

Т.Е. Таранушенко¹, В.А. Щербак², А.Г. Петрова³

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, г. Красноярск;

²ФПК ППС ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ, г. Чита;

³ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Иркутск, РФ

Изучены эффективность и безопасность применения фенспирида гидрохлорида (сиропа Эреспала) в комплексном лечении детей дошкольного возраста с диагнозом ОРВИ (код МКБ J.06.8). Доказана эффективность препарата и представлены клинические преимущества патогенетического подхода с использованием противовоспалительной терапии перед традиционным применением муколитических препаратов. Включение противовоспалительного препарата Эреспал в схему лечения ОРВИ с первого дня обращения сокращает сроки обратного развития основных клинических симптомов, ускоряет выздоровление и снижает потребность в назначении других лекарственных средств.

Ключевые слова: дети, ОРВИ, противовоспалительная терапия, фенспирида гидрохлорид.

Цит.: Т.Е. Таранушенко, В.А. Щербак, А.Г. Петрова. Оптимизация лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей дошкольного возраста. *Педиатрия*. 2016; 95 (6): 89–95.

T.E. Taranushenko¹, V.A. Scherbak², A.G. Petrova³

ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS TREATMENT OPTIMIZATION IN CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk;

²Chita State Medical Academy, Chita; Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

Authors studied efficacy and safety of fenspirid hydrochloride (Erespal syrup) in complex treatment of preschool children diagnosed with SARS (ICD code J.06.8). The study proved drug efficacy and presented clinical benefits of the pathogenetic approach with anti-inflammatory therapy compared to conventional use of mucolytic drugs. The inclusion of anti-inflammatory Erespal drug in the SARS treatment regimen from the first day reduces main clinical symptoms, accelerates healing and reduces the need for other drugs.

Keywords: children, acute respiratory viral infection, anti-inflammatory therapy, fenspirid hydrochloride.

Quote: T.E. Taranushenko, V.A. Scherbak, A.G. Petrova. Acute respiratory viral infections treatment optimization in children of preschool age. *Pediatrics*. 2016; 95 (6): 89–95.

В структуре заболеваемости детей отмечается бесспорное лидерство болезней органов дыхания. Острые респираторные инфекции (ОРИ) в настоящее время остаются наиболее актуальной педиатрической проблемой, несмотря на многочисленные усилия, направленные на снижение распространенности ОРИ и уменьшение числа осложнений.

В среднем каждый ребенок переносит от 3 до 5 эпизодов ОРВИ в год, но самые высокие показатели заболеваемости ОРВИ отмечаются у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников [1, 2].

ОРИ являются не только медицинской, но социально-экономической проблемой, в решении которой лечащему врачу необходимо исполь-

Контактная информация:

Таранушенко Татьяна Евгеньевна – д.м.н., проф., зав. каф. педиатрии ИПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ
Адрес: Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1
Тел.: (391) 243-39-52, E-mail: tetar@rambler.ru
Статья поступила 10.10.16, принята к печати 16.11.16.

Contact Information:

Taranushenko Tatyana Evgenyevna – MD., prof. of Pediatrics Department, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky
Address: Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizana Zheleznyaka str., 1
Tel.: (391) 243-39-52, E-mail: tetar@rambler.ru
Received on Oct. 10, 2016, submitted for publication on Nov. 16, 2016.

зовать принципы рациональной терапии с целью сокращения сроков заболевания и уменьшения материальных затрат семьи и государства [3].

Известно, что характер клинической картины ОРВИ определяется патогенными свойствами возбудителя, состоянием макроорганизма и особенностями микроэкологического окружения [1].

