

Эффективность фенспирида гидрохлорида в терапии обструктивного бронхита у детей с острыми респираторными заболеваниями

О.В.Зайцева¹, И.Г.Степанова², Т.П.Рубцова², С.В.Зайцева², О.Б.Воронина²

¹Российский государственный медицинский университет, Москва;

²Детская клиническая больница №38 ФУ Медбиоэкстрем, Москва

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) и бронхиальная астма (БА) являются самыми распространенными причинами развития бронхиальной обструкции у детей. В патогенезе последней (особенно при ОРЗ) основное значение имеет воспаление слизистой оболочки бронхов как универсальная реакция на воздействие инфекционных агентов. В связи с этим, в лечении ОРЗ у детей рационально применение целенаправленной противовоспалительной терапии. В частности, противовоспалительным действием, направленным на все фазы воспалительного процесса на слизистой оболочке дыхательных путей обладает фенспирид, часто применяемый при острых респираторных инфекциях у детей, протекающих с обструктивным бронхитом. Нами исследована его клиническая эффективность у 63 детей в возрасте от 6 месяцев до 7 лет с установленным диагнозом обструктивного бронхита, развившегося на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Установлено, что назначение фенспирида в форме сиропа в суточной дозе 4 мг/кг в 2 приема в первые дни острой респираторной инфекции способствовало сокращению продолжительности основных ее клинических симптомов, в том числе бронхиальной обструкции, предотвращало развитие бактериальных осложнений, уменьшало необходимость применения бронхолитиков и системных антибиотиков, укорачивало сроки госпитализации.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, обструктивный бронхит, дети, фенспирид

Efficacy of fenspiride hydrochloride in therapy of obstructive bronchitis in children with acute respiratory diseases

O.V.Zaitseva¹, I.G.Stepanova², T.P.Rubtsova², S.V.Zaitseva², O.B.Voronina²

¹Russian State Medical University, Moscow;

²Pediatric Clinical Hospital No.38 Medbioekstrem, Moscow

Acute respiratory diseases (ARD) and bronchial asthma (BA) are the most common causes of development of bronchial obstruction in children. In the pathogenesis of the latter (especially in ARD), inflammation of the mucous membrane of the bronchi is of basic importance as a universal reaction to action of infectious agents. In this connection, a target anti-inflammatory therapy will be expedient for treatment of ARD in children. In particular, an anti-inflammatory action aimed at all phases of the inflammatory process of the mucous membrane of the respiratory tract is characteristic of fenspiride fenspiride that is often administered to children with acute respiratory infections going on with obstructive bronchitis. We studied its clinical efficacy in 63 children from 6 months to 7 years of age diagnosed with obstructive bronchitis that had developed against the background of acute respiratory viral infection. It was established that administration of fenspiride in syrup in the daily dose of 4 mg/kg 2 times per day during the first days of acute respiratory infection contributed to shorter duration of its major clinical symptoms, including bronchial obstruction, prevented the development of bacterial complications, decreased the need for using bronchial spasmolytics and system antibiotics, shortened the terms of staying at hospital.

Key words: acute respiratory diseases, obstructive bronchitis, children, fenspiride

Бронхообструктивный синдром (БОС) у детей встречается достаточно часто и может быть проявлением многих заболеваний. Но самыми распространенными причинами его развития являются острые респираторные инфекции и бронхиальная астма (БА) [1, 2]. В то же время из-

вестно, что больные БА предрасположены к рецидивированию респираторных заболеваний (ОРЗ), на фоне которых, как правило, развивается ее обострение. Следовательно, своевременная и эффективная терапия ОРЗ, особенно у детей с отягощенным преморбидным фоном, имеет не только лечебное, но и важное профилактическое значение [2–5].

В настоящее время доказано, что воспаление слизистой оболочки бронхов является основным звеном патогенеза бронхиальной обструкции, развившейся на фоне респираторной инфекции. Поэтому применение только бронхолитических и муколитических препаратов у пациентов с острым

Для корреспонденции:

Зайцева Ольга Витальевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней №1 Российского государственного медицинского университета

Адрес: 115522, Москва, ул. Москворечье, 20

Телефон: (095) 324-3366

Статья поступила 20.04.2004 г., принята к печати 04.10.2004 г.

