

ISSN 0031-4036 (Print)  
ISSN 1990-2182 (Online)

# *Педиатрия*

*Журнал имени Г.Н. Сперанского*

*Б.М. Блохин, Г.И. Гордиенко, А.С. Суюндукова,  
И.П. Лобушкова, В.Ю. Стешин*

## **ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ**

**РЕПРИНТ**

**2024/Том 103/№3**



18+



Б.М. Блохин<sup>1,2</sup>, Г.И. Гордиенко<sup>1</sup>, А.С. Суюндукова<sup>1</sup>,  
И.П. Лобушкова<sup>1</sup>, В.Ю. Стешин<sup>1</sup>

## ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра поликлинической и неотложной педиатрии Института материнства и детства  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,

<sup>2</sup>Детский медицинский центр ГМУ Управления делами Президента РФ, г. Москва, РФ



Острые респираторные инфекции (ОРИ) – основная причина заболеваемости детей, в 90% случаев сопровождаются кашлем. Цель исследования: изучить эффективность и безопасность препарата Стодаль® в терапии кашля у детей. Материалы и методы исследования: проведено многоцентровое проспективное наблюдательное нерандомизированное клиническое исследование, в котором участвовали 1000 амбулаторных пациентов с ОРИ в возрасте 2–7 лет, длительность кашля у которых не превышала 3 дней от начала заболевания, в связи с чем всем детям в день обращения был назначен комплексный гомеопатический препарат от кашля. Пациенты были разделены по возрастному критерию: 1-я группа (n=500) – дети от 2 до 4 лет, 2-я группа (n=500) – дети от 4 лет (4 года + 1 день) до 7 лет. Результаты: на 7-й день терапии отмечено статистически значимое снижение выраженности дневного кашля: в 1-й группе выраженность кашля снизилась на 1,51 балла (с 2,16 до 0,65 баллов,  $p < 0,001$ ); во 2-й группе – на 1,56 балла (с 2,24 до 0,68 баллов,  $p < 0,001$ ). Разницы в снижении выраженности дневного кашля между группами не было ( $p = 0,158$ ). Выраженность ночного кашля в 1-й группе снизилась на 1,16 балла (с 1,64 до 0,48 балла,  $p < 0,001$ ), во 2-й группе – на 1,25 балла (с 1,71 до 0,46 балла,  $p < 0,001$ ). Разницы в динамике выраженности ночного кашля между группами в ходе исследования не было ( $p = 0,135$ ). Доля пациентов, у которых кашель на 7-й день лечения купировался полностью либо стал клинически незначим, составила 98%. Эти пациенты считались выздоровевшими. Лечение кашля положительно оценили 95,1% родителей/законных представителей. Нежелательные явления (НЯ) были зарегистрированы у 5 пациентов (0,5%), серьезных НЯ не было. Заключение: эффективность и безопасность исследуемого препарата в терапии кашля при ОРИ у детей 2–7 лет позволяет рекомендовать гомеопатический препарат с комплексным противовоспалительным, противокашлевым и противомикробным действием для включения в схемы лечения с первых дней заболевания.

**Ключевые слова:** дети 2–7 лет, острая респираторная инфекция, кашель, выраженность кашля, Стодаль®.

**Цит.:** Б.М. Блохин, Г.И. Гордиенко, А.С. Суюндукова, И.П. Лобушкова, В.Ю. Стешин. Возможности терапии кашля у детей. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2024; 103 (3): 122–132. DOI: 10.24110/0031-403X-2024-103-3-122-132.

B.M. Blokhin<sup>1,2</sup>, G.I. Gordienko<sup>1</sup>, A.S. Suyundukova<sup>1</sup>, I.P. Lobushkova<sup>1</sup>, V.Yu. Steshin<sup>1</sup>

## TREATMENT OPTIONS FOR COUGH IN PEDIATRIC PRACTITIONER'S ROUTINE

<sup>1</sup>Polyclinic and Emergency Pediatrics Department of the Maternity and Childhood Medical School with the Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, <sup>2</sup>Children's Medical Center with the Main Medical Directorate of the Office of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

### Контактная информация:

Блохин Борис Моисеевич – д.м.н., профессор

Тел.: +7 (916) 182-82-07

E-mail: blokhinb@gmail.com

Статья поступила 23.04.24

Принята к печати 23.05.24

### Contact details:

Blokhin Boris Moiseevich – Doctor of Medical Sciences, Professor

Phone: +7 (916) 182-82-07

E-mail: blokhinb@gmail.com

Received on Apr. 23, 2024

Submitted for publication on May 23, 2024

Acute respiratory infections (ARI) are the main reason for morbidity in childhood. In ca. 90% of cases, they are accompanied by cough. The purpose of this research was to study the effectiveness and safety of the STODAL® drug in the treatment of cough in children. Materials and methods used: a multicenter prospective observational non-randomized clinical study was conducted involving 1000 outpatients with ARI aged 2 to 7 y/o and whose cough duration did not exceed 3 days from the onset of the disease. All of them were prescribed and treated with the complex homeopathic anticough drug on the day of their visit to pediatric practitioner in the outpatient hospital facilities. The patients were divided into two age groups as follows: G1 (n=500) of children aged 2 to 4 y/o and G2 (n=500) of children aged 4 years and 1 day old to 7 y/o. Results: on the 7<sup>th</sup> day of the therapy, a statistically significant decrease in the severity of daytime cough was noted: in G1 the severity of cough decreased by 1.51 points (from 2.16 to 0.65 points,  $p<0.001$ ) and by 1.56 points (from 2.24 to 0.68 points,  $p<0.001$ ) in G2. There was no difference in the reduction in daytime cough severity between the groups ( $p=0.158$ ). The severity of night cough in G1 decreased by 1.16 points (from 1.64 to 0.48 points,  $p<0.001$ ) and by 1.25 points (from 1.71 to 0.46 points,  $p<0.001$ ) in G2. There were no differences in the dynamics of the severity of night cough between the groups as well ( $p=0.135$ ). The proportion of patients whose cough resolved completely or became clinically insignificant on the 7<sup>th</sup> day of treatment was 98%, these patients were therefore considered recovered. Cough treatment was rated positively by 95.1% of parents/caretakers. Adverse events (AEs) were reported in 5 patients (0.5% of all cases) and there were no serious AEs among them. Conclusion: the effectiveness and safety of the STODAL® drug in the treatment of cough in ARI in children aged 2 to 7 y/o allows recommending a homeopathic drug with complex anti-inflammatory, antitussive and antimicrobial action for its inclusion in the treatment regimens starting from the first days of the disease.

