

## Глава 6.

# Часто болеющие дети Иммунитет

Мы любим своих детей, и, когда дети страдают, мы хотим найти причину, как спасти детей от страдания. Всякий специалист, пытающийся описать иммунитет, начинает понимать, что это чрезвычайно трудно, если только не невозможно. Чтобы разобраться в сложных вопросах, мне пришлось изложить утомительные строки, перегруженные научными ссылками, в попытке поиска истинных причин, так что простите за длинноты. Для убедительности пришлось привлечь изрядное количество мнений ученых и монографической литературы.

В сегодняшней беседе мы поговорим о категории «часто болеющие дети» (ЧБД). Сущность этой категории вытекает из самого названия — в среднем за год дети болеют простудами более 4-6 раз. С чего же всё начинается? — Начинается с родов<sup>1</sup>. Родившийся ребёнок имеет врождённый иммунитет на некоторые элементы мира, в который он только что пришёл. Но с большинством элементов окружающего мира он начинает знакомиться когда выйдет в пространство, где контактирует с чужеродными его собственному существу веществами, называемыми в науке антигенами. Антигены — это всё что вокруг, это испарения краски со стен роддома, которые вдыхаются в лёгкие нового существа, это микробы, которые ребёнок получает при прохождении родовых путей мамы, это вакцины, если их спешат ввести в первые дни и т.д. В первые годы жизни ребёнок познаёт своим иммунитетом окружающий мир, и все элементы мира оставляют на нём следы. Происходит «обучение» иммунной системы антигенами микроокружения<sup>2</sup>. Так формируется система «свой-чужой», которую можно обозначить как «распознающий иммунитет», например, лимфоциты-хелперы.

Проще говоря, антиген при первом контакте оставляет за собой память, при повторном проникновении он распознаётся и уничтожается, как чужой. Уничтожение осуществляет «карающий иммунитет», например, клетки НК — натуральные киллеры.

Отсюда можно заключить, что очень важно грудное вскармливание, потому что в мамином молоке уже содержится память «свой-чужой» об окружающем мире и помогает несформированной иммунной системе ребенка защититься. Особенно это необходимо в первые шесть месяцев. Вот отчего главный гастроэнтеролог Санкт-Петербурга профессор Евгений Иванович Ткаченко говорит: «Мамочка обязана выкормить ребёнка грудным молоком хотя бы первые полгода». В реальной жизни лучше до года, а можно даже до трёх лет. (Но если более года кормить грудным молоком и ограничивать рацион, разовьётся задержка развития клеток, вырабатывающих пищеварительные ферменты). Питание младенца кроме грудного молока надо развивать и расширять.

В семье происходит медленное, постепенное знакомство с каждым новым элементом мира. А ведь в процессе взросления в организм ребенка заселяются тысячи видов микроорганизмов, с которыми он в дальнейшем будет жить всю жизнь. Хотя некоторые специалисты полагают, что в кишечнике человека встречаются 500 видов микробов<sup>3</sup>, авторы научной монографии «Саногенез» считают, что в организме здорового человека живет 7000 видов микробов и 1200 видов вирусов<sup>4</sup>. И лучше, если процесс заселения организма «хозяина» происходит постепенно, а не сразу массивной атакой, как это случается, например, в детских садах. В детских учреждениях между детьми совершается слишком интенсивный обмен возбудителями респираторных инфекций, так как часто в коллективе присутствуют вирусоносители с бессимптомными формами заболеваний. Это приводит к вспышкам заболеваемости, особенно через 2-3 недели после формирования коллектива<sup>5</sup>.

Вернемся к первому году жизни ребенка. Нормальная микробная флора приживается не только снаружи, на коже, конъюнктиве глаза, но и в различных полостях: рот и носоглотка, нос, наружное

ухо, уретра, влагалище, желудочно-кишечный тракт<sup>6</sup>. Чтобы не усложнять тему, поговорим о последнем. Заселяющиеся микроорганизмы по степени патогенности подразделяют на 3 группы: сапрофиты, условно-патогенные и патогенные<sup>7</sup>.

**Сапрофиты** — полезная микрофлора (бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, пептострептококки и прочие, 15 групп микроорганизмов), выполняют важные функции. Существование без них человеческого тела невозможно: «гнотобионты (то есть безмикробные биосистемы) полностью нежизнеспособны»<sup>8</sup>. Сапрофитная флора: содействует пищеварению (без неё пищеварение невозможно), обеспечивает энергию, вырабатывает витамины, детоксицирует организм, препятствует предопухолевым мутациям. А что самое главное — участвует в формировании иммунитета<sup>9</sup>.

**Условно-патогенные микроорганизмы** в малом количестве допустимы, но при чрезмерном разрастании могут вызвать болезнь. К условно-патогенным относятся: протеи (простейшие), клостридии, кандиды, клебсиеллы, синегнойная палочка<sup>10</sup>, кишечная палочка и стрептококки<sup>11</sup>, гемолизирующие (золотистые) стафилококки<sup>12</sup>, хеликобактеры<sup>13</sup>.

При наличии условно-патогенного микроба в 1 г (мл) содержимого кишечника до 10 000 «штук» (колониеобразующих единиц, КОЕ) считается нормой, а 100 000 КОЕ и более — патологией<sup>14</sup>.

В медицине обычно обращают внимание на следующие микроорганизмы, чаще считающиеся возбудителями болезней: золотистый стафилококк, кандиду, хеликобактер, бета-гемолитический стрептококк группы А. Именно разрастание упомянутых микроорганизмов более 10<sup>4</sup> КОЕ производит так много болезней у детей. Профессор Надежда Венедиктовна Шабашова считает, что «клиническими признаками вторичной иммунной недостаточности в 80-90% случаев являются различные инфекции, особенно вызванные условно-патогенной микрофлорой»<sup>15</sup>.

**Золотистый стафилококк.** Здоровое носительство золотистого стафилококка в нижних носовых ходах наблюдается у 70-90% обследованных. В Руководстве по инфекционным болезням сказано:

«Особую опасность представляют медицинские работники, больные стафилококковыми заболеваниями или носители патогенных стафилококков»; «при ослаблении защитных сил... при лечении антибиотиками широкого спектра действия возможны тяжелые стафилококковые энтероколиты». Нередко стафилококки вызывают кожные заболевания, иногда весьма тяжелые: фурункулы, карбункулы, пиодермию<sup>16</sup>.