обструктивным бронхитом часто не позволяет ликвидировать «порочный круг», сформировавшийся в течение болезни. В связи с этим, актуальным является поиск новых медикаментозных средств, направленных на снижение активности воспаления.

В последние годы в качестве неспецифического противовоспалительного средства при заболеваниях органов дыхания у детей успешно применяется фенспирид. Противовоспалительный механизм действия препарата обусловлен блокированием Н1-гистаминовых, α -адреноэргических и клеточных рецепторов, уменьшением образования лейкотриенов и других медиаторов воспаления, подавлением миграции эффекторных воспалительных клеток. Таким образом, он уменьшает действие основных патогенетических факторов, которые способствуют развитию воспаления, гиперсекреции слизи, гиперреактивности и обструкции бронхов.

Высокая эффективность фенспирида у детей с острыми респираторными инфекциями, в том числе и у пациентов с бронхообструктивным синдромом, была продемонстрирована многочисленными клиническими исследованиями [6–10]. Так, клиническая эффективность фенспирида в форме сиропа была доказана в ходе европейского мультицентрового исследования у 232 детей первых шести лет жизни с респираторными заболеваниями различной этиологии (бактериальной, вирусной, аллергической) [10]. Явное уменьшение клинических проявлений болезни, в том числе и бронхиальной обструкции, отмечалось на 3 сут от начала терапии, к 7 дню лечения респираторные симптомы встречались спорадически. Отмечалась хорошая переносимость препарата детьми раннего возраста.

Сравнительное открытое исследование клинической эффективности фенспирида у 65 детей возрасте от 6 мес до 3 лет с обструктивным бронхитом также продемонстрировало высокую эффективность и безопасность препарата [6]. Авторами отмечено, что препарат не усиливал проявлений бронхообструкции, а процесс образования мокроты становился контролируемым; хорошо сочетался с антибиотиками, дополняя их действие.

Широкомасштабное мультицентровое исследование, в котором наблюдалось 2582 пациента с острыми инфекционно-воспалительными респираторными заболеваниями, проведенное в 9 регионах России [7]. Возраст больных варьировал от первых недель жизни до 16 лет.

Фенспирид был включен в терапию у подавляющего большинства детей на 1–3 сут от начала болезни. Монотерапию получали 33% больных, фенспирид в сочетании с Биопароксом (местный препарат с антибактериальным противовоспалительным действием) – 47%, с системными антибиотиками – 20% наблюдаемых детей.

Эффективность препарата как «отличная» была оценена у 42%, как «хорошая» – у 46% детей. Частота нежелательных реакций при монотерапии составила 0,12% (аллергическая сыпь, тошнота, диарея). Авторы считают фенспирид высокоэффективным и безопасным препаратом, способным существенно облегчить течение ОРЗ у детей, особенно при назначении его в первые дни заболевания.

Цель настоящего исследования – изучение клинической эффективности препарата Эреспал (фенспирид, Лаборато-

рии Сервье, Франция) у детей с обструктивным бронхитом, развившимся на фоне ОРЗ.

Кроме того, оценивалась безопасность фенспирида у этой категории пациентов.

Для выполнения поставленных задач в 2002–2003 гг. было проведено рандомизированное открытое сравнительное исследование под руководством сотрудников кафедры детских болезней №1 РГМУ (зав. кафедрой проф. Г.А.Самсыгина) на клинической базе ДКБ №38 ФУ Медбиоэкстрем (гл. врач к.м.н. В.И.Голоденко).

Пациенты и методы

Под нашим наблюдением находились 63 ребенка в возрасте от 6 мес до 7 лет с установленным диагнозом обструктивного бронхита, развившегося на фоне острой респираторной вирусной инфекции. У всех пациентов респираторная инфекция протекала с катаральными явлениями, признаками интоксикации, лихорадкой, сухим или приступообразным кашлем, умеренной одышкой при нагрузке, физикальными признаками бронхообструкции.

