

Medical Nature

дослідження
інновації
практика

Природна медицина® ©

№ 1 (20) | Березень 2015



Сім'я і здоров'я



Здоров'я® України®
МЕДИЧНА ГАЗЕТА



Bionorica®

Біль у горлі?

Тонзипрет®



усуває біль¹



прискорює одужання²



застосовується у дорослих та дітей з 1 року життя³

Розкриваючи силу рослин

Тонзипрет®. Показання до застосування. Гострі та хронічні запалення глотки, горла та мигдаликів (тонзиліт, ларингіт, фарингіт). **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання препарат застосовують в таких дозах: Тонзипрет краплі 30 мл. Діти від 1 до 6 років по 5-10 крапель не більше 6 разів на день. Діти від 6 до 12 років – 5-10 крапель не більше 8 разів на день. Дорослі по 5-10 крапель кожні 30-60 хв., але не більше 12 разів на день. Тонзипрет таблетки № 50. Діти від 1 до 6 років приймають по 1 таблетці не більше 6 разів на день. Діти від 6 до 12 років по 1 таблетці не більше 8 разів на день. Дорослі по 1 таблетці кожні 30-60 хв., але не більше 12 разів на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування та під контролем лікаря препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні реакції:** Іноді можливе виникнення нудоти та шлункових розладів, алергічні реакції.

1. Несподівані ефекти гіркого перцю (Medical Nature № 1/2009 стр 38-39; Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болем у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р.
2. Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болем у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р.
3. Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болем у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р. Рослинний препарат швидко пом'якшує біль у горлі, Medical Nature, № 2/2010 стр. 39-41.

Тонзипрет® таблетки №50: Р.П. №UA/1838/01/01 від 10.07.2014. **Тонзипрет® краплі 30 мл.** Р.П. №UA/1838/02/01 від 29.07.2014.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Учредитель
Иванченко Игорь Дмитриевич

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ю.Г. Антипкин (г. Киев)
Т.П. Гарник (г. Киев)
Д.И. Заболотный (г. Киев)
Д.Д. Иванов (г. Киев)
В.Ф. Лапшин (г. Киев)
В.Н. Лесовой (г. Харьков)
В.З. Нетяженко (г. Киев)
С.П. Пасечников (г. Киев)
С.М. Пухлик (г. Одесса)
Л.Г. Розенфельд (г. Киев)
И.И. Смоланка (г. Киев)
Т.Ф. Татарчук (г. Киев)
Н.В. Харченко (г. Киев)

ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Медицина газета «Здоров'я України»
Свидетельство о государственной
регистрации
КВ № 15893-4365Р от 09.11.2009 г.

РЕДАКЦИЯ

Генеральный директор
Игорь Иванченко
Директор по развитию
Людмила Жданова
Шеф-редактор
Эльвира Сабадаш
Выпускающий редактор
Лариса Стороженко
Медицинские редакторы
Алексей Терещенко,
Ольга Радучич
Литературные редакторы/
корректоры
Галина Теркун,
Светлана Кабанова
Дизайн-концепция
Тамара Музыка
Дизайн/верстка
Лина Арсенюк,
Ирина Лесько

АДРЕС РЕДАКЦИИ

03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2.
www.health-ua.com

ТЕЛЕФОНЫ

Редакция 521-8686
Отдел маркетинга 521-8691
Отдел подписки
и распространения 521-8698

Журнал отпечатан в ООО «Видавничий дім
«Аванпост-Прим», г. Киев-35, ул. Сурикова, 3/3.

Подписано в печать 03.03.2015

Заказ № 03032015

Тираж 12 000 экземпляров

Ответственность за подбор и изложение фактов
в статьях несут авторы.

Перепечатка статей возможна при письменном
согласии редакции со ссылкой на источник.

№ 1 (20) | Березень 2015

В ноябре выйдет номер
Medical Nature / «Природна медицина®»,
посвященный вопросам здоровья семьи



Подписной индекс журнала – 49292

Подписаться на журнал «Природна медицина®»
можно в любом отделении «Укрпочты»



Фактор взаимодействия лекарств играет одну из ключевых ролей в исходе терапии

Читайте на стр. 6



Гомеопатия может ассоциироваться с рисками для здоровья, поскольку иногда она заменяет такие медицинские процедуры с доказанной эффективностью, как вакцинация

Читайте на стр. 57



Лекарственные свойства многих растений были известны давно, однако обоснованные схемы получения сырья, а также научное исследование механизмов их терапевтического влияния начали развиваться лишь в последние десятилетия

Читайте на стр. 20

ТЕМА НОМЕРА

6-9 **Взаимодействие лекарственных препаратов: теория и практика**
Практикующим врачам разных специальностей, фармацевтам очень важно иметь представление об основных механизмах лекарственного взаимодействия.
И.А. Зупанец, Т.С. Сахарова, Н.П. Безуглая

24-30 **Эффективность и опыт использования фитотерапии при синдроме кашля у детей**
Проведенный анализ данных отечественной и зарубежной литературы позволяет сделать вывод о приоритете использования фитопрепаратов при лечении кашля в педиатрической практике.
Т.А. Крючко, Ю.А. Вовк, О.Я. Ткаченко

ПРАКТИКУМ ВРАЧА

10-15 **Эффективное и безопасное лечение риносинуситов с позиции доказательной медицины**
В большинстве случаев риносинусит развивается у пациентов с наличием факторов риска.
Н.Н. Козачок, М.Н. Селюк, Е.И. Валигура и др.

16-19 **Современные подходы к терапии острого ринофарингита у детей**
При выборе ЛС для детей важно ориентироваться на препараты с наименьшим риском возникновения побочных эффектов.
М.Л. Максимов, Е.В. Каннер, Д.В. Усенко и др.

50-52 **Новые подходы к лечению острого неосложненного цистита**
Результативность лечения острого цистита и его рецидивов без использования антибиотиков подкреплена результатами ряда исследований.

54-56 **Инфекции мочевыводящих путей: целесообразна ступенчатая терапия**
В лечении ИМП легкой и средней тяжести с применением ступенчатой терапии могут применяться фитопрепараты.
Г. ван Аллен, Д. Штрук, Ф. Вагенленер и др.

66 **Преимущества фитопрепаратов при кашле, обусловленном вирусными инфекциями**
Потенциал фитотерапии в борьбе с кашлем стал темой интервью с педиатром, детским пульмонологом, доктором Р. Ридлем-Зайфертом

ФИТОПРЕПАРАТ**СЕДАРИСТОН капсулы: не оставляет
стрессу ни единого шанса 41-43**

Задача клинициста и самого пациента – предотвратить изменение характера стресса из укрепляющего и тонизирующего на разрушающий. И лучший помощник в этом деле – седативные препараты.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**Возможности фитотерапии в профилактике
острого бронхита как осложнения ОРВИ 32-36**

ОРВИ, сопровождающаяся кашлем с затрудненным отхаркиванием без аускультативных признаков острого бронхита, – частая клиническая ситуация в амбулаторной практике.

Л.И. Вакуленко, И.И. Самохина

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**Противовоспалительное действие препарата
на основе специального экстракта BNO 1030 20-22**

Многие противовоспалительные препараты растительного происхождения, воздействуя на патологический очаг или патологические сдвиги, могут неспецифически активировать реакции иммунитета.

О.Ф. Мельников

НОВОЕ ОБ ИЗВЕСТНОМ**Профилактика и лечение
гелиометеотропных реакций 37-39**

Влияние погоды на больного и здорового человека, к сожалению, крайне редко учитывается в практической медицине.

И.И. Никберг

**Профессиональные личностные
деформации у медицинских работников 44-49**

Профессиональная деятельность медиков связана с эмоциональными и нравственными перегрузками.

В. Постнов

**Эффективность гомеопатических средств
не подтверждена в клинических испытаниях 57**

Гомеопаты часто советуют пациентам избегать иммунизации, а это, по мнению профессора Э. Эрнста, одна из главных причин низкого уровня вакцинации населения.

Об особенностях фитопрепаратов можно говорить много.

Авторы этой статьи анализируют доступную научную информацию относительно средств на растительной основе

Читайте на стр. 24



Профессиональные деформации представляют собой психологическую почву для развития различных психосоматических и невротических расстройств

Читайте на стр. 44

В статье представлены результаты открытого сравнительного многоцентрового рандомизированного исследования, в котором изучались эффекты фитотерапии при ОРВИ

Читайте на стр. 32



Взаимодействие лекарственных препаратов: теория и практика

И.А. Зупанец, д.м.н., профессор, Т.С. Сахарова, д. фарм. н., профессор, Н.П. Безуглая, к.м.н., кафедра клинической фармакологии и клинической фармации Национального фармацевтического университета, г. Харьков

Современный фармацевтический рынок характеризуется разнообразием и избытием лекарственных препаратов, большинство из которых предназначены не для лечения больного в целом, а для терапии конкретного заболевания или даже симптома. Вместе с тем понятие монотерапии уже вытеснено из повседневной практики и сознания не только врача, но и пациента. Сегодня лечение даже отдельного нарушения самочувствия проводится с использованием нескольких препаратов, что позволяет актуализировать проблему полипрагмазии.

➔ Полипрагмазия (poly — «много», прагма — «предмет, вещь»; политерапия, избыточное лечение) — избыточность использования всех медицинских назначений. Термин «полипрагмазия» включает понятия «полифармация» и «полифармакотерапия» — одновременное назначение нескольких лекарственных средств (ЛС).

Прибегая к полипрагмазии, врачи стремятся увеличить эффективность терапии, уменьшить сроки выздоровления и, кроме того, предотвратить все возможные осложнения. Назначая комбинацию из нескольких препаратов, врач не в полной мере принимает во внимание все аспекты их фармакологического (фармацевтического, фармакодинамического, фармакокинетического) взаимодействия. В то же время фактор взаимодействия лекарств играет одну из ключевых ролей в исходе терапии: установлено, что одновременный прием 2-3 препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% больных, лечение 5 ЛС увеличивает частоту указанного феномена до 50%; при использовании 10 препаратов риск лекарственных взаимодействий достигает 100%. Такие взаимодействия непредсказуемы, так как одновременно в организме

протекают тысячи разнообразных биохимических процессов, интенсивность которых отличается у каждого человека (зависит от генетической индивидуальности, особенностей питания, приема лекарственных препаратов, влияния факторов окружающей среды — температуры воздуха, ионизирующего излучения и др.).

В одном из исследований было продемонстрировано, что среднее количество препаратов, используемых пациентами (как назначенных докторами, так и принимаемых самостоятельно), составляло 10,5; при этом в 96% случаев врачи не знали точно, что именно принимают их пациенты. Количество назначений зависит не только от тяжести состояния и наличия сопутствующих заболеваний, но и от фактора перестраховки врача и самого пациента. Таким образом, психологические факторы в назначении лекарственных препаратов преобладают над реальной необходимостью.

Взаимодействие ЛС — это количественное или качественное изменение эффектов, вызываемых ЛС, при одновременном или последовательном применении двух и более препаратов.

Комбинации ЛС могут быть рациональными, нерациональными и потенциально опасными (!).



И.А. Зупанец

Д.м.н., профессор
Кафедра клинической фармакологии и клинической фармации Национального фармацевтического университета, г. Харьков

Рациональной комбинацию ЛС считают в том случае, если наблюдается повышение эффективности и/или безопасности. Нерациональной представляется комбинация ЛС, в результате которой уменьшается фармакологический эффект одного/нескольких препаратов. Потенциально опасной является комбинация ЛС, которая угрожает жизни пациента, приводит к развитию серьезных побочных эффектов и т. д.

