

Комплексная терапия пациентов с респираторными инфекциями и заболеваниями дыхательных путей

И. В. Ковалева, Н. Д. Фоменко

Резюме. В статье представлен обзор симпозиума по комплексной терапии пациентов с респираторными инфекциями и заболеваниями дыхательных путей, состоявшегося 29 октября 2020 г. при поддержке компании «Материя Медика Холдинг» в рамках XXX Национального конгресса по болезням органов дыхания, который прошел с 27 по 30 октября в формате онлайн при поддержке Российского респираторного общества и Министерства здравоохранения РФ. Целью симпозиума было ознакомить терапевтов, врачей общей практики, пульмонологов и инфекционистов с возможными способами ведения пациентов с заболеваниями дыхательных путей, вызванными респираторными инфекциями, а также с результатами рандомизированных клинических исследований (РКИ) по ведению пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Сопредседателями симпозиума и основными докладчиками выступили три ведущих специалиста в данной области – профессора А. А. Зайцев (Москва), Р. Ф. Хамитов (Казань) и А. А. Визель (Казань). На симпозиуме были представлены результаты РКИ, доказывающие эффективность противовирусного и иммуностимулирующего препарата при гриппе и других ОРВИ вне зависимости от сроков начатой терапии, его благоприятный профиль безопасности, а также свойство снижать необходимость в применении жаропонижающих средств и способствовать профилактике бактериальных осложнений. Данные другого РКИ демонстрируют способность комплексного противокашлевого препарата уменьшать кашель и снижать его тяжесть при ХОБЛ, уменьшая влияние ХОБЛ на жизнь пациентов.

С докладом под названием «Подходы к лечению кашля при респираторных инфекциях» перед аудиторией выступил главный пульмонолог МО РФ, полковник медицинской службы ФГКУ «Главный клинический госпиталь им. акад. Н. Н. Бурденко», д.м.н. А. А. Зайцев. Андрей Алексеевич напомнил слушателям, что кашель – это самый частый симптом при обращении к врачу первичного звена (в среднем с данной жалобой приходит каждый пятый пациент), но не самый простой для диагностики, в связи с чем предложил обратиться к существующим на сегодняшний день классификациям кашля (табл. 1).

Классификация кашля		Таблица 1
По длительности	По типичным характеристикам	По продолжительности
Острый		До 3 недель
Подострый (постинфекционный)		3–8 недель
Хронический		Более 8 недель
По характеру		
Сухой (непродуктивный) • Не сопровождается выделением мокроты • Чаще всего поражены верхние дыхательные пути	По интенсивности • Покашливание • Легкий • Сильный По длительности кашлевого акта • Эпизодический • Кратковременный • Постоянный	• Острый – до 3 недель: ОРВИ, тромбоэмболия легочной артерии, сердечная астма, пневмоторакс, коклюш, аспирация инородного тела • Хронический – больше 8 недель: хронические заболевания ЛОР-органов, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, интерстициальные болезни легких, объемные процессы в средостении, новообразования, прием ИАПФ, амиодарона, невротический (психогенный) кашель)
Влажный (продуктивный) • Сопровождается выделением мокроты • Чаще всего поражены нижние дыхательные пути	По разновидности • Истинный • Ложный (заболевания ЛОР-органов) • Неэффективный: вязкая мокрота; выраженная бронхиальная обструкция	• Острый – до 3 недель: острый бронхит, обострение хронического бронхита или ХОБЛ, пневмония • Хронический – больше 8 недель: хронический бронхит, ХОБЛ, бронхиальная астма, бронхоэктазы, муковисцидоз, новообразования, туберкулез, сердечная недостаточность

Остановился эксперт и на трех основных проблемах ведения пациента с кашлем – неоправданно широком применении антибиотиков у больных с «острым» кашлем, нерациональной противокашлевой и мукоактивной терапии и отсутствии алгоритмов/протоколов ведения больных с «хроническим» кашлем в амбулаторной практике.

«Если мы говорим о том, что каждый пятый на приеме – это пациент с остро возникшим кашлем, то каждый третий из этого числа просит выписать ему антибиотик, – продолжил докладчик. – При том, что назначение антибиотиков в данном случае не показано, ведь острые "первично вирусные" заболевания респираторного тракта (трахеит, тонзиллит, фарингит, ринит, синусит, ларингит и бронхит) по определению вызваны респираторными вирусами, а значит, не лечатся антибактериальными препаратами. Это известно любому студенту-медику, но тогда почему схема лечения пациента с новой коронавирусной инфекцией на сегодняшний день выглядит так: азитромицин (1-4 день заболевания) и цефтриаксон, левофлоксацин (5-12 день заболевания)?»