Причиной ОРВИ могут быть различные патогены (вирусы, бактерии, грибы, микст-инфекции), но большинство инфекционно-воспалительных процессов объединены схожим симптомокомплексом: насморк, лихорадка, боль в горле и др. Воспалительный процесс слизистой оболочки респираторного тракта является следствием воздействия повреждающего инфекционного фактора с развитием неспецифической воспалительной реакции. Компоненты воспаления в виде отека, гиперсекреции слизи, повышенной вязкости и бронхоспазма нарушают дренажную функцию дыхательных путей (ДП), а также важнейший механизм самоочищения – мукоцилиарный клиренс (МЦК). При этом создаются условия для присоединения новых патогенов, прогрессирования воспаления, развития осложнений. Вовлечение в воспаление новых отделов респираторного тракта приводит к нарастанию клинической симптоматики, появлению таких симптомов болезни, как кашель, проявления назальной и бронхиальной обструкции, инфекционно-токсический синдром, аускультативные изменения в легких [4].

Известно, что воспаление играет важную роль в ограничении вирулентных свойств возбудителя, элиминации продуктов клеточной дегенерации, а также формировании как местного, так и общего иммунного ответа. Воспалительная реакция организма может сопровождаться высокой функциональной активностью различных типов иммунокомпетентных клеток и/или выраженным синергизмом в действиях провоспалительных медиаторов (цитокинов); это сопровождается прогрессивной дисфункцией эндотелия, повышением сосудистой проницаемости, нарушением микроциркуляции, перераспределением кровотока и др.

С учетом перечисленных обстоятельств важно понимать, что лечение ОРВИ должно быть направлено на элиминацию повреждающего агента, но наряду с этим важным терапевтическим подходом является управление воспалительной реакцией путем ограничения зоны повреждения и сдерживания избыточной системной продукции биологически активных веществ – медиаторов воспаления.

Фенспирида гидрохлорид (Эреспал, «Лаборатория Сервье», Франция) занимает особую уникальную нишу среди препаратов, оказывающих противовоспалительный эффект при острых и хронических инфекциях верхних ДП. Уникальность препарата заключается в том, что он не относится к известным группам нестероидных и стероидных препаратов, но оказыва-

ет сходное со стероидами действие, ингибируя активность фосфолипазы A_2 за счет блокады транспорта ионов Ca^{++} в клетку. Недостаток ионов кальция снижает активность фосфолипазы A_2 , вызывает замедление каскада трансформации арахидоновой кислоты, приводит к снижению образования простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов. Помимо этого, фенспирид снижает синтез гистамина и уровень экспрессии α -адренорецепторов. Согласно данным E. Pinelli и соавт. (1993), противовоспалительная и спазмолитическая активность фенспирида обусловлена способностью ингибировать действие гистамина, уменьшать лейкоцитарную инфильтрацию, проницаемость сосудов и экссудацию. При этом наивысшая фармакологическая эффективность препарата проявляется на уровне верхних и нижних ДП [5].

Цель исследования: оценка эффективности, безопасности и влияния на кашель препарата Эреспал в составе комплексной терапии ОРВИ у детей в сравнении с традиционными лечебными подходами, включающими мукоактивные средства (без Эреспала).

Материалы и методы исследования

В работе представлены результаты многоцентрового исследования, которое выполнялось в трех городах России (Красноярск, Иркутск, Чита) в период май–июнь 2016 г.

В исследование были включены 90 детей в возрасте от 2 до 10 лет с диагнозом ОРВИ (код МКБ J.06.8); наблюдение за больными осуществляли в амбулаторных условиях по единому протоколу в соответствии со следующими критериями включения:

- возраст пациентов от 2 до 10 лет;
- верифицированный диагноз ОРВИ в первые 72 ч от начала клинических проявлений заболевания с наличием кашля [12];
- отсутствие хронической патологии респираторного тракта (анамнез, рентгенологическое исследование нижних ДП, консультация ЛОР-специалиста);
- согласие родителя (или официального опекуна) ребенка на участие в клиническом исследовании (подпись в форме информированного согласия) и готовность к сотрудничеству с соблюдением графика посещения врача.