К факторам риска развития неблагоприятных последствий взаимодействия ЛС, кроме собственно

особенностей ЛС, относят такие, как:

- полипрагмазия;
- «крайний» возраст (дети, особенно грудного возраста, пожилые люди). Риск развития побочных эффектов и даже смертельных исходов от лекарственной «перегрузки» у лиц пожилого возраста в 3-7 раз выше, чем у молодых людей. К примеру, исследования с участием пожилых пациентов показали, что антагонисты кальция, производные дигидропиридинол (нифедипин, амлодипин) вызывают у них более выраженное снижение артериального давления (АД) по сравнению с таковым у молодых людей, что связано с пониженной способностью к компенсаторным реакциям;

- небольшая широта терапевтического действия ЛС;

- фармакогенетика (полиморфизм генов, ответственных за метаболизм ЛС);

- полиморбидность (несколько одновременно протекающих заболеваний в различных фазах и стадиях), а значит, необходимость назначения ЛС разных не только фармакологических, но и фармакотерапевтических групп.

Предпосылками к полипрагмазии являются:

- наличие нескольких заболеваний (артериальная гипертензия (АГ) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН), сахарный диабет, бронхиальная астма, эмфизема легких и др.);

- недостаточная безопасность или неэффективность монотерапии, например, при тяжелом инфекционном процессе или в случае невозможности проведения монотерапии при ХСН, АГ (доказано, что только у 25-30% больных АГ с невысоким АД эффективна монотерапия, при приеме 2 препаратов адекватный контроль достигается уже у 70% пациентов, а при назначении 3 ЛС — в 90% случаев) и др.;

- прием ЛС на усмотрение пациента в рамках самолечения

(неответственного самолечения) по совету друзей, знакомых, под влиянием рекламы и др. Многие пациенты являются активными потребителями широко рекламируемых ЛС и биологически активных добавок. Поэтому пациент может спровоцировать лекарственную полипрагмазию, не уведомив лечащего врача о том, чем он дополнил его назначения. Аптечные работники (провизоры, фармацевты) также вносят «посильный вклад» в проблему полифармации.

Все вышеперечисленное обуславливает высокую вероятность взаимодействия лекарств друг с другом, приводящего к изменению выраженности и характера основного фармакологического эффекта, его продолжительности, а также к усилению или ослаблению побочных и токсических реакций. По имеющимся данным, в результате взаимодействия ЛС развивается около 50% побочных реакций на препараты; среди пациентов, умерших в результате побочных реакций ЛС, приблизительно 30% летальных исходов — результат взаимодействия препаратов.

Взаимодействие ЛС обычно подразделяют на:

- фармакологическое (основано на изменении фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств, химическом и физико-химическом взаимодействии ЛС в средах организма);

- фармацевтическое, или физико-химическое (возможно при изготовлении, хранении, введении ЛС).

Фармакокинетический тип взаимодействия

Данный тип взаимодействия ЛС проявляется на этапе всасывания лекарственного вещества (ЛВ), которое может изменяться по разным причинам. Так, в пищеварительном тракте возможны связывание веществ энтеросорбентами (активированным углем, белой глиной) или ионообменными

смолами (холестираминол), образование неактивных хелатных соединений или комплексонов (по такому принципу взаимодействуют антибиотики группы тетрациклина с ионами железа, кальция и магния). Все эти варианты взаимодействия препятствуют всасыванию ЛС и уменьшают выраженность их фармакологических эффектов. Для всасывания ряда веществ большое значение имеет величина pH среды. Так, даже незначительно изменяя pH в желудке и кишечнике, можно существенно повлиять на скорость и полноту абсорбции слабокислых и слабощелочных соединений. Изменение перистальтики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) также сказывается на всасывании веществ. Например, повышающие холиномиметиками перистальтики кишечника снижает всасывание дигоксина. Кроме того, известны примеры взаимодействия веществ на этапе их транспорта через слизистую оболочку кишечника. Все больше внимания уделяется роли транспортных белков в распределении ЛС и достижении клинического эффекта. Лучшее всего изучены свойства Р-гликопротеина, который транспортирует множество структурно различных препаратов. Он расположен на поверхности эпителиальных клеток тонкой кишки, мембране желчных канальцев печени, в проксимальных канальцах почек и эпителиальных клетках, входящих в состав гематоэнцефалического и гематотестикулярного барьеров. Р-гликопротеин влияет на распределение препаратов за счет ограничения их абсорбции в кишечнике, облегчая их выделение путем секреции с желчью и мочой и уменьшая их проникновение в головной мозг и яички.

Следующий этап фармакокинетики — распределение в тканях и жидкостях организма и связывание с белками плазмы крови. На этом этапе препараты, которые более активно связываются с белками, будут

вытеснять другие из комплекса с этими белками (ацетилсалициловая кислота, сульфаниламиды и др.). Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) повышают риск развития кровотечений при приеме антикоагулянтов, т. к. имеют антиагрегантный эффект и вытесняют из связи с белком антикоагулянты, повышая тем самым их свободную фракцию и увеличивая фармакологический эффект. Это особенно опасно для препаратов с незначительной шириной терапевтического действия, у которых совсем небольшое увеличение активной (не связанной с белками) фракции повышает риск развития токсических эффектов (антикоагулянты, гипотензивные препараты, сердечные гликозиды и ряд других ЛС).

Некоторые ЛВ способны взаимодействовать на уровне биотрансформации веществ. Основой процессов метаболизма является окисление, зависящее от присутствия НАДФН⁺ и гемсодержащего белка – цитохрома P450. Всего идентифицированы более 50 человеческих CYPs, из которых только несколько ответственны за метаболизм большинства препаратов. Одним из наиболее важных ферментов системы цитохрома P450 является CYP3A4, т. к. при его участии трансформируется (по крайней мере, частично) около 60% окисляемых лекарств. CYP3A4 играет важную роль в метаболизме ловастатина, симвастатина и аторвастатина. Так как ловастатин и симвастатин имеют исходно очень низкую пероральную биодоступность (5%), у этих препаратов наблюдается значительное (в 10-20 раз) повышение плазменной концентрации при совместном использовании амиодарона, дилтиазема, эритромицина и некоторых других ЛС (т. е. ингибиторов CYP3A4). У аторвастатина биодоступность более высокая, и его концентрация при применении ингибиторов CYP3A4 увеличивается в 2-4 раза. В противоположность

этим препаратам правастатин только в небольшой степени метаболизируется CYP3A4, а флувастатин метаболизируется CYP2C9 и может рассматриваться как альтернатива у пациентов, получающих ингибиторы CYP3A4.

Классическими представителями индукторов микросомальных ферментов печени считаются фенобарбитал, фенитоин, которые при совместном приеме с другими ЛС приводят к ускорению их биотрансформации, что может обусловить снижение выраженности и продолжительности эффекта последних.

Экскреция ЛВ также существенно изменяется при их комбинированном применении. Изменяя рН первичной мочи, можно повысить или понизить степень ионизации вещества. Следует иметь в виду, что при взаимодействии ЛВ их фармакокинетика может меняться на нескольких этапах одновременно.

Фармакодинамический тип взаимодействия

Этот тип может проявляться синергизмом и антагонизмом ЛС. Синергизм ЛВ может проявляться простым суммированием или потенцированием конечного эффекта. Суммированный эффект наблюдается при простом сложении эффектов каждого из компонентов. Если при введении двух веществ общий эффект превышает сумму эффектов обоих веществ, то это свидетельствует о потенцировании. Синергизм может быть прямой (если оба соединения действуют на один субстрат) или косвенный (при разной локализации их действия).

По проявлению конечного эффекта фармакодинамический синергизм может привести к:

- повышению эффективности терапии. Так, комбинация ингаляционных глюкокортикоидов и β_2 -адреномиметиков приводит к усилению бронходилатации. Установлено, что

амброксол повышает концентрацию антибиотиков разных групп в альвеолах и слизистой оболочке бронхов, что обуславливает увеличение эффективности антибактериальной терапии;

- улучшению безопасности терапии. Например, ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопризол и др.) уменьшают риск возникновения НПВП-гастропатии при приеме НПВП;

- снижению эффективности терапии. Одновременный прием антигипертензивных препаратов и НПВП имеет следствием снижение антигипертензивного эффекта (НПВП задерживают натрий и жидкость, снижают почечный кровоток и др., что вызывает повышение АД);

- ухудшению безопасности терапии. Примером может быть угнетение проводящей системы сердца при одновременном применении антагонистов кальция группы фенилалкиламинов (верапамил) и β -адреноблокаторов. Такая комбинация увеличивает также риск развития сердечной недостаточности, поскольку обе ее составляющие реализуют отрицательный инотропный эффект.

Способность одного вещества в той или иной степени уменьшать эффект другого называют антагонизмом. Последний по аналогии с синергизмом может быть прямым и косвенным. Классическим примером прямого антагонизма является применение β -адреномиметиков при передозировке β -адреноблокаторов или, например, устранение действия варфарина менадионом.

Фармацевтическое взаимодействие (физико-химические реакции)

Как правило, этот вид взаимодействия наблюдается при смешивании разных ЛС в одном шприце и/или инфузионной системе. Так, например, при смешивании витамина B₁₂ и аскорбиновой кислоты происходит разрушение последней ионами

кобальта, при смешивании гепарина и гентамицина наблюдается образование осадка. По этой причине все ЛС, предназначенные для парентерального введения, должны вводиться отдельно, категорически не допускается смешивание нескольких ЛС!

При применении средств природного происхождения (в частности, фитопрепаратов) проблема полипрагмазии и ее последствий выглядит совершенно по-другому. Несмотря на то что в состав растительных препаратов входит комплекс биологически активных веществ (БАВ) с разными фармакологическими свойствами, антагонизма между ними практически не наблюдается. Это можно объяснить длительным периодом параллельной эволюции растительного и животного мира и взаимной «притирки» организмов разных классов с выработкой способности к сосуществованию. Важной особенностью фитотерапии является многонаправленность действия, которая в большинстве случаев позволяет охватить практически весь спектр звеньев патогенеза заболевания. Так, например, для широко применяемого в Германии и в Украине препарата Синупрет («Бионорика СЕ») изучено и доказано наличие 5 фармакологических эффектов: секретолитического, мукокинетического, противовоспалительного, иммуномодулирующего и противовирусного. Такая комплексность действия обусловлена

многообразием БАВ в составе 5 лекарственных растений, из которых получен стандартизованный экстракт ВНО 101 (активная субстанция Синупрета), что определяет потенцирование их фармакологических эффектов. Еще одним примером синергизма растительных БАВ может служить комбинация компонентов, входящих в состав препарата Бронхипрет («Бионорика СЕ»). Различные лекарственные формы (сироп и капли) этого препарата содержат стандартизованные экстракты тимьяна и плюща. Показано, что α -гедерин, который входит в состав плюща, вызывает выраженную экспрессию β -адренорецепторов гладкомышечных клеток бронхов. В то же время синеол, карвакрол и тимол, которые входят в состав тимьяна, подобно адреналину оказывают стимулирующее действие на данные рецепторы. В результате такого синергического взаимодействия бронхолитический эффект более выражен, чем при применении плюща или тимьяна в отдельности.

Несмотря на то что растительные лекарственные средства, обладающие большим разнообразием БАВ, отличаются лучшей переносимостью по сравнению с таковой монокомпонентных синтетических ЛС, одновременное их применение с синтетическими лекарственными препаратами также может быть потенциально опасным. Так, не рекомендуется сочетать препараты на основе зверобоя

с антикоагулянтами и комбинированными оральными контрацептивами (КОК): в первом случае это может привести к кровотечениям, а во втором — к значительному ослаблению действия КОК.