Основную группу составили 43 ребенка, которым, кроме симптоматической терапии, был назначен фенспирид в форме сиропа, в суточной дозе 4 мг/кг в два приема, в первые трое суток от начала респираторной инфекции. Длительность курса составила 5–7 дней. Двадцать больных получали только симптоматическую терапию (группа сравнения). Распределение пациентов по группам производилось методом случайной выборки. Все группы наблюдаемых детей были сравнимы по клиническим проявлениям.

Критерием включения пациентов в исследование был бронхообструктивный синдром легкой или умеренной степени тяжести на фоне ОРВИ, а критериями исключения – тяжелое течение этого синдрома с выраженными явлениями дыхательной недостаточности, требующими интенсивной терапии, необходимость применения системных антибиотиков и анамнестические данные о непереносимости фенспирида.

Результаты лечения оценивались ежедневно в течение 7 дней на основании динамики клинических симптомов респираторной инфекции и бронхообструктивного синдрома. Мониторинг нежелательных эффектов, связанных с использованием препарата, проводился в течение всего периода наблюдения.

На каждого ребенка заполнялась карта наблюдения, которая включала:

- диагноз, в том числе и сопутствующих заболеваний;
- динамику клинических признаков, характерных для ОРЗ (головная боль, лихорадка, насморк, гиперемия зева, кашель); каждый признак оценивали по 3-балльной системе (0 – отсутствует, 1 – умеренно выражен, 2 – сильно выражен);
- оценку суммарного индекса симптомов (СИС) бронхообструкции (дистантное свистящее дыхание, сухие свистящие хрипы при аускультации, появление одышки, использование бронхолитиков) также проводили с помощью балльной системы (0 – нет симптомов, 1 – появление симптомов только при физической нагрузке, 2 – симптомы возникают в покое, 3 – непрерывно рецидивируют симптомы выраженной обструкции); в последующем по сумме количества баллов оценивалась результативность лечения;

- назначение бронхолитиков, системных антибиотиков и др.;
- осложнения или ранние рецидивы заболевания;
- нежелательные реакции;
- оценку эффективности терапии, с учетом клинических и лабораторных показателей: «отличная» – при полном исчезновении клинических симптомов ОРЗ и бронхообструкции; «хорошая» – при значительном улучшении состояния больного (при возможном сохранении редкого кашля и/или единичных свистящих хрипов при аускультации); «удовлетворительная» – уменьшение выраженности клинических симптомов к 7 суткам от начала лечения. При отсутствии положительной клинической динамики лечение считалось неэффективным.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные наблюдения показали, что у всех больных до начала терапии ведущими симптомами ОРЗ были умеренная интоксикация, лихорадка, заложенность носа, отек и гиперемия слизистой оболочки глотки. Сухой, непродуктивный кашель отмечался у трети пациентов, у остальных кашель был продуктивным, но с трудно откашливаемой мокротой, приступообразный был отмечен у 18 больных (28,5%). Одышка при умеренной физической нагрузке была выявлена более чем у половины пациентов. Дистантные свистящие хрипы в покое выслушивались у трети больных, в то время как физикальные признаки бронхообструкции в виде свистящих хрипов при аускультации – у всех пациентов, причем у подавляющего большинства они сочетались с непостоянными разнокалиберными влажными хрипами на фоне жесткого дыхания.

Анализ ежедневной динамики симптомов ОРЗ показал, что у пациентов основной группы на фоне применения препарата отмечалась быстрая положительная динамика. У детей группы сравнения, получавших только симптоматическую терапию, исчезновение симптомов ОРЗ наблюдалось на 2–4 дня позже (табл. 1).

Так, клинические проявления респираторной инфекции у детей, получавших фенспирид, значительно уменьшились уже на 3 день от начала лечения, что выражалось в уменьшении степени выраженности таких симптомов, как заложенность носа, ринорея, катаральные явления в зеве. К 5 дню терапии отмечалось существенное сокращение частоты респираторных симптомов у 2/3 детей основной группы и у 1/3 – из группы сравнения.

