

# НАТУРОПАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ПЕДИАТРИИ

© Коллектив авторов, 2016

Э.Э. Локшина<sup>1</sup>, О.В. Зайцева<sup>1,2</sup>, С.В. Зайцева<sup>1,3</sup>, Е.В. Куликова<sup>1</sup>, Г.Б. Кузнецов<sup>1,2</sup>,  
О.А. Муртазаева<sup>1</sup>, Л.С. Равшанова<sup>2</sup>, Н.А. Савицкая<sup>2</sup>, А.А. Брылеева<sup>2</sup>

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАТУРОПАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, <sup>2</sup>ГБУЗ «Детская Клиническая Больница  
Святого Владимира» ДЗМ, <sup>3</sup>ФГБУЗ «Центральная детская клиническая больница  
Федерального медико-биологического агентства, Москва, РФ

*E.E. Lokshina<sup>1</sup>, O.V. Zaytseva<sup>1,2</sup>, S.V. Zaytseva<sup>1,3</sup>, E.V. Kulikova<sup>1</sup>,  
G.B. Kuznetsov<sup>1,2</sup>, O.A. Murtazaeva<sup>1</sup>, L.S. Ravshanova<sup>2</sup>, N.A. Savitskaya<sup>2</sup>, A.A. Bryleeva<sup>2</sup>*

## EXPERIENCE OF NATUROPATHIC MEDICATION USING IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS

<sup>1</sup>Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov;

<sup>2</sup>St. Vladimir's Children's Clinical Hospital;

<sup>3</sup>Central Children's Hospital of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow, Russia

**В статье представлены результаты применения гомеопатического препарата Стодаль (Лаборатория Буарон, Франция) у 50 детей с кашлем при острых респираторных инфекциях в возрасте от 1 до 14 лет. Показаны хорошая клиническая эффективность и переносимость препарата Стодаль.**

**Ключевые слова:** кашель, дети, острые респираторные инфекции, гомеопатический препарат Стодаль.

**The article presents results of treatment with homeopathic remedy Stodal (Boiron France) in 50 children with cough and acute respiratory infections aged from 1 to 14 years. The drug Stodal had good clinical efficacy and tolerability.**

**Keywords:** cough, children, acute respiratory infections, homeopathic medicine Stodal.

Кашель – один из наиболее частых симптомов, который является причиной обращения к врачу-педиатру. Кашель может серьезно нарушать самочувствие пациента и влиять на качество жизни. При навязчивом упорном кашле у детей возможны нарушение сна, повышенное потоотделение, недержание мочи, снижение аппетита, появление рвоты, головных болей, признаков психоэмоциональной лабильности, болей в грудной клетке и животе. Длительный кашель повышает внутрибрюшное давление и

способствует формированию диафрагмальной и увеличению паховых грыж.

В такой ситуации перед врачом стоят серьезные задачи: выяснить и устранить причину кашля, назначить рациональную терапию, ускорить выздоровление и улучшить качество жизни маленького пациента.

Для оценки кашля и определения причин его возникновения следует прежде всего ориентироваться на анамнестические данные, полученные от родителей и самого ребенка. При сборе дан-

### Контактная информация:

Локшина Эвелина Эдуардовна – к.м.н., доц. каф. педиатрии ГБОУ ВПО МГМСУ

им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Адрес: Россия, 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1

Тел.: (499) 268-84-46, E-mail: elokshina@yandex.ru.

Статья поступила 13.04.16,

принята к печати 19.05.16.

### Contact Information:

Lokshina Evelyn Eduardovna – Ph.D., Associate Prof. of Pediatrics Department, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

Address: Russia, 127473, Moscow, Delegatskaya str., 20/1

Tel.: (499) 268-84-46, E-mail: elokshina@yandex.ru.

Received on Apr. 13, 2016,

submitted for publication on May 19, 2016.