Таким образом, представленная тема является очень объемной и крайне важной в работе как практического врача, так и фармацевта. Знание основных механизмов взаимодействия ЛС, учет факторов риска опасных взаимодействий ЛС, а также четко отлаженная система информирования о клинически значимых взаимодействиях ЛС позволяют повысить эффективность и безопасность проводимой фармакотерапии. Практикующим врачам разных специальностей, фармацевтам крайне важно иметь представление об основных механизмах лекарственного взаимодействия, так как во многих случаях потенциальное взаимодействие можно предвидеть на основе знаний о препарате (пероральная биодоступность, механизм элиминации, выраженность токсичных эффектов).

Более подробную информацию о результатах взаимодействия лекарственных препаратов можно узнать из руководства: Деримедведь Л.В., Перцев И.М., Шуванова Е.В., Зупанец И.А., Хоменко В.Н. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии. — Х.: Изд-во «Мегаполис», 2002. — 784 с. ■

Противовоспалительное действие препарата на основе специального экстракта ВНО 1030

О.Ф. Мельников, д.м.н., профессор, руководитель лаборатории патофизиологии и иммунологии ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», г. Киев



О.Ф. Мельников
Д.м.н., профессор
ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», г. Киев

Воспаление является наиболее распространенным типическим патологическим процессом, сочетающим в себе повреждение и регенераторные реакции и процессы (Альперн, 1960; А.М. Чернух, 1979).

➔ По мнению И.Н. Мечникова (1917), воспаление – важнейшая составная часть иммунитета, основной задачей которой является ограничение инфекта (или повреждающего агента) с последующей его элиминацией из организма. Невозможность полной элиминации инфекционного агента приводит к хронизации воспалительного процесса (рис. 1). Таким образом, воздействуя не только на патофизиологические механизмы развития воспаления (изменение сосудистых реакций и проницаемости, выброс биологически активных веществ – БАВ), но и на факторы врожденного и приобретенного иммунитета, можно оказывать влияние на течение воспалительного процесса. Одними из эффективных средств с противовоспалительным действием издавна считаются фитопрепараты.

Лекарственные свойства многих растений были известны давно, однако обоснованные схемы получения сырья, его обработки и превращения в стандартизованные препараты, а также научное исследование механизмов терапевтического влияния растительных препаратов начали развиваться лишь в последние десятилетия. Одним из основных механизмов действия многих фитопрепаратов с разновекторным влиянием на патологические процессы является их способность в той или иной степени изменять характер иммунологических реакций. Многим фитопрепаратам свойственно иммуностимулирующее или иммуномодулирующее действие, которое может быть ключевым в системе мер по иммунореабилитации больного (Г.Н. Бездетко и соавт., 1981; Г.Н. Дранник и соавт., 1994). В аспекте сказанного многие противовоспалительные препараты растительного происхождения, воздействуя на патологический очаг или патологические сдвиги, возникающие

в результате воспалительного, особенно инфекционно-воспалительного, процесса, могут неспецифически активировать реакции иммунитета.



Рис. 1. Факторы, способствующие формированию хронического воспаления

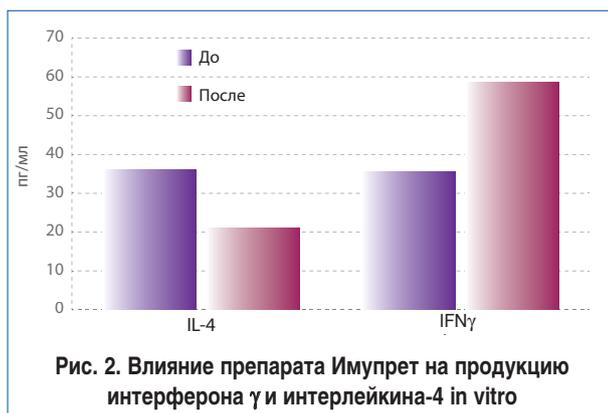
В последние годы благодаря концепции фитониринга, разработанной компанией «Бионорика СЕ» (Германия), были получены стандартизованные препараты из различных растений, испытаны комбинации экстрактов и созданы жидкие и таблетированные формы фитосредств для лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Из них наибольшее распространение получили Синупрет и Имупрет.

В доклинических и клинических исследованиях показано, что фитопрепарат Имупрет обладает выраженным противовоспалительным действием и высокой клинической эффективностью (Ю.В. Митин, 2001; В.В. Березнюк, 2002).

Отдельные исследования иммунологического плана свидетельствуют о том, что после приема препарата у больных с острыми респираторными инфекциями, хроническими заболеваниями глотки существенно улучшаются некоторые показатели системного иммунитета (Л.С. Овчаренко и соавт., 2005; О.Ф. Мельников и соавт., 2007, 2013).

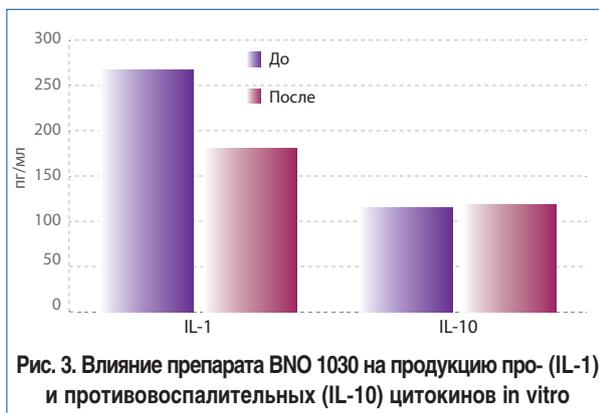
Кроме того, в ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины» были проведены широкоплановые исследования по определению *in vitro* влияния фитопрепарата Имупрет (специальный экстракт BNO 1030, стандартизованный по содержанию основных БАВ лекарственных растений: хвоща, алтея, ромашки, одуванчика, коры дуба, травы тысячелистника) на функциональные и фенотипические характеристики клеток миндалин больных хроническим тонзиллитом. Изучались активность фагоцитирующих клеток, Т-киллеров и экспрессия CD4, CD25 и CD56 до и после воздействия препарата в разных концентрациях. Фитопрепарат активно стимулировал экспрессию CD56, активность фагоцитов и Т-киллеров, т. е. влиял на факторы врожденного иммунитета (О.Ф. Мельников, О.Г. Рыльская, 2005). Это свидетельствует о том, что препарат Имупрет активно стимулирует иммунологические механизмы врожденного иммунитета, оказывающие противовоспалительное действие.

Более того, в условиях *in vitro* Имупрет нормализовал соотношение продукции интерферона γ и интерлейкина-4 в сторону увеличения продукции интерферона клетками миндалин человека (рис. 2), что является свидетельством активации противовоспалительного ответа.

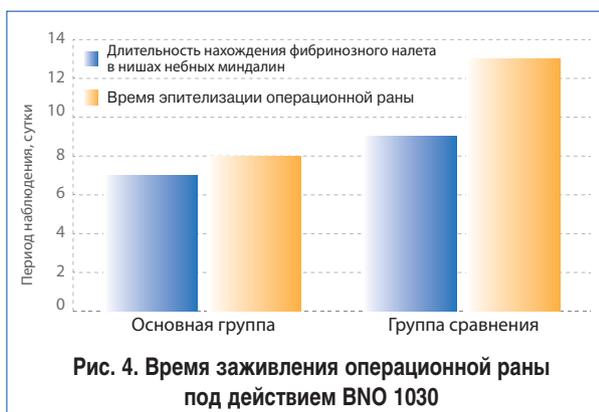


Помимо этого, в подобных условиях введение в культуру клеток миндалин препарата BNO 1030 существенно снижало продукцию провоспалительного цитокина интерлейкина-1 β (рис. 3).

Одним из убедительных доказательств противовоспалительного действия препарата на основе BNO 1030 (Имупрет) на течение воспаления является способность ускорять заживление операционной раны. Так, было



показано, что скорость эпителизации операционной раны после тонзиллэктомии при использовании препарата до начала операции существенно возрастает (рис. 4) (Ю.А. Дидиченко, 2013).



Повторный курс приема препарата в течение 1-го месяца после тонзиллэктомии способствовал восстановлению активности местного иммунитета (уровня иммуноглобулинов, лактоферрина, интерферона β , снижению числа воспалительных клеток в слюне) (рис. 5, табл.).

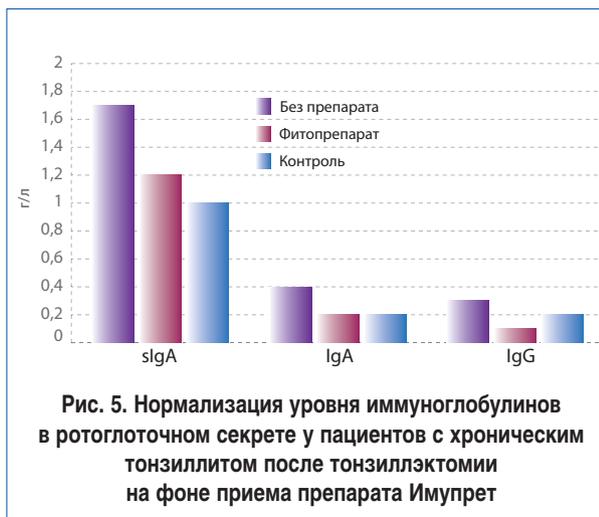
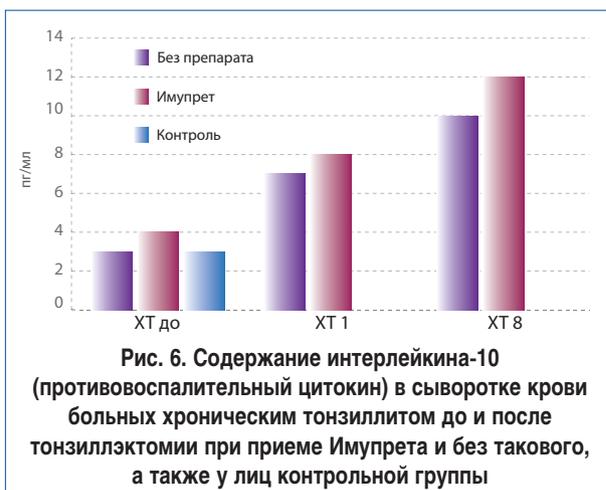


Таблица. Уровни лактоферрина и интерлейкина-1 β в сыворотке крови в пред- и послеоперационном периоде у больных хроническим тонзиллитом на фоне приема препарата Имупрет, без такового и у лиц контрольной группы

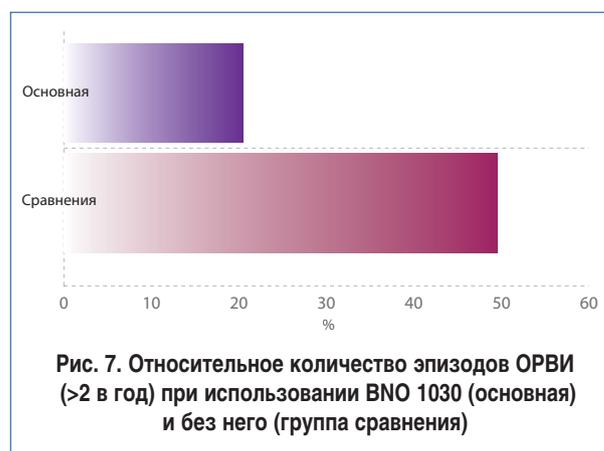
Группы	Лактоферрин, мкг/мл		
	До операции	1-е сутки после операции	8-е сутки после операции
ХТ	2,2 (1-3)	2,4 (1-5)*	4,5 (2-7)*
ХТ + Имупрет	2,0 (1-3)	1,5 (0-4)	1,8 (0,1-4)
Контроль	1,1 (0,5-2,4)		
Интерлейкин-1 β , пг/мл			
ХТ	33,5 (18-48)*	45,5 (38-70)*	32,1 (19-46)*
ХТ + Имупрет	27,7 (20-31)	30,3 (30-45)*	16,2 (12-33)
Контроль	20,1 (16-34)		

Примечания: ХТ – хронический тонзиллит; * достоверно по отношению к контролю (p<0,05).