Критерии исключения:

- наличие очагов хронической инфекции ДП;
- повышенная чувствительность к активному веществу и/или какому-либо из компонентов назначаемых препаратов;
- участие пациента в другом клиническом исследовании.

Методом независимой последовательной рандомизации были сформированы 2 группы пациентов (основная и группа сравнения):

- 1-я группа – основная (45 детей): для лечения ОРВИ ребенок наряду с симптоматическими средствами (антипиретические, топические

назальные препараты и другие на выбор лечащего врача) получал Эреспал в суточной дозе 4 мг/кг с первого дня терапии;

- 2-я группа – группа сравнения (45 детей): для лечения ОРВИ ребенок с кашлем наряду с симптоматической терапией получал мукоактивный препарат (на выбор лечащего врача).

На каждого ребенка заполняли протокол с оценкой состояния и динамики клинических симптомов на 1-й, 3-й, 5-й дни заболевания, при необходимости выполняли визит на 7–8-й и 9–10-й дни заболевания.

Основные разделы протокола: анамнестические данные, жалобы и данные физикального осмотра в динамике (на каждом визите) с балльной оценкой основных клинических проявлений заболевания до выздоровления, проводимое лечение [6].

Оценку интенсивности дневного и ночного кашля выполняли по 6-балльной шкале БОК (балльная оценка кашля) [7].

Характеристику температурной реакции, катаральных проявлений в ротоглотке, проявлений назофарингита анализировали по балльной системе, где для оценки каждого из вышеперечисленных симптомов использовали 5-балльную шкалу, где: 0 баллов – симптом отсутствует; 1 балл – признак легко выражен; 2 балла – умеренно выражен; 3 балла – сильно выражен.

Выраженность симптомов интоксикации оценивали согласно Шкале оценки степени тяжести интоксикации у группы часто болеющих детей и подростков [8].

Результаты лечения представлены в соответствии с международной шкалой IMOS (Integrative medicine out come scale).

Исследование было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

При статистической обработке использованы программы IBM SPSS Statistics 20 (С.Л. Плавинский, 2005; В.А. Медик и соавт., 2007; А.Д. Наследов, 2011). На основе полученных результатов формировали вариационные ряды с последующим расчетом средних арифметических величин (M), стандартных ошибок (m), нижней и верхней границ 95% доверительного интервала, а также медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей ($Q1$, $Q3$). В случае пропущенных значений переменные исключали из соответствующего анализа. Для сравнения использовали непараметрический U-критерий Манна–Уитни. Сравнение показателей, измеренных в номинальной шкале, проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона, позволяющего оценить значимость различий между фактическим (выявленным в результате исследования) количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы. Рассчитанные значения критерия χ^2 сравнивали с критическими значениями для заданного числа степеней свободы. В том случае, если полученное значение критерия χ^2 превышало критическое, делали вывод о наличии статистической взаимосвязи между изучаемым фак-

тором риска и исходом при соответствующем уровне значимости. При сравнения номинальных данных, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек 4-польной таблицы было менее 10, для оценки уровня значимости различий использовали точный критерий Фишера. Полученное значение точного критерия Фишера более 0,05 свидетельствовало об отсутствии статистически значимых различий, значение критерия менее 0,05 – об их наличии [9–11].

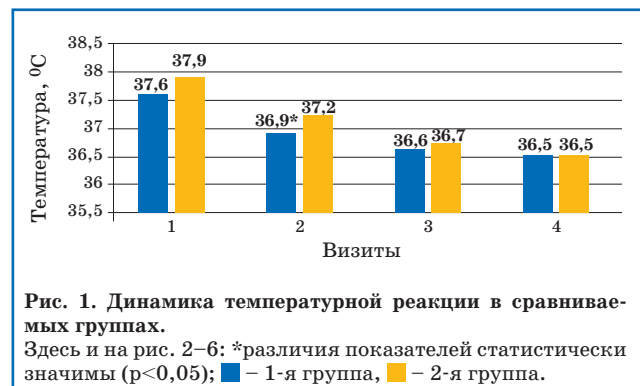
Результаты и их обсуждение

На момент включения в исследование пациенты сравниваемых групп не имели достоверных различий по следующим параметрам: пол, принадлежность к группам здоровья, наличия аллергических заболеваний, кратности ОРИ за последний год, организованный/неорганизованный.