Балльная оценка дневного и ночного кашля [1, 2]

Баллы	Дневной кашель	Ночной кашель
0	Нет кашля	Нет кашля
1	Единичные кашлевые толчки	Кашель, не прерывающий сон
2	Редкий кашель в течение дня	Кашель, прерывающий сон не более 2 раз за ночь
3	Частый кашель, не влияющий на дневную активность	Кашель, прерывающий сон более 2 раз за ночь
4	Частый кашель, снижающий дневную активность из-за кашля	Частое прерывание сна
5	Тяжелый кашель, при котором невозможна дневная активность	Кашель, не дающий возможности заснуть

ных анамнеза обязательным является уточнение информации о длительности кашля (острый, подострый, хронический), тембра, характера (непродуктивный, продуктивный) и ритма кашля, времени появления кашля (утренний, дневной, вечерний, ночной), характера и цвета мокроты, возможной связи кашля с началом острой респираторной инфекции (ОРИ), наличия дистантных свистящих хрипов и одышки, выделений из носа и гастроэнтерологических симптомов (изжога, отрыжка).

Врач-педиатр может использовать в своей практике как субъективные, так и объективные методы оценки кашля.

К субъективным способам оценки можно отнести визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), которая основана на восприятии пациентом или его родителем тяжести кашля (от отсутствия кашля до выраженного кашля). Однако более широкое применение получила 6-балльная оценка кашля (БОК), основанная на определении количества эпизодов и степени выраженности кашля в дневное и ночное время, а также влияния на сон ребенка (табл. 1).

Из объективных методов оценки кашля в арсенале врача имеются следующие: оценка кашля медицинским персоналом, ведение кашлевого дневника (заполняется пациентом или его родителем) и мониторинг кашля специальными устройствами, которые в основном применяются при проведении клинических исследований.

Тщательный сбор данных анамнеза, количественная (балльная) оценка кашля, физикальные лабораторные и инструментальные методы обследования ребенка, в некоторых случаях осмотр ЛОР-врача – все это необходимо, чтобы установить причину кашля.

Изначально кашель – это защитный рефлекс, направленный на очищение дыхательных путей (ДП). При кашле жидкий секрет выводится воздушной струей в виде аэрозоля, с которым увлекаются также комки слизи и мелкие легкие инородные тела, что ведет к восстановлению проходимости ДП. Однако свою защитную функцию кашель может выполнять только при определенных реологических свойствах мокроты, среди

них наиболее значимы вязкость, эластичность, адгезивность. Воспалительный процесс в ДП, увеличение количества и снижение вязкости мокроты нарушают механизм клиренса и способствуют развитию мукостаза [3, 4], в такой ситуации кашель приобретает патологический характер.

Терапию кашля у детей необходимо начинать с выявления его причины, так как эффективность проводимого лечения во многом зависит от правильно и своевременно установленного диагноза заболевания.

Наиболее частыми причинами кашля у детей являются ОРИ (вирусные, бактериальные, микст-инфекции). В зависимости от этиологического агента и тропности к различным отделам респираторного тракта наблюдается различный уровень поражения ДП (ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония). Среди других причин можно выделить ирритативное воспаление слизистых оболочек респираторного тракта, аллергическое воспаление ДП, бронхоспазм и обструкцию ДП вязким бронхиальным секретом, инородными телами, жидкостями, эндогенными и экзогенными образованиями, отек легочной паренхимы разного генеза и некоторые другие [5].

Основные направления терапии кашля при ОРИ включают в себя мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению адекватного мукоцилиарного клиренса, противовоспалительной и при необходимости бронхолитической терапии.

При острых респираторных заболеваниях (ОРЗ) у детей при наличии кашля в первые дни болезни целесообразно использование препаратов, влияющих одновременно на несколько компонентов патологического процесса.

Одним из таких перспективных натуропатических препаратов является гомеопатический сироп «Стодаль®» (Лаборатория Буарон, Франция, регистрационный номер № 015706/01).

Стодаль – это комплексный препарат, в состав которого входит целый ряд природных активных веществ, обладающих комбинированным противовоспалительным, противоотечным и муколитическим действием.

Стодаль выпускается в виде сиропа и содержит такие активные компоненты, как Pulsatilla, Rumex crispus, Bryonia, Ipeca, Spongia tosta, Sticta pulmonaria, Antimonium tartaricum, Myocarpe, Coccus cacti, Drosera, сироп Толу, сироп Полигала. Все компоненты препарата Стодаль являются средствами растительного и животного происхождения.