А. А. Зайцев комментирует: «Коллеги! Зачем назначать эти препараты?! Патологический процесс обусловлен вирусной инфекцией. Назначение антибиотиков в этой ситуации никоим образом не поможет переломить течение болезни, нужно назначать абсолютно другие препараты. Антибактериальная терапия при ОРВИ нецелесообразна, неэффективна и сопровождается целым рядом негативных последствий. Остро возникший кашель – это не повод для назначения антибиотиков!» О том же говорится и в Рекомендациях Немецкого респираторного общества по

диагностике и лечению острого, подострого и хронического кашля у взрослых (2019 г.): «Больным с острым кашлем, без коморбидной патологии, не следует начинать лечение с антибактериальных препаратов». Для рационального выбора противокашлевого препарата при ОРВИ, по мнению эксперта, необходимо оценить продуктивность кашля (характер, цвет и вязкость мокроты, слизистая она или гнойная и др.), а также его интенсивность и степень влияния на состояние пациента (вызывает ли утомление и болевой синдром, нарушает ли сон и др.). Это позволит подобрать больному правильный препарат (табл. 2).

Противокашлевые средства при ОРВИ		Таблица 2
Препараты для кашля	Мукоактивные средства <ul style="list-style-type: none"> • Муколитики • Мукокинетики • Мукорегуляторы 	
Препараты от кашля Центрального действия	Собственно противокашлевые средства <ul style="list-style-type: none"> • Опиоидные: кодеин • Неопиоидные: бутамират (Синекод), глауцин 	
Периферического действия	<ul style="list-style-type: none"> • Преноксдиазин (Либексин) • Леводропропизин 	
Комбинированные средства	<ul style="list-style-type: none"> • Кодеин + терпингидрат • Бутамират + гвайфенезин (стоптуссин) 	
Препараты других групп	Ренгалин	

Противокашлевые препараты не рекомендуется назначать пациентам с острым кашлем, а также для подавления продуктивного кашля: это может спровоцировать застой мокроты в дыхательных путях и способствовать развитию инфекционных осложнений, предупредил эксперт. В клинических ситуациях, когда кашель значительно ухудшает качество жизни больного (болевой синдром, нарушение сна) применение противокашлевых препаратов может быть востребованным и оправданным.

Так, например, кодеин используется в тех редких случаях, когда пациенту совсем нельзя кашлять. Это больные с кровохарканьем, для которых кашель губителен из-за существующего риска спровоцировать кровотечение из дыхательных путей. Если для облегчения сухого, непродуктивного кашля назначались подавляющие его препараты, важно, как уже говорилось, не пропустить тот момент, когда начнет образовываться мокрота и пациенту понадобятся препараты не ПРОТИВ, а ДЛЯ кашля, то есть мукоактивные средства.

А есть ли такие противокашлевые препараты, которые можно назначить больному с первого дня ОРВИ, пока кашель сухой, и продолжить их прием, когда он станет влажным? Да, такой препарат существует, это Ренгалин, который оказывает регулирующее действие на центральные и периферические звенья кашлевого рефлекса и не требует отмены в случае перехода сухого непродуктивного кашля в продуктивный.

Андрей Алексеевич сообщил, что многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование подтвердило эффективность и безопасность применения Ренгалина для лечения кашля при ОРВИ у взрослых пациентов. Препарат также хорошо зарекомендовал себя при лечении постинфекционного кашля (простуда прошла, но кашель остался). Благодаря противокашлевому, бронхолитическому и противовоспалительному действию Ренгалин позволяет независимо от характера кашля добиваться более выраженных терапевтических эффектов в более короткие сроки без развития нежелательных явлений (НЯ) и рекомендован для улучшения качества жизни пациентов, подчеркнул докладчик.

Возвращаясь к вопросу о лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19, профессор Зайцев напомнил коллегам ее симптомы: лихорадка (99% случаев), кашель (у 59% пациентов непродуктивный), миалгия (35%), диспноэ (31%), аносмия (30%). Инкубационный период в среднем составляет 2-5 дней, возможна диарея, на начальной стадии специфических симптомов нет, но бывает одышка и чувство нехватки воздуха.