Средний возраст всех включенных пациентов составил $4,68 \pm 0,19$ лет (1-я группа $5,11 \pm 0,3$ года, 2-я группа $4,24 \pm 0,23$ года).

Анализ анамнестических данных показал, что организованные дети составили большинство выборки (90%); группа часто болеющих (5 и более эпизодов ОРИ в год) достигла 40% от общего количества включенных в исследование; средняя кратность ОРИ за последний год была $4,35 \pm 0,27$ раз; принадлежность ко II группе здоровья отмечена в 85,6% случаев.

Температурные реакции. Повышение температуры тела при первом визите зарегистрировано у 82,2 и 93,3% обследованных 1-й и 2-й группы соответственно без статистически значимых различий. При последующих обращениях доля детей с лихорадкой была статистически значимо ниже в группе Эреспала – 17 против 27 пациентов при втором визите ($p=0,035$) и 2 ребенка против 11 на третьем визите ($p=0,07$) (табл. 1). Средние показатели и медиана температуры тела при повторных обращениях также имели более низкие значения в 1-й группе (рис. 1).



Оценка кашля. Характер и интенсивность кашля уточняли на каждом визите. При первом обращении указанный симптом регистрировался у всех пациентов (соответствие критериям включения), при этом преобладающим в обеих группах был сухой, непродуктивный

Таблица 1

Распределение детей с лихорадкой в сравниваемых группах

Визит	Доля детей с лихорадкой (Т>37 °С)						р (U)
	1-я группа			2-я группа			
	п	абс., чел.	%	п	абс., чел.	%	
1	45	37	82,2	45	42	93,3	0,108
2	45	17	37,8	45	27	60	0,035*
3	45	2	4,4	45	11	24,4	0,07
4	23	0	0	36	1	2,8	1(Ф)

Здесь и в табл. 2–6: *различия показателей статистически значимы (р<0,05).

Таблица 2

Распределение детей с кашлем в сравниваемых группах

Визит	Доля детей с кашлем						р
	1-я группа			2-я группа			
	п	абс., чел.	%	п	абс., чел.	%	
1	45	45	100	45	45	100	–
2	45	44	97,8	45	45	100	1(Ф)
3	45	30	66,7	45	38	84,4	0,049*
4	23	6	26,1	36	26	72,2	0,001*

Здесь и в табл. 3 и 4: (Ф)различия показателей оценивали с помощью точного критерия Фишера.

кашель. В последующем динамическое наблюдение показало, что в 1-й группе на фоне приема Эреспала доля детей с кашлем сокращалась более существенно и уже к 5-му дню заболевания установлены статистически значимые различия в численности детей, сохраняющих это проявление ОРВИ (р=0,049) (табл. 2). К 7–8-му дню наблюдения (4-й визит) среди детей, получающих Эреспал, кашель отмечен только у 26% наблюдаемых детей, при этом в группе сравнения кашель сохранялся у 72% больных (р=0,001). Оценка основных характеристик кашля (переход сухого кашля во влажный) показала, что сухой, не приносящий облегчения кашель быстрее становился влажным в группе Эреспала; уже ко второму визиту у 60% детей этой группы отмечался продуктивный влажный кашель. При отсутствии существенных различий в распределении детей по характеру кашля важно отметить, что на втором визите число детей с сухим (непродуктивным кашлем) было в 2 раза меньше в 1-й группе, что весьма немаловажно, так как именно сухой кашель является более надсадным, мучительным, болезненным, ухудшает самочувствие ребенка и нарушает сон (рис. 2). Анализ интенсивности кашля в дневное и ночное время суток установил следующее: в течение всего периода наблюдения (на всех визитах) более высокая балльная оценка дневного кашля имела в 2-й группе на стандартной терапии, включающей мукоактивные препараты (р<0,005); ночной кашель также характеризовался большей выраженностью у детей, не получающих противовоспалительную терапию Эреспалом (рис. 3 и 4). На 4-м визите (7–8-й день болезни) средний балл, характеризующий интенсивность кашля, составил 0,4 в 1-й группе против 1,1 во 2-й группе (р<0,005). Важно