Кандида. В руководстве для врачей «Гастроэнтерология и гепатология» отмечается, что «Грибы рода Кандида — компонент нормальной микрофлоры толстой кишки, при посевах содержимого они выявляются у 50% обследованных (в количестве менее  $10^4$  КОЕ)». «Клинически кишечный кандидоз манифестируется диареей (проявляется поносом — прим. А.А.). Полагают, что именно с кишечным кандидозом связано примерно 1/3 случаев диареи вследствие употребления антибиотиков. Кишечный кандидоз является причиной системного заболевания (зуд, воспаление, налет на слизистых оболочках полости рта и гениталий, диарея, вздутие живота)». Кандидозный дисбактериоз самый тяжелый, поэтому называется декомпенсированным<sup>17</sup>. То же подтверждают и другие ученые. - Кандида входит в состав нормальной флоры, но при назначении антибиотиков, кортикостероидов, иммунодепрессантов возникает кандидоз полости рта и внутренних органов или даже сепсис<sup>18</sup>. «Аутоинфекция, вызываемая собственной условно-патогенной флорой, развивается вследствие снижения защитных сил организма после... длительной антибиотикотерапии»<sup>19</sup>.

Стрептококк. Бета-гемолитический стрептококк группы А присутствует в полости рта здорового человека. Он выделяет стрептокиназу, оказывающую разжижающее кровь действие (фибринолитическое)<sup>20</sup>. Не исключена его защитная для организма функция в качестве профилактики тромбозов. Из культуры бета-гемолитического стрептококка (группы С) делают разжижающий кровь препарат стрептокиназу, применяющуюся для лечения тромбозов вен и артерий<sup>21</sup>. Нужно ли лечить ангины антибиотиками, убивая стрептококк? Тромбозы, инфаркты и инсульты встречаются все чаще, в том

числе у молодых людей, даже иногда у детей. Некоторые авторы связывают лечение антибиотиками с частотой тромбозов у детей и молодых людей<sup>22</sup>. «Применение же препаратов, к которым стрептококки группы А полностью или частично потеряли чувствительность (сульфаниламидов, тетрациклинов), приводит к реконвалесцентному носительству у 40—60% переболевших. Резервуар возбудителя сохраняется за счёт длительного носительства стрептококков<sup>23</sup>. Наличие в коллективе 15—20% лиц с длительным носительством определяет практически постоянную циркуляцию стрептококка среди людей. Считают, что носительство опасно для окружающих при величине микробного очага более  $10^3$  колониеобразующих единиц (КОЕ) на тампон. Уровень такого носительства значителен — около 50% «здоровых» носителей стрептококков группы А<sup>24</sup>. Стрептококк при падении иммунитета способен вызвать такие заболевания, как ангину (скарлатину), сепсис, менингит, рожу и другие кожные страдания, а также ещё более грозные аутоиммунные болезни: ревматизм, полиартрит, гломерулонефрит, васкулиты<sup>25</sup>.

Кишечная палочка. «Кишечная палочка и стрептококк — это условно-патогенные микробы, но в случае снижения иммунной резистентности хозяина превращаются в патогенные»<sup>26</sup>. При попадании, например, кишечной палочки в мочевые пути, не являющиеся, в отличие от кишечника, естественной средой обитания, возникает патология мочевого тракта.

Хеликобактер (*Helicobacter pylori*) встречается у 80-90% жителей развивающихся стран Азии и Африки и у 50-70% жителей Восточной Европы<sup>27</sup>, а некоторые врачи почему-то считают НР опасным возбудителем гастрита или язвы желудка. При этом используются малоубедительные доказательства типа того, что при язве желудка НР обнаруживается у 33-90% больных<sup>28</sup>. Есть мнение, что НР по каким-то причинам приобретает агрессивные свойства. Токсичность НР определяется, например, присутствием в нем белка каге́й (сag А), повреждающего клетки желудка<sup>29</sup>. Имеется корреляция между тяжестью язвенной болезни и антителами к белку каге́й<sup>30</sup>. Так что, следуя логике, можно предположить, что причиной

воспаления стенки желудка является не НР, а его интенсивное размножение по какой-то первопричине. И приобретение патогенных свойств по какому-то пусковому механизму.

Нередко мы встречаемся с таким вариантом развития событий, как размножение условно-патогенной флоры в виде суперинфекции<sup>31</sup>, иногда агрессивное. А возникает это после применения антибиотиков, особенно при малопонятной логике «для профилактики». Профилактики чего? — Того, что придет из внешнего мира. А «эти уже сидят там». Не все медицинские работники успевают подумать о сложности совместного проживания макро- и микромира в условиях ежедневного административного побуждения к стереотипии назначения антибактериальных средств. Перед назначением антибиотика можно попробовать задать врачу простой вопрос, глядя прямо в глаза: «С какой целью?».

Опасность чрезмерного использования антибиотиков уже начинают признавать и руководящие органы здравоохранения. — «Замглавы Минздрава Сергей Краевой заявил, что предполагается запретить употребление антибиотиков в профилактических целях. По словам чиновника, сегодня при массовом и бесконтрольном применении антибиотиков микроорганизмы становятся устойчивыми к ним, в силу чего заразившийся человек лечится в среднем на 7-10 дней дольше»<sup>32</sup>.

**Патогенная флора.** Существует очевидно вредное внедрение в человеческий организм патологических микроорганизмов, например сальмонеллез от мясных продуктов или вирусные диареи (поносы) вследствие заражения ротавирусом<sup>33</sup>. Вместе с тем, есть микроорганизмы, которые «живут» в организме человека, но однозначно не приносят никакой пользы, лишь вредят, вызывая болезни. Например, вирус герпеса, о котором мы рассказали в главе о простудах, «поселяется» в организм ребенка как ОРЗ, пребывает у 90% разумных обитателей земного шара пожизненно и эпизодически активизируется словно ОРЗ<sup>34</sup>. При этом он заселяется детям уже с трехлетнего возраста<sup>35</sup>. Однозначно вреден и вирус гриппа. «За последние годы накопились факты, подтверждающие

существование не только острой, но и персистентной формы гриппозной инфекции...до 17 месяцев после выздоровления»<sup>36</sup>. Или, например, с макроорганизмом сосуществуют микроорганизмы из царства простейшие (Protozoa). Национальное руководство по инфекционным болезням считает, что нормальные показатели копрограммы, то есть анализ кала, включают большое количество грибов и бактерий, простейших микроорганизмов непатогенных форм — трихомонад, лямблий и амеб<sup>37</sup>. Но патогенны или болезнетворны они — тут начинаются чисто врачебные дискуссии: «У большей части инвазированных лямблиоз протекает без каких-либо клинических проявлений (латентная форма)»<sup>38</sup>, желчь убивает лямблии.