Кодеин-содержащие препараты, по мнению эксперта, при COVID-19 противопоказаны, поскольку они влияют на дыхательный центр. А назначение противокашлевых препаратов из группы неопиоидных вполне оправданно и возможно в сочетании с Ренгалином.

Возможности управления воспалительной реакцией при респираторных инфекциях

Данной теме посвятил свое выступление заведующий кафедрой внутренних болезней Казанского государственного медицинского университета, заслуженный врач Республики Татарстан, профессор Р. Ф. Хамитов. Он выразил обеспокоенность тем, что на протяжении последних 20 лет происходит увеличение числа заболеваний органов дыхания за счет острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ), которые занимают 90% среди всей острой респираторной патологии. Ежегодно в мире регистрируется 1 млрд больных ОРВИ и фиксируется от 3 до 5 млрд случаев тяжелого течения данных инфекций. В среднем за год взрослый болеет ими

не реже 1-3 раз, а ребенок – 4-10 раз в год. Подсчитано, что из 60 прожитых лет человек страдает острыми респираторными инфекциями в среднем на протяжении 6 лет!

Медико-социальное значение инфекций дыхательных путей, по мнению Рустэма Фидагиевича, нельзя недооценивать. Менее чем треть всех случаев подобных инфекций проходит через медработников (в первую очередь амбулаторно-поликлинической сети), что составляет более 10% всех визитов в кабинет врача первичного звена. На лечение респираторных инфекций в целом приходится половина амбулаторного и треть стационарного применения антибиотиков. Прямые медицинские расходы на лечение респираторных инфекций в одних только США ежегодно составляют около 15 млрд долларов при косвенных затратах в 9 млрд.

«Мы привыкли рассматривать респираторные вирусные инфекции как сезонные, и многие из нас ждали снижения заболеваемости новой коронавирусной инфекцией с апреля или мая, но, к сожалению, эта инфекция совершенно новая, она протекает по своим законам и на сегодняшний день мы имеем рост заболеваемости. В этой связи стоит отметить, что некоторые ОРВИ и ранее демонстрировали нам свою круглогодичность», – заявил эксперт.

В России пандемия началась лишь весной и продолжилась осенью, когда обычно происходит сезонный подъем заболеваемости ОРВИ. Как же соотносятся между собой COVID-19 и другие ОРВИ, столкнувшиеся в один сезон? Уже сейчас на этот счет получены интересные данные. Исследовано более 16 000 пациентов на коронавирусную инфекцию методом ПЦР и 2049 образцов на выявление респираторного синцитиального вируса (РСВ) и вируса гриппа. Получена высокая частота выявления *SARS-CoV-2* (54,8%) и очень низкие показатели коинфекции с другими патогенами: у пациентов, положительных по *SARS-CoV-2*, она составила всего лишь 2,99%. Коронавирусы, не относящиеся к *SARS-CoV-2*, оказались наиболее распространенными сопутствующими респираторными вирусами, обнаруженными в образцах от COVID-19 положительных пациентов.

Среди COVID-19 негативных пациентов другие вирусные коинфекции в течение исследуемого периода выявлялись значительно чаще (13,1%). Это были риновирусы/энтеровирусы, вирусы гриппа и коронавирус NL63. Авторы исследования не получили данных, позволяющих утверждать, что вирусное коинфицирование у COVID-19 положительных пациентов способствует более тяжелому течению заболевания, а также более частому поражению легких и росту числа госпитализаций. Возможно, одной из причин, по которым у больных COVID-19 частота других вирусных коинфекций намного ниже, является конкурентное преимущество *SARS-CoV-2* во взаимодействии с другими респираторными вирусами.

Рустэм Фидагиевич напомнил коллегам принципы терапии ОРВИ:

- Этиотропная направлена против возбудителя заболевания.
- Патогенетическая – на борьбу с воспалением, индуцированным вирусом, а также с сосудистыми, циркуляторными и органными нарушениями.
- Симптоматическая предполагает назначение жаропонижающих (парацетамол, ибупрофен), противокашлевых и прочих средств.
- Антибактериальная терапия показана при бактериальных осложнениях (острый средний отит, гнойный синусит, бронхит с гнойной мокротой, пневмония, эпиглотит).