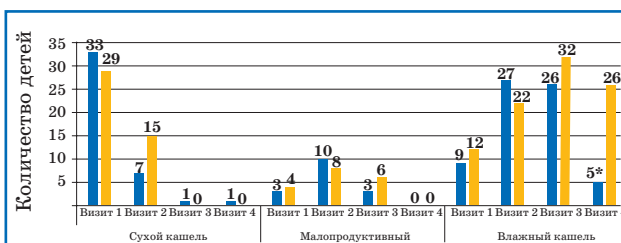


Рис. 2. Распределение детей в сравниваемых группах по характеру кашля.

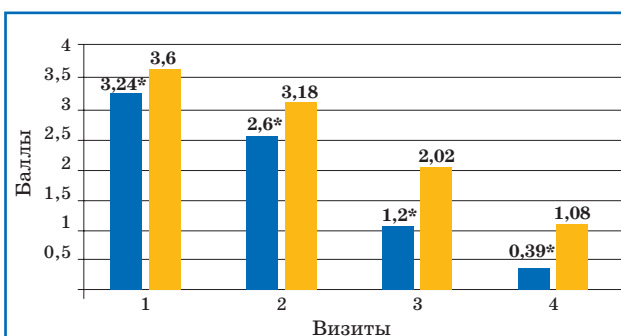


Рис. 3. Балльная оценка интенсивности дневного кашля в сравниваемых группах.

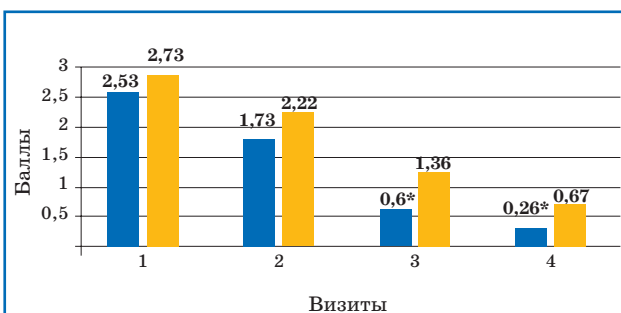


Рис. 4. Балльная оценка интенсивности ночного кашля в сравниваемых группах.

отметить, что 5-й визит понадобился только 13 пациентам. Из них в группе Эреспала кашель

Распределение детей с проявлениями ринита в сравниваемых группах

Визит	Дети с проявлениями ринита						p
	1-я группа			2-я группа			
	n	абс., чел.	%	n	абс., чел.	%	
1	45	42	93,3	45	45	100,0	0,242(Ф)
2	45	37	82,2	45	44	97,8	0,031(Ф)*
3	45	13	28,9	45	31	68,9	<0,001*
4	23	2	8,7	35	11	31,4	0,042*

Таблица 4

Распределение детей по наличию воспалительных изменений в зеве в сравниваемых группах

Визит	Доля детей с воспалительными изменениями в зеве						p
	1-я группа			2-я группа			
	n	абс., чел.	%	n	абс., чел.	%	
1	45	43	95,6	45	45	100	0,494(Ф)
2	45	39	86,7	45	43	95,6	0,266(Ф)
3	45	12	26,7	45	25	55,6	0,005*
4	23	3	13	36	10	27,8	0,183

сохранялся только у одного пациента, а в группе детей, получающих различные мукоактивные препараты, кашель продолжал беспокоить 12 детей. Полученные данные указывают на более высокую эффективность и сокращение сроков заболевания при включении Эреспала в терапию ОРВИ.