- Pulsatilla (пульсатилла – прострел луговой) используется при сухом и влажном болезненном ночном кашле со слизистой мокротой.

- Rumex crispus (румекс криспус – щавель курчавый) рекомендован при сухом кашле, усиливающимся при разговоре и выдохе холодного воздуха.

- Bryonia (бриония – переступень двудомный) применяется при сухом и влажном болезненном ночном кашле.

- Ipeca (ипека – ипекакуана) используется при влажном кашле с трудноотделяемой мокротой.

- Spongia tosta (спонгия тоста – морская губка) рекомендуется при лающем, приступообразном кашле.

- Sticta pulmonaria (стикта пульмонария – легочный мох) рекомендован при сухом кашле.

- Antimonium tartaricum (антимониум тартарикум – рвотный камень) применяется при кашле с обильной трудноотделяемой мокротой.

- Coccus cacti (коккус какти – мексиканский кошениль) рекомендован при спастическом приступообразном удушающем кашле с вязкой мокротой.

- Drosera (дрозера – росянка) применяется при влажном спастическом кашле с вязкой мокротой.

- Сироп Толу и сироп Полигала обладают отхаркивающим, смягчающим, противомикробным действием.

Таким образом, комбинация натуропатических компонентов позволяет использовать препарат Стодаль в разных клинических ситуациях, как при непродуктивном, так и при продуктивном кашле.

Клиническая эффективность и безопасность применения препарата Стодаль в комплексной терапии кашля в разных возрастных группах были доказаны многочисленными зарубежными и российскими клиническими исследованиями [6–13]. Серьезные нежелательные явления (СНЯ) не были зарегистрированы ни в одном клиническом исследовании, также СНЯ не выявлены и в ходе пострегистрационного наблюдения.

Многокомпонентное действие данного натуропатического средства позволяет использовать его в терапии продуктивного и непродуктивного кашля у детей с ОРЗ в разные периоды заболевания.

Целью нашего наблюдательного исследования было провести оценку клинической эффективности, безопасности и переносимости препарата Стодаль при лечении кашля у детей с ОРЗ.

## Материалы и методы исследования

Исследование было проведено в двух клинических центрах кафедры педиатрии ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (зав. проф. О.В. Зайцева): ГБУЗ «Детская клиническая больница Святого Владимира» ДЗМ и ФГБУЗ «Центральная детская клиническая больница» Федерального медико-биологического агентства.

Дизайн исследования: открытое несравнительное мультицентровое нерандомизированное исследование.

Критериями включения в исследование были: дети с кашлем в возрасте от 1 года до 14 лет, госпитализированные в стационар с ОРЗ (в т.ч. острый ринит, острый фарингит, острый ринофарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларинготрахеит, острый стенозирующий ларинготрахеит, острый трахеобронхит, острый бронхит, острый обструктивный бронхит).

Критериями исключения из исследования были: наличие чувствительности, аллергические реакции на компоненты препарата Стодаль, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, кровохарканье, бронхиальная астма, пневмония, легочное кровотечение, сахарный диабет, туберкулез, хронические заболевания печени и почек, онкологические заболевания в любой стадии, ВИЧ), несоблюдение пациентом назначений врача, отказ родителей от участия в программе.

Под наблюдением находились 50 детей с ОРЗ. Все дети получали дифференцированное комплексное лечение, соответствующее тяжести заболевания: обильное питье, антибактериальные и противовирусные препараты, антигистаминные, бронхолитические, при необходимости гормональные препараты в дозировках в соответствии с утвержденными инструкциями к препаратам. В качестве симптоматической терапии кашля дети получали сироп Стодаль в рекомендуемой возрастной дозировке: по 5 мл 3 раза в день (15 мл в сутки) согласно инструкции по медицинскому применению препарата.

На каждого ребенка заполняли протокол наблюдения, который включал оценку клинического статуса в динамике, определение эффективности препарата лечащим врачом. Интенсивность и характер кашля оценивали по 5-балльной модифицированной шкале (1 – совсем не беспокоил, 2 – беспокоил незначительно, 3 – беспокоил умеренно, 4 – беспокоил сильно, 5 – беспокоил в чрезвычайной степени). У наблюдаемых детей также оценивали характер сна (как часто просыпался ночью и долго не мог уснуть) по 5-балльной шкале (1 – ни разу, 2 – редко, 3 – несколько раз, 4 – часто, 5 – постоянно). Оценка клинической эффективности терапии проводили на 5-й день наблюдения.