Эксперт остановился и на описании противовирусных препаратов (табл. 3), причем начал с осельтамивира – ингибитора нейраминидазы, разработанного специально для лечения гриппа. Препарат останавливает репликацию вируса гриппа и быстро подавляет его распространение в организме, снижая тяжесть симптомов, частоту вторичных осложнений и длительность заболевания. Осельтамивир рекомендован ВОЗ для лечения гриппа в случае развития пандемии, включен в стандарты МЗ РФ по лечению гриппа и пневмонии тяжелой степени (гриппозной этиологии).

Таблица 3	
Основные стадии патогенеза ОРВИ	
•	Адгезия и внедрение возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей и его репродукция
•	Формирование интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций
•	Развитие воспалительного процесса в дыхательной системе
•	Обратное развитие инфекционного процесса, формирование иммунитета

Еще один препарат – высокоселективный ингибитор нейраминидазы занамивир также эффективен для лечения и профилактики гриппа А и В. Его особенность в том, что занамивир применяется только для ингаляционного введения в дыхательные пути с использованием прилагаемого ингалятора.

Характер течения инфекционного процесса при ОРВИ, подчеркнул профессор Хамитов, определяется сложной системой защитно-приспособительных реакций макроорганизма, направленных на ограничение репродукции

вирусов и их элиминацию (табл. 3).

Воспалительный процесс в дыхательных путях при ОРВИ имеет свои маркеры: преобладание нейтрофилов над лимфоцитами, повышение С-реактивного белка, СОЭ, α -1 и α -2 глобулиновых фракций сыворотки крови. Отмечается повышение ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α и других цитокинов воспаления.

В период пандемии в России наши врачи получили Временные методические рекомендации (лекарственная терапия ОРВИ в период эпидемии COVID-19), напомнил докладчик. А основной документ, по которому мы работаем с пациентами для лечения коронавирусной инфекции, – это Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции» (версия № 9 от 26 октября 2020 г.) Министерства здравоохранения РФ, где на 43-й странице написано следующее: «Принимая во внимание сходство клинической картины легких форм COVID-19 с клинической картиной сезонных ОРВИ, до подтверждения этиологического диагноза в схемы терапии следует включать препараты, рекомендуемые для лечения сезонных ОРВИ, такие как интраназальные формы интерферона α , препараты индукторов интерферона, а также противовирусные препараты с широким спектром активности...»

В этой связи необходимо коснуться проблемы интерферонового (ИФН) ответа при респираторной вирусной инфекции. Все вирусы представляют собой внутриклеточные патогены и являются индукторами ИФН-ответа. Система врожденного иммунитета распознает вирусную инфекцию, что ведет к индукции цитокинового ответа и прежде всего ИФН I, II и III типов.

Защитная функция ИФН обусловлена двумя основными факторами:

- способностью индуцировать синтез множества противовирусных белков в зараженных клетках и тех, что их окружают;
- иммуномодулирующими функциями: влиянием на миграцию и активацию клеток врожденного иммунитета, определением развития специфического В- и Т-клеточного иммунного ответа.

При благоприятном течении инфекции начинают активироваться гены, которые ограничивают дальнейшую активацию провоспалительных цитокинов, и происходит постепенное выздоровление. При неблагоприятном сценарии происходит дальнейшая генерализация воспаления – то, что сейчас называют цитокиновым штормом (табл. 4). Восстановлению цитокинового статуса может способствовать прием препарата Эргоферон, механизм действия которого описан в табл. 5.

Тяжелое течение гриппа	
	Повышение ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-15, ИЛ-18, ИФН- γ
	Снижение продукции ИЛ-2 и ИФН- γ
Благоприятное течение гриппа (без осложнений)	
Острый период	Повышение ИЛ-6, ИФН- α и ИФН- γ
Ранний период реконвалесценции	Уменьшение концентрации ИЛ-6 и ИФН- γ с сохранением стабильно высокого уровня ИФН- γ

Эргоферон: механизм действия

Технологически обработанные антитела к ИФН-γ -> регулируют функциональную активность и продукцию эндогенных интерферонов

Технологически обработанные антитела к CD4 -> регулируют функциональную активность CD4 рецептора, способствуя:

- повышению функциональной активности CD4 лимфоцитов;
- нормализации иммунорегуляторного индекса CD4/CD8;
- нормализации субпопуляционного состава иммунокомпетентных клеток (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20)

Технологически обработанные к гистамину -> модифицируют гистамин-зависимую активацию периферических и центральных H1-рецепторов, способствуя:

- уменьшению проницаемости сосудов;
- снижению агрегации тромбоцитов и реакции на контакт с аллергеном;
- подавлению высвобождения гистамина из базофилов и тучных клеток;
- оптимизации продукции лейкотриенов

Обладая противовирусной активностью, Эргоферон повышает продукцию ИФН-α и γ и усиливает чувствительность рецепторов к ИФН-γ. Синергичное влияние на систему ИФН и систему CD4 клеток также усиливает противовирусную активность препарата. А его противовоспалительное и антигистаминное действие осуществляется за счет способности оказывать регулирующее влияние на гистамин-зависимые реакции, что уменьшает выраженность и продолжительность отека слизистых, бронхоспазма и кашля.