К 7 дню умеренные проявления ринита сохранялись только у 3 (6,9%) пациентов основной группы. При дальнейшем обследовании у них был установлен диагноз хронического аденоидита. Дети из группы сравнения на 7 сут наблюдения более чем в половине случаев имели клинические симптомы воспаления верхних дыхательных путей.

Интоксикация и гипертермия в первые дни заболевания отмечались почти у половины детей обеих групп, к 3-му дню болезни частота этих проявлений значительно уменьшилась, однако в группе детей, не получавших фенспирид, была в 2 раза выше. Через неделю от начала лечения симптомы интоксикации и повышение температуры у детей основной группы отсутствовали, а у пациентов группы сравнения признаки интоксикации сохранялись в четверти случаев, один ребенок продолжал лихорадить.

В первый день наблюдения кашель был характерен для детей обеих групп, причем сухой, непродуктивный кашель отмечался у трети пациентов, в то время как остальные дети трудно откашливали мокроту. У половины пациентов основной группы в течение первых 5 дней отмечалась достаточно быстрая положительная динамика частоты и выраженности кашля, с полным его исчезновением к 7 дню наблюдения у 36 (83,8%) детей. Наилучший клинический эффект отмечен у детей первых трех лет жизни, респираторная инфекция у которых сопровождалась гиперпродуктивным кашлем. У пациентов из группы сравнения через неделю от начала лечения кашель сохранялся у 6 (30%).

Одышка при нагрузке до начала терапии наблюдалась более чем у половины детей обеих групп, на третьи сутки одышка сохранялась с одинаковой частотой (40%) в обеих группах. Однако к 5 дню терапии одышка в группе сравнения была отмечена у 6 (30%) детей, в то время как в основной группе одышка сохранялась лишь у двух детей (4,6%). Через неделю одышка зафиксирована только у 2 (10%) детей из группы сравнения.

Дистантные свистящие хрипы были отмечены при поступлении у 1/3 детей, а к 5 дню терапии – у 2 (4,6%) пациентов основной группы и 2 (10%) – группы сравнения. К 7 дню шумного дыхания у наблюдаемых пациентов не отмечалось.

Физикальные симптомы бронхиальной обструкции до начала терапии выявлялись у всех наблюдаемых детей. К 5 дню лечения бронхообструкция отсутствовала более чем у половины детей, получавших фенспирид и у 1/3 детей из группы сравнения. К 7 дню свистящее дыхание сохранялось

Таблица 1. Динамика частоты клинических симптомов заболевания у детей основной группы (I, n = 43) и группы сравнения (II, n = 20)

Клинический симптомы	Дни наблюдения															
	1		3		5		7		Группы детей							
	I		II		I		II		I		II		I		II	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ринит	43	100	20	100	43	100	20	100	15	34,5	14	70	3	6,9	8	40
Гиперемия зева	43	100	20	100	43	100	20	100	17	39,1	14	70	6	13,8	12	60
Симптомы интоксикации	20	46,4	8	40	11	25,5	8	40	6	13,8	8	40	–	–	5	25
Лихорадка	19	43,7	8	40	5	12,5	5	26,6	–	–	3	15	–	–	1	5
Кашель	43	100	20	100	43	100	20	100	53	53,3	16	80	7	16,2	6	30
Одышка	25	57,2	12	60	18	41,4	9	45	2	4,6	6	30	–	–	2	10
Дистантные свистящие хрипы	15	34,5	6	30	7	16,1	4	20	2	4,6	2	10	–	–	–	–
Физикальные симптомы бронхиальной обструкции	43	100	20	100	43	100	20	100	20	46,6	14	70	6	13,3	6	30
Необходимость в бронхолитиках	–	–	–	–	10	23,2	16	80	8	18,4	14	70	2	4,6	6	30
Необходимость в системных антибиотиках	–	–	–	–	4	9,2	4	20	9	20,7	10	50	10	23,2	10	50