Какие же виды особенно опасной патогенной флоры встречаются у детей чаще всего? Более всего известны туберкулёзные микобактерии. В настоящее время развернута широкая дискуссия по поводу возможности занесения туберкулеза при помощи живой вакцины БЦЖ<sup>39</sup>. Однако совершенно ясно, что используется живая вакцина<sup>40</sup>. А также известно, что очаги туберкулёзного воспаления Гона в активном состоянии чаще всего встречаются у детей. О распространённости этого вида поражения свидетельствует тот факт, что «зажившие очаги Гона встречаются у 90-97% всех трупов взрослых людей»<sup>41</sup>. Патриарх российской пульмонологии профессор Алексей Николаевич Кокосов пишет: «Патолого-анатомические исследования 70-х годов показали, что у лиц старше 50 лет, погибших не от туберкулёза, почти во всех случаях определяли старые специфические изменения (признаки туберкулеза — прим. А.А.). В то же время у 20% из них отметили морфологические признаки активности туберкулёзного процесса»<sup>42</sup>. Однако с того времени заболеваемость туберкулезом значительно выросла.

Мы познакомились с тремя группами микроорганизмов, проживающих вместе с нами всю жизнь. Зачем я столь подробно описал микромир человеческого тела? — А затем, чтобы в заключение сказать, что важнейшей функцией сапрофитной флоры в виде бифидолактобактерий и прочих является ПРЕПЯТСТВИЕ размножению условно-патогенной и патогенной флоры<sup>43</sup>. Подобное противостоя-

ние ученые называют антагонизм, конкуренция или колонизационная резистентность<sup>44</sup>. Именно эту теорию развивал светоч русской медицины Илья Ильич Мечников.

## ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ИММУНОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ

1. Применение антибиотиков и сульфаниламидов<sup>45</sup>. Профессор Людмила Михайловна Ковалева пишет «в настоящее время нет ни одного антибиотика, к которому бы не формировалась приобретённая резистентность микроорганизмов. Кроме этого, большинство современных эффективных антибиотиков имеют неблагоприятные побочные влияния на другие органы и системы в частности иммунную, и кишечную микрофлору»<sup>46</sup>. «Для многих антибиотиков типично развитие суперинфекции (дисбактериоз), которая связана с подавлением антибиотиками части сапрофитной флоры, например, пищеварительного тракта. Последнее может благоприятствовать размножению других микроорганизмов и грибов, нечувствительных к данному антибиотику (дрожжеподобных грибов, клостридий, протей, синегнойной палочки, стафилококков)»<sup>47</sup>. На иммунодепрессию после антибиотиков указывает академик Михаил Давыдович Машковский<sup>48</sup>. Сообщается о прогнозируемом росте вирусного процесса у детей после антибиотиков, в связи с чем после каждого цикла антибиотикотерапии перед новым циклом необходимо восстанавливать противовирусную резистентность и фагоцитарную активность<sup>49</sup>. Также городским жителям не следует забывать, что в покупаемых в супермаркетах продуктах, полуфабрикатах (мясо, птица, рыба) могут присутствовать антибиотики, которые используются как консерванты. Антибиотики невозможно уничтожить варкой, — они сохраняются в кипящей воде. Чтобы не утонуть без оглядки в омуте мизантропии, все же для равновесия мы должны признать, что антибиотики нужны, и немалому количеству страдающих они помогают. Просто их назначение должно быть более взвешенным, а не полуавтоматическим и не профилактическим, как это чаще случается в поликлинической практике.



2. Применение жаропонижающих средств (НПВС, нестероидные противовоспалительные средства группы аспирина-парацетамола). На это указывают разные учёные<sup>50</sup>. Кроме того, отмечается что «иммуносупрессивный эффект выражен умеренно, проявляется при длительном применении и имеет «вторичный» характер: снижая проницаемость капилляров, НПВС затрудняют контакт иммунокомпетентных клеток с антигеном и контакт антител с субстратом»<sup>51</sup>.

3. Вакцинация. Профессор Надежда Венедиктовна Шабашова говорит, что «по календарю прививок ребёнок до года должен получить 13 прививок, что нельзя считать адекватным антигенным воздействием на его иммунную систему, поскольку она должна в первую очередь адаптироваться ко множеству (других)...И, конечно, не следует делать прививки непосредственно перед началом посещения детского учреждения. Там ребёнок, и несомненно, сразу будет контактировать со множеством новых антигенов, на которые должен быть полноценный ответ, иначе сразу начнутся болезни, чаще всего ОРВИ»<sup>52</sup>. Ещё откровенней высказывается французский доктор Луи Броуэр: «Более парадоксальным является и то, что вакцины, призванные защитить совершенно здоровых людей от инфекционных заболеваний, способны вызвать у них ослабление иммунной системы или более того — передать организму вирусы животного происхождения, способные не только исказить, но и видоизменить генную систему человека. Эти вирусы способны слиться с теми вирусами, которые уже находились в организме человека в «состоянии спячки», то есть в неактивной форме»<sup>53</sup>.

Однако целью нашей главы не является дискуссия о целесообразности прививок, мы лишь упомянули о поствакцинальной иммунодепрессии. Желающие подробнее погрузиться в данный вопрос могут обратиться к другим источникам<sup>54</sup>.

4. Дошкольные детские учреждения. Помещая ребенка в детский сад, мы помещаем его в среду с большим количеством инфекций. Нужно принимать ответственность на себя. «Противовирусная защита формируется с отставанием. Эта проблема может усугубляться ранними и частыми прививками ...ребенок болеет чаще,

особенно с началом посещения детских учреждений»<sup>55</sup>. До семи лет иммунитет ребенка еще очень слаб для сопротивления массивной атаке вирусами и микробами.