Убедительным доказательством противовоспалительного действия препарата являются данные о выраженном нарастании уровня противовоспалительного цитокина интерлейкина-10 в крови, что продемонстрировано при включении препарата в состав комплексной терапии у больных хроническим тонзиллитом после тонзиллэктомии (рис. 6).



Кроме того, при проведении лечебно-профилактического курса у часто болеющих детей включение препарата существенно снижало число эпизодов острых



респираторных вирусных инфекций в течение года по сравнению с соответствующим показателем в группе пациентов, где препарат не применяли (рис. 7).

Представленные данные свидетельствуют о выраженном иммуномодулирующем и противовоспалительном действии препарата BNO 1030. Конкретные точки приложения препарата, а также спектр его противовоспалительных эффектов нуждаются в дальнейшем исследовании. ■

Список литературы находится в редакции.

Захворювання органів дихання?

Імупрет®

7 рослинних
компонентів



перешкоджає
поширенню інфекції¹



зміцнює імунітет²



захищає від рецидивів та ускладнень³

Розкриваючи силу рослин

Імупрет®. Показання до застосування: Захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт). Профілактика ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму. **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання, препарат застосовують в таких дозах: гострі прояви: Дорослі та діти від 12 років по 25 крапель або по 2 табл. 5-6 разів на день, діти 6-11 років по 15 крапель або по 1 табл. 5-6 разів на день, діти с 2 до 5 років по 10 крапель 5-6 разів на день, діти з 1 до 2 років по 5 крапель 5-6 разів на день. Після зникнення гострих проявів доцільно приймати ще протягом тижня. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Не рекомендується застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** рідко можуть виникати шлунково-кишкові розлади, алергічні реакції.

1. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) лютий 2004.
2. Імуномодулюючі властивості препарату Тонзилгон Н (О. Мельников) «Здоров'я України» № 5 (136) Лютий 2006; Експериментальне дослідження імуномодулюючих властивостей Тонзилгона Н in vitro (О. Мельников, О.Рильская), ЖУНГБ № 3/2005, (стр 74-76).
3. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) Лютий 2004; саногенетична корекція стану мукозального імунітету у дітей з використанням сучасних рослинних імуномодуляторів (О. Цодікова, К. Гарбар) «Сучасна педіатрія» № 3 (43) / 2012; Здоров'я у сезон застуд завдяки комбінованому рослинному препарату (M. Rimmel) Naturamed 5/2010, Medical Nature № 5/2011.

Імупрет® краплі: Р.С. №UA/6909/01/01 від 26.07.12. **Імупрет® таблетки:** Р.П. №UA/6909/02/01 від 26.07.12.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Эффективность и опыт использования фитотерапии при синдроме кашля у детей

Т.А. Крючко, д.м.н., профессор, Ю.А. Вовк, к.м.н., О.Я. Ткаченко, к.м.н., ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В настоящее время эпидемиологические исследования, изучающие частоту возникновения кашля независимо от характера болезни, не проводятся. Приблизительно 25% пациентов, обращающихся за медицинской помощью, имеют заболевания органов дыхания; в большинстве таких случаев диагностируется кашель. Поскольку выделяют около 50 причин возникновения кашля, можно говорить о высокой частоте встречаемости этого симптома, являющегося верным спутником респираторных вирусных заболеваний, особенно у детей.

➔ По сути, кашель представляет собой ответную реакцию органов дыхания при раздражении их рецепторов пылью, слизью, химическими соединениями или очень сухим воздухом. Поэтому нередко и зачастую необоснованно обеспокоенные здоровьем своих детей родители тут же открывают домашнюю аптечку, ищут в ней микстуры, таблетки и др., не задумываясь о том, что для начала лечения кашля у ребенка должны быть веские основания. Не всегда он является признаком простуды или гриппа: в ряде случаев кашель выступает механизмом самозащиты.

Кашель возникает в ответ на раздражение кашлевых рецепторов, расположенных в гортани, слизистой оболочке разных отделов дыхательных путей, но прежде всего — в зоне бифуркации трахеи, разветвлений бронхов, а также плевры. Раздражение кашлевых рецепторов вызывает глубокий вдох, после чего голосовая щель закрывается, напрягаются дыхательные мышцы и мышцы брюшного пресса, что создает высокое

положительное внутригрудное давление и, следовательно, высокое давление в дыхательных путях; при этом задняя мембрана трахеи прогибается внутрь ее просвета. Затем резко открывается голосовая щель, и разница давлений приводит к созданию потока воздуха, скорость которого на разных уровнях бронхиального дерева варьирует от 0,5 до 50–120 м/с, что способствует удалению слизи и инородных тел. Необходимо подчеркнуть, что мукоцилиарный клиренс также обеспечивает санацию дыхательных путей. Он осуществляется с помощью цилиарных клеток, каждая из которых содержит около 200 ресничек, совершающих до 260 колебательных движений в минуту. Скорость мукоцилиарного транспорта у здорового человека варьирует от 4 до 20 мм/мин. Реснитчатый эпителий выводит частицы, осевшие в воздухоносных путях, в течение нескольких часов, в то время как частицы, достигшие альвеол, удаляются через несколько дней или даже месяцев. В последнем случае имеет значение



Т.А. Крючко
Д.м.н., профессор
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»,
г. Полтава

их фагоцитоз альвеолярными макрофагами. Очищающая функция эпителия может быть усилена кашлевыми толчками, удаляющими избыток слизи под давлением до 300 мм рт. ст. и при скорости потока воздуха 5–6 л/с. Слизь, эвакуированную посредством кашлевых толчков, маленькие дети обычно проглатывают.

Образования бронхиального секрета и его транспорт — одни из наиболее важных функций органов дыхания.

Периодически появляющийся физиологический кашель — абсолютно нормальное и необходимое явление в повседневной жизни любого человека, поскольку он хорошо очищает дыхательные пути не только от накапливающейся мокроты, но и от инородных тел. Следует отметить, что здоровые дети кашляют несколько раз в сутки, причем физиологический кашель в основном наблюдается утром и связан в первую очередь с необходимостью освободить бронхи от накопившейся за ночь слизи. Неопытные родители, принимая физиологический кашель за симптом болезни, начинают самостоятельное лечение отхаркивающими препаратами, от которых кашлевые приступы лишь учащаются и усиливаются. У младенцев такой кашель отмечается довольно часто, так как в процессе кормления определенная часть пищи попадает в трахею, тем самым провоцируя кашлевой рефлекс. Кроме того, у детей грудного возраста кашлевой приступ может вызывать плач, тогда как дети постарше (начиная с 4-месячного возраста) могут таким образом привлекать внимание окружающих. В указанных ситуациях от родителей требуется спокойная реакция, поскольку избыток волнения либо внимания с их стороны может лишь закрепить такую привычку малыша.

Основные характеристики физиологического кашля:

- кратковременность;
- периодическая повторяемость при отсутствии других признаков болезни;
- слабая выраженность приступа, однотипность.

 **Патологический вид кашля, во-первых, появляется на фоне заболеваний дыхательных путей, во-вторых, носит разнообразный характер. Именно выявление**

отдельных характеристик кашля является крайне важным моментом для адекватной диагностики и лечения болезни, которая сопровождается кашлем. В целом при оценке кашля необходимо учитывать такие факторы, как характер и ритм, тембр и время появления, наконец, положение тела человека.

По ритму выделяют 3 формы кашля:

- отдельные кашлевые толчки, или покашливание (определяются при ларингитах и трахеобронхитах, на начальной стадии развития туберкулеза);
- легочно-бронхиальную (повторяющиеся с определенными промежутками и следующие друг за другом кашлевые толчки);
- приступообразную (при попадании инородного тела в дыхательные пути, коклюше, бронхиальной астме, легочных кавернах и поражении бронхиальных лимфатических узлов; данная форма кашля может спровоцировать ряд осложнений, наиболее частое среди которых — разрыв эмфизематозной буллы, сопровождаемый нарушением ритма сердца и кровохарканьем).

Основные причины, вызывающие появление кашля, объединены в 5 групп:

- раздражение рецепторов слизистой оболочки респираторного тракта (это непосредственное раздражение и/или воспаление как инфекционного, так и неинфекционного (аллергического) происхождения);
- нарушение проходимости дыхательных путей;
- сдавление дыхательных путей извне;
- раздражение рецепторов реберной и париетальной плевры;
- воздействие на рецепторы средостения.

В большинстве случаев установление причины патологического кашля не представляет затруднений. Чаще всего это один из симптомов острого инфекционного процесса

в верхних и нижних дыхательных путях. В ответ на воздействие любого повреждающего фактора (как инфекционного, так и неинфекционного) на слизистые оболочки дыхательных путей возникает реакция острого воспаления, для которой характерно значительное увеличение количества и площади распространенности бокаловидных клеток, выделяющих слизистый секрет. В норме наибольшее количество бокаловидных клеток расположено в слизистой оболочке верхнего отдела трахеи и прогрессивно уменьшается по мере удаления от этой области. В терминальных отделах бронхиол они практически отсутствуют. При остром воспалении количество бокаловидных клеток увеличивается как минимум в 2 раза, в т. ч. за счет трансформации клеток Клара — клеток слизистой оболочки терминальных бронхиол, в норме синтезирующих фосфолипиды и бронхиальный сурфактант. Это является одной из причин образования вязкой слизи с повышенным содержанием нейтральных муцинов и высокой адгезивностью, что приводит к нарушению подвижности слизи и затруднению отрыва частиц бронхиального секрета воздушным потоком. При прогрессировании воспалительного процесса избыточное образование вязкой слизи и нарушение целостности самой слизистой оболочки (что также повышает адгезию к ней мокроты) могут привести к целому ряду неблагоприятных моментов:

- фиксации микроорганизмов к слизистой оболочке;
- более глубокому проникновению микроорганизмов в слизистую оболочку и формированию бактериального воспаления;
- повышению вязкости слизи и снижению подвижности ресничек слизистой оболочки бронхов, замедлению движения секрета по бронхиальному дереву вплоть до полного прекращения;

- нарушению дренажной функции бронхов;

- формированию слизистых пробок, obturации просвета дистальных отделов бронхов;

- нарушению бронхиальной проходимости, развитию обструктивного синдрома.

При воздействии вирусов и бактерий фагоцитоз и функция реснитчатого эпителия могут оказаться недостаточными, что сопровождается бронхореей с секретом, содержащим низкий уровень гликопротеинов. Скопление измененной слизи нарушает местный иммунологический ответ. При хронизации воспалительного процесса наблюдаются гиперплазия слизиобразующих клеток и желез, избыточная продукция слизи, нарушение дренажной функции бронхов, что приводит к их обструкции. Наряду с объемом и вязкостью изменяются эластические и адгезивные свойства мокроты вследствие активности протеолитических ферментов бактерий и собственных лейкоцитов, а также нарушения целостности слизистой оболочки бронхов.