эреспал®

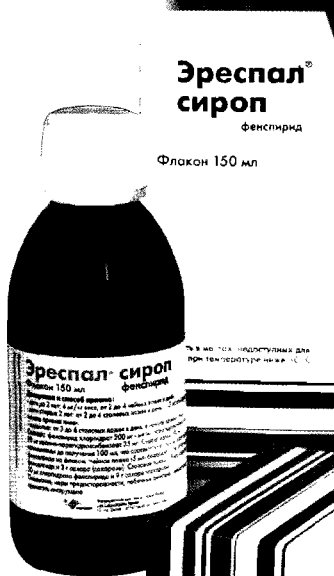
фенспирид

Новое эффективное
противовоспалительное средство

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

- ✓ Патогенетическое воздействие на ключевые звенья воспалительного процесса независимо от этиологии
- ✓ Уменьшение отека слизистой оболочки и гиперсекреции мокроты
- ✓ Противодействие бронхоконстрикции
- ✓ Улучшение отхождения мокроты
- ✓ Воздействие на кашель
- ✓ Улучшение мукоцилиарного клиренса



Эреспал®
сироп
фенспирид

Флакон 150 мл

только по рецепту врача для
при температуре ниже 38,5 °C

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

у 6 (30%) детей группы сравнения и у 6 (13,3%) пациентов, получавших фенспирид, причем у детей группы сравнения степень клинических проявлений обструкции была выше и потребовала назначения бронхолитиков.

Необходимость в бронхолитиках на 3 сутки заболевания была у 10 (23,2%) детей, основной группы и у 16 (80%) в группе сравнения, а к 7 дню – у 2 (4,6%) и 6 (30%) пациентов, соответственно. Следовательно, около 80% детей с острым обструктивным бронхитом при легкой и умеренной степени тяжести бронхообструкции при раннем назначении фенспирида не нуждались в бронхолитической терапии. Эти результаты представляются нам достаточно важными, так как в амбулаторной практике порою единственным препаратом, используемым в аналогичных ситуациях, является эуфиллин. Оптимальные бронхолитики – ингаляционные β_2 -агонисты – нуждаются в специальных методах доставки (небулайзеры, спейсеры) и, как правило, не доступны в домашних условиях при первых эпизодах бронхообструкции у ребенка.

Известно, что теофиллины короткого действия (эуфиллин) в нашей стране до настоящего времени служат основными препаратами для купирования бронхообструкции. Причинами этого являются: низкая стоимость препарата, его довольно высокая эффективность и простота использования. Основным серьезным обстоятельством, ограничивающим использование эуфиллина, является его небольшая «терапевтическая широта» (близость терапевтической и токсической концентраций), что по международным стандартам требует обязательного определения теофиллина в плазме крови. Эуфиллин, обладая бронхолитической и, в определенной мере, противовоспалительной активностью, дает много нежелательных реакций со стороны пищеварительной (тошнота, рвота, диарея), сердечно-сосудистой (риск развития аритмии) и центральной нервной системы (бессонница, тремор рук, возбуждение, судороги). Кроме того, он вызывает метаболические нарушения. У больных, принимающих антибиотики (макролиды) или переносящих респираторную инфекцию, наблюдается замедление клиренса теофиллина, что может вызвать развитие осложнений даже при стандартном дозировании препарата. Наше исследование показало, что применение фенспирида может значительно уменьшить необходимость в назначении эуфиллина детям с обструктивным бронхитом.

Динамика суммарного индекса симптомов бронхообструкции достоверно продемонстрировала высокую эффективность раннего (в первые 1–2 суток) назначения фенспирида у пациентов с острым обструктивным бронхитом. К 5 дню терапии этим препаратом отмечено более быстрое (достоверно значимое) исчезновение симптомов бронхообструкции на фоне уменьшения клинических признаков ОРЗ по сравнению с детьми, получавшими только симптоматическое лечение (табл. 2).