Напомним, что мы рассматривали простуды под иным углом, нежели нам диктует ряд медицинских источников. Организм ребенка сталкивается с окружающим нас микромиром, который частично заселяется внутрь. При заселении иммунитет устанавливает защиту. Установка защиты происходит через иммунные реакции, — во время повышенной температуры в кровь выходят цитокины, что в переводе означает вещества, побуждающие работать иммунные клетки. Обнаруживается воспаление на слизистой глотки и бронхов — покраснение, кашель и слабость. Установку внутрь детского организма нового микроба или вируса можно обозначить понятием «простуда», ОРВИ, ОРЗ, как угодно, и длится этот процесс в среднем несколько дней. Возбудитель имеет не слишком большое значение, если не принимать во внимание исключительно редкие в наши дни на планете особо опасные инфекции (чума, тиф, холера и др.). Динамику процесса мы демонстрируем на обычных частых случаях. Например, в детский организм встраивается вирус ветряной оспы путем доброкачественно протекающего эпизода с температурой и кожной сыпью, затем вирус поселяется в нервных ганглиях<sup>56</sup> вдоль позвоночника и проживает там вместе с хозяином много десятилетий и, иногда, при падении иммунитета, выходит в виде очень болезненного опоясывающего лишая *herpes zoster*<sup>57</sup>.

ТАК ЧТО ПРОЦЕСС ПОД НАЗВАНИЕМ «ПРОСТУДА» У РЕБЕНКА НЕИЗБЕЖЕН МНОГО РАЗ В ПЕРИОДЕ ВЗРОСЛЕНИЯ. Вирусы могут реплицироваться (размножаться) в клетках не повреждая их<sup>58</sup>. Тогда встает закономерный вопрос: всегда ли нужно применять антибиотики и жаропонижающие? Отторгает патогенные вирусы собственный иммунитет. Так зачем его снижать?

## Аденоиды

Микроорганизмы, попадающие внутрь с дыханием и пищей, сначала встречаются с естественным барьером — лимфатическим глоточным кольцом Пирогова-Вальдейера, которое состоит из двух небных, двух трубных, носоглоточной и язычной миндалин. Выстилающие миндалины лимфоэпителиальные клетки содержат большое количество элементов — клеточных (лейкоциты, лимфоциты, фагоциты и пр.) и жидкостных (гуморальных — интерфероны, С-реактивный белок, лизоцим, антитела и пр.). Эти иммунные элементы защищают, как барьер, человеческий организм от чужеродных веществ и микроорганизмов, в ответ на проникновение которых они разрастаются. «...Активная пролиферация клеток лимфоидных органов сопровождается усиленным лимфопозом и иммуногенезом, которые, тем не менее, не обеспечивают эффективной защиты, и дети часто болеют...возникает вторичная гиперплазия лимфоидных органов. Особенно ситуация ухудшается неадекватными и частыми контактами с антигенами, например, с вакцинным материалом»<sup>59</sup> Факторами риска являются ДЖВП и дисбактериоз кишечника, «в результате ребенок не только часто болеет ОРВИ, но появляются дерматиты»<sup>60</sup>. При хроническом течении инфекции вируса Эпштейн-Барра «у детей дошкольного возраста наиболее часто наблюдали явления аденоидита (64% детей), а у детей старшего возраста — лимфаденопатию (54%). У трети детей как дошкольного, так и школьного возраста отмечали гипертрофию небных миндалин 2-3 степени»<sup>61</sup>.

Итак, аденоиды, разросшаяся в носоглотке и мешающая дышать иммунная ткань — это компенсаторная защитная реакция организма ребенка. Но такая позиция иногда не принимается во внимание. «При 2-3 степени увеличения аденоидов показана аденотомия»<sup>62</sup>. Однако, во-первых, после удаления аденоидов количество защитных элементов будет меньше, и простуды могут чаще поражать детей, а инфекции получают более свободный доступ в низлежащие отделы — гортань, трахею, бронхи, а также по лимфотoku — в любые органы

и ткани (желчный пузырь, мочевыводящие пути и др.). Во-вторых, удаленные аденоиды нередко снова разрастаются, может потребоваться новая операция, иногда каждый год. Я встречал детей, которым делали операции по удалению аденоидов до пяти раз. Конечно, это большая травма для организма ребенка, в том числе и психологическая, поэтому, слава Богу, есть разработанная методика избавления от недуга аденоидов. Примерно половину детей нам удастся спасти от операции. Конечно, речь идет о хронической вялотекущей патологии, а не об острых или агрессивных формах воспаления, лечение которых является предметом врачебного искусства инфекционистов, оториноларингологов и педиатров.

## Фармакологические попытки лечения иммунодефицита у ЧБД

«Многочисленными авторами показано сохранение неуклонного роста числа детей, принадлежащих к группе ЧБД, составляющих 20-65% детской популяции, при этом отмечается резистентность данной категории больных к традиционным методам терапии... в соответствии с российскими формулярами»<sup>63</sup>.

Как же западноориентированная медицина России пытается лечить иммунодефицит у часто болеющих детей? Авторы Национального руководства по Общей врачебной практике старательно избегали затрагивать проблему ЧБД, написав более ста страниц на тему «Здоровье детей и подростков» и обойдя этот часто встречающийся феномен молчанием<sup>64</sup>. Из сего можно предположить, что эффективных средств справиться с подобной задачей страховая медицина пока не нашла. Но другие учёные высказались на горячую тему. Например, академик РАН Дмитрий Александрович Харкевич рекомендует иммуностимулирующие средства — левамизол (декарис), продигиозан, интерферон и другие<sup>65</sup>. Однако тут же оговаривается, что в связи с высокой частотой осложнения от левамизола многие от него отказываются. Из иммуностимуляторов также небезопасны иммуноглобулины<sup>66</sup>.

А вот виферон стараются всячески проталкивать как «безвредное» средство. Некоторые источники даже утверждают, что «показана высокая клиническая эффективность в терапии гриппа и других ОРВИ у детей, в том числе тяжело и часто болеющих, кишечного дисбактериоза у детей; хронического гастродуоденита у детей и т.д.»<sup>67</sup>.