**Keywords:** children aged two to seven years old, acute respiratory infection, cough, severity of cough, STODAL®.

**For citation:** B.M. Blokhin, G.I. Gordienko, A.S. Suyundukova, I.P. Lobushkova, V.Yu. Steshin. Treatment options for cough in pediatric practitioner's routine. *Pediatrics n.a. G.N. Speransky. 2024; 103 (3): 122–132. DOI: 10.24110/0031-403X-2024-103-3-122-132.*

Инфекции дыхательных путей (ДП) относятся к наиболее распространенным заболеваниям в детском возрасте. На их долю, особенно в осенне-зимний период, приходится до 90% всех обращений за амбулаторной помощью. Согласно данным МЗ РФ и Роспотребнадзора в 2023 г. заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРИ) среди детского населения составила 72 281,8 на 100 тыс., что на 6,2% выше показателя заболеваемости в 2022 г. (68 062,5 на 100 тыс.) ( $p<0,05$ ) [1]. Результаты специальных эпидемиологических исследований свидетельствуют, что дети, особенно раннего возраста, переносят ОРИ практически ежемесячно, с связи с чем актуален поиск препаратов с комплексным воздействием на кашель [2].

ОРИ – это самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних ДП и сопровождающаяся в 90% случаев кашлем. При этом у 32,1% детей при ОРИ продолжительность кашля составляет 3 недели и более [3].

Кашель – наиболее частый симптом болезней ДП и легких и одна из ведущих причин обращения за медицинской помощью во всем мире. Кашель возникает вследствие катарального воспаления слизистых оболочек (СО) ДП (глотки, гортани, трахеи), накопления слизи, раздражения рецепторного аппарата. Характер кашля зависит от локализации воспалительного процесса, этиологического фактора. При развитии инфекционно-воспалительного процесса дыхательной системы происходит изменение

характера кашля в виде увеличения его частоты, интенсивности и продолжительности, а также нарушения способности к откашливанию мокроты [4].

Формирование симптома кашля при воспалительной патологии трахеобронхиального дерева обусловлено раздражением кашлевых рецепторов трахеи и бронхов. Острое воспаление какого-либо из отделов ДП является пусковым механизмом, приводящим к нарушению мукоцилиарного клиренса, изменяя свойства трахеобронхиальной слизи [5]. Физиологическая роль кашля заключается в механическом очищении дыхательного тракта от посторонних веществ и элиминации механических препятствий, нарушающих проходимость воздухоносных путей [6].

Повышение вязкости и адгезивности слизи, продуцируемой слизистыми оболочками ДП, носит защитный характер, так как такой секрет, более плотно покрывая слизистые оболочки ДП, защищает их от раздражающего действия патогенных факторов. При прогрессировании воспалительного процесса избыточное образование вязкой слизи и нарушение целостности самой СО могут привести к нарушению дренажной функции, бронхиальной проводимости и фиксации микроорганизмов к СО, более глубокому их проникновению в СО и формированию бактериального воспалительного процесса. Повышение вязкости слизи снижает подвижность ресничек СО бронхов, вызывая нарушение их очистительной дренажной функ-

ции. Движение секрета по бронхиальному дереву замедляется или прекращается вовсе.

Раздражение рецепторного аппарата слизистых оболочек ДП и нарушение необходимого для нормального дыхания дренажа бронхиального дерева являются причинами возникновения кашля, физиологическая роль которого состоит в восстановлении нормальной воздухоносности ДП [7]. Кашель и мукоцилиарный клиренс – наиболее значимые защитные механизмы респираторного тракта. Однако свою защитную функцию кашель может выполнять только при определенных реологических свойствах мокроты [8, 9]. Поэтому очень важно уметь управлять кашлем, в одних случаях подавляя чрезмерный кашлевой рефлекс, в других — влияя на улучшение мукоцилиарного клиренса, используя различные методы лечения.

В первые 1–2 дня ОРИ обычно отмечается сухой или малопродуктивный влажный кашель со скудным количеством густой и вязкой мокроты. При воспалении слизистой оболочки ДП вследствие нарушения мукоцилиарного клиренса кашель становится защитной реакцией, направленной на улучшение дренажной функции бронхов. Неэффективность кашля может быть обусловлена значительной вязкостью мокроты, недостаточно выраженным кашлевым рефлексом, недостаточно глубоким дыханием, нарушением бронхиальной проходимости.

Следует отметить существенную роль анатомо-физиологических особенностей развития и характеристик кашля, особенно у детей раннего возраста: узость ДП, отсутствие кашлевого рефлекса у детей первых недель жизни, склонность к экссудации и отеку СО бронхов. Наличие у детей большого количества слизистых желез в трахее и бронхах приводит к повышенной выработке секрета, в то время как дренажная функция развита недостаточно. Поэтому лечение кашля при ОРИ необходимо начинать на ранней стадии заболевания, когда в патогенезе доминирует воспаление, при котором повышается экспрессия таких медиаторов воспаления, как простагландины, лейкотриены, цитокины, гистамин и свободные радикалы [10]. Основные проявления воспалительной реакции – отек, гиперсекреция, бронхоспазм, нарушение мукоцилиарного транспорта и, как следствие, возникновение кашля [9–11]. Эффективность лечения кашля во многом зависит от правильного и своевременного диагностирования заболевания. Лекарственная терапия назначается, когда кашель не выполняет свою защитную функцию, т.е. не способствует очищению ДП. Эффективность применяемой терапии оценивается по характеру и частоте кашля, уменьшению его продолжительности [11]. В основе патогенетического подхода к терапии кашля лежит купирование воспаления при ОРИ, которое достигается лекарственными средствами с

противовоспалительным механизмом действия. При этом выбор врачом конкретного препарата должен основываться на знании механизма действия, фармакокинетики лекарственного средства, а также учитывать индивидуальные особенности ребенка и быть патогенетически обоснованным [12].

Основные направления терапии кашля включают в себя мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению адекватного мукоцилиарного клиренса, а также противовоспалительную и, при необходимости, бронхолитическую терапию [13].

На сегодня существуют проблемы полипрагмазии, антибиотикорезистентности, определенные сложности в терапии кашля. Все это диктует необходимость совершенствования подходов к терапии с использованием эффективных препаратов, проверенных временем, применение которых не сопровождается развитием осложнений и нежелательных явлений (НЯ). При выборе препарата для лечения кашля у детей необходимо учитывать безопасность его применения у педиатрических пациентов [14, 15].

Сегодня гомеопатию считают неотъемлемой частью клинической медицины, она официально признана ВОЗ как медицинский метод в составе традиционной и комплементарной медицины. Гомеопатические препараты успешно применяют более чем в 80 странах мира, а во многих они включены в систему государственного здравоохранения [16–18].

В России использование гомеопатии законодательно разрешено и обосновано, различные аспекты применения гомеопатических препаратов регулируются Приказом МЗ РФ № 335 от 29.11.1995 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» [19]. Из письма Генпрокуратуры РФ № 74/1217-2017 от 25.04.2017 следует, что «применение гомеопатических средств действующим законодательством не запрещено и урегулировано соответствующими нормативными документами». Метод активно развивается с учетом принципов доказательной медицины, что расширяет потенциал практического использования гомеопатии в соответствии со стратегией развития ВОЗ 2014–2023 гг. [20].

По данным исследования, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения (выборка – 1800 респондентов старше 18 лет, все федеральные округа), 65% россиян, имеющих личный опыт применения гомеопатических лекарств, считают их эффективными. Основная причина недоверия к методу – недостаток знаний о гомеопатии. Основным источником, от которого опрошенные хотят получать информацию о гомеопатическом методе лечения, является врач (мнение каждого 3-го опрошенного) [21].

