назофарингіті?

– Для патогенезу запальної патології глоткового мигдалика як частини периферичної імунної системи характерне транзитне порушення імунітету – як локального, так і системного. Насамперед це стосується фагоцитозу. Якщо він не справляється, включаються інші механізми, але фагоцитоз – це перша лінія захисту, суть якої зводиться до поглинання патогена фагоцитом. Одним з основних компонентів патогенезу запальних захворювань глоткового мигдалика й усіх елементів лімфоїдного глоткового кільця є неефективний фагоцитоз, коли «ледачий» фагоцит не хоче «переслідувати» антиген і поглинати/знищувати його. Для вирішення цієї проблеми спеціально розроблений стандартизований фітоніринговий препарат BNO 1030. Він якраз і підвищує ефективність фагоцитозу.

Однак відомо, що для патогенезу запалення глоткового мигдалика, як і лімфоїдного глоткового кільця в цілому, характерний ще один феномен – незавершений фагоцитоз. Суть його полягає в тому, що фагоцит не може закінчити боротьбу з уже поглинутим патогеном. Цей феномен особливо актуальний для рекурентного назофарингіту або тонзиліту. Завданням патогенетично обґрунтованої терапії є завершити фагоцитоз. Зробити це порівняно просто – за рахунок активації «кисневого вибуху» в імунних клітинах, зокрема, фагоцитах.

Екстракт BNO 1030 (препарат Імупрет®) завдяки комбінації 7 рослинних компонентів сприяє активації фагоцитозу і доведенню його до завершеного рівня через активацію «кисневого вибуху». Клінічно це проявляється значним зменшенням вираженості симптоматики й одужанням пацієнта.

Нині відомо понад 40 імунотропних засобів, з яких можна було б підібрати комбінацію синтетичних молекул, що виконали б ту саму функцію. Однак не зрозуміло, чого від такої комбінації буде більше – користі чи шкоди. Призначення синтетичних імунотропних препаратів вимагає дуже точного імунологічного діагнозу. Це завдання виконують відповідні фахівці після платного і ретельного обстеження. Для потреб рутинної практики сама природа створила найбільш відповідний засіб.

Було проведено клінічне дослідження ефективності препарату Імупрет® у лікуванні пацієнтів із гострим назофарингітом. Пацієнти контрольної групи отримували стандартне лікування: нестероїдні протизапальні препарати, іригаційну терапію. У групі порівняння хворі додатково отримували Імупрет®.

У контрольній групі та групі порівняння на 10-й день лікування була зівставною динаміка регресування клінічних проявів, пов'язаних з ураженням респіраторного епітелію, – набряку слизової оболонки та виділень. Однак динаміка регресування симптомів, пов'язаних з ураженням лімфоретикулярної тканини (збільшення глоткового мигдалика і пов'язана з цим гугнявість, збільшення лімфатичних гранул задньої стінки глотки і регіонарних лімфатичних вузлів) на 10-й день лікування була різною. У контрольній групі вираженість симптомів була дуже слабкою і клінічно характеризувалася як поліпшення. А в групі порівняння спостерігалось виражене регресування симптомів, що клінічно характеризувалося як одужання.

**?** Доведено, що саме в глотковому мигдалику дитини відбувається вироблення лімфоцитів для слизової оболонки носа, приносних пазух, глотки, середнього вуха, яке забезпечує нормальне функціонування факторів місцевого імунітету, і саме тому важливо його зберегти. Як ви ставитесь до аденомії/аденектомії при гіперплазії глоткового мигдалика у дітей?

– Якщо йдеться про аденомію, то її проводять за наявності показань, основне з яких – утруднене носове дихання, що, в свою чергу, призводить до формування низки захворювань (від порушення прикусу й «аденоїдного» типу обличчя до психічних розладів). Однак це планова, а не невідкладна хірургія. Потрібно пам'ятати, що універсальне показання для більшості випадків планових втручань, у тому числі і на глотковому мигдалику, – це неефективність консервативного лікування. Тому перше, що потрібно зробити, це провести ефективне консервативне лікування пацієнта.

Низька ефективність патогенетично обґрунтованого консервативного лікування, звичайно ж, є показанням до оперативного втручання. У такому випадку часте стримане ставлення до хірургії глоткового мигдалика абсолютно не обґрунтоване. У разі необхідності, наявності показань його варто видаляти. У такому випадку його фізіологічні функції легко компенсуються іншими елементами лімфоїдного глоткового кільця.

