

Острые респираторные вирусные инфекции у детей: как улучшить качество лечения

А.И. Сафина, <https://orcid.org/0000-0002-3261-1143>, safina_asia@mail.ru

Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36

Резюме

Вопросы улучшения качества лечения детей с острыми респираторными инфекциями с минимизацией нежелательных эффектов и уменьшением полипрагмазии остро стоят на повестке дня. Безопасность и эффективность терапии – ключевые критерии качества, что позволяет использовать комплексные биорегуляционные препараты с противовирусным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием в комплексной терапии острых респираторных инфекций у детей. В статье представлены клинические случаи эффективного лечения острой респираторной инфекции при помощи назначения биорегуляционной терапии. В первом случае – ребенок 3 лет, состояние при обращении средней степени тяжести, повышение температуры до 38,4 °С, катаральные проявления. Диагноз: J00 – ОРВИ, острый назофарингит. Во втором случае – ребенок 5 лет с жалобами на фебрильную лихорадку до 38,3 °С, отмечено затруднение носового дыхания (особенно по ночам), слизистое отделяемое из носа, кашель влажный с трудно отхаркиваемой мокротой. Диагноз: J00, J35.2, J35.8 – ОРВИ, гипертрофия носоглоточной миндалины 2-й ст., аденоидит. В третьем случае – ребенок 12 лет с жалобами на фебрильную лихорадку в течение 3 сут. (температура 38,3–38,7 °С). Состояние средней степени тяжести за счет синдрома интоксикации, гипертермии. Жалобы на боль в горле, усиливающуюся при приеме пищи. При фарингоскопии: небные миндалины гиперемизированы, увеличены, отечны, в лакунах – желтоватые наложения. Диагноз: J03.9 – острый тонзиллит неуточненный? Всем пациентам была назначена комплексная биорегуляционная терапия с высоким профилем комплаентности, хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов. Данная терапия способствовала снижению полипрагмазии и предупреждению рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции (ОРИ), биорегуляционная системная медицина, тонзиллит, аденоидит, ринофарингит

Для цитирования: Сафина А.И. Острые респираторные вирусные инфекции у детей: как улучшить качество лечения. *Медицинский совет*. 2023;17(1):206–210. <https://doi.org/10.21518/ms2022-015>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

A cute respiratory viral infections in children: how to improve the quality of treatment

Asiya I. Safina, <https://orcid.org/0000-0002-3261-1143>, safina_asia@mail.ru

Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia

Abstract

The issues of improving the quality of treatment of children with acute respiratory infections combined with minimization of the adverse effects and reduction of polypragmasy are high on the agenda. The safety and efficacy of therapy are the key quality criteria, which allows to use complex bioregulatory drugs with antiviral, anti-inflammatory and immunomodulatory effects in the combination therapy of acute respiratory infections in children. The article presents clinical cases of effective treatment of acute respiratory infections using bioregulatory therapy. Clinical case 1: a 3-year-old child, general condition of moderate severity during initial presentation, rise of body temperature up to 38.4 °C, catarrhal manifestations. Diagnosis: J00 – ARVI, acute nasopharyngitis. Clinical case 2: a 5-year-old child, complaints of fever up to 38.3 °C, nasal breathing difficulty (especially at night) reported, nasal discharge, wet cough with difficulty in expectoration of sputum. Diagnosis: J00, J35.2, J35.8 – ARVI, grade 2 pharyngeal tonsil hypertrophy, adenoiditis. Clinical case 3: a 12-year-old child, complaints of fever for 3 days (temperature 38.3–38.7 °C). General condition of moderate severity due to intoxication syndrome, hyperthermia. Complaints of sore throat that was exacerbated by eating. Pharyngoscopy showed hyperemic, enlarged, edematous palatine tonsils, yellowish overlays located in lacunae. Diagnosis: J03.9 Acute tonsillitis, unspecified? All patients were prescribed combination bioregulatory therapy with a high compliance profile, good tolerance and absence of side effects. This therapy contributed to the reduction of polypragmasy and the prevention of recurrent upper respiratory infections.