Мониторинг нежелательных явлений, связанных с использованием препарата, проводили в течение всего периода наблюдения. Во время наблюдения за пациентами оценивали серьезность, интенсивность

и непосредственную связь нежелательных явлений с исследуемым препаратом.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Statistica v.6.0».

#### Результаты и их обсуждение

Среди наблюдаемой группы были дети раннего возраста (до 3 лет) – 19 (38%), от 3 до 7 лет – 17 (34%) и старше 7 лет – 14 (28%). По гендерному признаку преобладали мальчики (64% – 32 ребенка).

Дети, поступавшие в стационар, имели срок давности ОРЗ от нескольких часов до 5 дней, преимущественно 1–2 суток (в среднем  $1,96 \pm 0,45$  дней), верификация возбудителя не проводилась.

У всех детей, поступавших на стационарное лечение, диагностировали ОРЗ (табл. 2).

У 7 детей была выявлена сопутствующая патология: острый аденоидит у 4 детей, афтозный стоматит у одного ребенка, хронический тонзиллит у 2 детей.

Под нашим наблюдением находились дети с обструктивными заболеваниями как верхних/средних ДП (острый стенозирующий ларинготрахеит), так и нижних ДП (острый обструктивный бронхит), которые составили более половины всех детей (52% – 26).

Частота ОРЗ в течение года у детей была различной и составила от 2 до 9 эпизодов в год. В группе наблюдения частые эпизоды ОРЗ (более 6) были зарегистрированы только у 16% (8) детей, повторные эпизоды бронхообструкции – у 6% (3) детей.

Аллергологический анамнез был отягощен у 20% (10) детей: у 6% (3) детей выявлен аллергический ринит, у 8% (4) – атопический дерматит, проявления пищевой аллергии – у 6% (3) детей.

На фоне комплексной терапии ОРЗ, включающей препарат Стодаль, нами было отмечено уменьшение основных симптомов респираторной инфекции. Так, нормализация температуры тела отмечалась у детей к 3-м суткам наблюдения. В 1-е сутки фебрильная лихорадка была выявлена у 76% (38) детей, ко 2-м суткам – только у 22% (11) детей, а к 3-м суткам 94% (47) детей имели нормальную температуру тела. Тенденция к быстрой нормализации температуры тела у детей хорошо прослеживается в средних значениях: 1-е сутки –  $38,27 \pm 0,80$  °C, 2-е сутки –  $37,19 \pm 0,80$  °C, 3-и сутки –  $36,67 \pm 0,19$  °C, 4-е сутки –  $36,58 \pm 0,36$  °C, 5-е сутки –  $36,57 \pm 0,51$  °C.

Несмотря на снижение аппетита у большинства пациентов на фоне интоксикации, препарат Стодаль дети принимали с удовольствием. Так, в 1-е сутки наблюдения нами было выявлено снижение аппетита у 74% (37) детей, на 2-й день наблюдения – только у 38% (19) детей, к 3-м суткам отмечена нормализация аппетита у всех детей.

При поступлении жалобы на вялость и слабость выявляли в 44% (22) случаев, на фоне

# Кашель — разный а СИРОП — один!

При сухом  
и влажном  
кашле!



Карамельный вкус

## Универсальный сироп с первых дней терапии

- комплексное действие природных компонентов<sup>1</sup>
- уже к 3 дню ↓ сухой кашель<sup>2</sup>
- к 3 дню сухой кашель → влажный<sup>2</sup>
- для всей семьи<sup>1</sup>

**BOIRON®**

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ  
**8-800-200-03-03**  
www.boiron.ru

1. Инструкция по медицинскому применению.

2. Заплатников А.Л., Коройд Н.В., Мингалимова Г.А., Глухарева Н.С. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение. РМЖ. 2011;22.