Сухой (непродуктивный) кашель не приводит к отхождению мокроты и субъективно ощущается как навязчивый. Возникает он на начальной стадии воспаления, когда еще нет мокроты, а также при наличии фибриновых наложений в трахее и бронхах. Например, кашель при вирусных фарингитах развивается при поражении только верхних отделов дыхательных путей – глотки, при этом характерно наличие навязчивого частого сухого кашля, сопровождающегося чиханием. Никакой функциональной нагрузки такой кашель не несет и существенно изнуряет пациента. Кашель при вирусных трахеитах и бронхитах чаще всего начинается как сухой. В том случае, если имеет место непродуктивный мучительный навязчивый кашель, не происходит полноценной эвакуации скопившегося в дыхательных путях секрета

и освобождения рецепторов слизистой оболочки респираторного тракта от раздражающего действия при ирритативном инфекционном или аллергическом воспалении. Характерно, что у больных раннего и дошкольного возраста, особенно у детей первых лет жизни, непродуктивный характер кашля чаще обусловлен повышенной вязкостью бронхиального секрета, нарушением «скольжения» слизи по бронхиальному дереву (повышением адгезивности бронхиального секрета), недостаточной активностью мукоцилиарного транспорта и несостоятельностью сократительного аппарата бронхиол. Изучение механизмов возникновения непродуктивного кашля позволило определить наиболее оптимальный вариант противокашлевой терапии, направленной на разжижение слизи, стимуляцию выведения бронхиального секрета и регидратацию слизистой оболочки.

Влажный (продуктивный) кашель возникает при образовании мокроты, с отхождением которой он прекращается, возникая вновь при ее накоплении. Он обычно сменяет сухой кашель и также может иметь мучительный характер. Воспалительный процесс в этом случае протекает с продукцией вязкой слизи, повышением вязко-эластичных свойств бронхиального секрета, что сопровождается существенными качественными изменениями его состава – снижением содержания IgA, интерферона, лактоферрина, лизоцима, которые являются основными факторами местного иммунитета, обладающими противовирусной и противомикробной активностью. Скопление измененной слизи сопровождается нарушением местного иммунологического ответа, т. е. происходит ослабление защитного комплекса органов дыхания. Избыточное образование слизи и нарушение ее отхождения приводят к обструкции бронхов, что требует назначения терапевтических мер.



Лечение кашля, прежде всего, зависит от его этиологии и характера, требует проведения дифференциальной диагностики с последующим назначением этиотропной терапии. Если говорить о перспективе выздоровления, то она зависит от своевременного выявления и лечения основной причины кашля. Поскольку главной функцией кашля является удаление секрета из дыхательных путей, для улучшения их проходимости и восстановления мукоцилиарного клиренса необходимо не устранить, а облегчить кашель, способствуя лучшему дренажу мокроты.

Различают следующие виды лекарственных средств, используемых в лечении кашля:

- противокашлевые (кодеин, глауцин, бутамират, типепидин и т. д.) – угнетают кашлевой рефлекс;

- муколитики (ацетилцистеин, бромгексин, амброксол и т. д.) – разжижают мокроту и облегчают ее выведение;

- мукорегуляторные (карбоцистеина лизиновая соль, карбоцистеин и т. д.) – нормализуют вязкость бронхиального секрета (мокроты), восстанавливают мукоцилиарный клиренс;

- отхаркивающие (мукалтин, мать-и-мачеха, чабрец, йодид калия, комбинация глауцина гидробромида и эфедрина гидрохлорида и т. д.) – улучшают отхаркивание.

Важно выбрать оптимальный вариант проведения симптоматической терапии. В педиатрической практике муколитики являются препаратами первой линии, так как главным патогенетическим звеном в развитии кашля, особенно у детей раннего возраста, являются высокая вязкость секрета, неспособность эвакуировать густую мокроту. Основные задачи приема муколитиков – стимуляция выведения слизи, ее разжижение, уменьшение внутриклеточного образования, регидратация, что в конечном счете способствует

санирующему эффекту и выздоровлению пациента.

Назначение синтетических муколитических препаратов требует дифференцированного подхода с учетом нежелательных эффектов. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в США (2001), осложнения от приема лекарственных средств отмечались у 12,7% детей, госпитализированных в стационары. Побочные явления вследствие применения препаратов растительного происхождения обнаруживаются значительно реже, не более чем в 0,5-1% случаев. Для синтетических препаратов свойственна узкая направленность терапевтического действия, что предполагает использование ряда дополнительных лекарственных средств (в случае кашля — муколитиков, бронхолитиков, отхаркивающих средств; по показаниям — противовоспалительных, противомикробных, противовирусных или иммуномодулирующих препаратов). При этом частота медикаментозных осложнений повышается пропорционально количеству принимаемых лекарственных средств, в т. ч. у детей. При использовании фитотерапии подобного не наблюдается, поскольку одной из главных особенностей лекарственных растений является их политерапевтичность — способность компонентов растения оказывать многообразное, комплексное действие, восстанавливая и корректируя нарушенные функции организма. Значение лекарственных растений для медицины в здравоохранении получает все большее признание в секторе здравоохранения на примере обсуждения роли традиционной медицины в содействии достижению Целей развития тысячелетия (Millennium Development Goals), три из которых непосредственно связаны со здоровьем (С. Smith-Hall et al., 2012). Помимо того, проводится работа в направлении создания общеевропейских согласованных критериев

(European harmonized criteria) для оценки растительных лекарственных средств (B. Steinhoff, 2005; European Medicines Agency — ЕМА, 2010). Задачей медицинской науки в этом случае становится органичная интеграция фитотерапии в систему здравоохранения (Т.П. Гарник та співавт., 2012). Поэтому Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Европейское научное объединение по фитотерапии (European Scientific Cooperative on Phytotherapy), Европейское медицинское агентство по лекарственным средствам (ЕМА) изучают применение лекарственных растений в практической медицине, разрабатывают соответствующие нормативные документы, поддерживающие концепцию Good Medical Practice и оговаривающие необходимые требования к Надлежащей практике культивирования и сбора лекарственных растений (Good Agricultural and Collection Practices — GACP) (ВОЗ, 2003).

Эксперты ВОЗ считают, что, несмотря на успехи синтетической фармацевтической промышленности, большинство пациентов с респираторными заболеваниями целесообразнее лечить препаратами растительного происхождения, поскольку биологически активные вещества растений более естественно включаются в обменные процессы. Следствием этого являются лучшая переносимость, меньшая частота побочных эффектов и осложнений. К преимуществам лекарственных растений можно отнести также их высокую биологическую активность и широкий терапевтический индекс (разницу между терапевтической и токсической дозой).

В мировой медицине активно используется более 20 тыс. лекарственных растений, что составляет 30-40% объема лекарственных средств, в т. ч. 20-25% аллопатических препаратов (S.M. Rates, 2001). По данным ВОЗ, около 80% всего населения

планеты в то или иное время прибегают к лечению с применением фитотерапевтических средств. Однако само по себе растительное происхождение препарата, в т. ч. комплексного, не может являться гарантией его эффективности и безопасности. Как и в ситуации с прочими лекарственными средствами, при выборе фитотерапевтического препарата для лечения кашля следует руководствоваться соотношением пользы и риска выбранной тактики для конкретного пациента, особенно в педиатрической практике (Т. Greenhalgh et al., 2004). Например, трава термопсиса обладает достаточно выраженным муколитическим эффектом за счет раздражающего действия на слизистую оболочку бронхов и трахеи. Но при приеме препаратов, содержащих термопсис, стимулируется не только бронхиальная секреция, но и начальные звенья кашлевого (происходит повышение частоты и интенсивности кашля) и рвотного рефлексов. Эта проблема особенно актуальна для детей младшего возраста, пациентов с ослабленным иммунитетом, больных с тяжелой соматической патологией: чрезмерная стимуляция кашлевого и рвотного рефлексов может привести к аспирации рвотных масс и даже асфиксии.

Часто в качестве муколитика используют корень солодки, обладающий отхаркивающим и противовоспалительным действием. Однако необходимо учитывать, что содержащиеся в нем сапонины оказывают стимулирующее действие на слизистую оболочку не только дыхательных путей, но и желудочно-кишечного тракта. Одним из побочных эффектов корня солодки является слабительный эффект, который может изменять клиническую картину основного заболевания, провоцировать нарушения водно-электролитного баланса (потерю с мочой ионов калия с накоплением ионов натрия и, соответственно, задержку

жидкости с образованием отеков, повышением артериального давления), что особенно актуально в педиатрической практике. Поэтому следует с осторожностью назначать препараты корня солодки лицам, принимающим сердечные гликозиды (из-за возможного потенцирования эффектов при гипокалиемии) или калий-выводящие диуретики. Кроме этого, в руководствах ВОЗ, посвященных лекарственным растениям, указано, что корень солодки противопоказан пациентам с повышенным артериальным давлением, холестатическими расстройствами или циррозом печени, гипокалиемией, хронической почечной недостаточностью, а также в период беременности (ВОЗ, 2010).

По мнению экспертов ВОЗ, корень алтея нежелательно использовать в качестве средства монотерапии при лечении продуктивного кашля при остром или обострении хронического бронхита, его можно назначать лишь в составе комплексной терапии. При этом одновременный прием препаратов корня алтея с другими лекарственными средствами может замедлить их абсорбцию, что следует учитывать при назначении содержащих его препаратов (ВОЗ, 2002).

Хотя традиционно считается, что фитопрепараты в целом менее аллергенны, нежели синтетические лекарственные средства, некоторые растительные комплексы могут содержать синтетические вспомогательные вещества — искусственные красители и/или ароматизаторы, обладающие высокой аллергенностью. Например, метилпарагидроксибензоат (E218) способен вызывать аллергические реакции. На потенциальную аллергенность препарата (в т. ч. за счет синтетических добавок) следует обращать особое внимание при выборе средства терапии таких патологий, как острый или обострение хронического бронхита, особенно если речь идет о лицах сотягощенным аллергологическим анамнезом или

склонных к бронхообструкции. Как известно, значительную роль в развитии и поддержании бронхообструкции играет воспалительно-аллергический каскад — атопически неблагоприятный фон создает предпосылки для развития сопряженных патологий, что связано с общностью патогенетических механизмов (G. Passalacqua, G.W. Canonica, 2001).

Другим недостатком фитотерапии, напрямую влияющим на ее эффективность, является биохимическая негомогенность лекарственных растений. Так, содержание биологически активных веществ в разных экземплярах растений одного ботанического вида может отличаться в 1,5-4 раза (даже при условии их сбора с одной территории). Очевидно, такое непостоянство объясняется, с одной стороны, многообразием подвидов лекарственных растений одного ботанического вида, с другой — тем обстоятельством, что растения в дикой природе находятся на разных стадиях жизненного цикла, даже произрастая на одной территории. По этой причине до недавнего времени не удавалось добиться гарантии поступления точного количества биологически активных веществ растений в организм в виде фитопрепаратов в отличие от терапии синтетическими лекарственными средствами.



Вышеуказанные факторы приходится принимать во внимание при назначении растительных муколитиков детям, лицам с коморбидной патологией, в т. ч. пациентам с сахарным диабетом, заболеваниями сердца и атопической предрасположенностью. Предпочтительны фитопрепараты, полученные путем высокотехнологической инновационной переработки, имеющие обширную доказательную базу в отношении безопасности и эффективности.

Следует отметить, что для достижения достаточного и постоянного

уровня активных веществ в фитоэкстрактах (стандартизация по содержанию биологически активных веществ лекарственных растений) необходим строгий контроль использования растительного сырья высокого качества, постоянный контроль селекции, выращивания и сбора растений, а также применение прогрессивных технологий сушки и экстракции со строгим соблюдением директивы ВОЗ Good Agricultural and Collection Practices на всех этапах производства.

Базируясь на концепции фитонинга, нельзя не упомянуть растительный муколитический препарат Бронхипрет, созданный с использованием инновационных технологий и современных научных методов немецкой компанией «Бионорика СЕ», имеющий колоссальный опыт применения и убедительную доказательную базу. В качестве активной субстанции этого препарата используются специальные экстракты тимьяна (BNO 1018), плюща (BNO 1511) и первоцвета (BNO 1535), стандартизованные по содержанию ключевых биологически активных веществ лекарственных растений. Использование мальтита — натурального низкокалорийного сахарозаменителя, который производят из крахмала, — является его преимуществом перед другими фитопрепаратами, что позволяет без дополнительных ограничений назначать его лицам, страдающим сахарным диабетом либо такими наследственными заболеваниями, как синдром нарушения всасывания глюкозы-галактозы и др. 1 таблетка или доза капель на 1 прием содержит <0,03 хлебных единиц (ХЕ), доза сиропа на 1 прием (для взрослого) — 0,18 ХЕ.