Keywords: acute respiratory infections (ARI), bioregulatory systemic medicine, tonsillitis, adenoiditis, nasopharyngitis

For citation: Safina A.I. A cute respiratory viral infections in children: how to improve the quality of treatment. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(1):206–210. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2022-015>.

Conflict of interest: the author declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы совершенствования терапии острых респираторных инфекций – актуальная проблема современной практической медицины. Согласно статистике, число препаратов, принимаемых при ОРВИ, в 70% случаев достигает трех и более наименований, что вызывает риск лекарственных взаимодействий и нежелательных явлений. Так, прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% пациентов, прием пяти увеличивает частоту таких эффектов до 50%, а при приеме 10 препаратов этот показатель достигает 100% случаев [1]. Назначение противовирусных средств в лечении ОРВИ чаще запаздывает, кроме того, к ним может сформироваться устойчивость, которая снижает эффективность терапии. Так, по данным зарубежных авторов, частота развития резистентности вирусов на ингибиторы нейраминидазы амантадин и ремантадин – до 30% [2], осельтамивир – до 4% у взрослых [3] и до 18% у детей [4]. Несмотря на то что острые респираторные инфекции чаще имеют вирусную этиологию, очень часто и обоснованно в лечении ОРИ назначаются антибактериальные препараты. Примерно 28% всех ежегодных расходов на лекарства в США приходится на лечение простуды и гриппа, из них 55% приходится на антибиотики. Отмечается неоправданно высокое (до 70% и выше) назначение врачами первичного звена антибактериальных препаратов. Так, в США в 2004–2008 гг. ≈23% посещений педиатра привели к выписке рецептов на антибиотики. Другое исследование установило, что количество ежегодных рецептов на антимикробные препараты для лечения ОРИ составляло 221 на 1 000 детского населения, но только в 50% случаев они были действительно показаны [5, 6]. Результаты исследований последних лет свидетельствуют, что неоправданно высокое применение антибиотиков при ОРИ повышает резистентность возбудителей и снижает активность мукозального иммунитета респираторного тракта. У ряда детей раннее применение антибиотиков при ОРВИ повышает риск развития астмы: метаанализ 8 исследований показал, что применение антибиотиков вдвое повышает относительный риск (ОР 2,05) бронхиальной астмы [6].

Как мы можем улучшить качество лечения детей с острыми респираторными инфекциями?

Ответы на этот вопрос очевидны:

- Избегать необоснованного назначения лекарственных препаратов и полипрагмазии.
- Уменьшить частоту назначения антибактериальных препаратов.
- Обеспечить безопасность лечения для пациентов.
- Улучшить самочувствие пациентов, т. е. качество жизни пациентов, уменьшив выраженность симптомов заболевания (ринит, кашель, лихорадка и др.).
- Уменьшить риск развития бактериальных осложнений (синусит, отит, пневмония и др.).

БИОРЕГУЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОРИ

В практической работе придерживаться этих критериев не всегда удается в силу разных причин. Добиться максимального эффекта в лечении ОРИ минимальными методами можно с помощью комплексных биорегуляционных препаратов, которые может использовать врач любой специальности согласно разработанным показаниям с учетом симптомов заболевания (ринит, кашель, лихорадка и пр.). Эффективность биорегуляционной (гомеопатической) терапии в лечении ОРИ доказана в многочисленных исследованиях. Так, метаанализ 29 исследований (17 РКИ), включавших 5 062 пациента с острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, показал положительный результат в пользу гомеопатии [7, 8].

Метаанализ эффективности гомеопатического лечения ОРИ и частоты использования антибиотиков, включавший 9 РКИ и 8 когортных исследований, показал, что результаты гомеопатического лечения были положительными с более быстрым разрешением симптомов заболевания и уменьшением частоты использования антибиотиков [9]. Во Франции было проведено национальное исследование пациентов с ОРВИ (в 74% – с острым ринофарингитом), которое должно было определить, насколько различается использование антибиотиков и симптоматической терапии у пациентов, лечащихся только лекарственными препаратами, комбинацией лекарственных препаратов и гомеопатии, или получающих только гомеопатическое лечение. В результате был сделан вывод, что у пациентов, получающих гомеопатическое лечение, реже возникала потребность в использовании антибиотиков (в 2,2 раза), антипиретиков и противовоспалительных препаратов (в 1,9 раза) [10].

