

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОГО И СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ОРВИ

В. А. Ревякина, И. А. Ларькова, Е. Д. Кувшинова
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» отделение аллергологии,
Москва, Российская Федерация

Актуальность. Поиск эффективных препаратов, способных предупредить обострение БА, в частности при ОРВИ, на сегодняшний день представляется актуальной задачей аллергологии.

Цель. Определение эффективности и безопасности применения противовоспалительного препарата на основе АГ (Реглисам, ЗАО «ВИФИТЕХ», Россия) у детей с БА в острый период ОРВИ.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 42 ребенка (от 6-ти до 10-ти лет) с диагнозом БА в острый период ОРВИ (1-2 сутки от начала клинических проявлений). Пациенты были рандомизированы на основную группу — 20 больных, которым к симптоматической терапии ОРВИ был назначен препарат аммония глицирризинат (Реглисам, ЗАО «ВИФИТЕХ», Россия), и контрольную группу — 22 ребенка, которым была назначена только симптоматическая терапия ОРВИ. Период наблюдения составил 14 дней с 2-мя контрольными точками (1-й и 14-й дни), в ходе которых проводилась оценка следующих параметров: общеклинического обследования; симптомов БА; ПЦР-диагностики возбудителей ОРВИ и гриппа; функции внешнего дыхания и теста по контролю БА (С-АСТ), приема дополнительных препаратов и развития нежелательных явлений.

Результаты. Выявлено снижение средних баллов дневных и ночных симптомов БА в основной группе, как в динамике, так и в сравнении с контрольной группой на визите 2 ($p < 0,05$). Средняя длительность ОРВИ в основной группе составила $6,34 \pm 1,15$ день и была меньше таковой в контрольной группе пациентов ($10,95 \pm 1,45$ день), ($p < 0,05$). Средняя продолжительность использования КДБА в основной группе составила $3,37 \pm 1,05$ день и была меньше в сравнении с контролем ($6,75 \pm 1,6$), ($p < 0,05$). На 14-й день наблюдения в основной группе медиана показателей С-АСТ повысилась и соответствовала хорошему контролю БА, а уровень эозинофилов крови снизился до нормальных значений, в контрольной группе подобной динамики выявлено не было. У 78 % пациентов основной группы на 14-й день наблюдения не определялась персистенция ранее выявленных респираторных вирусов ОРВИ и гриппа, в контрольной группе доля таких пациентов была более чем в 2 раза меньше.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности и эффективности включения препарата АГ в качестве превентивной терапии детей с БА в острый период ОРВИ для повышения контроля над течением заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, терапия, аммония глицирризинат, острые респираторные инфекции.

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении многих лет вопросы долгосрочного контроля над симптомами бронхиальной астмы (БА) у детей являются одной из актуальных проблем педиатрии, клинической аллергологии и пульмонологии [1, 2]. Современная программа ведения детей с БА предусматривает комплексный подход с использованием широкого спектра терапевтических мероприятий, включающих элиминацию причинно-значимых факторов, назначения фармакологических средств и реабилитации, направленных на достижение стойкой ремиссии и высокого качества жизни пациента [3]. Основу современной фармако-

терапии БА составляют противовоспалительные средства, действие которых направлено на купирование хронического воспаления в дыхательных путях и уменьшение гиперреактивности бронхов, лежащих в основе патогенеза БА. Адекватная противовоспалительная терапия дает возможность купировать не только острые проявления болезни, но и предупреждать возникновение повторных обострений [4, 5]. Назначение базисной (противовоспалительной) терапии рассматривается при следующих показаниях [3]:

- ✓ Характер клинических симптомов соответствует диагнозу БА, а течение болезни не контролируется;

- ✓ Частые приступы затрудненного дыхания (3 и более за сезон);
- ✓ Редкие приступы удушья, имеющие тяжелое течение и возникающие под воздействием респираторных вирусов и/или других причинно-значимых аллергенов;
- ✓ «Пробная» базисная терапия в целях дифференциальной диагностики для подтверждения диагноза БА.