**Висновки.** Гострий риносинусит і гострий назофарингіт є різними захворюваннями, і підходи до їх лікування мають бути різними.

Такий діагноз, як аденоїдит, є некоректним, оскільки не відображає патогенетичну сутність запалення в носоглотці. Він не представлений у жодній класифікації і не повинен використовуватися в клінічній практиці.

Некоректний діагноз і, як наслідок, лікування з недоведеною ефективністю – тільки крок до можливого поліпшення стану. Але, що значно гірше, це крок на шляху до неефективного лікування і хронізації процесу з усіма негативними наслідками.

### Література

- Cardozo D.M., Nascimento-Carvalho C.M., Andrade A.L.S.S., Souza F.R., Silva N.M.S. The burden of acute nasopharyngitis among adolescents. Archives of Disease in Childhood. 2006; 91 (12): 1045-1046. [adc.bmj.com/content/91/12/1045.1.extract](http://adc.bmj.com/content/91/12/1045.1.extract).
- Common cold and runny nose. 2016 March 16. [cdc.gov/getsmart/community/for-patients/common-illnesses/colds.html](http://cdc.gov/getsmart/community/for-patients/common-illnesses/colds.html).
- Fashner J., Ericson K., Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. American Family Physician. 2012; 86 (2): 153-159. [afp.org/afp/2012/0715/p153.html](http://afp.org/afp/2012/0715/p153.html).
- Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. 2020 Rhinology. suppl. 29: 1-464. <https://www.dropbox.com/s/bydj56twpyvdbih/EPOS2020.pdf?dl=0>.
- Marsiglia G.L., Caimmi D., Pagella F., Matti E., Labo E., Licari A., Salpietro A., Pelizzo G., Castellazzi A.M. Adenoids during childhood: the facts. Int J Immunopathol Pharmacol. 2011; 24 (suppl. 4): 1-5.
- Popovych V.I., Beketova G.V., Koshel I.V., Tsodikova O.A., Kriuchko T.O., Abatur O.E., Vakulenko L. An open-label, multicentre, randomised comparative study of efficacy, safety and tolerability of the 5 plant-extract BNO 1012 in the Delayed Antibiotic Prescription Method in children, aged 6 to 11 years with acute viral and post-viral rhinosinusitis. American Journal of Otolaryngology. 2020; 41: 102564.
- Zautner A.E. Adenotonsillar disease. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2012; 6 (2): 121-129.
- Попович В.І., Бекетова Г.В. Мифические диагнозы в педиатрии: аденоидит или назофарингит? Какой диагноз правильный? Вопросы и ответы // Педиатрия. Восточная Европа. – 2021. – т. 9, № 2. – с. 294-303.



Bionorica®

# ЗАСТУДА? ІМУПРЕТ



Пробуди  
силу,  
приховану  
в тобі



- 🌿 Діє на кожній фазі застуди<sup>2,3</sup>
- 🌿 Зміцнює імунітет<sup>2,3</sup>
- 🌿 Сприяє швидкому одужанню<sup>1</sup>

## ІМУПРЕТ ЛІКУЄ ЗАСТУДУ, А НЕ МАСКУЄ СИМПТОМИ

Імупрет®. Показання до застосування: Захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт). Профілактика ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму. Спосіб застосування та дози: В залежності від симптомів захворювання, препарат застосовують в таких дозах: гострі прояви: Дорослі та діти від 12 років по 25 крапель або по 2 табл. 5-6 разів на день, діти 6-11 років по 15 крапель або по 1 табл. 5-6 разів на день, діти з 2 до 5 років по 10 крапель 5-6 разів на день. Після зникнення гострих проявів доцільно приймати ще протягом тижня. Протипоказання: Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Не рекомендується застосовувати у період вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: рідко можуть виникати шлунково-кишкові розлади, алергічні реакції.

1. A randomized, open-label, multicenter, comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing Marshmallow root, Chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute non-bacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. V.I.Popovych, American Journal of Otolaryngology, X, 2018.

2. Pflanzliches Kombinationspräparat stärkt die Abwehrfunktion; MMW Nr. 44, 2010.

3. Мельников О.Ф., Пелешенко Н.А. Иммуномодуляция фитопрепаратами в терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Научная монография. Киев 2013.

Імупрет® краплі: Р.П. №UA/6909/01/01 від 28.08.17. Імупрет® таблетки: Р.П. №UA/6909/02/01 від 28.08.17.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.