Использование биорегуляционных препаратов основано на принципе, что инфекционная болезнь, как и любая другая, представляет собой динамический процесс, на который необходимо влиять с разных сторон. Именно поэтому в одних случаях лечение предусматривает воздействие на возбудитель заболевания, в других – на усиление защитных сил организма, в третьих – на подавление воспаления, а чаще всего – на все факторы вместе взятые. Можно комбинировать сразу несколько препаратов и сочетать с препаратами общепринятой медицины. Рассмотрим использование биорегуляционных препаратов в лечении ОРИ у детей на клинических примерах.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

На приеме у педиатра – ребенок 3 лет. Состояние при обращении средней степени тяжести. Ребенок болен 2 дня. Отмечается повышение температуры до 38,4 °С, заложенность носа и необильные слизистые выделения. В зеве – умеренная гиперемия миндалин и язычка, ангина на мягком небе, миндалины умеренно увеличены, отечные, налетов нет. Кашель редкий, сухой. В легких

хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. По остальным органам без патологии. При осмотре: ребенок беспокойный, капризный, по словам родителей, отказывается от приема лекарств, нарушен сон. Аллергологический анамнез не отягощен. Ребенок болеет редко, антибактериальные препараты для лечения респираторных инфекций не получал. Диагноз: J00 – ОРВИ, острый назофарингит. Назначено лечение: щадящий режим, обильное питье (вода, фруктовый сок, морсы). Рекомендована элиминационная терапия, т. е. введение в нос физиологического раствора несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия [11]. Назначена комплексная биорегуляционная терапия комбинированным препаратом на основе *Vincetoxicum hirundinaria* (винцетоксикум гирундины) в форме подъязычных таблеток и многокомпонентными гомеопатическими свечами. Терапия была направлена на активацию и поддержку собственных защитных систем организма, т. е. на усиление естественной реакции иммунной системы на заражение вирусами [12], что позволяет снизить тяжесть симптомов и ускорить выздоровление. Препарат разрешен с 3-летнего возраста, был назначен ребенку по 1 таблетке х 3 раза в день за 30 мин или спустя 1 ч после приема пищи. Суточную дозу препарата родители растворяли в небольшом количестве воды (примерно 100 мл) и поили ребенка 3 раза в день. Применение гомеопатических ректальных суппозиторий способствовало купированию лихорадочного состояния и снижению воспалительного процесса. Через 3 дня (на 5-й день заболевания) температура у ребенка 36,6 °С, появился аппетит, нормализовался сон. Сохранялась заложенность носа, обильные слизистые выделения. Рекомендовано назначение сосудосуживающих капель (деконгестантов) в нос коротким курсом 3–5 дней, поскольку, хотя данные препараты не укорачивают длительность насморка, они облегчают симптомы заложенности носа, а также помогают восстановить функцию слуховой трубы. Родители отмечали высокую комплаентность проводимой биорегуляционной терапии, хорошую переносимость и отсутствие побочных эффектов. Повторный осмотр на приеме педиатра назначен через 3 дня (8-й день заболевания). Отмечается, что ребенок полностью выздоровел, исчезла клиника заболевания, жалоб нет. Таким образом, врачу-педиатру с помощью биорегуляционной системной терапией удалось провести эффективное и безопасное лечение.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Ребенок 5 лет с жалобами на фебрильную лихорадку до 38,3 °С в течение 3 дней, отмечается затрудненное носовое дыхание (особенно по ночам), слизистое отделяемое из носа, кашель влажный, с трудно отхаркиваемой мокротой, преимущественно ночью и утром после пробуждения. При осмотре отмечается умеренная гиперемия зева, гипертрофия фолликулов по задней стенке глотки, постназальный синдром – стекание отделяемого по задней стенке глотки. Увеличение подчелюстных