Среди фармакологических средств базисной терапии БА, влияющих на хроническое аллергическое воспаление в дыхательных путях и гиперреактивность бронхов, выделяют глюкокортикостероиды (преимущественно ингаляционные), антагонисты лейкотриеновых рецепторов, кромоны, кетотифен (у детей раннего возраста), моноклональные антитела (антитела к IgE). Выбор препарата базисной терапии определяется тяжестью течения заболевания, периодом болезни и возможностью достижения стойкого контроля над симптомами БА. Безусловно, в клинической практике педиатра, аллерголога или пульмонолога необходим персонализированный подход в выборе средств и методов лечения БА, при этом каждая конкретная клиническая ситуация требует обоснованного и не шаблонного подхода, особенно у детей. Кроме того, необходима оценка возможных рисков возникновения побочных реакций на назначаемые препараты [5, 6, 7, 8].

Несмотря на то, что ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) продолжают занимать важное место в терапии БА, их длительное применение, особенно в высоких дозах, может сопровождаться развитием ряда нежелательных явлений (угнетение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, замедление роста, снижение минерализации костей). Нередко низкая приверженность пациентов с БА к терапии ИГКС обусловлена следующими факторами [1]:

- ✓ Стероидофобия — одна из причин непринятия этих средств, в первую очередь родителями больного ребенка;
- ✓ Монотерапия ИГКС не всегда позволяет добиться полного контроля заболевания;
- ✓ Развитие толерантности к ИГКС при их длительном применении;
- ✓ ИГКС не всегда могут предотвратить прогрессирование воспалительного процесса в дыхательных путях.

В этой связи перед врачом стоит задача в правильном определении показаний к использованию ИГКС, возможности уменьшения объема и продолжительности применения ИГКС за счет их комбинирования с другими лекарственными средствами, либо поиска альтернативных

противовоспалительных препаратов, способных предупредить обострение БА, в частности при ОРИ.

Определенный интерес в поиске альтернативных противовоспалительных средств в лечении аллергических заболеваний представляет аммония глицирризинат (АГ). Механизм противовоспалительного действия АГ определяется ингибированием фосфолипазы А₂, которая, расщепляя липиды в клеточных мембранах, активно участвует в развитии и поддержании воспаления слизистой бронхиального дерева. Более того, показано, что глицирризиновая кислота, являющаяся фармакологической основой АГ, способна индуцировать синтез IFN γ , ингибировать продукцию провоспалительных цитокинов, в частности IL-4, восстанавливать баланс Th1/Th2 иммунного ответа и уменьшать образование специфических IgE активированными В-лимфоцитами [9,10,11]. Данные о возможности и эффективности использования АГ в терапии ряда атопических заболеваний, в том числе БА, прослеживаются в научных медицинских источниках [12,13,14]. В частности, показана эффективность АГ при снижении дозы ИГКС у детей с легкой БА [12]. В 2018 г. опубликованы данные открытого проспективного исследования о сокращении частоты и тяжести бронхиальной обструкции (БО), а также длительности назначения активной терапии БО (ИГКС и бронхолитической терапии) при пролонгированном 3-х месячном включении АГ в профилактические схемы в период высокой заболеваемости ОРИ у детей дошкольного возраста из группы высокого риска формирования БА [13]. Кроме того, по опыту нашей клиники описан клинический случай успешного применения АГ в лечении сочетанной аллергопатологии — атопического дерматита и БА [14]. Озвученные данные явились предпосылкой для проведения настоящей наблюдательной программы, целью которой стало определение безопасности и эффективности применения противовоспалительного препарата на основе АГ (Реглисам, ЗАО «ВИФИТЕХ», Россия) у детей с БА в острый период ОРИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдательная программа проводилась на базе отделения аллергологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» в течение осенне-зимнего периода (ноябрь-февраль) 2018 года. Под наблюдением находилось 42 ребенка в возрасте от 6-ти до 10-ти лет с установленным диагнозом БА легкого и среднетяжелого течения в острый период ОРИ (1-2 сутки от начала клинических проявлений). Все пациенты и законные представители были информированы

о целях и характере наблюдения и подписали информированное согласие на участие в данной наблюдательной программе.

Пациенты, включенные в наблюдательную программу, были рандомизированы на две группы: первую (основную) группу составили 20 больных, которым дополнительно к симптоматической терапии ОРВИ был назначен исследуемый препарат Реглисам (ЗАО «ВИФИТЕХ», Россия), ежедневно перорально в возрастных дозах, согласно инструкции, на протяжении 14 дней; вторую (контрольную) группу составили 22 ребенка, которым была назначена только симптоматическая терапия ОРВИ.