Таблица 2

Распределение больных по нозологическим формам

Нозологические формы	Абс. число	%
ОРЗ, всего	50	100
Острый ринофарингит	9	18
Острый стенозирующий ларинготрахеит I степени	9	18
Острый бронхит	12	24
Острый трахеобронхит	3	6
Острый обструктивный бронхит	17	34

комплексного лечения ко 2-му дню наблюдения вялость отмечена у 16% (8) детей, а с 3-го дня все дети были уже активными.

Кроме того, на фоне комплексной терапии ОРЗ с использованием препарата Стодаль в течение 5 дней отмечалась тенденция к значительному уменьшению проявлений острого ринита, которые на 1-е сутки наблюдения отмечались у 82% (41) детей, в то время как к 5-му дню – только у 18% (9) детей, причем выделения назального секрета у всех пациентов легко удалялись и не носили гнойного характера. Такие симптомы ОРЗ, как боль в горле и осиплость в голоса, в подавляющем большинстве случаев также исчезали уже к 3-му дню комплексной терапии.

В ходе нашего наблюдения мы выявили существенную динамику характера кашля у детей с ОРЗ. Причем положительная динамика наблюдалась вне зависимости от продуктивности кашля. На фоне комплексной терапии ОРЗ с включением препарата Стодаль у детей сухой кашель становился продуктивным ко 2–3-м суткам, а у детей с изначально продуктивным компонентом уменьшалась его интенсивность (рис. 1).

При поступлении в стационар кашель у всех пациентов отмечался как в дневное, так и в ночное время. Интенсивность дневного кашля составила  $3,64 \pm 0,59$  баллов, а ночного кашля –  $2,96 \pm 0,81$  баллов. На фоне лечения характер кашля изменялся и его интенсивность уменьшалась, и к 5-му дню дневной кашель беспокоил незначительно 56% (28) детей, а ночной кашель беспокоил только 4% (2) детей (рис. 2).

На фоне комплексной терапии мы выявили положительную динамику в физикальных данных в легких. При аускультации легких при поступлении были выслушаны сухие хрипы у 38% (19) и влажные – у 16% (8) детей, на 5-й



Рис. 2. Динамика дневного и ночного кашля. ■ – дневной кашель, ■ – ночной кашель.

день лечения только у 4% (2) детей выслушивали сухие и влажные хрипы.

Комплексная терапия с использованием препарата Стодаль привела к нормализации сна у всех наблюдаемых детей. У 84% (42) детей были отмечены эпизоды нарушений сна при госпитализации, к 3-м суткам они сохранялись только у 4% (2) детей. Кроме того, сократилось количество и качество данных нарушений, что подтверждает балльная оценка: в 1-й день –  $2,95 \pm 1,03$  баллов, во 2-й день –  $2,33 \pm 0,48$  баллов, в 3-й день – 2 балла, в 4-е и 5-е сутки – 1 балл, что соответствует отсутствию нарушений сна.

Все дети получали комплексное лечение, соответствующее тяжести заболевания. Противовирусную терапию получали 58% (29) наблюдаемых детей. Антибактериальная терапия была назначена 76% (38) детей. Учитывая предположительно вирусно-бактериальный характер ОРЗ у наблюдаемых детей, более половины из них получали комбинированную терапию. В качестве симптоматической терапии 40% (20) детей получили бронхолитические средства, 32% (16) детей были назначены антигистаминные препараты и 48% (24) получали антипиретики.

Оценивая органолептические свойства препарата Стодаль детьми и их родителями, были отмечены приятный карамельный вкус препарата, удобство дозирования, хорошая переносимость, что является важным при использовании в педиатрической практике.

Во время проведения исследования на фоне комплексной терапии были отмечены нежелательные явления у 2 пациентов в виде аллергической сыпи. Оба ребенка имели отягощенный аллергоанамнез. Проводилось динамическое наблюдение, были назначены антигистаминные препараты. Поскольку аллергическая сыпь была



Рис. 1. Динамика характера кашля. ■ – непродуктивный кашель, ■ – продуктивный кашель.

купирована, препарат Стодаль не был отменен, повторных эпизодов сыпи не было. Однако, учитывая существующие стандарты GCP, эти проявления нами были зафиксированы в качестве нежелательных явлений.