Проявления назальной обструкции. На каждом приеме оценивали проявления ринита (заложенность, заложенность с обильным отделяемым, восстановление свободного дыхания), а также характер выделений из носа (слизистые, серозные, слизисто-гнойные выделения). Далее было проведено сравнение частоты проявлений ринита в рассматриваемых группах. На первом приеме достоверных различий между группами не наблюдалось, жалобы на заложенность и выделения из носа на первом визите предъявляли все пациенты. В динамике на 3-й день заболевания (2-й визит) доля детей с проявлениями ринита стала значимо ниже ($p=0,002$) в 1-й группе. В последующем жалобы на проявления ринита преобладали среди детей 2-й группы на стандартной терапии ($p<0,001$). Результатом лечения следует считать более выраженную положительную динамику с уменьшением заложенности и восстановлением свободного дыхания в 1-й группе (табл. 3, рис. 5).

Оценка катаральных проявлений со стороны ротоглотки. На первом визите практически у всех пациентов наблюдались воспалительные изменения в зеве, которые характеризовались разлитой гиперемией миндалин, мягкого неба и задней стенки глотки в отсутствие гнойных и фибриновых наложений. Значимое сокращение доли детей по данному признаку наблюдалось уже к 5-му дню терапии (3-й визит) и было более заметным в группе пациентов, получающих Эреспал, чем в группе сравнения ($p=0,005$)

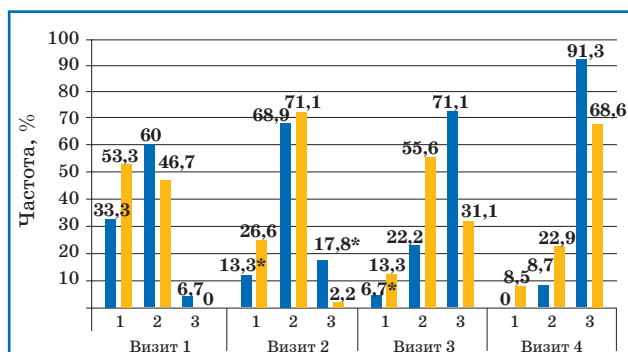


Рис. 5. Распределение детей (% от численности группы) в зависимости от проявлений ринита в сравниваемых группах. 1 – заложенность, 2 – слизь, 3 – свободное носовое дыхание.

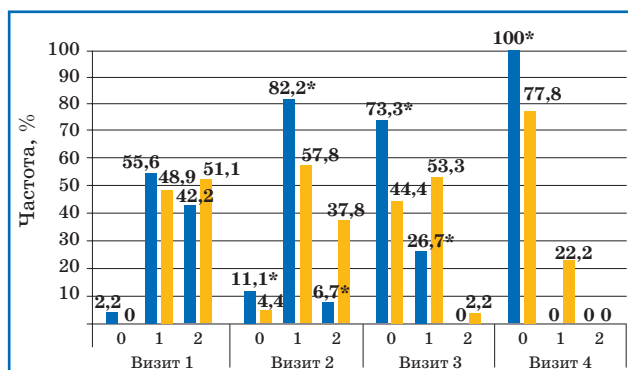


Рис. 6. Доля детей с учетом балльной оценки катаральных проявлений в зеве в сравниваемых группах.