Период наблюдения за каждым пациентом составил 14 дней и включал 2 контрольные точки — 1-й (визит 1) и 14-й (визит 2) дни, в ходе которых проводились: физикальный осмотр; общеклиническое обследование (общий анализ крови и мочи); ПЦР-диагностика на выявление и идентификацию возбудителей ОРВИ и гриппа (мазок из зева и носа); оценка функции внешнего дыхания (форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), пиковая скорость выдоха (ПСВ)), оценка уровня контроля БА (Childhood Asthma Control Test — С-АСТ).

Пациенты ежедневно заполняли дневники наблюдения, включающие следующие параметры: жалобы; балльную оценку симптомов БА (0 – отсутствие симптомов, 1 – легкие симптомы, 2 – умеренно выраженные симптомы, 3 – выраженные симптомы); результаты пикфлоуметрии (утро/вечер), учет приема дополнительных препаратов (короткодействующих β 2-агонистов (КДБА), ИНГКС/повышение дозы ИНГКС); развитие нежелательных явлений (НЯ и СНЯ) и оценку переносимости исследуемого препарата по шкале от 0 до 4 баллов (4 балла – отсутствие любых НЯ, а 0 баллов – потребность в отмене препарата и назначения дополнительной терапии).

Результаты, полученные в ходе наблюдательной

программы, обрабатывались с использованием пакета Statistica for Windows 10.0 (Statsoft Inc., USA). Данные представлены в зависимости от типа распределения: в виде среднего (M) и его стандартной ошибки (\pm s); в виде медианы и верхнего, и нижнего квартилей Me [Q25; Q75]. Качественные параметры представлены в виде абсолютных чисел и относительного количества (процентов). Для оценки различий результатов выборок, учитывая вероятность отклонений от нормальности распределения, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). Для оценки различий результатов, измеренных в двух разных условиях на одной выборке, использовали критерий Вилкоксона (T-критерий). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдательную программу в соответствии с протоколом завершили 42 ребенка в возрасте от 6-ти до 10 лет (Me=9,1 лет [7,1; 10], мальчики — 69 %, девочки — 31 %). Все пациенты имели диагноз БА легкого и среднетяжелого течения, набор пациентов осуществлялся в острый период ОРВИ (1-2 сутки от начала клинических проявлений). Исходная характеристика БА в группах пациентов представлена в **таблице 1**.

Исходно в исследуемых группах стаж БА, распределение тяжести и базисная терапия БА были сопоставимы. Все пациенты имели сопутствующий диагноз аллергического ринита (АР). Спектр сенсibilизации в общей группе больных характеризовался преобладанием чувствительности к бытовым (62 %) и эпидермальным аллергенам (29 %), пыльце растений (38 %). Медианы результатов теста по контролю БА (С-АСТ) исходно не различались в группах (19 [18; 21] и 18 [17; 20] баллов, соответственно) и демонстрировали неполный контроль заболевания.

При оценке показателей функции внешнего дыхания средние значения ФЖЕЛ, ОФВ1 были выше 80 % от должных величин как исходно на визите 1, так и в динамике на визите 2 (**Таблица 2**).

Таблица 1. Исходная характеристика БА в группах пациентов

| Показатели | 1 группа Основная (n=20) | 2 группа Контрольная (n=22) |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Средняя длительность установления диагноза БА, (годы, M \pm o) | 2,2 \pm 2,1 | 1,9 \pm 1,7 |
| Легкая БА, n (%) | 12(60 %) | 11(50 %) |
| БА средней степени тяжести, n (%) | 8(40 %) | 11(50 %) |
| Терапия БА | | |
| ИНГКС, n (%) | 3(15 %) | 5(23 %) |
| ИНГКС+ДДБА, n (%) | 5(25 %) | 4(18 %) |
| Монтелукаст, n (%) | 5(25 %) | 5(23 %) |
| Без базисной терапии, β 2-агонисты по требованию n (%) | 7(35 %) | 8(36 %) |
| Контроль БА | | |
| С-АСТ (баллы, Me [Q25; Q75]) | 19 [18; 21] | 18 [17; 20] |