Проведём простой интернет-эксперимент. Наберём в поисковике «виферон» и что мы видим? — побочных эффектов почти нет (только аллергии). А виферон на самом деле состоит из вещества **Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный, интрон А**

Набираем в интернет-поисковике настоящее наименование и узнаём замечательные побочные эффекты этого препарата. —

«Гриппоподобный синдром: миалгия, лихорадка, озноб, головная боль, недомогание, в меньшей степени — артралгия, боль в спине (возникает у большинства пациентов, симптомы наиболее выражены в первую неделю и постепенно ослабевают, в результате тахифилаксии, на 2-4 нед). Со стороны пищеварительной системы: часто — снижение аппетита, тошнота, довольно часто — рвота, диарея, изменение вкусовых ощущений, «металлический» привкус во рту, сухость во рту, боль в животе, уменьшение массы тела, редко — язвенный стоматит, запоры, метеоризм, изжога, усиление перистальтики, повышение активности «печеночных» трансаминаз, очень редко — печеночная недостаточность. Со стороны органов кроветворения: анемия, транзиторная лейкопения, тромбоцитопения. Со стороны ССС: транзиторное снижение или повышение АД, аритмии (суправентрикулярные), боли в грудной клетке. Со стороны нервной системы: головокружение, снижение когнитивных функций, снижение способности к концентрации внимания (пожилые пациенты или высокие дозы), беспокойный сон, сомнолепсия, спутанность сознания, тревожность, парестезии, онемение конечностей или лица, судороги икроножных мышц. Со стороны органов чувств: неясность зрения («пелена» перед глазами), ишемическая ретинопатия. Со стороны кожных покровов: алоpecia, сухость кожи, зуд, гипергидроз. Аллергические реакции: кожная сыпь. Прочие: нарушение функции щитовидной железы»<sup>68</sup>.

Так что лечить интерферонами, конечно, часто болеющих детей не каждый родитель рискнет. Хотя побочные эффекты лекарств более выражены при инъекционном применении, однако даже применяя виферон в свечах вряд ли можно надеяться на безопасность препарата. Поэтому, приступая к лечению своего ребенка у того или иного врача, следует тщательно изучить возможные отрицательные последствия врачебных назначений.

Не буду далее тратить время на критику иммунологического лечения в рамках фармстандартов современной западноориентированной медицины, захватившей территорию русского врача. Любой думающий специалист со временем разберётся сам. Единственное отмечу — встречающиеся у ЧБД аденоиды — разрастание носоглоточных миндалин. Их пытаются лечить таким препаратом, как ИРС-19<sup>69</sup>, который содержит ртуть<sup>70</sup>. Бедные дети! Мало того, что им вводят ртуть при вакцинации, так ещё и «лечат» опять ртутьсодержащими веществами. Совсем как в старые «добрые» времена лет 200 назад.

## Профилактика иммунодефицита ЧБД

1. В большинстве случаев простуды нецелесообразно принимать иммунодепрессанты (антибиотики и жаропонижающие), вследствие приёма которых возможны вторичные иммунодефициты, а «вторичные иммунодефициты... являются зоной риска развития хронических инфекционных заболеваний, аутоиммунной патологии, аллергических болезней и опухолевого роста»<sup>71</sup>. Лучше пользоваться нашим упрощённым противопростудным комплексом (см. гл. «Простуды»).

2. Современная вакцинопрофилактика пребывает в области отвлеченностей и предположений, поэтому вызвала в обществе широкие дискуссии. Но с точки зрения профилактики иммунодефицита она играет очевидно негативную роль.

3. Ликвидация гипоксии (кислородной недостаточности). Детям желательно находиться на воздухе 9 часов в сутки. Нижняя планка — 4 часа и в движении! Встречаются многочисленные отговорки в стиле «нет времени, нет возможности, нужно работать» и прочие, — тогда берите ответственность за последствия гипоксии у детей на себя. Профессор Елена Евгеньевна Лесиовская важнейшим фактором иммунодепрессии считает гипоксию, в этом с ней согласны и другие авторы. — «В профилактике острых инфекций респираторного тракта основная роль принадлежит неспецифическим методам повышения сопротивляемости организма... в т. ч. прогулки на открытом воздухе не менее 4 ч в день»<sup>72</sup>. Для удаления патогенов из организма в иммунных клетках «включаются **механизмы внутриклеточного киллинга** (убийства) (выделено авторами). Кислородзависимый механизм данного процесса получил название «кислородный взрыв», так как при этом активизируется продукция атомарного кислорода...»<sup>73</sup>.

4. Удаление от бытовых токсинов. В квартире ребенка могут окружать цемент, силикатный кирпич стен, линолеум, мебель из ДСП, ДВП, лаки, краски, пластмассы и прочие ядовитые вещества, которые «фонят», то есть испаряются в воздух и создают постоянный фон. Это еще одна причина выйти из квартиры на улицу. Частные дома обычно наполнены теми же веществами, поэтому перед постройкой дома надо продумывать неядовитый набор строительных материалов, а перед заселением — деревянную, стеклянную или железную мебель. Нельзя забывать и о тщательной уборке и просушке во избежание грибков в помещении. Вся семья тогда будет меньше дышать воздухом с примесью микроорганизмов.

5. Ограничения в питании сладкого, мучного, молочного создают здоровый организм по факту. «Р. Аткинс считает, что ничто в истории не вызывало больше болезней, чем открытие, научившее очищать сок сахарного тростника до белого сахара. Вначале понижается общая неспецифическая сопротивляемость организма — и наступает так называемое третье состояние, переходное между здоровьем и болезнью, которое является почвой для развития многих

заболеваний, чему предшествует понижение устойчивости к стрессу, простуде и микробно-вирусным инфекциям»<sup>74</sup>.

Можно много спорить на эту тему, но факты — упрямая вещь. Особенно вредны холодные сладкомолочные продукты, например, мороженое. Во-первых, их обсеменённость патологической флорой высока, во-вторых, холод сужает сосуды лимфоэпителиального кольца носоглотки и препятствует поступлению клеточных и жидкостных иммунных факторов в ротовую полость. Единственное, что мы не ограничиваем из молочных продуктов — это сливочное масло (если таковое найдётся, учитывая распространённость в продаже маргарина или пальмового масла) и жидкие кисломолочные продукты ряда кефир — ряженка, после холодильника подогретые до комнатной температуры.

6. Введение в ежедневный рацион детей достаточного количества свежих сырых овощей, фруктов, зелени. Кроме поставки витаминов и других биологически активных веществ в кишечник, во время разжевывания происходит орошение фитонцидами растений ротовой полости.