Регистрация гомеопатических препаратов в РФ как лекарственных средств происходит в соответствии с Федеральным законом

РФ от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», все гомеопатические лекарственные препараты внесены МЗ РФ в Государственный реестр лекарственных средств [22]. Комплексные гомеопатические лекарственные препараты, представленные в аптечной сети, имеют инструкции, в которых указаны четкие показания к их применению.

Согласно инструкции по медицинскому применению, сироп Стодаль® – гомеопатическое лекарственное средство для симптоматического лечения кашля любой этиологии [23], в состав которого входит ряд природных активных веществ, обладающих противовоспалительным, противокашлевым и противомикробным действием: прострел луговой (*Pulsatilla*) С6, щавель курчавый (*Rumex crispus*) С6, переступень белый (*Bryonia*) С3, ипеакауана (*Ipeca*) С3, морская губка (*Spongia tosta*) С3, лобария лёгочная (*Sticta pulmonaria*) С3, рвотный камень (*Antimonium tartaricum*) С6, миокардэ (*Myocarde*) С6, мексиканская кошениль (*Coccus cacti*) С3, росянка круглолистная (*Drosera*) МТ, сироп Толу и сироп Полигала.

Комплексное действие препарата при кашле обусловлено сочетанием природных компонентов, входящих в его состав: *Rumex crispus*, *Sticta pulmonaria* и *Spongia tosta* – уменьшают воспаление, снижают отек – применяются для лечения сухого кашля, усиливающегося при разговоре, часто сочетающегося с охриплостью и болезненностью. *Bryonia* часто назначается при лечении ОРИ, обладает успокаивающим и обезболивающим действием, эффективна при ночном кашле, болезненном сухом и влажном кашле. *Ipeca*, *Antimonium tartaricum*, *Drosera*, *Coccus cacti* обладают муколитическим действием, способствуют разжижению мокроты, устраняют сухость СО и применяются при влажном кашле с трудно отделяемой мокротой; сироп Толу и сироп Полигала используют как отхаркивающее, смягчающее и антимикробное средства. Лекарственное средство применяется для симптоматического лечения кашля различной этиологии. Он уменьшает вязкость мокроты, улучшает экспекторацию ДП, оказывает увлажняющее действие при сухом кашле и уменьшает позывы к кашлю при спастическом, влажном кашле.

Препарат принимают внутрь. Детям – по 5 мл сиропа 3–5 раз в день [23]. Это единственный препарат с комплексным противовоспалительным, противомикробным и противокашлевым действием, не имеющий возрастных ограничений. Воздействие на воспаление позволяет устранить ключевую причину возникновения кашля при ОРИ на ранних этапах заболевания и, в сочетании с противомикробным эффектом, способствует более быстрому купированию кашля, а противокашлевое действие облегчает состояние больного, характеризуется высоким профилем безопасности [24].

Кашель появляется как правило со 2-х суток ОРИ. На 6–7-е сутки течения ОРИ на первый план выходит кашель, который становится все более мучительным, приступообразным, мешая сну и кормлению детей [25].

При выборе препарата для лечения кашля у детей необходимо учитывать безопасность его применения в педиатрической популяции. Целесообразно использование препаратов, влияющих одновременно на ключевые причины возникновения кашля, в частности на воспаление СО респираторного тракта. Одним из таких препаратов является сироп Стодаль® (*Boiron*, Франция) [26].

Клиническая эффективность и безопасность комплексного гомеопатического препарата в терапии кашля доказаны зарубежными и российскими клиническими исследованиями. Так, А. Zanasi и соавт. в двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании продемонстрированы эффективность и быстрое действие по сравнению с плацебо в отношении влияния на кашель [27].

Н.А. Геппе и соавт. сравнивали эффективность гомеопатического препарата с амброксолом/карбоцистеином при лечении детей с кашлем на фоне ОРИ. Клинический эффект был более выражен с 1-го дня лечения, кашель исчез в 98% случаев, а в группе принимавших амброксол/карбоцистеин у 10% пациентов на 7-й день лечения еще сохранялся приступообразный сухой кашель, у 20% – «остаточный» редкий кашель, что демонстрирует преимущества гомеопатического препарата, обусловленные комплексным противовоспалительным, противокашлевым и противомикробным действием [28].

Н.В. Короид и соавт. сравнили эффективность гомеопатического и кодеинсодержащего препаратов у 61 ребенка дошкольного возраста с частым интенсивным непродуктивным кашлем на фоне ОРИ. Было показано, что в группе принимавших гомеопатическое средство ночной кашель был купирован к концу 5-го дня терапии, а в группе сравнения – лишь на 7-е сутки [29].

И.Н. Захарова и соавт. продемонстрировали эффективность исследуемого препарата по изменениям выраженности кашля и качества сна у детей с ОРИ, что позволило авторам рекомендовать его для включения в схемы терапии кашля на фоне ОРИ при назначении в первые 3 дня от начала заболевания [30].

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность препарата Стодаль® (*Boiron*, Франция) в терапии кашля у детей 2–7 лет с первых дней заболевания.

#### Материалы и методы исследования

В 23 исследовательских амбулаторных центрах Москвы и Московской области проведено многоцентровое проспективное наблюдательное нерандомизированное клиническое исследова-

ние в осенне-зимний сезон всплеска респираторной заболеваемости. В исследование были включены 1097 пациентов. Досрочно завершили участие в исследовании 97 пациентов (48 детей из 1-й группы, 49 детей из 2-й группы) по причинам: из-за невозможности следовать требованиям протокола (n=31); из-за необходимости назначения запрещенных препаратов (n=6); по желанию родителей/законных представителей детей досрочно завершить участие в исследовании (n=32); из-за несоблюдения правил приема – прием менее 75% дозы исследуемого препарата (n=28).

Всего исследование завершили 1000 детей: 518 мальчиков (51,8%, 95% ДИ: 48,7–54,9%) и 482 девочки (48,2%, 95% ДИ: 45,2–51,3%). Распределение пациентов, принявших участие в исследовании, по гендерному признаку представлено на рис. 1.

Как представлено на рис. 1, статистически значимых различий между 1-й и 2-й группами детей по гендерному признаку не было (p=0,610 критерий  $\chi^2$ ).

Участники исследования были разделены на 2 группы по возрастному критерию: 1-я группа – дети от 2 лет до 4 лет – 500 пациентов; 2-я группа – дети от 4 лет (4 года + 1 день) до 7 лет – 500 пациентов.

Поиск потенциальных участников исследования проводили из числа детей, обратившихся за медицинской помощью в связи с текущей ОРИ легкой и средней степени тяжести.

Критерием включения пациентов в исследование было наличие клинических симптомов ОРИ легкой и средней степени тяжести, длительность кашля на момент скрининга (Визит 1) не превышала 3 дней. Нозологические формы ОРИ представлены в табл. 1, статистически значимых различий между группами по поставленным нозологическим диагнозам не было (p>0,05; Z-критерий).