(табл. 4). Проводимая балльная оценка катаральных изменений в зеве показала существенную положительную динамику в 1-й группе. Уже ко 2-му визиту (3-й день заболевания) среди детей, принимающих Эреспал, выраженные катаральные проявления (2 балла) регистрировались в 6 раз реже по сравнению с первым визитом (рис. 6). Указанная направленность изменений по распределению детей с учетом балльной оцен-

Таблица 5

Распределение детей с проявлениями ринита в сравниваемых группах

Группы	Число лекарственных препаратов			
	M±m	95% ДИ	Me	Q1-Q3
1-я	3,93±0,19	3,56-4,31	4	3-5
2-я	4,78±0,25	4,27-5,28	5	4-6
ИТОГО	4,36±0,16	4,03-4,68	4	3-5
p (U)	0,005*			

Таблица 6

Длительность заболевания в сравниваемых группах

Группы	Длительность заболевания, дни			
	M±m	95% ДИ	Me	Q1-Q3
1-я	7,6±0,26	7,08-8,12	8	6-8
2-я	8,58±0,3	7,97-9,18	8	8-10
ИТОГО	8,09±0,2	7,68-8,49	8	7-9
p (U)	0,018*			

ки сохранилась до окончания наблюдения и имела статистически значимые различия между сравниваемыми группами.

Оценка интоксикационного синдрома.

Выраженность проявлений интоксикации оценивали по балльной системе, включенной в протокол исследования [8]. Существенные различия в численности наблюдаемых детей с интоксикационным синдромом достигли достоверных различий к 5-му дню терапии. При этом более значительное уменьшение наблюдалось в 1-й группе детей, принимающих Эреспал, где средняя суммарная оценка основных проявлений интоксикационного синдрома в баллах имела более низкие значения со статистически значимым подтверждением при 2-м и 3-м визитах ($p=0,001$) (рис. 7).

Другие оценочные критерии. Важно отметить, что присоединение бактериальных осложнений в группе Эреспала наблюдалось в 2,5 раза реже, чем в группе сравнения. С учетом показаний, а также в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами первичной медико-санитарной помощи детям при ОРВИ часть детей получала антибактериальную терапию [12, 13]. Назначение антибиотиков в процессе наблюдения потребовалось 20% пациентам в группе сравнения и только 4,4% пациентам, получающим Эреспал.

Анализ назначаемых лекарственных средств показал, что при проведении лечения пациентам рекомендовались антипиретики, топические назальные препараты, различные иммуностимулирующие средства, индукторы интерферона, интерфероны и др. Обращает внимание одновременное неоправданное назначение больному свыше 5-6 лекарственных средств, в т.ч. в отсутствии показаний (например, противовирусные препараты после 3-4-го дня от начала заболевания, мукоактивные препараты при сухом или при влажном продуктивном кашле и др.). При анализе медицинских карт отмечено, что уже при первом

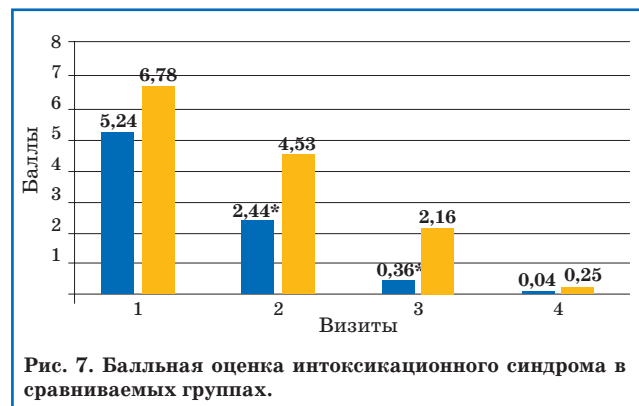


Рис. 7. Балльная оценка интоксикационного синдрома в сравниваемых группах.

обращении по поводу ОРВИ врачи назначают до 6 различных препаратов и далее, при появлении новых симптомов, усиливают терапию, что, безусловно, повышает лекарственную нагрузку на организм ребенка. Печально, что полипрагмазия была и остается весьма распространенной проблемой современной клинической медицины. Вместе с тем, современная модель лечебной тактики – это комплексный, этиопатогенетический подход, с воздействием на основные звенья патогенеза. Этой тактике при ОРВИ отвечает проведение противовоспалительной терапии с назначением фенспирида. Оценивая общее количество назначаемых препаратов за период наблюдения, нами отмечено, что при проведении противовоспалительной терапии Эреспалом потребность в дополнительных препаратах была значительно меньше в 1-й группе (табл. 5).