7. Своевременная ликвидация тонзиллита. Жизнь есть жизнь, и дети иногда могут наестся мороженого, а взрослые — выпить холодного пива. После такового «праздника живота и языка» вечером желательно заглянуть в ротовую полость и прощупать углочелюстные лимфоузлы. При подозрении на тонзиллит сразу прополоскать рот, а лучше и промыть носоглотку имеющимися под рукой фитопрепаратами (НПВ №1, НПВ №2 или разбавленная настойка прополиса). На начальном этапе разрастающийся процесс, ещё «не набравший силу», ликвидируется быстро и эффективно. Эээх! Сколько бы страданий детей можно было бы избежать, своевременно проведя процедуру осмотра и санацию носоглотки! К сожалению, родители, бабушки всё бегут, бегут куда-то к цели, считающейся им важнейшей... Но бета-гемолитический стрептококк в ротовой полости «сидит и выжидает своего часа». Да и другие условно-патогенные, которые тоже хотят жить и размножаться хотя бы и ценой здоровья хозяина. Неразумные ж они, — что с них взять!



## Фитодиетотерапия ЧБД

Методика избавления от недугов часто болеющих детей, ринофарингита и аденоидов описана в части 2. Одновременно проводится и внутреннее и наружное лечение. Основные направления работы над проблемой выглядят следующим образом.

**1. Устранение дисбактериоза.** Учитывая деформацию спектра микробиоты ребенка, мы принимаем меры к его гармонизации. Используем эубиотики — лекарственные растения, которые, в отличие от антибиотиков, подавляют патогенную и условнопатогенную флору, но не препятствуют размножению сапрофитной<sup>75</sup>. «Причесывание» вышедшей из повиновения иммунному надзору «разношерстной» вредной флоры происходит не только в кишечнике при питье трав, но и в носоглотке при ее промывании настоями.

**2. Вытеснение патогенных микроорганизмов.** В организм требуется регулярно вводить сапрофиты, при обострении болезни требуются аптечные пробиотики (бактисубтил, бифидумбактерин, лактобактерин, нарин, эуфлорин и прочее, их много). Пробиотики используют через день один раз в день после обильного приёма пищи. Необходимо следить за переносимостью — при подозрении на аллергию отменить и перейти на другой биопрепарат<sup>76</sup>. Постоянно в питании должны присутствовать естественные пищевые пробиотики, которые входят в рацион у большинства народов мира. Как пример можно привести казачье кислое молоко или осетинский мацони, лакторис. В супермаркетах России начали продавать кефир, ряженку, простоквашу, ацидобиофиллин, биобаланс и другие жидкие кисломолочные продукты до 5-7-дневного срока годности, в которых прямо прописаны: бифидо- или лактобактерии  $10^7$  КОЕ (колониеобразующих единиц) или другие сапрофиты.

**3. Восстановление и поддержание иммунитета.** Нарушенный спектр звеньев иммунитета у болящего ребенка неоднороден. Если сказать точнее, понятие «защитные силы» более ёмко звучит, потому что они не представляют собой цельного образования, каковое можно представить в воображении, используя слово «иммунитет».

И в каждый конкретный момент защитные силы присутствуют в виде трех частей: 1) пониженные звенья иммунитета демонстрируют иммунодепрессию в сфере защиты от внешних агентов; 2) повышенные звенья иммунитета работают на аллергический (аутоиммунный) ответ, часто это видно на коже; 3) нормальные фрагменты иммунограммы. Врачебная логика воздействия на иммунитет — гармонизация. В таком видении понятную классификацию иммунотропных препаратов даёт в своей книге профессор Елена Евгеньевна Лесиовская: 1. Иммуностимуляторы (вакцины, пирогенал, продигозан и др.) — опасны. 2. Иммуномодуляторы (препараты вилочковой железы, интерфероны, интерлейкины и др.) — опасны. 3. Иммунопротекторы (растительные иммуномодуляторы) — безопасны. Иммунопротекторы могут изменить патологические звенья иммунитета, но на нормальные звенья иммунитета не влияют<sup>77</sup>. Если возникает желание покритиковать подобное классифицирование, то сразу оговорюсь: в медицине существует пока много путаницы по данному вопросу. Например, корифей отечественной фармакологии академик Михаил Давыдович Машковский называет интерфероны иммуностимуляторами<sup>78</sup>, а академик Владимир Григорьевич Кукес иммуномодуляторами<sup>79</sup>. Профессор Сергей Николаевич Турицев указывает на наличие в одном и том же растении иммуностимулирующего, иммуномодулирующего и иммунодепрессивного действия и подчеркивает необходимость практического опыта применения растений как регуляторов иммунной системы<sup>80</sup>. В методике избавления от недугов ринофарингита, аденоидов и ЧБД мы применяем иммунопротекторы (см. гл. «Возвращение равновесия здоровья»).

**4. Растительные адаптогены** подобно иммунопротекторам восстанавливают защитные силы<sup>81</sup>. Мы чаще пользуемся родиолой розовой.

**5. Противовирусные растения** помогают подавлять размножение вирусов, поэтому их нужно принимать постоянно, хотя бы в виде травяного чая, до полного выхода из категории ЧБД (см. «Простуды»).

**6. Использование растительных масел внутрь** с едой, настоян-

ных на цветках растений, оказывает целебное действие на желчный пузырь, улучшает пищеварение и благоприятно влияет на выздоровление. Здесь уже упоминалось о роли ДЖВП в иммунодефиците<sup>82</sup>.

**7. Санация носоглотки** занимает центральное место в лечении аденоидов, ринофарингита и ЧБД. Промывание носоглотки простым антисептиком, например, фурациллином, подавляет всю микрофлору носоглотки, патогенную и сапрофитную. Но наша задача — подавить патогенную и вырастить сапрофитную микрофлору, поэтому мы используем вытяжки из лекарственных растений-эубиотиков. Три типа вытяжек — водная, водноспиртовая и масляная позволяют максимально извлечь полезные вещества. В термос кладут 1 чайную ложку травы, заливают крутым кипятком и сразу добавляют 1 мл иммунной настойки. Термос закрывают на 1-2 часа. Затем процеживают. Остужают в открытой посуде до приятно тёплой температуры. В стакан процеженного настоя добавляют 1/4 чайной ложки поваренной соли, размешивают, процеживают снова (от соли на дне). Перед промыванием носа ребенку мамочка должна сначала попробовать на себе. Таким образом можно избежать ошибок неправильной концентрации соли (подбирать по вкусу, ориентируясь на указанную дозировку). Втягивать теплую жидкость в нос из чайной чашки или заливать в ноздри шприцем без иглы, запрокинув голову назад. После водного промывания капают масляный экстракт живых цветков лекарственных растений. Промывание носа завершают полосканием полости рта. Для преодоления резистентности патогенной и условно-патогенной микрофлоры растительные препараты чередуют в течение дня и понедельно.