Выбор метода лечения и обследования осуществлялся врачом-педиатром, наблюдающим больного ребенка в амбулаторных условиях, в соответствии с принятой практикой лечебного учреждения.

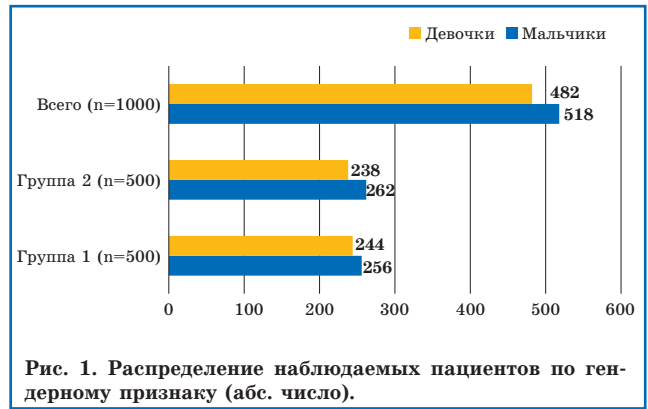


Рис. 1. Распределение наблюдаемых пациентов по гендерному признаку (абс. число).

У всех пациентов в ходе физикального осмотра в течение всего срока исследования не было выявлено клинически значимых отклонений от нормы, кроме тех, которые были связаны с текущей респираторной инфекцией. ОРИ как основное заболевание выражалось в виде жалоб на кашель в дневное и ночное время, повышение температуры тела, слабость, заложенность носа, ринорею, иногда боли в горле.

Выраженность кашля оценивали в баллах по специализированной «Шкале тяжести кашля»: частый кашель, оказывающий влияние на повседневную активность ребенка, либо нарушающий сон и аппетит; продолжительность кашля от 12 ч до 3 дней, что являлось показанием для назначения противокашлевой терапии [31].

Все родители/законные представители пациентов были ознакомлены с информацией об исследовании и подписали добровольное информированное согласие на участие детей в клиническом исследовании.

*Критериями не включения в исследование являлись:*

- прием любых гормональных лекарственных препаратов;
- прием противокашлевых, отхаркивающих, либо муколитических препаратов за 3 дня до включения в исследование;
- наличие любых декомпенсированных хронических заболеваний;
- тяжелое течение ОРИ;

Таблица 1

Нозологические формы ОРИ у пациентов, включенных в исследование

Диагноз	1-я группа (n=500)		2-я группа (n=500)	
	N*	%	N	%
J00 Острый назофарингит (насморк)	52	10,4	55	11,0
J02 Острый фарингит	49	9,8	58	11,6
J04.0 Острый ларингит	5	1,0	0	0
J04.1 Острый трахеит	59	10,8	54	10,8
J04.2 Острый ларинготрахеит	27	5,4	23	4,6
J06.0 Острый ларингофарингит	1	0,2	9	1,8
J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная	307	61,4	301	60,2

\*N – абсолютное количество детей.

- острые состояния, способные существенно повлиять на результат наблюдения;
- наличие бронхиальной астмы в анамнезе;
- наличие аллергии/непереносимости к одному и более компонентам лекарственного препарата, используемого в наблюдении;
- хроническая почечная или печеночная недостаточность;
- дефицит сахаразы, непереносимость сахарозы по данным анамнеза и амбулаторной карты;
- кашель длительностью более 3 дней на момент скрининга (Визит 1);
- участие в других клинических исследованиях в течение 90 дней до включения в данное исследование.

Прием препарата, как указано в инструкции по его применению, не исключает лечения другими лекарственными средствами, в связи с чем в процессе лечения пациентам разрешался прием препаратов для симптоматической терапии ОРВИ, включая жаропонижающие средства, витамины, сосудосуживающие капли в нос; допускалось применение других лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом, которые не входили в список запрещенных препаратов. К запрещенным препаратам в данном исследовании были отнесены противокашлевые, антигистаминные, бронхолитические, отхаркивающие средства, глюкокортикостероиды, а также средства, влияющие на рвотный рефлекс и активность кашлевого центра.

За 1 месяц до включения в исследование, а также в ходе проведения исследования (с момента подписания добровольного информированного согласия и начала скрининга) не разрешалась любая терапия, способная повлиять на выраженность кашля у пациента.

Назначение гомеопатического комплексного препарата происходило в обеих группах в соответствии с официальной инструкцией по медицинскому применению: по 5 мл в прилагаемом мерном колпачке 5 раз в день за 15 мин до приема пищи или через 1 ч после еды. Длительность курса лечения в обеих группах составила 7 дней.

Поскольку данное исследование было наблюдательным, все лечебные и диагностические процедуры назначались по усмотрению врача-педиатра в зависимости от состояния ребенка и согласно рутинной клинической практике. Педиатр принимал независимое от исследователей решение назначить комплексный гомеопатический препарат дополнительно к терапии ОРВИ или модифицировать существующую схему лечения.

Во время исследования врачом-исследователем проводилось 3 визита: на 1-й, 3-й и 7-й дни приема гомеопатического средства от кашля. Прием исследуемого препарата начинался в 1-й день обращения и завершался на 7-й день. Родители/законные представители больного ребенка проводили ежедневную оценку выраженности кашля и указывали результаты в дневнике пациента в течение всего периода исследования.

Балльную оценку выраженности кашля в дневное и ночное время проводили в соответствии со следующей градацией [31]:

- 0 баллов – симптом (кашель) отсутствует;
- 1 балл – симптом (кашель) слабо выражен: кратковременный, не влияет на образ жизни и поведение ребенка;
- 2 балла – выраженный симптом (кашель): наблюдается в течение суток, оказывает умеренное влияние на обычный образ жизни и поведение ребенка;
- 3 балла – симптом (кашель) выражен максимально: имеет место выраженный кашель в течение суток, ухудшающий состояние ребенка и оказывающий существенное влияние на его поведение, сон и аппетит.

Оценку комплаенса лечения кашля исследуемым препаратом со стороны родителей/законных представителей пациентов, участвующих в исследовании, производили по адаптированной 5-балльной шкале Р. Ликерта [32], где:

- 1 балл – «лечением не удовлетворены»;
- 2 балла – «лечением по большей части не удовлетворены»;
- 3 балла – «затрудняюсь ответить»;
- 4 балла – «лечением удовлетворены по большей части»;
- 5 баллов – «лечением удовлетворены полностью».

В ходе исследования родителям/законным представителям пациентов выдавали стандартизованный «Дневник клинического исследования лекарственного препарата» для ежедневного заполнения. На визитах этот дневник проверяли на предмет точности и полноты заполнения, а по завершении исследования вносили данные, полученные из дневников, в систему электронных индивидуальных регистрационных карт (ЭИРК) для подготовки общей базы данных для статистического анализа.