Специальный экстракт тимьяна BNO 1018 стимулирует секреторную активность желез слизистой оболочки и мукоцилиарный клиренс благодаря наличию сапонинов, что способствует ускорению эвакуации слизистого секрета. Как эфирное масло тимьяна,

так и экстрагированный тимол оказывают антибактериальное действие в отношении целого ряда микроорганизмов, в т. ч. *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella typhimurium* (H.J. Dorman, S.G. Deans, 2000; M. Sienkiewicz et al., 2012). Также известно, что эфирное масло тимьяна и тимол обладают противогрибковой активностью, что продемонстрировано в экспериментах *in vitro* для ряда грибов, включая *Candida albicans*, *Cryptococcus neoformans*, *Aspergillus niger* (P.C. Braga, 2005). Кроме того, результаты исследований, посвященные изучению свойств экстрактов тимьяна, подтверждают их антиоксидантный эффект за счет влияния тимола и карвакрола (T. Kulisic et al., 2007), а также антимутагенное действие в отношении содержащегося в некоторых пищевых продуктах канцерогена Гр-Р-2. Важно, что большая часть тимола и карвакрола, содержащихся в экстракте тимьяна, выделяется через легкие при пероральном приеме препарата Бронхипрет. Исследования, проведенные немецкими учеными под руководством Р. Бишоффа с применением сенсорной системы «искусственный нос», подтвердили, что уже через 30 мин после приема препарата Бронхипрет отмечается высокая концентрация тимола в выдыхаемом воздухе. Указанный эффект сохраняется в течение нескольких часов. Кроме того, экстракт тимьяна способствует значительному снижению частоты и интенсивности кашля.

Основными активными компонентами экстракта плюща (BNO 1511), обуславливающими его эффективность при лечении кашля, считаются сапонины (α -гедерин, гедеранин, гедерасапонин С (гедеракозид С), гедераколхизиды), а также флавоноиды (кемпферол, кверцетин) (Б.М. Зюзук и соавт., 2003; ЕМА, 2010). Мощное бронхолитическое действие сапонинов плюща связывают с влиянием

на β_2 -адренергические рецепторы бронхов: в частности, способность α -гедерина воздействовать на их функционирование продемонстрирована в эксперименте *in vitro* (A. Sieben et al., 2009). Таким образом, применение экстракта листьев плюща в сочетании с экстрактом травы тимьяна обеспечивает синергизм действия: в то время как тимол и карвакрол стимулируют β_2 -рецепторы, α -гедерин способствует увеличению количества свободных β_2 -рецепторов на поверхности бронхиальных клеток и увеличивает продолжительность фазы их возбуждения. Спазмолитическая активность экстракта листьев плюща подтверждена исследованиями *in vitro* на экспериментальной ацетилхолининдуцированной модели с использованием участка кишечной стенки морской свинки, при этом выявлено, что наиболее мощными спазмолитиками являются α -гедерин (среди сапонинов) и кемпферол (среди флавоноидов) (A. Trute et al., 1997). Основой указанного действия флавоноидов считается их способность угнетать активность простагландина Е2 и лейкотриена D4, доказанная экспериментально (A. Capasso et al., 1991). Секретолитическая направленность экстракта листьев плюща реализуется за счет активации протеинкиназы А, а также участия в синтезе сурфактанта, что способствует разжижению мокроты путем влияния на ее геле-фазу. Помимо того, содержащиеся в листьях плюща сапонины взаимодействуют с рецепторами слизистой оболочки желудка, стимулируя откашливание путем рефлекторного воздействия на блуждающий нерв (гастропульмональный мукокинетический вагальный рефлекс) (ЕМА, 2010). Доказана также антимикробная активность сапонинов листьев плюща (α -гедерин, гедерасапонин) при условии достаточно высокой концентрации в отношении таких микроорганизмов, как *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mutans*, *Salmonella paratyphi A*, *Shigella flexneri*, *Bacillus anthracis*,

а также *Candida albicans*, *Microsporum* и др. (Cioaca et al., 1978; цит. по: ЕМА, 2010).

Третьим компонентом препарата Бронхипрет является специальный экстракт корня первоцвета (BNO 1535), оказывающий отхаркивающее и смягчающее действие. Его активными веществами являются также сапонины (примуласапонин, анагаллигенин, приверогенин В, примаксапонин и др.), которых в корне содержится до 15%, и фенольные гликозиды примевеин, примулаверин (в совокупности до 2,5%) (A. Muller et al., 2006). Экстракт первоцвета обладает выраженным секретолитическим действием как за счет описанного выше гастропульмонального рефлекторного механизма действия сапонинов, так и благодаря наличию примевеина. Противовоспалительный эффект экстракта корня первоцвета обусловлен в том числе и его влиянием на высвобождение медиаторов воспаления, в частности интерлейкина-8, что также подтверждено результатами экспериментов *in vitro*. Заслуживает внимания тот факт, что в комбинации с экстрактами тимьяна указанный эффект был более выражен по сравнению с простым суммированием эффектов, что подтверждает синергизм их действия (C. Nauert, J.Z. Grunwald, 2005; цит. по: ЕМА, 2008). Способность веществ, содержащихся в корне первоцвета, влиять на циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты, конечными продуктами которого являются такие воспалительные медиаторы, как простагландины и простаглицлины, также продемонстрирована в ходе экспериментов *in vitro* (A. Lohmann et al., 2000; цит. по: ЕМА, 2008).



Таким образом, препарат Бронхипрет характеризуется сопоставимой с синтетическими

муколитиками эффективностью, но значительно превосходит их по уровню безопасности, что доказано в многочисленных клинических исследованиях.

Наиболее масштабным в этой области является мультицентровое когортное клиническое исследование препарата Бронхипрет в сравнении с синтетическими муколитическими средствами, в котором приняли участие более 7 тыс. пациентов с острым неосложненным бронхитом. В результате рандомизации в соответствии с методом попарного сравнения в 771 исследовательском центре Германии лечение получили 490 детей (Х. Измаил, Г. Виллер, Х. Штайндль, 2004). Было доказано преимущество Бронхипрета по соотношению пользы и риска перед химическими муколитиками – амброксолом и ацетилцистеином.

Противовоспалительная активность Бронхипрета изучалась в фармакологическом исследовании в рамках классической модели воспаления – отека лапки крысы. В данном эксперименте применение капель Бронхипрет приводило к быстрой дозозависимой задержке отека в течение первых 2 ч после его индукции. Наиболее мощное противовоспалительное действие (52%) было выявлено у экстракта тимьяна в дозе 162 мг/кг. Максимальный эффект сохранялся в течение 2 ч и соответствовал действию эталонного вещества фенилбутазона (124,4 мг/кг).

Двойное слепое плацебо контролируемое исследование IV фазы, изучавшее эффективность и переносимость комбинации экстрактов тимьяна и плюща в сравнении с плацебо у пациентов, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем (n=361), было проведено в 28 центрах

Германии. В группе пациентов, принимавших Бронхипрет, отмечалось уменьшение количества приступов кашля на 50% на 2 дня быстрее, чем у больных, получавших плацебо; в 2 раза больше детей, находившихся на лечении Бронхипретом, полностью избавились от кашля на 9-й день заболевания. Побочных эффектов у больных на фоне терапии не наблюдалось. Терапия препаратом Бронхипрет в течение 11 дней значительно превосходила плацебо по эффективности, была безопасной и хорошо переносилась пациентами.

Достаточно хорошо зарекомендовал себя препарат при использовании отечественными учеными-педиатрами. Так, в исследовании под руководством члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Н.Л. Аряева (2004–2005) показаны эффективность и безопасность препарата Бронхипрет в качестве противокашлевого средства в комплексной терапии заболеваний органов дыхания у 42 детей в возрасте от 6 мес до 14 лет с obstructивным бронхитом, острой пневмонией, в лечении бронхиальной астмы, хронических очагов инфекции.

В ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» было проведено исследование с участием 50 детей в возрасте 6–11 лет с рецидивирующим бронхитом (В.Ф. Лапшин, Т.Р. Уманец, 2004). Согласно результатам исследования, применение препарата Бронхипрет позволило значительно ускорить темпы выздоровления, улучшить показатели функции внешнего дыхания, достигнуть морфологической ремиссии и в целом повысить эффективность восстановительного лечения без назначения антибактериальной терапии. Во время мониторинга

клинико-биологических показателей достоверных побочных реакций выявлено не было, что свидетельствует о хорошей переносимости препарата.

Проведенный анализ данных отечественной и зарубежной литературы позволяет сделать вывод об оправданном приоритете использования фитопрепаратов при лечении кашля в педиатрической практике. Выбирая конкретный препарат для купирования кашля, педиатр обязан определить его причину, обосновать необходимость назначения муколитика, который должен отвечать требованиям доказательной медицины, иметь высокий профиль эффективности и безопасности. Разнообразие форм выпуска препарата Бронхипрет позволяет подобрать адекватную терапию с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента, что способствует повышению комплаенса.

С целью профилактики кашля следует придерживаться таких рекомендаций, как:

- частое мытье рук (особенно после прогулок и посещения людных мест);
- ограничение контактов с инфекционными больными;
- исключение отрицательного влияния табачного дыма на ребенка;
- употребление большого количества жидкости, что помогает разжижать слизь и облегчает отхаркивание.

Особое внимание следует уделить вопросам неспецифической иммунизации детей, включать в рацион ребенка богатые витаминами и минералами фрукты, овощи, мясо и рыбу, чаще гулять на свежем воздухе. ■

Список литературы находится в редакции.

Кашель? Бронхіт?

Бронхипрет®



полегшує відкашлювання¹



усуває запалення²



зменшує напади кашлю³

Розкриваючи силу рослин

Бронхипрет®. Показання для застосування: лікування запальних захворювань верхніх та нижніх дихальних шляхів, зокрема гострого та хронічного бронхіту, що супроводжується утворенням мокротиння та кашлем. **Дозування:** Бронхипрет® сироп 50мл., 100 мл. Діти від 1 року до 5 років – 3,2 мл. 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 4,3 мл. 3 рази на день. Діти від 12 років та дорослі 5,4 мл 3 рази на день. Бронхипрет® табл. № 20, № 50. Діти від 12 років та дорослі приймають по 1 таблетці на 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** не рекомендується застосовувати під час вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: у поодиноких випадках підвищена чутливість шкіри, шлункові розлади та алергічні реакції.

1. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхипрет» Medical Nature, №7/2011 стр. 23-26. Ізмаїл та інші співавтори, Бронхипрет при гострому бронхіті, 2003, 171-175; Нові можливості застосування секретолітиків в комплексній терапії гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку (В.Дуднік), «Сучасна педіатрія» 2 (42) / 2012.

2. Дані наукової брошури, озвучені на Європейській конференції «Запальні захворювання», Регенсбург, 1998 р.

3. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхипрет» Medical Nature, № 7/2011 стр. 23-26.

Бронхипрет® таблетки: Р.П. № UA/8674/01/01 від 18.07.2013 р. **Бронхипрет® сироп:** Р.П. № UA/8673/02/01 від 18.07.2013 р.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Возможности фитотерапии в профилактике острого бронхита как осложнения ОРВИ

Л.И. Вакуленко, к.м.н., И.И. Самохина, кафедра госпитальной педиатрии № 1 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Острый бронхит как проявление острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) – одна из наиболее частых причин назначения антибиотиков в педиатрической практике. Учитывая то, что применение антибактериальных препаратов при неосложненных ОРВИ в настоящее время признано нецелесообразным, а объективно оценить риск распространения воспаления на нижние сегменты респираторного тракта не представляется возможным, педиатр оказывается в достаточно затруднительной ситуации.