Эргоферон поддерживает иммунитет в период реконвалесценции после ОРВИ. К моменту клинического выздоровления у пациентов, принимавших Эргоферон, показатели индуцированных ИФН превышали аналогичные показатели в группе контроля в 2 раза, где отмечалось истощение системы эндогенного ИФН.

Эргоферон оказывает модулирующее действие на систему ИФН, демонстрируя повышение индуцированной продукции ИФН-γ в случае исходно низких значений, равно как и отсутствие значимого влияния на продукцию ИФН-γ в случае исходно высоких значений.

Противовирусная активность Эргоферона, направленная на удаление вирусов, сопровождается противовоспалительным действием, о чем свидетельствует статистически значимое снижение уровня маркеров воспаления. При сравнении Эргоферона и Осельтамивира при гриппе эффективность обоих препаратов оказалась сопоставима. В проведенных двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) Эргоферон продемонстрировал эффективность при ОРВИ, включая грипп у взрослых и детей с 6 месяцев жизни. На основании многочисленных клинических исследований препарата проведен обобщенный анализ клинической эффективности и безопасности Эргоферона при гриппе и ОРВИ, включающий данные 1441 участника. Согласно результатам данного анализа, препарат значительно сокращает длительность основных клинических симптомов при ОРВИ, способствует более легкому течению заболевания и значительно снижает риск осложнений, требующих назначения антибактериальной терапии. Также отмечены хорошая переносимость препарата и его безопасность.

На основании результатов проведенных РКИ:

1. Доказана эффективность Эргоферона в лечении ОРВИ и гриппа.
2. Лечение Эргофероном способствует более быстрому выздоровлению от ОРВИ и более легкому течению заболевания.
3. Необходимость применения жаропонижающих препаратов значительно ниже, начиная с первого дня терапии.
4. Применение Эргоферона способствует профилактике бактериальных осложнений.
5. Эргоферон имеет благоприятный профиль безопасности.

По мнению Рустэма Фидагиевича, Эргоферон одинаково эффективен при гриппе и других ОРВИ вне зависимости от сроков начатой терапии и может с успехом использоваться в клинической практике.

Лечение пациентов с ХОБЛ. Результаты РКИ

В конце симпозиума заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета профессор Александр Андреевич Визель представил доклад о результатах многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого РКИ для оценки эффективности и безопасности препарата Ренгалин в лечении кашля у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). РКИ проводилось на базе 18 научных центров, в том числе КГБУЗ ККБ г. Барнаула, КГБУЗ ГКБ № 5, НУЗ Дорожная КБ на станции Челябинск

ОАО РЖД и др.

Для участия в исследовании были отобраны 238 человек в возрасте от 58 лет до 71 года. Из них 121 человек из группы Ренгалина получал данный препарат по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 4 недель. Оставшиеся 117 человек вошли в группу плацебо, которые принимали по схеме приема Ренгалина также в течение 4 недель.

Александр Андреевич подчеркнул особую важность принципов отбора пациентов и подробно остановился на этом вопросе. В исследование включались пациенты с диагнозом ХОБЛ, установленным не менее чем за год до начала РКИ, стабильным течением заболевания (не менее 6 недель без прогрессирования). Степень бронхиальной обструкции могла быть легкой, умеренной или тяжелой ($ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$; постбронходилатационный $ОФВ_1 \geq 30\%$ от должного значения), интенсивность кашля по Шкале тяжести кашля (ШТК) должна была составлять ≥ 2 баллов плюс больной должен был получать стабильную дозу препаратов базовой терапии в течение предшествующих 4 недель. От пациентов фертильного возраста обоих полов требовалось использование контрацепции во время исследования. Все участники РКИ подписывали информационный листок пациента (форма информированного согласия).