#### **Статистический анализ**

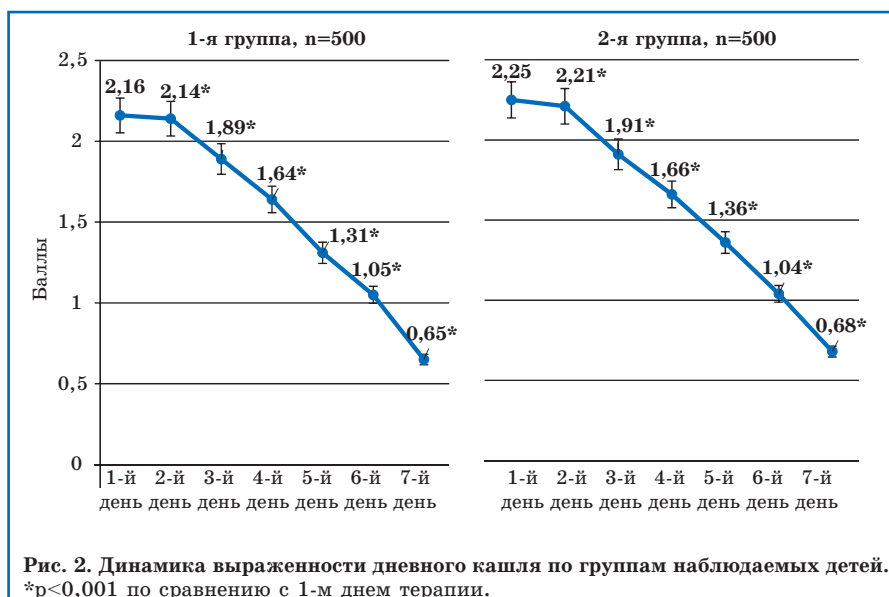
Размер выборки предварительно не рассчитывали.

При сборе данных использовали электронную систему сбора информации, в которой были заложены ограничения по количеству пациентов, включенных в исследование. Это было сделано для обеспечения набора равного количества пациентов (по 500 детей) в каждую группу.

Полученные данные анализировали посредством статистического программного обеспечения IBM SPSS v.17.0.

Количественные данные прошли проверку на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова–Смирнова, далее переменные, соответствующие нормальному распределению, были описаны числом пациентов, средним арифметическим значением, стандартным отклонением. В анализе количественных данных в зависимых группах был использован статистический метод дисперсионного анализа ANOVA (Repeatedmeasures ANalysis Of VAriance) с повторными измерениями для оценки значимости динамики в целом за несколько дней. При наличии статистически значимых различий проводили post-hoc сравнения между днями посред-





ством t-критерия Стьюдента для парных выборок с учетом множественных сравнений.

Качественные переменные описывали абсолютными и относительными частотами (процентами) с расчетом 95% доверительного интервала (95% ДИ) (Confidence Interval (CI) методом Уилсона. Качественные данные анализировали с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона, в случае его неприменимости использовали точный критерий Фишера. В соответствии с общепринятой практикой в медико-биологических исследованиях в качестве максимально допустимого уровня ошибки первого рода (вероятность ложноположительного результата) использовали значение в 5%.

### Результаты и их обсуждение

Всего исследование завершили 1000 детей. 1-ю группу составили 500 пациентов в возрасте от 2 лет до 4 лет; 2-ю группу – 500 детей в возрасте от 4 лет (4 года +1 день) до 7 лет.

Результаты, полученные в ходе исследования, анализировали как отдельно по возрастным группам, так и в целом.

Продолжительность кашля у детей до включения в исследование представлена в табл. 2. Отсутствовали статистически значимые различия по длительности заболевания и наличию кашля у детей в обеих группах ( $p=0,089$ ).

Все дети начинали принимать препарат в первые 3 дня от начала заболевания и воз-

никновения кашля. Так, в 1-й день заболевания начали прием 39,4% детей (95% ДИ: 36,4–42,4%), во 2-й день – 48,8% (95% ДИ: 45,7–51,9%), на 3-й день – 11,8% (95% ДИ: 9,8–13,8%) пациентов.

В ходе исследования показана высокая клиническая эффективность исследуемого препарата при терапии кашля на фоне ОРВИ, что подтверждается снижением среднего балла выраженности кашля в дневное время к 7-му дню терапии в целом и в каждой возрастной группе в отдельности, а также снижением выраженности кашля или его полным прекращением на 7-й день лечения по сравнению с 1-м днем терапии (рис. 2 и 3).

Как показали результаты статистического анализа, в 1-й группе выраженность кашля в дневное время статистически значимо снизилась на 1,51 балла: с 2,16 балла в 1-й день лечения до 0,65 балла на 7-й день ( $p < 0,001$ ), выраженность кашля в дневное время во 2-й группе снизилась на 1,57 балла: с 2,25 балла в 1-й день до 0,68 балла на 7-й день лечения ( $p < 0,001$ ). Разницы в снижении выраженности дневного кашля между группами не было ( $p=0,158$ ).

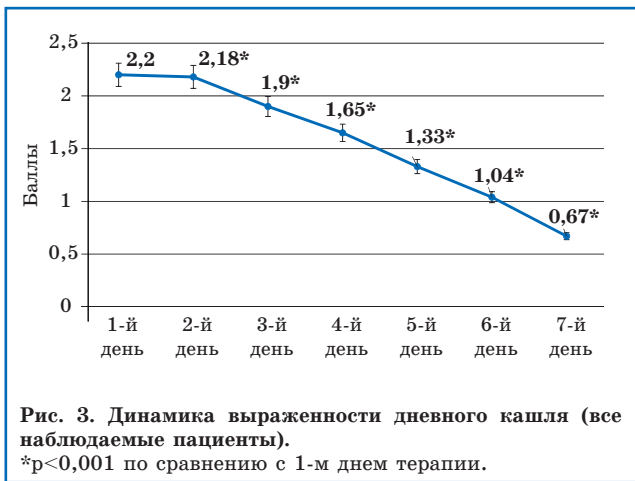
Анализ результатов лечения у детей обеих групп показал, что выраженность кашля в дневное время снизилась на 1,53 балла: с 2,2 балла в 1-й день лечения до 0,67 балла на

Таблица 2

### Длительность кашля у наблюдаемых детей до начала лечения

Длительность кашля, дни	1-я группа (n=500)		2-я группа (n=500)		Все пациенты (n=1000)	
	N*	%	N	%	N	%
1	207	41,4	187	37,4	394	39,4
2	236	47,2	252	50,4	488	48,8
3	57	11,4	61	12,2	118	11,8

\*N – абсолютное количество детей.



7-й день терапии ( $p < 0,001$ ). Большой объем выборки обеспечил статистическую значимость полученных изменений уже на 2-й день лечения ( $p < 0,001$ ). Клинически значимое снижение кашля в дневное время происходило на 6-й день терапии.

Таким образом, у детей 2–7 лет лечение кашля при ОРИ комплексным препаратом обеспечивает статистически значимое снижение среднего балла выраженности кашля в дневное время к 7-му дню терапии как в целом, так и в каждой возрастной группе в отдельности.

Количество пациентов, у которых кашель купировался полностью, либо стал клинически незначим к моменту завершения исследования, составило 98% (95% ДИ: 97,1–98,9%).