Таблица 2. Оценка показателей функции внешнего дыхания у больных в группах

| Группа | Показатель | Среднее значение в группе, М±σ | | p |
|--------------------|--------------|--------------------------------|----------|--------|
| | | Визит 1 | Визит 2 | |
| Основная группа | ФЖЕЛ, % от N | 90,5±7,0 | 102±5,4 | p<0,05 |
| Контрольная группа | | 89,7±5,4 | 90,7±4,9 | p>0,05 |
| p | | p>0,05 | p<0,05 | |
| Основная группа | ОФВ1, % от N | 87,4±2,4 | 98,2±5,3 | p<0,05 |
| Контрольная группа | | 87,8±6,2 | 88,7±3,9 | p>0,05 |
| p | | p>0,05 | p<0,05 | |

Следует отметить, что к визиту 2 в основной группе показатели ФЖЕЛ, ОФВ1 достоверно увеличились в рамках возрастной нормы, при этом подобной тенденции в контрольной группе отмечено не было. По данным ежедневной пикфлоуметрии, значения ПСВ в группах были выше 80 % от должных величин, значимых колебаний утренних и вечерних показателей за весь период наблюдения отмечено не было.

Анализ динамики балльной оценки симптомов БА в исследуемых группах представлен в **таблице 3**. Выявлено статистически значимое снижение средних баллов дневных и ночных симптомов в основной группе, как в динамике, так и в сравнении с контрольной группой на визите 2 (p<0,05). Средний балл утренних симптомов в контрольной группе также достоверно снижался, но на 14-й день наблюдения был в 2 раза выше в сравнении с показателями основной группы, средний балл ночных симптомов в контрольной группе значимо не менялся. Балльная оценка кашля в основной группе снижалась к 14-му дню наблюдения и была достоверно ниже в сравнении с контролем (**Рисунок 1**).

Средняя длительность ОРВИ в основной группе составила 6,34±1,15 дней и была достоверно меньше таковой в контрольной группе пациентов (10,95±1,45 дней), различия статистически значимы (p<0,05) (**Рисунок 2**). За период наблюдения дополнительное использование препаратов скорой помощи (КДБА) потребовалось 8-ми пациентам основной и 11-ти

пациентам контрольной групп, при этом средняя продолжительность использования КДБА в основной группе составила 3,37±1,05 дня и была достоверно меньше в сравнении с контролем (6,75±1,6), различия статистически значимы (p<0,05) (**Рисунок 2**). Кроме того, при оценке результатов теста по контролю БА на 14-й день наблюдения в основной группе медиана показателей С-АСТ достоверно повысилась до 23 [19; 24] баллов (p<0,05) и соответствовала хорошему контролю БА, в контрольной группе значимых изменений результатов теста выявлено не было (19 [19; 21]) (**Рисунок 3**).

При оценке результатов общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи), на визите 1 было отмечено исходное повышение относительного содержания эозинофилов в периферической крови у детей обеих групп 6,8±3,2 % и 7,2±2,9 %, соответственно. В основной группе к визиту 2 уровень эозинофилов в крови достоверно снизился и составил 4,24±1,98 % (p<0,001), в контрольной группе в динамике показатель значимо не менялся (7,0 ±2,5 %). Другие показатели общего анализа крови и мочи за весь период наблюдения были в пределах референсных значений.

На визите 1 осуществлялось взятие мазка из носоглоточной слизи пациентов обеих групп для возможности идентификации респираторных вирусов ОРВИ и гриппа методом ПЦР (**Таблица 4**). Наиболее часто в основной и контрольной группах выделяли риновирусы (65 % и 54,5 %, соответственно), а также единичные

Таблица 3. Динамика балльной характеристики симптомов БА в группах

| Группа | Симптом | Среднее значение в группе, М±σ | | p |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------|--------|
| | | Визит 1 | Визит 2 | |
| Основная группа | Средний балл утренних симптомов | 1,20±0,2 | 0,06±0,03 | p<0,05 |
| Контрольная группа | | 1,18±0,3 | 0,13±0,02 | p>0,05 |
| p | | p>0,05 | p<0,05 | |
| Основная группа | Средний балл ночных симптомов | 0,8±0,02 | 0,3±0,04 | p<0,05 |
| Контрольная группа | | 0,7±0,02 | 0,5±0,02 | p>0,05 |
| p | | p>0,05 | p<0,05 | |