и передних шейных лимфоузлов до 0,5 см; консистенция их мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожные покровы бледные, чистые. Сердечные тоны ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. По другим органам и системам без особенностей. Стул, диурез в норме. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на орехи, цитрусовые, шоколад, яйца. Ребенок часто болеет респираторными инфекциями с 3-летнего возраста (с начала посещения детского сада) – примерно 10–12 раз в год. За последний год болел реже, но 2 раза перенес острый средний отит, получал антибактериальную терапию. Наблюдается у оториноларинголога с диагнозом «Гипертрофия носоглоточной миндалины 2-й ст.». Диагноз: J00, J35.2, J35.8 – ОРВИ, гипертрофия носоглоточной миндалины 2-й ст., аденоидит [13]. Ребенку была назначена комплексная биорегуляционная терапия комбинированным препаратом на основе *Vincetoxicum hirundinaria* (винцетоксикум гирундины) по 1 таблетке сублингвально 3 раза в день и многокомпонентными гомеопатическими свечами с противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной целью для купирования лихорадки. Была назначена ирригационно-элиминационная терапия с целью оптимизации туалета полости носа и отхаркивающий муколитический препарат с целью уменьшения выраженности постназального затека. С противовоспалительной целью назначен многокомпонентный гомеопатический лечебный спрей, обладающий также противовирусной активностью и способствующий восстановлению защитного барьера слизистой носа. Режим дозирования назначен следующий: по 1 дозе 3 раза в день впрыскивать в полость носа до исчезновения симптомов аденоидита. Противовирусный эффект препарата заключается в ингибировании репликации вирусов, например респираторно-синцитиального, гриппа, вируса простого герпеса 1-го типа, на 30–40% [14, 15]. Противовоспалительное действие спрея выражается в моделировании выработки провоспалительных (ИФН-γ, ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-10) медиаторов иммунной системы [16]. Благодаря противовирусным и противовоспалительным свойствам спрей обеспечил нормальное функционирование слизистой оболочки полости носа: значительно снизил дневную и ночную обструкцию носа, улучшил проходимость носовых ходов столь же эффективно, как и ксилометазолин. Так как спрей не вызывал лекарственной токсичности, его можно было использовать более 2 нед. и сочетать со стандартной терапией [17–19]. При повторном осмотре ребенка через 3 дня от начала лечения отмечалась нормализация температуры, значительное уменьшение отека полости носа, улучшение носового дыхания, уменьшение обструкции во сне и кашля. Полное купирование клинических симптомов аденоидита – на 9-й день терапии. Биорегуляционная терапия комбинированным препаратом на основе *Vincetoxicum hirundinaria* (винцетоксикум гирундины) и гомеопатическим спреем была продолжена до 1 мес. с целью профилактики рецидива аденоидита. После

окончания комплексного лечения безрецидивный интервал составил 4,2 мес., тогда как интервал между обострениями до комплексной биорегуляционной терапии составлял в среднем 2–2,5 мес.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 3

Ребенок 12 лет обратился к педиатру с жалобами на фебрильную лихорадку в течение 3 сут. (температура 38,3–38,7 °C). Состояние средней степени тяжести за счет синдрома интоксикации, гипертермии. Ребенок жалуется на боли в горле, усиливающиеся при приеме пищи. При фарингоскопии: небные миндалины гипертрофированы, увеличены, отечны, в лакунах – желтоватые наложения. Увеличены подчелюстные и переднешейные лимфоузлы до 0,7–1,0 см, умеренно болезненные при пальпации. Язык обложен беловатым налетом. Кожа чистая. В легких – дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. По внутренним органам без особенностей. Стул, диурез – в норме. Был выставлен предварительный диагноз: J03.9 – острый тонзиллит неуточненный? Для дифференциальной диагностики вирусного и стрептококкового острого тонзиллита была проведена оценка симптомов по шкале МакАйзека (табл.).