По результатам оценки выраженности ночного кашля были получены следующие результаты: в 1-й группе выраженность ночного кашля снизилась на 1,16 балла: с 1,64 балла в 1-й день лечения до 0,48 балла на 7-й день терапии ( $p < 0,001$ ); во 2-й группе выраженность ночного кашля снизилась с 1,71 балла в 1-й день лечения до 0,46 балла на 7-й день терапии, что составило 1,25 балла ( $p < 0,001$ ).

В целом в обеих группах выраженность ночного кашля снизилась на 1,21 балла: с 1,68 до 0,47 балла ( $p < 0,001$ ). Разницы в динамике выраженности ночного кашля между группами в ходе исследования не было,  $p = 0,135$ .

Снижение выраженности кашля в ночное время в баллах для каждой из анализируемых групп и для детей 2–7 лет в целом представлено на рис. 4 и 5.

На рис. 4 и 5 показано статистически значимое снижение выраженности ночного кашля уже на 2-й день лечения в обеих группах ( $p < 0,001$ ). Клинически значимое снижение выраженности кашля в ночное время (более чем на 1 балл) происходило на 6-й день терапии.

Большинство родителей/законных представителей пациентов оценили динамику выраженности кашля к 3-му дню и к окончанию лечения комплексным гомеопатическим препаратом как положительную (табл. 3 и 4).

622 родителя/законных представителя (62,2%, 95% ДИ: 59,2–65,2%) были полностью удовлетворены проведенным лечением ОРИ у своих детей, оценив результат на 5 баллов, 329 родителей/законных представителей (32,9%,

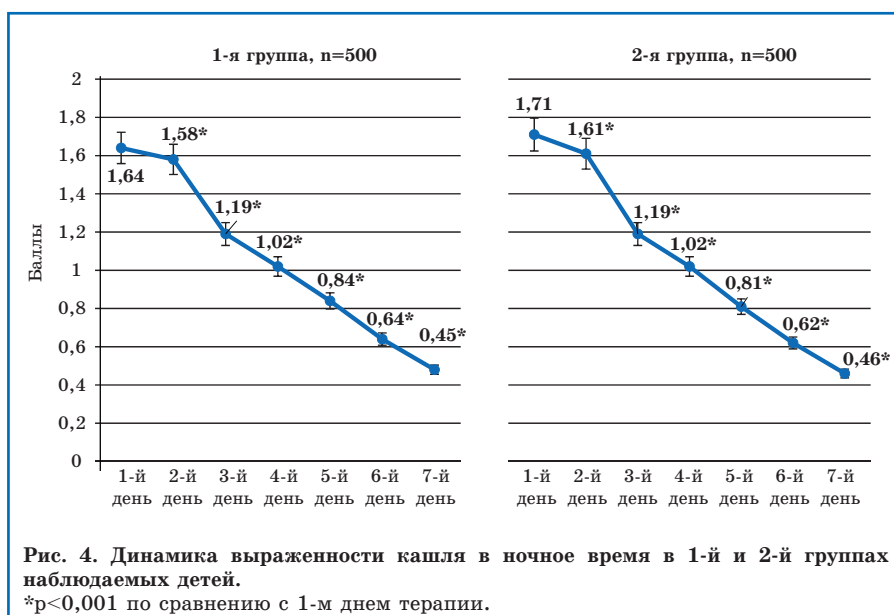
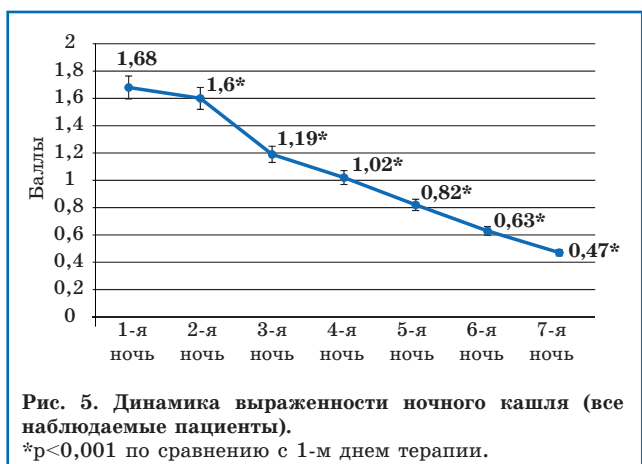


Таблица 3

Оценка родителями/усыновителями динамики снижения выраженности кашля у наблюдаемых детей к 3-му дню лечения

Группы	Абс. число, %	Положительная динамика	Нет динамики	Отрицательная динамика
1-я группа (n=500)	N*	436	62	2
	%	87,2	12,4	0,4
2-я группа (n=500)	N	464	34	2
	%	92,8	6,8	0,4
Все пациенты (n=1000)	N	900	96	4
	%	90,0	9,6	0,4

\*N – абсолютное число респондентов.

Таблица 4

Оценка родителями/усыновителями динамики снижения выраженности кашля у наблюдаемых детей к 7-му дню лечения

Группы	Абс. число, %	Положительная динамика	Нет динамики	Отрицательная динамика
1-я группа (n=500)	N*	493	6	1
	%	98,6	1,2	0,2
2-я группа (n=500)	N	498	2	0
	%	99,6	0,4	0
Все пациенты (n=1000)	N	991	8	1
	%	99,1	0,8	0,1

\*N – абсолютное число респондентов.

Таблица 5

Удовлетворенность родителей/законных представителей лечением кашля комплексным гомеопатическим препаратом по окончании терапии

Мнение	1-я группа		2-я группа		Все пациенты	
	N*	%	N	%	N	%
Полностью удовлетворены (оценка 5 баллов)	310	62	312	62,4	622	62,2
По большей части удовлетворены (оценка 4 балла)	157	31,4	172	34,4	329	32,9
Затрудняюсь ответить (оценка 3 балла)	23	4,6	14	2,8	37	3,7
По большей части не удовлетворены (оценка 2 балла)	6	1,2	2	0,4	8	0,8
Не удовлетворены (оценка 1 балл)	4	0,8	0	0	4	0,4

\*N – абсолютное число респондентов.

95% ДИ: 30–35,8%) были удовлетворены проведенным лечением, оценив его 4 баллами (табл. 5).

Таким образом, в представленном исследовании 951 человек (95,1%, 95% ДИ: 93,8–96,4%) из числа родителей/усыновителей позитивно оценили лечение кашля при ОРВИ у своих детей гомеопатическим лекарственным средством.

Родители/законные представители отмечают, что их детям очень нравится вкус препарата, они с удовольствием его принимают.

**Нежелательные явления**

Ранее проведенное исследование острой и хронической токсичности комплексного гомеопатического препарата установило его безопас-

ность [33], которую в дальнейшем отметили и другие исследователи [34].

В инструкции по применению препарата указано, что на настоящий момент информация о побочных действиях препарата отсутствует, случаев передозировки препарата в настоящее время не зафиксировано [23].