Таблица 4. Динамика выделения вирусных возбудителей ОРВИ и гриппа в группах

| Вирус | Основная группа (n=20) | | Контрольная группа (n=20) | |
|---------------|------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|
| | Визит 1 | Визит 2 | Визит 1 | Визит 2 |
| Риновирусы | 13 (65 %)* | 4 (20%)*† | 12 (54,5 %) | 9 (40,9 %) [†] |
| Грипп А | 1 (5 %) | — | 2 (9,1 %) | 1 (4,5 %) |
| Грипп В | 1 (5 %) | — | 1 (4,5 %) | 1 (4,5 %) |
| Грипп (H1/N1) | 1 (5 %) | — | 1 (4,5 %) | — |
| Парагрипп | 2 (10 %) | — | 1 (4,5 %) | — |

*†p<0,001

случаи вирусов гриппа (А, В, H1/N1) и парагриппа. С целью определения возможной персистенции вирусов, в динамике на визите 2 осуществлялось повторно ПЦР-исследование в группах. У 78 % пациентов основной группы на 14-й день наблюдения не определялась персистенция ранее выявленных респираторных вирусов ОРВИ и гриппа, в контрольной группе доля таких пациентов была более чем в 2 раза меньше и составила лишь 35 % (p<0,001) (**Рисунок 4**). Частота выделения риновируса у детей основной группы также достоверно снижалась в динамике как внутри группы, так и в сравнении с контролем (p<0,001), в свою очередь в контрольной группе снижение частоты выделения риновируса к визиту 2 было незначительно и недостоверно.

За весь период проведения наблюдательной программы не было зарегистрировано ни одного случая нежелательных явлений. Переносимость исследуемого препарата пациентами основной группы была оценена как хорошая/очень хорошая, средний балл переносимости составил 3,8±0,7.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, данные, полученные в ходе настоящей наблюдательной программы, свидетельствуют о том, что включение препарата на основе АГ в качестве противовоспалительной

превентивной терапии у детей с БА в острый период ОРВИ позволяет повысить контроль над течением заболевания в виде достоверного уменьшения выраженности и продолжительности симптомов обострения БА и сокращения длительности использования препаратов скорой помощи (КДБА), а также нормализации уровня эозинофилов крови. Кроме того, на фоне терапии препаратом на основе АГ отмечается достоверное сокращение средней продолжительности острого периода ОРВИ, что определяется не только известным противовоспалительным эффектом АГ, но и высоковероятно его противовирусным действием, которое широко обсуждается в медицинском научном обществе, так как все больше исследовательских работ указывают на правомерность данного утверждения [15,16]. Настоящая наблюдательная программа не является исключением, так как в ходе работы у пациентов с БА, получавших препарат АГ в период ОРВИ, было продемонстрировано достоверное снижение персистенции ранее выявленных вирусов ОРВИ и гриппа. Подобные наблюдения актуальны и крайне интересны с точки зрения практической медицины и безусловно требуют дальнейшего изучения. Отсутствие случаев нежелательных явлений за весь период наблюдения и хорошая переносимость препарата АГ свидетельствуют о его высоком профиле безопасности, что особенно важно для пациентов с БА.