Мы получили максимальное количество баллов, что с высокой долей вероятности свидетельствует о стрептококковой этиологии тонзиллита у ребенка и позволяет врачу-педиатру назначить ребенку антибактериальную терапию [20]. По настоянию родителей был проведен уточняющий экспресс-тест на БГСА, который оказался положительным. Таким образом, окончательный диагноз у ребенка: J03.0 – Острый стрептококковый тонзиллит. Была назначена антибактериальная терапия амоксициллином в дозе 50 мг/кг курсом 10 дней, теплое питье и местный антисептик бензидамина гидрохлорид в виде спрея. С противовоспалительной и иммуномодулирующей целью были назначены комбинированный препарат на основе *Vincetoxicum hirundinaria* (винцетоксикум гирундины) по 2 таблетке сублингвально 3 раза в день и многокомпонентные гомеопатические свечи 3 раза в день. Через 48 ч отмечалось купирование лихорадки, уменьшение боли в горле. Полное выздоровление произошло через 7 дней, однако антибактериальная терапия и лечение комбинированным препаратом на основе *Vincetoxicum hirundinaria* было продолжено по 1 таблетке сублингвально 3 раза в день до 10 дней.

- **Таблица.** Оценка пациента 12 лет по шкале МакАйзека
- **Table.** Scoring of a 12-year-old patient according to the McIsaac scale

Критерии	Баллы
T > 38 °C	1
Кашля нет	1
Увеличение и болезненность шейных лимфоузлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст 3–14 лет	1
≥15 лет	0
Итого	5 баллов

В течение 1 мес. после выздоровления мальчик находился на диспансерном учете у участкового педиатра. Были выполнены анализы крови и мочи, которые не выявили отклонений. Для восстановления микробиоты слизистой оболочки ротоглотки после перенесенного заболевания и профилактики рецидивов были назначены пробиотики, содержащие в своем составе микроорганизмы, относящиеся к индигенным бактериям слизистой оболочки ротоглотки, сроком на 1 мес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОРИ являются наиболее частой проблемой детского возраста, с максимальной частотой в раннем детстве. ОРВИ обычно длятся 7–10 дней, протекают доброкачественно и завершаются без последствий. Однако у части детей могут развиваться бактериальные осложнения (отит, бактериальный синусит, бронхит, пневмония), требующие своевременной диагностики и изменения тактики лечения. Лечение ОРВИ зависит от степени тяжести и возраста пациента и должно быть максимально индивидуальным. Необходимо избегать полипрагмазии, необоснованного использования антибактериальных препаратов и средств с недоказанной эффективностью, поскольку такое лечение чревато развитием побочных эффектов. Улучшить качество лечения ОРВИ можно, используя комплексные биорегуляционные препараты, обладающие противовирусным, иммуномодулирующим действием, способствующие купированию лихорадки и быстрому восстановлению слизистой носа.



Поступила / Received 29.08.2022
Поступила после рецензирования / Revised 22.12.2022
Принята в печать / Accepted 28.12.2022

Список литературы / References

1. Menneghetti A., Mosenifar Z., Rutecki G.W., Talavera F. *Upper Respiratory Tract Infection*. 2015. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/302460-overview#a1>.
2. Hawke K., van Driel M.L., Buffington B.J., McGuire T.M., King D. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9(9):CD005974. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005974.pub5>.
3. Gubareva L.V., Kaiser L., Matrosovich M.N., Soo-Hoo Y., Hayden F.G. Selection of influenza virus mutants in experimentally infected volunteers treated with oseltamivir. *J Infect Dis*. 2001;183(4):523–531. <https://doi.org/10.1086/318537>.
4. Moscona A. Oseltamivir resistance – disabling our influenza defenses. *N Engl J Med*. 2005;353(25):2633–2636. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058291>.
5. Fleming-Dutra K.E., Hersh A.L., Shapiro D.J., Bartoces M., Enns E.A., File T.M.Jr. et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010–2011. *JAMA*. 2016;315(17):1864–1873. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4151>.
6. Jariti T., Gern J.E. Role of viral infections in the development and exacerbation of asthma in children. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):895–906. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.08.003>.
7. Bergemann S.M., Bornhoft G., Bloch D., Vogt-Frank C., Righetti M., Thurneysen A. Clinical studies on the effectiveness of homeopathy