Все пациенты хорошо переносили комплексный препарат, а НЯ были редкими, легкой степени тяжести. В ходе исследования было зафиксировано 5 случаев НЯ у 5 пациентов (0,5%, 95% ДИ: 0,1–0,9%) в обеих возрастных группах: 3 случая в 1-й группе и 2 случая во 2-й группе. НЯ проявлялись как катаральный острый отит, аллергическая кож-

ная сыпь. Все НЯ по оценке врачей-педиатров, принимавших участие в исследовании, а также врачей-исследователей, не имели причинно-следственной связи с приемом исследуемого препарата по шкале ВОЗ [34], не требовалось отмены гомеопатического комплексного препарата или снижения его дозы. Серьезных НЯ отмечено не было. Мониторинг НЯ в ходе исследования показал, что препарат является безопасным для лечения кашля у детей с ОРВИ верхних ДП легкой и средней степени тяжести.

Данное исследование является неинтервенционным, что максимально приближает его к условиям рутинной медицинской практики и, следовательно, свидетельствует об обоснованности и применимости полученных результатов в клинической практике.

Ограничения исследования – отсутствие группы сравнения с другими препаратами, облегчающими кашель у детей, что может оказать влияние на интерпретацию результатов исследования.

### Заключение

В ходе проведенного нами исследования показано статистически значимое снижение выраженности кашля при ОРВИ к 7-му дню терапии сиропом Стодаль® в сравнении с 1-м днем терапии у детей 2–7 лет, независимо от возраста пациентов.

Эффективность исследуемого препарата была подтверждена дополнительными данными – доля пациентов, у которых к 7-му дню терапии исследуемым препаратом кашель купировался полностью, либо стал клинически незначим, составила 98%. Эти пациенты считались выздоровевшими. Доля пациентов, у которых кашель в дневное время купировался полностью (оценка выраженности кашля 0 баллов), составила 35%. У 63% пациентов (630 детей из 1000 участников исследования) кашель стал клинически незначим (оценка выраженности кашля 1 балл) в обеих возрастных группах.

Таким образом, комплексный гомеопатический препарат, в состав которого входит ряд природных активных веществ, обладающий комплексным противовоспалительным, противокашлевым и противомикробным действием,

сокращает сроки лечения кашля на фоне ОРВИ у детей до 7 дней.

Положительно оценили проводимое лечение кашля при ОРВИ у детей более 95% родителей/законных представителей, выставив оценки 4 и 5 баллов удовлетворенности.

В ходе исследования случаи НЯ были зарегистрированы у 5 пациентов, что составило 0,5% всех детей, получавших лечение гомеопатическим средством. Серьезных НЯ зафиксировано не было. Осложнений со стороны респираторной системы у детей, принявших участие в исследовании, не отмечено.

Результаты данного исследования продемонстрировали высокую эффективность и безопасность комплексного гомеопатического препарата в лечении кашля у детей в возрасте от 2 до 7 лет при ОРВИ легкой и средней степени тяжести и позволяют рекомендовать его для включения в схемы лечения с первых дней заболевания.

**Вклад авторов:** все авторы в равной степени внесли свой вклад в рукопись, рассмотрели ее окончательный вариант и дали согласие на публикацию.

**Финансирование:** все авторы заявили об отсутствии финансовой поддержки при подготовке данной рукописи.

**Конфликт интересов:** все авторы заявили об отсутствии конкурирующих интересов.

**Примечание издателя:** ООО «Педиатрия» остается нейтральным в отношении юрисдикционных претензий на опубликованные материалы и институциональных принадлежностей.

**Authors' contributions:** all authors contributed equally to this manuscript, revised its final version and agreed for the publication.

**Funding:** all authors received no financial support for this manuscript.

**Conflict of Interest:** the authors declare that they have no conflict of interest.

**Publisher's Note:** Peditria LLC remains neutral with regard to jurisdictional claims in published materials and institutional affiliations.

Blokhin B.M.  0000-0003-4762-5975

Gordienko G.I.  0000-0002-2966-6696

Suyundukova A.S.  0000-0002-4369-4300

Lobushkova I.P.  0000-0003-2690-676X

Steshin V.Yu.  0000-0002-2279-2577

### Список литературы

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. 2023; 181–244. [https://www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT\\_ID=25076](https://www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=25076) (дата обращения 07.03.2024).

2. Мелехина Е.В., Чугунова О.Л., Горелов А.В. и др. Тактика ведения детей с затяжным кашлем. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 61 (1): 110–120. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2016-61-1-23-36>.

3. Блохин Б.М., Лобушкова И.П. Лечение кашля при

острых респираторных заболеваниях у детей. Доктор Ру. Педиатрия. 2019; 5 (160): 15–18. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-160-5-15-18.

4. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary ACCP evidence based clinical practice guidelines. Chest. 2006 Jan; 129 (1 Suppl.): 1S–23S. DOI: 10.1378/chest.129.1\_suppl.1S.

5. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М., Удальцова Е.В. Дифференциальная диагностика затяжного и хронического кашля у детей. Concilium Medicum. 2017; 19 (11.1): 7–16. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-17-58-75.

6. Блохин Б.М., Лобушкова И.П., Рощина А.К. и

др. Диагностика, тактика и методы лечения кашля у детей. Русский медицинский журнал. 2015; 3: 169. DOI: 10.15690/vsp.v15i1.1506.

7. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. Дифференцированная муколитическая терапия при острых и хронических бронхолегочных заболеваниях в педиатрической практике. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 61 (4): 23–30. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2016-61-4-23-30>.

8. Niimi A, Matsumoto H, Ueda T, et al. Impaired cough reflex in patients with recurrent pneumonia. *Thorax*. 2003; 58: 152–153. DOI: 10.1136/thorax.58.2.152.

9. Cole AM, Dewan P, Ganz T. Innate antimicrobial activity of nasal secretions. *Infect. Immun.* 1999; 67: 3267–3275. doi: 10.1128/IAI.67.7.3267-3275.1999.

10. Побединская Н.С., Рывкин А.И., Глазова Т.Г., Решетова Т.Г. Механизмы формирования высокой кашлевой готовности у детей с рецидивирующим бронхитом. Медицинский альманах. 2016; 2 (42): 84–86. УДК: 616.233-002-06-053.2/5.

11. Савенкова М.С., Афанасьева А.А., Персиянинова Е.С. и др. Кашель у детей: пути решения проблем. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2017; 3: 45–53. <https://omnidocor.ru/upload/iblock/a0c/a0c2cb9741e41549c53f03b92fb804f5.pdf>. (дата обращения 02.02.2024).

12. Захарова И.Н., Бережная И.В. Тактика педиатра в выборе препаратов при кашле у детей. Медицинский Совет. 2016; 16: 154–160. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-16-154-160>.

13. Ключников С.О. Лечение кашля при ОРВИ у часто болеющих детей. Русский медицинский журнал. 2013; 24: 1193. [https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Lechenie\\_kashlya\\_pri\\_ORVI\\_u\\_chasto\\_boleuyshih\\_detey\\_1/#ixzz8XsSusCDF](https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Lechenie_kashlya_pri_ORVI_u_chasto_boleuyshih_detey_1/#ixzz8XsSusCDF) (дата обращения 02.02.2024).