Как известно, комплексная терапия острых респираторных заболеваний обычно не требует применения системных антибиотиков. Показаниями к их назначению являются бактериальная этиология респираторной инфекции, вторичное бактериальное инфицирование, длительная, высокая лихорадка [3]. Таким образом, необходимость в системной анти-

Таблица 2. Суммарный индекс симптомов бронхиальной обструкции (в баллах) у пациентов основной группы (I) и группы сравнения (II) (n = 43 и 20, соответственно)

	Дни наблюдения							
	1		3		5		7	
	I	II	I	II	I	II	I	II
СИС	10,4 ± 0,9	10,1 ± 0,7	8,7 ± 0,5	9,1 ± 0,6	4,1 ± 0,2	7,4 ± 0,2*	1,2 ± 0,1	3,1 ± 0,2*

*p ≤ 0,01.

Таблица 3. Общая оценка эффективности терапии фенспиридом у детей с острым обструктивным бронхитом

Группы	Отличная		Хорошая		Удовлетворительная		Без эффекта	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная	8	18,6	24	55,8	9	20,9	2	4,6
Сравнения	–	–	4	20	11	55	5	25

бактериальной терапии может служить косвенным признаком эффективности лечения респираторной инфекции. В проведенном нами сравнительном исследовании назначение системной антибактериальной терапии на 3–5 день болезни детям, получавшим фенспирид, было необходимо у 9 (20%) детей. У пациентов группы сравнения частота назначения системных антибиотиков была достоверно выше – у 10 (50%).

Побочных эффектов и нежелательных реакций в виде тошноты, рвоты, абдоминальных болей, аллергических реакций при назначении фенспирида в нашем исследовании выявлено не было. Органолептические свойства препарата большинством пациентов были признаны хорошими и удовлетворительными. Вкус препарата не нравился лишь 4 детям в возрасте 4–7 лет, что послужило причиной для его отмены у одного больного.

Общая оценка эффективности фенспирида при назначении в первые двое суток острого респираторного заболевания детям с обструктивным бронхитом была расценена как «отличная» и «хорошая» почти у $\frac{3}{4}$ больных, «удовлетворительная» – у $\frac{1}{5}$ пациентов. Отсутствие эффекта от терапии отмечено всего у 2 из 43 детей (4,6%). В группе сравнения, получавшей только симптоматическое лечение, «хороший» эффект от проводимой терапии был отмечен у 4 из 20 детей (20%), «удовлетворительный» – у 11 (55%) детей и отсутствие эффекта – у четвертой части больных (табл. 3).

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что фенспирид является эффективным и безопасным препаратом для лечения острых респираторных заболеваний у детей, в том числе сопровождающихся обструктивным бронхитом. Установлено, что назначение препарата в первые дни острой респираторной инфекции способствовало быстрому улучшению состояния больных, сокращению продолжительности основных клинических симптомов ОРЗ, в том числе бронхиальной обструкции, предотвращало развитие бактериальных осложнений, уменьшало необходимость применения бронхолитиков и системных антибиотиков, сокращало сроки госпитализации.

В целом многофакторное воздействие фенспирида на воспалительный процесс в респираторном тракте реализу-

ется в уменьшении клинических симптомов респираторной инфекции, а также проявлений бронхообструктивного синдрома и предупреждении возможного его развития в дальнейшем. Под влиянием фенспирида снижается количество выделяемой вязкой мокроты, что связано с уменьшением образования и выделения секрета (муколитическим и отхаркивающим действием фенспирида не обладает), улучшается мукоцилиарный транспорт, снижается степень обструкции дыхательных путей, кашель становится более эффективным. При необходимости его можно сочетать с антибактериальной и жаропонижающей терапией.

Применение фенспирида можно рекомендовать детям с острыми респираторными заболеваниями, в том числе пациентам с острым обструктивным бронхитом.