Рисунок 1. Динамика балльной оценки кашля в группах

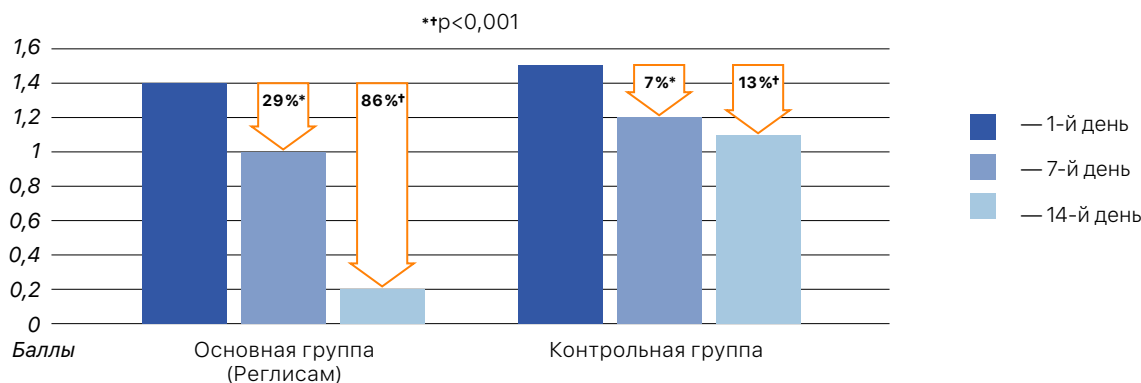


Рисунок 2. Средняя продолжительность ОРВИ и использования КДБА в группах