## Ситуации

Типичной и частой ошибкой промывания является забывчивость сделать раствор соленым. Не добавив соль, мы получим гипотонический раствор, а слизистая носа очень тонкая, выстлана однослойным эпителием, несоленый раствор вызовет гораздо более сильную боль, чем даже пересолённый.

Вторая ситуация — это возможность попадания промывных вод в евстахиеву трубу уха. Это не страшно. Если «заложит» ухо, нужно переждать время. Слипшиися стенки евстахиевой трубы рано или поздно разомкнутся. Если в ухе начнет возникать боль, нужно закапать в ушной проход (1 каплю) настойку противовоспалительную и ранозаживляющую № 1 день-два и прекратить промывания носоглотки. Кстати сказать, борный спирт детям в уши закапывать нельзя. Во-первых, он приготовлен на 70% этиловом спирте и детям это слишком больно. Во-вторых, а это главное, бор может оказать токсическое влияние на мозг, так как из уха происходит его всасывание, вплоть до головной боли, спутанности сознания, судорог<sup>83</sup>. Поэтому детям капать в уши борный спирт опасно.

Полный курс чередования процедур — полгода. В процессе проведения методики возможны простуды. Тогда отменяется текущее чередование фитопрепаратов и проводится противопростудная методика с более частой сменой фитопрепаратов и более резким ограничением в диете сладкого, мучного, молочного. И в первые три дня простуды обязательны комфортные условия, — полупостельный режим, в периоды облегчения хорошая аэрация помещения или любые выходы на воздух (балкон) согласно тяжести состояния и температуре окружающего воздуха.

Иногда бывают жалобы на раздражение слизистой носа промываниями. Тогда следует выйти на связь с врачом для решения вопроса о частичной отмене или иной коррекции методики.

Аллергии в основном развиваются из-за передозировки. Наши дозы намного ниже рекомендуемых большинством фитотерапевтов, поэтому аллергические реакции встречаются исключительно редко. Однако пациентам иногда кажется «мало», и они самостоятельно увеличивают дозировку, которая, по их представлению, будет действовать «сильнее». Тогда аллергия более возможна. Если же непереносимость проявилась, тогда следует отменить все препараты (и травяные и фармакологические).

Кроме эпизодического посещения оториноларинголога существует простой метод отслеживания динамики процесса лечения. Если ре-

бенок во сне дышит носом, начинает закрывать рот, — это означает освобождение дыхательных путей и уменьшение аденоидов.

Фух! Кажется, глава завершена. Доктор Екатерина Александровна проверила текст на знаки препинания и сказала, что от информации «расплавился мозг», и главу никто без медицинского образования читать не будет. Но проще я не смог. Простите.

## РЕПЛИКА

Тема актуальна несколько десятилетий, и потому любой труд в этой области полезен, если вопрос изложен на основании современных знаний. В целом данный труд небезинтересен для читателей, не обладающих достаточным запасом таких знаний, понятен. Есть очень необходимые для внимательных читателей выдержки из разных научных источников и инструктивных материалов, особенно важных для понимания вредности для ребенка даже «хороших» и часто применяемых врачами средств лечения ОРВИ: операции аденотомия, лекарства виферона и т.д., о чем неоднократно было указано и нами. Особый интерес представляет глава о фитодииетотерапии в лечении ЧБД, даже хотелось бы видеть ее более подробной, поскольку врачи плохо владеют или вообще не владеют даже основами фитотерапии. В целом глава может принести несомненную пользу как врачам, так и родителям, поскольку материал изложен вполне доступно для современного человека (бабушки тоже пользуются интернетом и все грамотны!).

*Профессор, доктор медицинских наук,  
иммунолог СЗГМУ им. И.И.Мечникова  
Шабашова Надежда Венедиктовна*

## Источники

1. Кокосов А.Н. Саногенез (о науке и практике врачевания). — СПб., 2009. — С. 99.
2. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. СПб., 2014. Ч. 2 — С. 31.
3. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей. / Под ред. А.В. Калинина, А.Ф.Логинова, А.И. Хазанова. - М., 2011. — С. 388.
4. Кокосов А.Н. Саногенез (о науке и практике врачевания). — СПб., 2009. — С. 94.
5. Дриневский В.П., Осидак Л.В., Цыбалова Л.М. Острые респираторные инфекции у детей и подростков. — СПб., 2003. — С. 10.
6. Алан Г.Б. Ву. Клиническое руководство Тица по лабораторным тестам. М., 2013. — С. 1131.
7. <http://www.studfiles.ru/preview/2824448/page:3/> . Кокосов А.Н. Оздоровление организма: пути и возможности. — СПб., 2014. — С. 53. — Вполне согласуется с предыдущим.
8. Кокосов А.Н. Саногенез (о науке и практике врачевания). — СПб., 2009. — С. 96.
9. Косенко И.М. Пирогова З.И. «Обоснование алгоритма коррекции кишечной микрофлоры у детей. Мет. пособие для врачей МЗ РФ, 2008. — С. 4-5.
10. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей. — М., 2004. — С. 178.
11. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей. — М., 2004. — С. 171.
12. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей. / Под ред. А.В. Калинина, А.Ф.Логинова, А.И. Хазанова. — М., 2011. — С. 388.
13. Беяева Е.А. Учебно-методическое пособие «Язвенная болезнь». СПб, изд. СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2014. — С. 7.
14. Кокосов А.Н. Саногенез (о науке и практике врачевания). — СПб., 2009. — С. 104.
15. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 2 — С. 34.
16. Руководство по инфекционным болезням. / Под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб., 2003. — С. 165-167.
17. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей. / Под ред. А.В. Калинина, А.Ф.Логинова, А.И. Хазанова. — М., 2011. — С. 389.
18. Руководство по инфекционным болезням. / Под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб., 2003. — С. 711-712.
19. Руководство по инфекционным болезням. / Под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб., 2003. — С. 18.