Докладчик рассказал и о критериях исключения из РКИ. В исследование не включали пациентов с ранее диагностированными внутри- и внеоракальными причинами кашля, обострением ХОБЛ, ОРВИ, кашлем, связанным с приемом пищи, крайне тяжелой степенью нарушения бронхиальной проходимости, изменением базовой медикаментозной терапии (в течение предшествующих 4 недель) и другими патологиями.

Профессор Визель подчеркнул, что наряду с критериями отбора пациентов крайне важными были и критерии оценки результатов РКИ. Главным критерием был процент пациентов с положительным ответом на лечение, то есть снижением суммарного балла по ШТК на 1 балл и более по сравнению с исходным состоянием.

Александр Андреевич перечислил и вторичные критерии оценки через 4 недели лечения:

- Процент пациентов со снижением тяжести кашля на 50% (по данным ШТК).
- Выраженность клинических симптомов ХОБЛ (по данным опросника САТ – тест оценки ХОБЛ).
- Процент пациентов без обострения.

Обострение ХОБЛ определяется как острое событие с ухудшением состояния в течение 2-3 дней и более. Имеется в виду интенсификация симптомов респираторных заболеваний за пределами их регулярных ежедневных колебаний, которая требует дополнения ранее предписанного базового лечения антибактериальными средствами, системными кортикостероидами и/или экстренной терапией (вызов скорой помощи), либо госпитализацией при обострении ХОБЛ, а также назначением препарата для облегчения симптомов бронхиальной обструкции (сальбутамол). Обострение ХОБЛ регистрировалось как неблагоприятное событие. Обострения, зарегистрированные в течение первой недели участия пациента в исследовании, не рассматривали в качестве критерия неэффективности терапии.

Эксперт озвучил главный вывод, который следует из результатов РКИ: «Ренгалин уменьшает кашель при ХОБЛ и снижает его тяжесть, а значит, это эффективный препарат для лечения кашля при ХОБЛ. Крайне важным представляется и тот факт, что Ренгалин уменьшает влияние ХОБЛ на жизнь пациентов».

В целом же полученные данные позволили сделать следующие выводы:

1. Препарат Ренгалин является эффективным и безопасным средством для лечения кашля у пациентов с ХОБЛ.
2. Прием Ренгалина в дополнение к базисной терапии ХОБЛ в течение 4 недель приводит к уменьшению тяжести кашля у значимого большего процента пациентов по сравнению с плацебо плюс базисная терапия.
3. Положительный ответ на лечение Ренгалином у пациентов с исходно частым кашлем, снижающим их дневную активность и/или нарушающим ночной сон, получен в 85,7% случаев.
4. Двукратное уменьшение тяжести кашля у пациентов с ХОБЛ отмечено более чем в 40% случаев.
5. Прием Ренгалина в дополнение к базисной терапии в течение 4 недель значимо снижает выраженность влияния ХОБЛ на жизнь пациентов по сравнению с плацебо плюс базисная терапия.
6. Препарат Ренгалин не оказывает влияния на показатели жизненно важных функций пациентов, в том числе на частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, систолическое и диастолическое артериальное давление.
7. Частота нежелательных явлений на фоне лечения Ренгалином не отличается от таковой на фоне плацебо-терапии.
8. Безопасность препарата Ренгалин подтверждена отсутствием зарегистрированных нежелательных явлений, имеющих достоверную связь с исследуемой терапией.
9. Не выявлено случаев негативного взаимодействия препарата Ренгалин с лекарственными средствами, применявшимися в качестве сопутствующей терапии, в том числе препаратами базисной терапии ХОБЛ.
10. Пациенты с ХОБЛ хорошо переносят препарат Ренгалин и демонстрируют высокий уровень приверженности к терапии.

И. В. Ковалева¹

Н. Д. Фоменко

Журнал «Лечащий Врач», Москва, Россия

¹ Контактная информация: pract@osp.ru

Комплексная терапия пациентов с респираторными инфекциями и заболеваниями дыхательных путей/ И. В. Ковалева, Н. Д. Фоменко

Для цитирования: Ковалева И. В., Фоменко Н. Д. Комплексная терапия пациентов с респираторными инфекциями и заболеваниями дыхательных путей // *Лечащий Врач*. 2020; 12 (23): 80-84. DOI: 10.26295/OS.2020.21.59.015

Теги: заболевания дыхательных путей, вирусные инфекции, бактериальные осложнения

© «Открытые системы», 1992-2020. Все права защищены.