➔ Как показывает практика, чаще всего врач прибегает к выжидательной тактике активного наблюдения с применением средств симптоматической терапии. Выбор медикаментозных средств, как правило, определяется симптоматикой заболевания. Одними из первых и ведущих клинических проявлений повреждения эпителия дыхательных путей при ОРВИ являются насморк и малопродуктивный кашель. Наиболее распространенный вариант – острый кашель с затрудненным отхаркиванием, не сопровождающийся аускультативной картиной острого бронхита. Вначале, как правило, он носит сухой, непродуктивный или малопродуктивный характер, не приводит к эффективному отхождению мокроты и субъективному ощущению ее отхождения. Приступы непродуктивного или малопродуктивного кашля ухудшают качество

жизни ребенка, приводят к нарушению сна, иногда вызывают рвоту и тяжело переносятся как самим пациентом, так и окружающими. Непродуктивный кашель развивается в течение нескольких часов или дней и характерен для таких заболеваний, как фарингит, ларингит, трахеит. При фарингите кашель сопровождается болью, ощущением кома в горле, першением; при ларингите кашель сухой, лающий, имеет место осиплость или охриплость голоса. При трахеите кашель глубокий, громкий, сопровождается выраженной болезненностью за грудиной. Нередко гортань и трахея поражаются одновременно. Таким образом, ОРВИ, сопровождающаяся кашлем с затрудненным отхаркиванием без аускультативных признаков острого бронхита (клиника назофарингита, назоларинготрахеита, назофаринготрахеита), – частая клиническая



Л.И. Вакуленко

К.м.н., кафедра госпитальной педиатрии № 1 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ситуация в амбулаторной практике, которая в случае неблагоприятного течения болезни в ближайшей перспективе может привести к распространению воспалительного процесса или развитию осложнения в виде

острого бронхита. Точной статистики такого сценария развития событий не существует, поскольку риск осложнений ОРВИ в виде острого бронхита определяется типом вируса, состоянием иммунобиологической реактивности организма, условиями окружения, влияющими на течение заболевания и т. д.

Большинство мукоактивных препаратов, применяемых в подобных случаях, эффективно облегчают отхаркивание, однако лишены противовирусного действия и способности влиять на инфекционный процесс. Отсутствуют также данные, касающиеся способности секретолитиков препятствовать распространению инфекции на нижние отделы респираторного тракта.

В связи с этим большой интерес представляет растительный препарат Бронхипрет компании «Бионорика СЕ». Помимо выраженного секретолитического и отхаркивающего действия, он обладает эффектом ингаляции изнутри, обусловленным выделением через легкие тимолового компонента эфирного масла экстракта тимьяна. Данный дополнительный эффект обуславливает противовирусные, антибактериальные и противовоспалительные свойства специального экстракта травы тимьяна (BNO 1561) — одного из активных веществ комбинированного препарата Бронхипрет. Другой компонент — специальный экстракт листьев плюща (BNO 1511), стандартизованный по содержанию биологически активных веществ, — обеспечивает синергизм секретолитического, бронхолитического и противовоспалительного свойств тимьяна.

Фитопрепарат характеризуется обширной доказательной базой применения в педиатрической практике. Европейские плацебо контролируемые клинические исследования E-Brо-1 и E-Brо-3, в которых изучалась клиническая эффективность препарата Бронхипрет при остром

бронхите, получили высшую оценку экспертов Германской ассоциации педиатров и врачей семейной медицины за оптимальный дизайн и качество проведения (соответствие критериям GCP и JADAD для рандомизированных плацебо контролируемых исследований).

Помимо этого, рядом авторов (Х. Измаил, Г. Виллер, Х. Штайндль) была показана сопоставимая с синтетическими секретолитиками (амброксолом и ацетилцистеином) клиническая эффективность Бронхипрета в лечении острого бронхита при лучшем профиле безопасности, благодаря чему этот препарат был включен в официальные протоколы лечения данной патологии для пульмонологической практики в Германии.

Вместе с тем исследования, касающиеся применения Бронхипрета при острой инфекции верхних дыхательных путей (ОИВДП), сопровождающейся кашлем, и его способности предупреждать распространение воспалительного процесса на нижние отделы респираторного тракта, ранее не проводились. Данные, подтверждающие противовирусное и антибактериальное действие, представлены только по результатам доклинических исследований.

С учетом этого целью нашей работы был анализ исходов ОРВИ с кашлем (фаринго-/ларинготрахеит), сопровождающимся затрудненным отхаркиванием на фоне отсутствия аускультативных признаков острого бронхита, при применении Бронхипрета в виде сиропа, капель (с первых 48 ч заболевания) и стандартных секретолитиков (амброксола, ацетилцистеина, карбоцистеина).

Материалы и методы

В открытом сравнительном многоцентровом рандомизированном исследовании с 2 терапевтическими группами было обследовано 288 детей, получавших амбулаторное лечение

в марте — апреле 2012 г. в 6 поликлинических отделениях детских лечебно-профилактических учреждений (гг. Днепропетровск, Кривой Рог, Полтава). Возраст участников составлял от 3 до 18 лет. Критерием включения был установленный диагноз ОРВИ, сопровождающейся кашлем с затрудненным отхаркиванием без аускультативных признаков острого бронхита (соответствие клинической картине фаринго-/ларинготрахеита) в первые 48 ч от начала заболевания. После обращения все дети получали полный комплекс обследования и лечения согласно принятым протоколам и стандартам. Терапия ОИВДП, кроме общих рекомендаций по уходу, в зависимости от клинической картины включала назначение жаропонижающих средств, назальных деконгестантов, полоскания горла, ирригации носовой полости раствором морской соли, мукоактивных препаратов для обеспечения отхаркивания и т. д. В зависимости от выбранного мукоактивного средства все дети были разделены на 2 параллельные группы (по 144 ребенка в каждой), сопоставимые по возрасту и полу. Распределение в группы проводилось методом простой рандомизации с помощью таблицы случайных чисел.

Дети основной группы принимали симптоматические, общеукрепляющие средства и растительный препарат комплексного действия Бронхипрет (сироп или капли) в качестве секретолитика. Участники группы контроля получали схожее лечение с использованием стандартных синтетических секретолитиков (амброксола, бромгексина, карбоцистеина).

В исследование не включались пациенты с длительностью заболевания более 2 сут, аускультативными признаками острого бронхита, хронической бронхолегочной патологией, бактериальными осложнениями ОРВИ со стороны ЛОР-органов,

а также дети, принимавшие иммуноактивные, противовирусные или антибактериальные препараты в последние 30 дней до начала исследования. Другими критериями исключения выступали изменение основного диагноза в ходе проведения дифференциальной диагностики, наличие показаний для госпитализации.

Главным критерием эффективности являлась частота развития осложнений ОИВДП в виде острого бронхита, вторичными – длительность периода выздоровления и ликвидация кашля как одного из ведущих симптомов заболевания.

Контроль побочных реакций и оценка переносимости осуществлялись на протяжении всего периода исследования. Безопасность и переносимость препаратов оценивались

по наличию или отсутствию ожидаемых побочных действий, включая аллергические реакции, случаи индивидуальной непереносимости и т. д. Достоверность различий средних величин проверяли с использованием параметрического критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Диагноз ОРВИ устанавливался амбулаторно на основании данных анамнеза и клинической картины. При необходимости проводились параклинические исследования: общеклинический анализ крови, посевы из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам, рентгенологическое исследование грудной клетки, придаточных пазух носа.

Распределение участников по возрасту было следующим: от 3 до 6 лет – 36 детей в основной и 21 ребенок в контрольной группе; от 6 до 12 лет – 65 и 74 соответственно; от 12 до 18 лет – 43 и 49 соответственно. Значимых клинических, возрастных и гендерных различий между группами не было. Длительность наблюдения составила 2 нед.

Обследование больных проводилось по стандартному протоколу согласно амбулаторной практике лечения ОРВИ. У всех детей изучались анамнестические данные, результаты клинического обследования и стандартные лабораторные показатели. В регистрационной форме фиксировались день выздоровления и факт развития острого бронхита.

Эффективность лечения оценивали по динамике кашлевого, интоксикационного синдромов, характеру мокроты, а также по частоте развития бронхита и скорости клинического выздоровления. Степень выраженности кашля оценивалась в баллах от 0 до 5 в соответствии с критериями, приведенными в таблице 1.

Динамика симптомов в процессе лечения в основной и контрольной группах детей оценивалась на 1, 3, 5, 7, 10-й и 14-й день наблюдения. По окончании исследования родители пациентов проводили заключительную оценку качества терапии по совокупности критериев: клинической

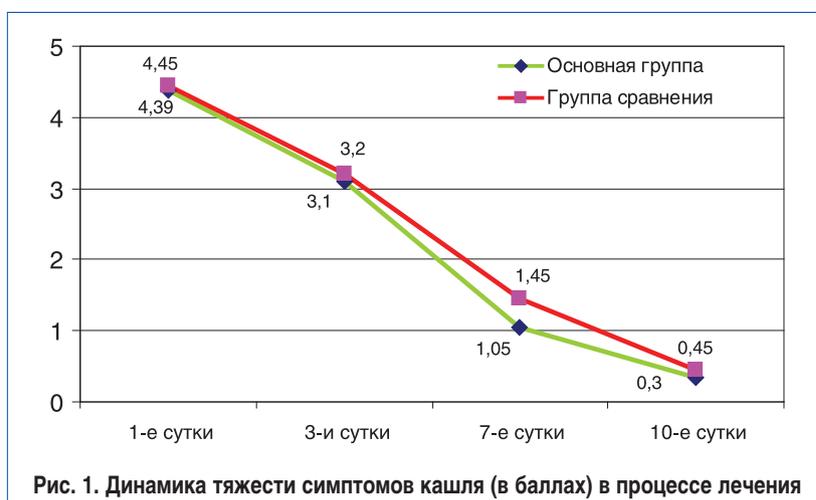


Рис. 1. Динамика тяжести симптомов кашля (в баллах) в процессе лечения

Степень тяжести, баллов	Днем	Ночью
0	Кашель отсутствует	Кашель отсутствует
1	Кашель в течение 1 короткого периода днем	В течение ночи 1 раз сон был нарушен кашлем
2	Более чем 2 периода кашля в течение дня	Пробуждения в течение ночи или рано утром, обусловленные возникновением кашля
3	Частый кашель в течение дня, не влияющий на повседневную активность	Частые пробуждения ночью, вызванные появлением кашля
4	Частый кашель в течение дня, мешающий повседневной активности	Частый кашель большую часть ночи
5	Изматывающий кашель большую часть дня	Изматывающий кашель большую часть ночи

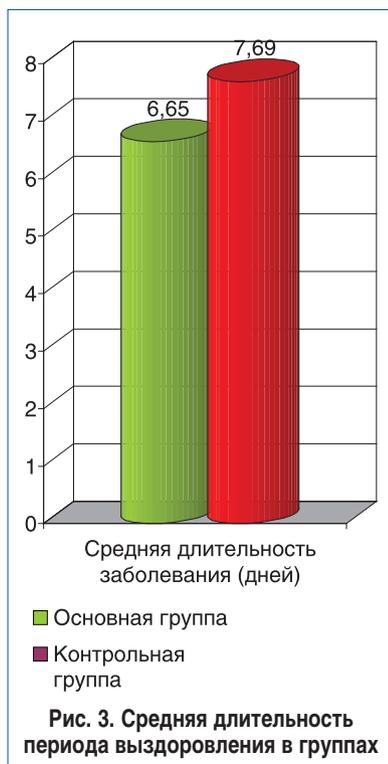
эффективности, удовлетворенности органолептическими свойствами, переносимости.