20. Руководство по инфекционным болезням. / Под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб., 2003. — С. 148.
21. Машковский М.Д. Лекарственные средства. — М., 2014. — С. 480.
22. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 3. — С. 39.
23. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. «Инфекционные болезни и эпидемиология», учебник. — М., 2007. — С. 432.
24. Инфекционные болезни. Национальное руководство. / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2010. — С. 428.
25. Инфекционные болезни. Национальное руководство. / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2010. — С. 425-426, 431.
26. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей. — М., 2004. — С. 171.
27. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей. / Под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. — М., 2011. — С. 99.
28. Яхонтова О.И., Валенкевич Л.Н., Рутгайзер Я.М. Практическая гастроэнтерология. — СПб. 2002. — С. 165.
29. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей. — М., 2004. — С. 79.
30. Клиническое руководство Тица по лабораторным тестам Четвертое издание. — М., 2013. — С. 1126.
31. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н. Осложнения фармакотерапии. — М., 2003. — С. 456.
32. <https://vrachirf.ru/concilium/39443.html>
33. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. / Под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. — М., 2013. Т. 2 — С. 338, 349.
34. Герпесвирусные инфекции у детей. Уч. пособие. — СПб., 2015.
35. Дерматология. Национальное руководство. / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. — М., 2013. — С. 358.
36. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю. Экстренная неспецифическая профилактика, этиотропная и патогенетическая терапия гриппа и ОРВИ у детей. Лекция для врачей. — СПб, 2012.
37. Инфекционные болезни. Национальное руководство. / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2010. — С. 54.
38. Руководство по инфекционным болезням. / Под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб., 2003. — С. 679.
39. Червонская Г.П. Обилие поствакцинальных осложнений как причина детской инвалидности. — М., 2007. — С. 48-49.
40. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М., 2003. — С. 322.
41. [bigmeden.ru/article/Гона\\_Очаг](http://bigmeden.ru/article/Гона_Очаг)

42. А.Н. Кокосов. Пневмология в пожилом и старческом возрасте. Руководство для врачей. — СПб. 2005. — С. 663.
43. Кокосов А.Н. Саногенез (о науке и практике врачевания). — СПб., 2009. — С. 100.
44. Инфекционные болезни. Национальное руководство. / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2010. — 230 с.
45. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н. Осложнения фармакотерапии. — М., 2003. — С. 455-456. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. — СПб., 2014. Ч. 2 — С. 26.
46. Ковалева Л.М. Сфеноидиты у детей. — СПб., 2001 — С. 135.
47. Фармакология: учебник. / Д.А. Харкевич. — М., 2013. — С. 573.
48. Машковский М.Д. Лекарственные средства. — М., 2014. — С. 726.
49. Ковалева Л.М. Сфеноидиты у детей. — СПб., 2001 — С. 137.
50. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н. Осложнения фармакотерапии. — М., 2003. — С. 452. Назаренко П.В., Лесиовская Е.Е. Часто болеющие дети: проблемы профилактики и фитотерапии. — Пермь, 2005. — С. 102-104.
51. Нестероидные противовоспалительные средства. Мет. пособие СГМА. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. 2009.
52. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 1 — С. 16.
53. Луи Броуэр. Фармацевтическая и продовольственная мафия. — Киев, 2004.
54. Например, профессора Роберта С. Мендельсона «Исповедь еретика от медицины». — Новосибирск, 2006., или корифея в области поствакцинальных осложнений доктора Александра Котока «Беспощадная иммунизация», а также Луи Броуэра, Джона Вирапена и других.
55. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 3- С. 11.
56. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М., 2003. — С. 210.
57. Руководство по инфекционным болезням. / Под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб., 2003. — С. 424.
58. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М., 2003. — С. 209.
59. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 3 — С. 10.
60. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 3 — С. 11.
61. Герпесвирусные инфекции у детей. Учебное пособие. — СПб., 2015 — С. 60.
62. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. / Под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М.Лесняк. — М., 2013. Т. 2 — С. 555.
63. Тактика и лечение острой респираторной вирусной инфекции у детей.



- Методические рекомендации департамента здравоохранения г. Москвы. — М., 2014. — С. 25-26.
64. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. / Под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М.Лесняк. — М., 2013. Т. 2, глава 16. — С. 217-323.
65. Фармакология: учебник. / Д.А.Харкевич. — М., 2013 — С. 557.
66. Большая российская энциклопедия лекарственных средств. — М., 2002. Т. 2 — С. 315.
67. Сизякина А.П., Андреева И.И. «Справочник по клинической иммунологии». — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 172.
68. [http://www.webapteka.ru/drugbase/name16799\\_desc3512.html](http://www.webapteka.ru/drugbase/name16799_desc3512.html), Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М., 2017. — С. Э-1047, Регистр лекарственных средств России. РЛС. Энциклопедия лекарств. — М., 2009. — С. 377,772.
69. Ананьева С.В. Болезни уха, горла, носа. — Ростов-на-Дону, 2003. — С. 74.
70. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М., 2015. — С. Б-451.
71. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М., 2003. — С. 167.
72. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. / Под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М.Лесняк. — М., 2013. Т. 2 — С. 325-326.
73. Сизякина Л. П., Андреева И.И. Справочник по клинической иммунологии. — Ростов н/Д., 2005. — С.16
74. Брехман И.И., Нестеренко И.Ф. Природные комплексы биологически активных веществ. — Л., 1988. — С. 19.
75. Лесиовская Е.Е., Пастушенков Л.В. Фармакотерапия с основами фитотерапии. Учебное пособие для ВУЗов. — М., 2003 — С. 259.
76. Доказательная фитотерапия: учебник. / Е.Е. Лесиовская. — М., 2014. Т. 2 — С. 200.
77. Доказательная фитотерапия: учебник. / Е.Е. Лесиовская. — М., 2014. Т. 1 — С. 57 —63.
78. Машковский М.Д. Лекарственные средства. — М., 2014. — С. 725.
79. Клиническая фармакология: учеб. / Под ред. В.Г.Кукеса. — М., 2009. — С. 712.
80. Турищев С.Н. Современная фитотерапия. — М., 2007. — С. 127.
81. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 2 — С. 43.
82. Шабашова Н.В. Лекции по клинической иммунологии. Уч.-мет. пособие. — СПб., 2014. Ч. 3 — С. 11.
83. Горбачёв В.В., Горбачёва В.Н. Витамины, макро- и микроэлементы. Справочник. — Мн., 2002. — С. 438-439.