- for URTI/A (Upper Respiratory Tract Infections and Allergic Reactions). In: Bornhoft G, Matthiessen P.F. (eds.). *Homeopathy in Healthcare – Effectiveness, Appropriateness, Safety, Costs*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011, pp. 127–157. https://doi.org/10.1007/978-3-642-20638-2_10.
8. Bornhöft G., Wolf U., von Ammon K., Righetti M., Maxion-Bergemann S., Baumgartner S. et al. Effectiveness, Safety and Cost-Effectiveness of Homeopathy in General Practice – Summarized Health Technology Assessment. *Forsch Komplementmed*. 2006;13(2):19–29. <https://doi.org/10.1159/000093586>.
 9. Fixsen A. Homeopathy in the Age of Antimicrobial Resistance: is it a viable treatment for upper respiratory tract infection? *Homeopathy*. 2018;107(2):99–114. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1621745>.
 10. Grimaldi-Bensouda L., Be'gaud B., Rossignol M., Avouac B., Lert F., Rouillon F. et al. Management of Upper Respiratory Tract Infections by Different Medical Practices, Including Homeopathy, and Consumption of Antibiotics in Primary Care: The EPI3 Cohort Study in France 2007–2008. *PLoS ONE*. 2014;9(3):e89990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089990>.
 11. Kenealy T., Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(6):CD000247. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000247.pub3>.
 12. Oberbaum M., Glatthaar-Saalmüller B., Stolt P., Weiser M. Antiviral activity of Engystol: an in vitro analysis. *J Altern Complement Med*. 2005;11(5):855–862. <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.855>.
 13. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Карнеева О.В., Поляков Д.П. *Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин: клинические рекомендации*. М.; 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/662_1. Karpova E.P., Tulupov D.A., Korneeva O.V., Polyakov D.P. *Hypertrophy of the adenoids. Hypertrophy of the palatine tonsils: clinical recommendations*. Moscow; 2021. (In Russ.) Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/662_1.
 14. Glatthaar-Saalmüller B., Borner M., Weiser M. Euphorbium compositum: viruses of the upper respiratory tract inhibited. *Biologische Medizin*. 2002;4:194–195.
 15. Metelmann H., Glatthaar-Saalmüller B. Antiviral Action of a Homeopathic Medication. In *Biomed Ther*. 2000;18(1):160–164.
 16. Schmolz M., Metelmann H. Modulation of Cytokine Synthesis in Human Leukocytes by Individual Components of a Combination Homeopathic Nasal Spray. *Biomed Ther*. 1999;17(2):61–63.
 17. Ammerschläger H., Klein P., Weiser M., Oberbaum M. Treatment of Inflammatory Diseases of the Upper Respiratory Tract – Comparison of a Homeopathic Combination Preparation with Xylometazoline. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*. 2005;12(1):24–31. <https://doi.org/10.1159/000082934>.
 18. Gottwald R., Weiser M. Antihomotoxic Treatment of Chronic Sinusitis. In *Intern. J Biomed Res Ther*. 2000;13(3):84–87.
 19. Zenner S., Metelmann H. Empirical Data on Therapy with a Homeopathic Nasal Spray. *Biomed Ther*. 1997;15(3):82–88. Available at: <https://www.biopathica.co.uk/Articles/Clinical%20Trials/4%20-%20Emperical%20Data%20on%20Therapy%20with%20a%20Homeopathic%20Nasal%20Spray.pdf>
 20. Дайхес Н.А., Баранов А.А., Любзин Ю.В., Намазова-Баранова Л.С., Козлов Р.С., Поляков Д.П. и др. *Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит): клинические рекомендации*. М.; 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/306_2. Daikhes N.A., Baranov A.A., Lyubzin Y.S. Namazova-Baranova L.S., Kozlov R.S. Polyakov D.P. et al. *Acute tonsillitis and pharyngitis (acute tonsillopharyngitis): clinical recommendations*. Moscow; 2021. (In Russ.) Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/306_2.

Информация об авторе:

Сафина Асия Ильдусовна, д.м.н., профессор, заслуженный врач Республики Татарстан, заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии имени профессора Е.М. Лепского, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Бултерова, д. 36; safina_asia@mail.ru

Information about the author:

Asiya I. Safina, Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of the Republic of Tatarstan, Head of the Department of Pediatrics and Neonatology named after Professor E.M. Lepsky, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; safina_asia@mail.ru