Литература

1. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста: результаты отдаленного катамнестического наблюдения. Сб. тезисов 1 Всероссийского конгресса по детской аллергологии «Проблемы раннего выявления, профилактики и терапии атопических заболеваний у детей». М., 2001; 46.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей. М., 2002; 70.
3. Blanchard B. Respiratory syncytial virus infections in children. Arch Pediatr 1994; 1(8): 738-45.
4. Faroogi I.S., Hopkin J. Early childhood infection on atopic disorder. Thorax 1998; 53: 927-32.
5. Samolinski B. Influence of fusafungin upon viral and bacterial infections. Med Sci Monit 1997; 3: 736-43.
6. Коровина Н.А. и др. Комплексная терапия обструктивного бронхита с применением фенспирида (Эреспала) у детей раннего возраста. Клиническая фармакология и терапия 2001; (5): 1-4.
7. Самсыгина Г.А. и др. Результаты многоцентрового исследования эффективности фенспирида гидрохлорида (Эреспала) при лечении острой респираторной инфекции у детей. Педиатрия 2002; (2): 81-5.
8. Серeda Е.В. и др. Фенспирид (Эреспал) в терапии бронхитов у детей. Пособие для педиатров. М., 2001; 22.
9. Учайкин В.Ф. и др. Лечение Эреспалом ОРЗ у детей. Педиатрия 2001; спецвыпуск.
10. Brems H.M., Thomas J.R. Клиническая эффективность сиропа Эреспал при респираторных заболеваниях у грудных детей и детей младшего возраста. ARS MEDICI 1982; 37(1): 67-72.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

Клиническая дерматология 2005

Clinical Dermatology 2005
7-9 апреля 2005 г.
Вена, Австрия
Оргкомитет: Organising Secretariat,
CCT Postgraduate Education Limited,
50-52 Union Street, London SE1 1TD,
United Kingdom
Телефон: +44-171-407-9731
Факс: +44-171-378-9268
E-mail: d2000@ccltd.u-unet.com

3-й Всемирный конгресс Международного общества физиотерапевтов и реабилитологов

3rd World Congress of the ISPRM
10-14 апреля 2005 г.
Сан-Пауло, Бразилия
Оргкомитет: Priscila Arakaki –
Secretary, Organizing Committee
Факс: 551-155-497-501
E-mail: isprm2005@isprm.org

Современная клиническая педиатрия

Current Clinical Pediatrics
18-22 апреля 2005 г.
Hilton Head Island, США
Оргкомитет: Continuing Medical
Education, Boston University School
of Medicine, 715 Albany Street. A305.
Boston, MA 02118
Телефон: 617-638-4605
Факс: 617-638-4905
E-mail: cme@bu.edu

8-й Конгресс Европейского общества детских дерматологов

8th Congress of the European Society
for Pediatric Dermatology
5-7 мая 2005 г.
Будапешт, Венгрия
Оргкомитет: Zsuzsa Szalai MD PhD.
Телефон: 36-14-599-132
E-mail: suni@axelero.hu

Детские инфекционные болезни

Pediatric Infectious Diseases
23-27 мая 2005 г.
Bradenton-Sarasota, США
Оргкомитет: Eva Cristina
Телефон: 1-800-325-1961 /
1-941-388-1766
Факс: 941-365-7073
E-mail: mail@ams4cme.com

6-й Европейский конгресс по детской хирургии

6th European Congress of Pediatric
Surgery
26-29 мая 2005 г.
Гданьск, Польша
Оргкомитет: Darek Wyrzykowski
Телефон: 00-48-583-026-427
Факс: 00-48-583-026-427
E-mail: pedsurg@amg.gda.pl

3-й Всемирный конгресс по нефрологии

3rd World Congress of Nephrology
26-30 июня 2005 г.
Сингапур
Оргкомитет: Congress Secretariat
Телефон: 65-63-795-261 / 63-79-52-62
Факс: 65-64-752-077 / 64-75-64-36
E-mail: admin@wcn2005.org

7-й Всемирный конгресс по перинатальной медицине

7th World Congress of Perinatal Medicine
21-24 сентября 2005 г.
Загреб, Хорватия
Оргкомитет: Prof. A. Kurjak
Телефон: 38-113-712-317
Факс: 38-513-745-534
E-mail: wcpm7@net.hr

17-й Международный конгресс по педиатрии

17th International Congress of Pediatrics
29 сентября – 5 октября 2005 г.
Тегеран, Иран
Оргкомитет: Dr. Ali Rabbani
Телефон: 98-216-428-998
Факс: 98-216-923-054
E-mail: pedcong@tums.ac.ir