Таким образом, проведенное нами открытое несравнительное (наблюдательное) исследование показало, что терапия кашля с использованием препарата Стодаль эффективна у детей с ОРЗ. На 5-й день терапии врачи оценивали клиническую эффективность противокашлевой терапии у наблюдаемых пациентов: отличная эффективность выявлена у 74% (37) детей, хорошая – у 26% (13) детей.

Результаты нашего наблюдения продемонстрировали хорошую клиническую эффективность и безопасность натуропатического препарата Стодаль как при непродуктивном, так и продуктивном кашле у детей с ОРЗ. Сироп Стодаль имеет приятные органолептические

свойства, удобную дозировку, что обеспечивает ему высокий комплайнс в педиатрической практике. Наше наблюдательное несравнительное исследование показало, что на фоне комплексной терапии ОРЗ с включением препарата Стодаль у детей сухой кашель становится продуктивным ко 2–3-м суткам, а у детей с изначально продуктивным компонентом уменьшается его интенсивность. Назначение данного препарата приводит уменьшению интенсивности дневного кашля и к ликвидации ночного кашля и нарушений сна к 3–4-м суткам наблюдения.

### Заключение

Таким образом, препарат Стодаль демонстрирует хорошую клиническую эффективность, переносимость и безопасность назначения в комплексной терапии ОРЗ у детей и может быть использован в качестве как симптоматической, так и патогенетической терапии кашля у детей.

### Литература

1. Пащикова Т.Л. Комплексный подход к диагностике хронического кашля. Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2003; 2: 10–12.
2. Hsu J-Y, Stone RA, Logan-Sinclair R, Worsdell M, Busst C, Chung KF. Coughing frequency in patients with persistent cough using a 24-hour ambulatory recorder. Eur. Respir. J. 1994; 7: 1246–1253.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.
4. Ключников С.О., Зайцева О.В., Османов И.М., Крапивкин А.И., Кешшян Е.С., Блинова О.В., Быстрова О.В. Острые респираторные заболевания у детей. Пособие для врачей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008; 3: 1–36.
5. Самсыгина Г.А. Кашель у детей (патофизиология, клиническая интерпретация, лечение). М.: Педиатр, 2016: 163.
6. Alessandro Zanasi, Salvatore Cazzato, Massimiliano Mazzolini, Carla Maria Sofia Ierna, Marianna Mastroroberto, Elena Nardi, Antonio Maria Morselli-Labate. Does additional antimicrobial treatment have a better effect on URTI cough resolution than homeopathic symptomatic therapy alone? A real-life preliminary observational study in a pediatric population. Multidisciplinary Respiratory Medicine. 2015; 10 (1): 25.
7. Zanasi A, Mazzolini M, Tursi F, Morselli-Labate AM, Paccapelo A, Lecchi M. Homeopathic medicine for acute cough in upper respiratory tract infections and acute bronchitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Pulm. Pharmacol. Ther. 2014; 27 (1): 102–108.
8. Селькова Е.П., Лапицкая А.С., Гудова Н.В., Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В. Тактика лечения непродуктивного кашля у детей при заболеваниях респираторного тракта вирусной этиологии. Лечащий врач. 2013; 8: 99–103.
9. Радциг Е.Ю. Современные комплексные гомеопатические препараты для профилактики и лечения острых респираторных инфекций и гриппа у детей. Педиатрия. 2013; 2: 120–126.
10. Радциг Е.Ю. Эмпирическая терапия хронического кашля у детей. Вопросы современной педиатрии. 2011; 2: 170–172.
11. Короид Н.В., Заплатников А.Л., Мингалимова Г.А., Глухарева Н.С. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение. Русский медицинский журнал. 2011; 22: 1365–1370.
12. Селькова Е.П., Лапицкая А.С., Гудова Н.В., Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В. Тактика лечения непродуктивного кашля у детей при заболеваниях респираторного тракта вирусной этиологии. Лечащий врач. 2013; 8: 99–103.
13. Карпова Е.П., Тулунов Д.А. Симптоматическая терапия кашля при оториноларингологической патологии у детей. Педиатрия. 2014; 93 (2): 96–98.