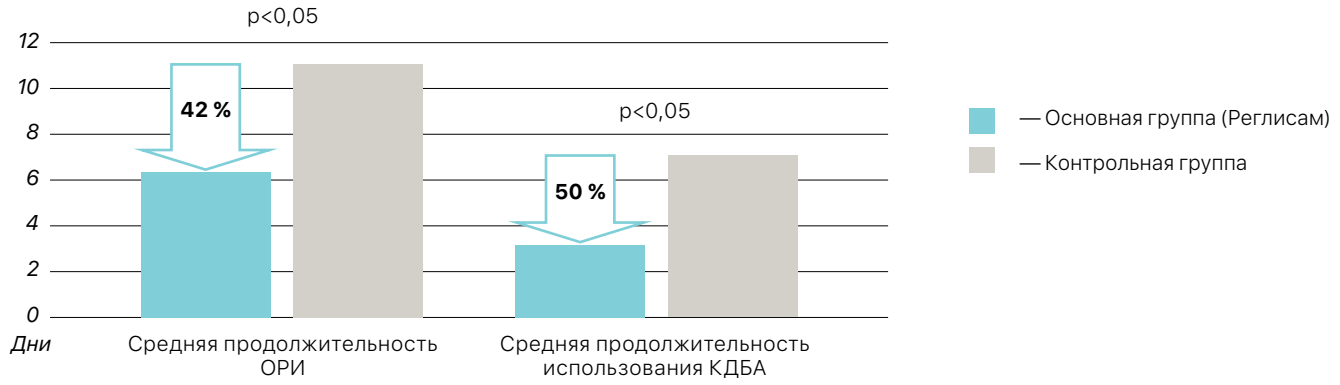


Рисунок 3. Динамика результатов теста С-АСТ (баллы) в группах

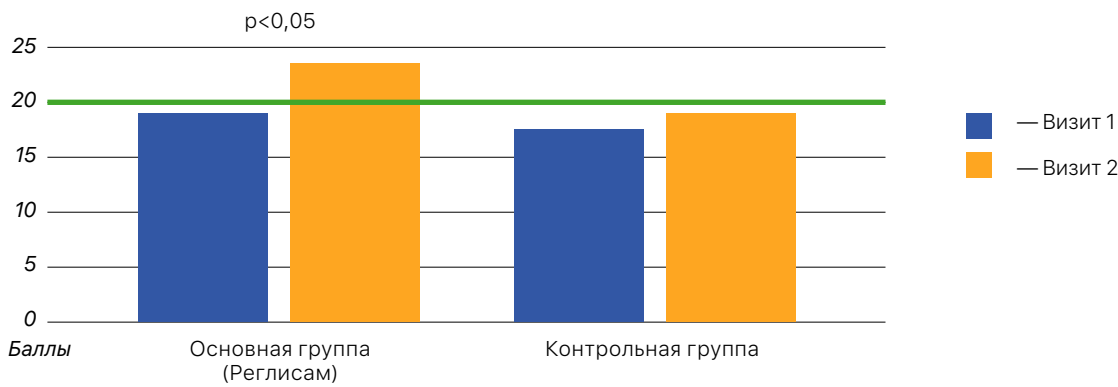
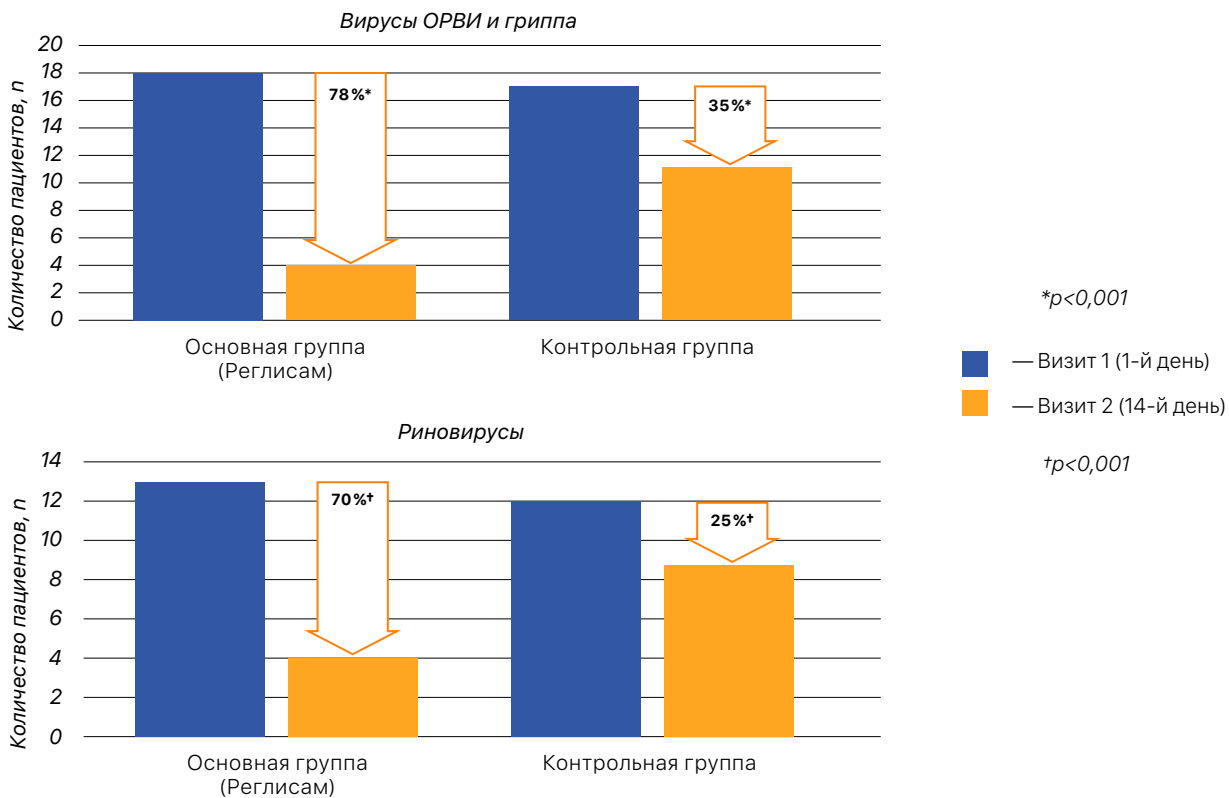