14. Мелехина Е.В., Чугунова О.Л., Горелов А.В. и др. Тактика ведения детей с затяжным кашлем. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 61 (1): 110–120. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2016-61-1-23-36>.

15. Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Зайцева С.В. и др. Опыт применения натуropатического препарата Стодаль® у детей с острыми респираторными заболеваниями. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2016; 95 (3): 158–163. <http://pediatrjournal.ru/archive?show=352&section=4642&ysclid=lv7cm14pct967308623> (дата обращения 02.02.2024).

16. Villet S, Vincent S, Sauve L. Observational study on the dispensing of cough syrups to children with acute cough by community pharmacists in France. *Allaert F.-A. et al. Minerva Pediatrica*. 2017; 70 (2): 117–126. DOI: 10.23736/S0026-4946.17.04752-1.

17. Beghi GM, Morselli-Labate AM. Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real-life observational study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 2016 Mar 21; 11: 12. DOI: 10.1186/s40248-016-0049-0.

18. Ferley JP, Zmirou D, D'Adhemar D, Balducci F. Article Affiliation: Centre Alpin de Recherche Epidémiologique et de Prévention Sanitaire, Grenoble University Hospital, France. A controlled evaluation of a homeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndromes. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1989; 27: 329–335. DOI: 10.1111/j.1365-2125.1989.tb05373.x.

19. Приказ МЗ РФ № 335 от 29.11.95 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении». <http://docs.cntd.ru/document/9015924> (дата обращения 02.02.2024).

20. Международные нормативные и аналитические материалы по гомеопатии. Текст: сборник материалов. Комитет по охране здоровья Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации,

Экспертный совет по совершенствованию законодательства в сфере комплементарной медицины. М.: б/и, 2017; 1: 23. [https://rusneb.ru/catalog/000199\\_000009\\_009553591/?ysclid=lv7d4tosed933039548](https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_009553591/?ysclid=lv7d4tosed933039548) (дата обращения 07.02.2024).

21. ГФК. Всероссийское социальное исследование об отношении россиян к здоровью. М., 2016. <http://www.gfk.com/ru/insaity/press-release/issledovanie-gfk-chto-potrebitelidumajut-o-gomeopatii/> (дата обращения 07.02.2024).

22. <http://grls.rosminzdrav.ru> (дата обращения 07.02.2024).

23. Инструкция по медицинскому применению препарата Стодаль®. Регистрационный номер N015706/01-170811.stodal.ru (дата обращения 07.02.2024).

24. Коваленко Л.П., Таллерова А.В., Кузнецова О.С., Лапицкая А.С. Оценка аллергенности и иммуотоксичности препарата Стодаль®. Токсикологический вестник. 2015; 2 (131): 26–30. УНДК 615.099-616.2.

25. Witek TJ, Ramsey DL, Carr AN, Riker DK. The natural history of community-acquired common colds symptoms assessed over 4-years. *Rhinology*. 2015 Mar; 53 (1): 81–88. DOI: 10.4193/Rhino14.149.

26. Радциг Е.Ю. Кашель-защитный механизм и симптом инфекций дыхательных путей. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2009; 88 (5): 112–116.

27. Zanasi A, Mazzolini M, Tursi F, et al. Homeopathic medicine for acute cough in upper respiratory tract infections and acute bronchitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*. 2014; 27 (1): 102–108. DOI: 10.1016/j.pupt.2013.05.007.

28. Генне Н.А., Фарбер И.М., Великорецкая М.Д. и др. Новое в терапии кашля при острых респираторных заболеваниях в педиатрической практике. Лечащий врач. 2017; 9: 86–90. <https://www.lvrach.ru/2017/9/15436810> (дата обращения 02.02.2024).

29. Коройд Н.В., Заплатников А.Л., Мингалимова Г.А., Глухарева Н.С. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение. Трудный пациент. 2012; 10 (8–9): 20–25. [https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Vnebolnychnye\\_pnevmonii\\_u\\_detey\\_diagnostika\\_i\\_lechenie/](https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Vnebolnychnye_pnevmonii_u_detey_diagnostika_i_lechenie/) (дата обращения 02.02.2024).

30. Захарова И.Н., Сулян Н.Г. Терапевтическая эффективность и переносимость сиропа на основе природных активных компонентов в лечении кашля у детей при острой респираторной инфекции. Медицинский Совет. 2022; 1: 190–195. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-190-195>.

31. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016: 160. ISBN 978-5-9704-3728-5. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437285> (дата обращения: 20.02.2024).

32. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *New York: The Science Press. Archives of Psychology*. 1932; 140: 1–55. [https://legacy.voteview.com/pdf/Likert\\_1932.pdf](https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf) (дата обращения 20.02.2024).

33. Алексеева С.В., Сорокина А.В., Забродина В.В. и др. Исследование острой и хронической токсичности гомеопатического сиропа Стодаль®. Фармакокинетика и фармакодинамика. 2020; 1: 53–58. DOI: 10.37489/2587-7836-2020-1-53-58.

34. Стандартная операционная процедура мониторинга эффективности и безопасности лекарственных препаратов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы для врачей общей практики и среднего медицинского персонала. Методические рекомендации № 25. Журавлева М.В., ред. М.: Департамент здравоохранения города Москвы, 2019: 62. <https://www.tdgb-mos.ru/docs/metodicheskie-rekomendacii.pdf?ysclid=lv7fmr9q3e785810401> (дата обращения 02.02.2024).

ООО «Педиатрия»

115054, Россия, Москва-54, а/я 32

Тел./факс редакции: (495) 959-88-22

E-mail: [info@pediatriajournal.ru](mailto:info@pediatriajournal.ru)

Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Тираж 10 000 экз. Заказ

Отпечатано в типографии ООО «Тверской Печатный Двор»

170518 г. Тверь, с. Никольское, 26

Телефон: (4822) 370-555

E-mail: [info@tpd-print.ru](mailto:info@tpd-print.ru)



# СТОДАЛЬ®

При применении в первые дни заболевания ОРВИ  
облегчает кашель уже на 3 день и сокращает сроки  
его лечения с 3 до 1 недели у 98% детей<sup>1</sup>



## КАШЛЕУКОРАЧИВАТЕЛЬ №1 В РОССИИ\*

РУ П N015706/01

1. Блохин Б.М., Лобушкова И.П., Сундукова А.С., Прохорова А.Д. Возможности терапии кашля у детей с острой респираторной инфекцией. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2020;99(4):117-126.

\*СРЕДИ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ. Согласно данным базы ООО «АЙКЬЮВИА Солюшнс» «Розничный аудит ГЛС и БАД в РФ», торговое наименование Стодаль является лидером среди гомеопатических препаратов от кашля и простуды (группы R05B, R05C, R05D и R05F по классификации EPhMRA) по объему продаж в рублях в оптовых и в розничных ценах по итогам следующих периодов – 2016 год, 2017 год, 2018 год, 2019 год и март 2019-февраль 2020.

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.