В процессе исследования не было выявлено каких-либо побочных явлений от проводимой терапии.

Анализ сроков течения заболевания показал, что включение в схему терапии ОРВИ противовоспалительного препарата Эреспал с первых дней заболевания позволяет ускорить обратное развитие основных клинических проявлений заболевания и ускорить наступление выздоровления (табл. 6).

Весьма важным представляется тот факт, что врачи оценивали выздоровление как неполное в группе сравнения в 8 раз чаще, чем в группе Эреспала: один пациент в группе Эреспала (2,2%) против 8 случаев в группе детей, не получавших указанный препарат (17,8%).

Заключение

Выполненное исследование по оптимизации лечения ОРВИ у детей позволило подтвердить эффективность фенспирида (препарат Эреспал) как патогенетически обоснованного лекарственного средства в комплексной терапии, способного уменьшить выраженность клинических проявлений, ускорить сроки обратного развития заболевания, а также снизить риск развития бактериальных осложнений и назначения антибактериальных препаратов.

Применение противовоспалительного препа-

рата Эреспал с первых дней терапии ОРВИ имеет определенные клинические преимущества, что подтверждается более быстрым уменьшением основных признаков воспаления (снижение температуры тела, проявлений ринофарингита, интоксикационного синдрома, а также более быстрый переход сухого кашля во влажный с последующим купированием этого симптома).

Включение Эреспала в комплексную терапию ОРВИ позволяет сократить потребность в назначении дополнительных препаратов и уменьшить лекарственную нагрузку на организм.

Применение препарата Эреспал способствует снижению частоты возникновения бактериальных осложнений, что, вероятно, обусловлено противовоспалительным эффектом, снижающим вероятность суперинфекции.

Конфликт интересов: авторы сообщили об отсутствии конфликтов интересов.

Литература

1. Блохин Б.М. Заболевания органов дыхания у детей. В кн.: Практическое руководство по детским болезням. Т. 9. В.Ф. Коколина, А.Г. Румянцев, ред. М.: Медпрактика, 2007: 616 с.
2. Генне Н.А. Комбинированная терапия бронхиальной обструкции у детей. Лечащий врач. 2009; 6: 34–39.
3. Локшина Э.Э. Выбор стартовой муколитической терапии для детей с острыми респираторными инфекциями. Русский медицинский журнал. 2015; 22: 1318–1320.
4. Петрова С.И., Панютин Я.В. Патогенетическая терапия респираторных заболеваний у детей. Педиатрия. 2015; 94 (2): 193–198.
5. Козлов В.С., Шиленкова В.В., Чистякова О.Д. Роль воспаления в патогенезе респираторных заболеваний. Consilium Medicum. 2003; 5 (10): 2–7.
6. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2006.
7. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. Рязань: ООО Бюро рекламы «Мила», 2000: 102 с.
8. Дружинина Н.А., Боровская И.В. Заключение о результатах клинических испытаний у детей младшего школьного возраста препарата «Кордицепс-король» продукции компании «Ликэ». <http://league-star.com/articles/82.html>
9. Медик В.А., Токмачев М.С. Математическая статистика в медицине. М.: Финансы и статистика, 2007: 798 с.
10. Наследов А.Д. SPSS 19. Профессиональный статистический анализ данных. С-Пб.: Издательский дом «Питер», 2011: 399 с.
11. Плавинский С.Л. Биостатистика: планирование, обработка и представление результатов биомедицинских исследований при помощи системы SAS. С-Пб.: СПбМАПО, 2005: 506 с.
12. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с ОРВИ. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/5/1/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii-po-okazaniyu-meditsinskoy-pomoschi-detyam-s-orvi>
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 1654н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести». <https://www.rosminzdrav.ru/documents/5855-standart-ot-6-fevralya-2013-g>