Рисунок 4. Персистенция вирусных возбудителей ОРВИ и гриппа в группах к визиту 2



КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ О ФИНАНСИРОВАНИИ

Финансовой поддержки в настоящей статье не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Atlas of Allergy, 2014, www.eaaci.org.
2. Глобальная стратегия профилактики лечения бронхиальной астмы. (GINA). Пересмотр, 2019 г.
3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» 5-е издание, перераб. и доп. Российское респираторное общество, М.; 2017 г.
4. Геппе Н.А. Рациональная терапия ингаляционными кортикостероидами при бронхиальной астме у детей / Медицинский совет. 2016;(1):63–66.
5. Henderson J, Chaeles J, Pan Y. Management of practice. childhood asthma in general: Aust Fam Physician. 2015;(44):349–351.
6. Астафьева Н.Г. Современные тенденции в фармакотерапии бронхиальной астмы. Из-во Саратовского медицинского университета, 2013–248с.
7. Овсянников Д.Ю. Трудности и ошибки диагностики и терапии бронхиальной астмы. Медицинский совет. 2017;(1):100–106.
8. Курбачева О.М., Павлова К.С. Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза и клинической картины к выбору терапии/Рос. Аллергологический журнал, 2013;(1):15–25.
9. Han S, Sun L, He F, Che H. Sci Anti-allergic activity of glycyrrhizic acid on IgE-mediated allergic reaction by regulation of allergy-related immune cells. Rep. 2017.
10. Fouladi S, Masjedi M, Ghasemi R, G Hakemi M, Eskandari N. The In Vitro Impact of Glycyrrhizic Acid on CD4+ T Lymphocytes through OX40 Receptor in the Patients with Allergic Rhinitis. Inflammation. 2018.
11. The Review of in Vitro and in Vivo Studies over the Glycyrrhizic Acid as Natural Remedy Option for Treatment of Allergic Asthma. Fouladi S, Masjedi M, Ganjalikhani Hakemi M, Eskandari N. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2019 Feb;18(1):1–11. Review. PMID: 30848569 Free Article.
12. Березовский А.С., Незабудкин С.Н., Незабудкина А.С., Антонова Т.И. Место аммония глицирризината (глицирама) в терапии легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2012.3(30):С.22–26.
13. Камаев А.В., Трусова О.В., Макарова И.В., Коростовцев Д.С. Исследование клинической эффективности аммония глицирризината у детей дошкольного возраста из группы высокого риска формирования бронхиальной астмы. Вопросы практической педиатрии. 2018;13(4):104–111.
14. Ревякина В.А. Ларькова И.А., Кувшинова Е.Д., Мухортых В.А. Новые пути решения старой проблемы: особенности течения и лечения атопического дерматита в сочетании с бронхиальной астмой у детей / Вопросы практической педиатрии, 2019;2:61–67.
15. Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Chandra P, Rabenau H, Doerr HW. Glycyrrhizin, an active compound of liquorice roots, and replication of SARS-associated coronavirus. Lancet 2003;361:2045–2046.
16. Зарубаев В.В., Аникин В.Б., Смирнов В.С. Противовирусная активность глицирризиновой кислоты. Инфекция и иммунитет. 2016;6(3):199–206.

В острый период ОРВИ до 14 дней



РУ: ЛС-001722, ЛС-000501

reglissam.ru

Негормональный противовоспалительный препарат Реглисам® при добавлении к базисной терапии БА лёгкого и среднетяжёлого течения в острый период ОРВИ улучшает контроль над течением заболевания*:



Снижает выраженность и продолжительность симптомов БА¹



На 50% уменьшает длительность использования короткодействующих β_2 -агонистов¹



На 42% сокращает продолжительность ОРВИ¹



Способствует уменьшению персистенции вирусов ОРВИ и гриппа **на 43%**, риновирусов — **на 45%**¹

*по сравнению с контрольной группой

ВОСПАЛЕНИЕ И АТОПИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ!

1. Ревякина В.А., Ларькова И.А., Кувшинова Е.Д. Возможности превентивной противовоспалительной терапии у детей с бронхиальной астмой лёгкого и среднетяжёлого течения в острый период ОРВИ. Вопросы практической педиатрии. 2020; 15(6) 2. James K. M. et al. Response to infections in patients with asthma and atopic disease: an epiphenomenon or reflection of host susceptibility? J. Allergy Clin. Immunol. 2012. 2. Камаев А. В., Трусова О. В., Камаева И. А., Ляшенко Н. Л. Оптимизация терапии у детей с легкой бронхиальной астмой для улучшения контроля в период эпидемического подъема острых респираторных инфекций. Вопросы практической педиатрии. 2020; 15(5) 3. Березовский А. С. и соавт. Место аммония глицирризината (глицирама) в терапии легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей. Аллергология и иммунология в педиатрии.-2012. 4. Камаев А.В., Трусова О.В., Макарова И.В., Коростовцев Д.С. Исследование клинической эффективности аммония глицирризината у детей дошкольного возраста из группы высокого риска формирования бронхиальной астмы. Вопросы практической педиатрии. 2018; 13(4): 104–111. 5. Балаболкин И. И. Фармакотерапия аллергических болезней у детей.-1997. 6. Березовский А. С. и соавт. Место аммония глицирризината (глицирама) в терапии легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей. Аллергология и иммунология в педиатрии.-2012. 7. Насыров Х. М., Балтина Л. А., Кондратенко Р. М., Толстиков Г. А. Исследование противовоспалительной активности ряда уреидопроизводных пентаацетилглицирризиновой кислоты. Хим.-фарм. журн.-1985.-№8.-С. 971-974.8. Инструкция по применению препарата Реглисам 9.Толстиков Г. А. и соавт. Глицирризиновая кислота. Биорганическая химия.-1997.