При анализе клинического статуса пациентов было выявлено, что у всех 288 детей (100%) при первом обращении ведущим симптомом был кашель, при этом у 227 наблюдаемых (78,8%) – с вязкой трудноотделяемой мокротой, у остальных 61 (21,2%) – сухой малопродуктивный. У 201 ребенка (69,8%) имел место насморк. Помимо кашля, отмечались симптомы интоксикации различной степени выраженности, которые регистрировались у 226 детей (78,5%). У 264 пациентов (91,7%) отмечалась гипертермия. У 201 ребенка (69,8%) симптомы ОИВДП соответствовали клинической картине назофаринготрахеита, у 28 (9,7%) – ларинготрахеита, у 59 (20,5%) – фаринготрахеита. При аускультации у пациентов отмечалось жесткое дыхание, у всех детей хрипы не выслушивались.

На фоне проводимой терапии у 59 (40,9%) участников основной группы, принимающих Бронхипрет, характер кашля начинал меняться уже к концу 1-х – началу 2-х суток лечения, становясь более влажным и продуктивным. К 3-му дню уменьшение частоты приступов кашля и значительное облегчение отхаркивания отмечены у большинства пациентов основной группы (64; 44,4%), к 6–8-му дню кашель полностью прекратился у 130 детей (90,3%). Параллельно изменению характера кашля менялись и свойства мокроты в сторону уменьшения вязкости.

В контрольной группе наблюдалась схожая динамика. У 69 детей (47,9%) изменение характера кашля на продуктивный происходило на 2-е сутки терапии без достоверного отличия от основной группы. На 3-и сутки кашель стал более продуктивным и редким в целом у 62 пациентов (43,1%), что также не продемонстрировало достоверных отличий с соответствующим показателем в основной

группе. Кашель полностью купировался на 7–8-е сутки у 121 ребенка (84,0%). Бальная оценка динамики кашля в группах отражена на рисунке 1.



Анализ регистрационных форм исходов ОРВИ показал значительные различия в частоте развития острого бронхита в группах. Данное осложнение отмечалось у 14 (9,72%) детей основной группы, получавшей лечение комплексным растительным секретолитиком с дополнительным эффектом ингаляции изнутри, тогда как в контрольной зарегистрирован 21 случай развития бронхита (14,58%), что на 33,6% больше, чем в основной группе (рис. 2). Важно отметить, что манифестация симптомов данного осложнения, как правило, приходилась на 1–4-е сутки от начала терапии, после чего частота развития бронхита резко сокращалась в обеих группах.

Средний срок выздоровления пациентов, принимающих растительный секретолитик Бронхипрет, составил $6,54 \pm 0,44$ дня, в то время как в группе контроля – несколько больше ($7,69 \pm 0,53$ дня; рис. 3).

В случае развития бронхита средний срок выздоровления в группах достоверно не отличался, составив $13,36 \pm 1,25$ дня в основной и $13,45 \pm 1,3$ дня в контрольной.

Среди побочных эффектов в основной группе зарегистрировано 2 случая послабления стула (1,4%). В группе контроля побочные действия встречались у 8 детей (5,56%), т. е. в 4 раза чаще: аллергические реакции (2 случая), тошнота (3 случая), абдоминальный болевой синдром (3 случая).

По окончании терапии родителям пациентов было предложено оценить качество терапии Бронхипретом по таким критериям, как быстрота эффекта, органолептические свойства, переносимость. Результаты оценки представлены в таблице 2. Большинство пациентов (77,8%), принимающих Бронхипрет, оценили эффективность терапии острого респираторного заболевания с симптомами кашля как очень хорошую; хорошую

Таблица 2. Оценка качества терапии пациентами и их родителями

Качество терапии	Основная группа	Группа контроля
Очень хорошее	77,8%	56,3%
Хорошее	18,0%	25,7%
Удовлетворительное	4,2%	18%
Неудовлетворительное	–	–

оценку дали 18%, удовлетворительную – 4,2%. Показатели удовлетворенности терапией в группе детей, получавших Бронхипрет, были достоверно выше по сравнению с таковыми пациентами, лечившихся синтетическими секретолитиками.

Выводы

1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что вероятность распространения воспалительного процесса при

ОРВИ на нижние отделы респираторного тракта зависит не только от состояния иммунной защиты организма и вирулентности вируса, но и от особенностей проводимого лечения.

2. Комплексный растительный препарат Бронхипрет обладает выраженным секретолитическим действием, сопоставимым с таковым синтетических мукоактивных средств.

3. Применение Бронхипрета с первых дней ОИВДП с кашлем

способствует уменьшению риска (на 33,6%) развития острого бронхита как осложнения вирусной инфекции. Дополнительное профилактическое действие, по-видимому, связано с наличием эффекта ингаляции изнутри за счет тимолового компонента эфирного масла травы тимьяна, обуславливающего противовирусные, антибактериальные и противовоспалительные свойства препарата.

4. Другими преимуществами Бронхипрета являются комплексный механизм действия растительный состав, существенно лучшие по сравнению с таковыми синтетических мукоактивных препаратов, профиль безопасности и уровень удовлетворенности терапией. ■

Список литературы находится в редакции.

Новое об известном

Фруктовые соки повышают давление

К фруктовым сокам у медиков ранее было крайне мало претензий. Единственная сложность, о которой говорили диетологи, состояла в избыточном содержании сахара в некоторых соках, в связи с чем рекомендовалось употреблять их с осторожностью. Как выяснили исследователи из Технологического университета Суинберна (г. Мельбурн, Австралия), сахара в соках действительно слишком много, ввиду чего их употребление связано с риском стойкого повышения артериального давления, развития стенокардии, инфаркта и когнитивных нарушений.

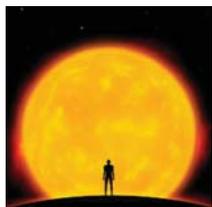
Ученые сравнили показатели пациентов, часть из которых утверждали, что ежедневно употребляют более чем 250 мл натурального фруктового сока. Именно у этой категории добровольцев было отмечено повышение давления в аорте, что является фактором риска развития инфаркта и стенокардии. Не исключены заметное ухудшение когнитивных способностей, снижение качества жизни и появление хронической усталости.

Причина одна, объясняют исследователи, – сахар. В некоторых соках его может быть практически столько же, сколько в сладких газированных напитках. Так, в 500 г апельсинового сока содержится не менее 115 г сахара, то есть 7 чайных ложек (для сравнения: в таком же количестве колы – 250 г сахара), в то время как эксперты ВОЗ рекомендуют употреблять в течение дня не более 6 чайных ложек указанного продукта. Для любителей фруктовых соков это означает, что сок должен быть единственным сладким напитком в их рационе, а от привычки пить чай и кофе с сахаром надо будет отказаться.

Таким образом, диетологи пока не требуют полностью исключить из меню фруктовые соки, однако указывают на необходимость ограничения количества последних в ежедневном рационе. Одного стакана сока в день, по их мнению, достаточно, чтобы получить необходимое количество витаминов без вреда для здоровья. Вместе с тем более удачный выбор – свежие фрукты, причем не менее 5 порций в день.



Источник: http://health.mail.ru/news/fruktovy_e_soki_povyshayut_davlenie_v_poleznom/



Профилактика и лечение гелиометеотропных реакций

И.И. Никберг, д.м.н., профессор, член Международной академии экологии и безопасной жизнедеятельности человека, член-корреспондент Российской академии естествознания, г. Сидней, Австралия

Продолжение. Начало в № 3 (19) / 2014.

→ Когда речь идет о влиянии гелиогеомагнитных факторов на функции организма, нередко высказывается сомнение в том, что слишком малая их физическая энергия вряд ли способна восприниматься чувствительными рецепторами организма. Однако еще в 1967 г. Г.В. Плеханов показал, что, хотя энергетический уровень магнитных бурь действительно невелик, но все же он примерно в 100 раз выше пороговых значений клеточной восприимчивости и реакции клеточных структур человека и животных. Опасность магнитных бурь состоит и в том, что ритмичные изменения ГМП происходят в диапазоне 0,5-2 Гц, совпадающем с ритмом биения сердца человека.

В проблеме влияния погодных факторов на здоровье человека остается еще много белых пятен, требующих более глубокого научного анализа. Однако накопленный к настоящему времени международный и отечественный медицинский опыт свидетельствует о том, что, несмотря на безусловную необходимость такого изучения, уже в настоящее время вполне возможны достаточно эффективные профилактика и лечение ГМР.

Каждый человек, ощущающий, что на его самочувствие оказывают влияние погодные условия, и наблюдающий его врач должны уточнить, какие именно погодные ситуации переносятся плохо. Для этого в течение 2-3 мес больной должен провести

соответствующее самонаблюдение. В составленном в произвольной форме дневнике надо ежедневно записывать основные показатели погоды: температуру, влажность, направление и скорость движения воздуха, атмосферное давление, перепады этих показателей в течение суток и межсуточные значения, прохождение и тип погодного фронта, облачность, наличие и интенсивность осадков. Соответствующие данные доступны каждому из газет, телевизионных программ, Интернета. Неплохо, если есть возможность располагать информацией и о солнечной активности, магнитных бурях, фазах Луны и других гелиогеофизических и синоптических показателях (они сейчас доступны в Интернете). В большинстве случаев можно ограничиться доступными метеорологосиноптическими показателями. Каждый день необходимо оценивать и свое самочувствие, появление, локализацию и интенсивность (усиление или ослабление) болевых ощущений, артериальное давление, любые другие неблагоприятные реакции организма (головокружение, тошноту, общую слабость, снижение умственной и физической работоспособности, чувство тревоги, бессоницу и др.), а также обострения течения имеющегося заболевания. Следует также отмечать особенности режима дня, его нарушения, виды и дозы принимаемых лекарств, проводимые медицинские манипуляции и т. п. Сопоставление и анализ накопленных данных самонаблюдений позволят определить, какие именно



И.И. Никберг

Д.м.н., профессор, член Международной академии экологии и безопасной жизнедеятельности человека, член-корреспондент Российской академии естествознания

погодные ситуации индивидуально переносятся лучше, а при каких самочувствие явно ухудшается.

Факторы, влияющие на проявления метеочувствительности, условно могут быть разделены на три основные группы — долговременные (постоянные), сезонные и относительно кратковременные (в среднем продолжительностью до 1 нед). Исходя из такого деления всем метеочувствительным больным в условиях амбулаторного или стационарного лечения следует проводить сезонную (за 3-4 нед накануне и в первые 2-3 недели в начале наиболее неблагоприятного для больного сезона года), курсовую (2-3 нед) перед хирургическими вмешательствами или иными сложными лечебно-диагностическими мероприятиями и кратковременную оперативную профилактику, обусловленную прогнозом

предстоящей неблагоприятной погоды типа 3 (2-3 дня до и 3-4 дня после).

Профилактические меры имеют целью:

- поддержание фибринолитических свойств крови и снижение ее свертываемости;
- контроль уровня артериального давления и прием лекарств, предотвращающих его резкие колебания;
- купирование болевых ощущений, при необходимости прием анальгетиков;
- снижение чувства беспокойства, тревоги, обеспечение нормального сна (желательно с помощью лекарственных трав, но при недостаточном эффекте не следует отказываться от непродолжительного приема лекарственных препаратов);
- устранение дефицита кислорода в тканях организма;
- временное снижение умственной и физической нагрузки;
- поддержание здорового образа жизни, прогулки и доступные виды спорта, предпочтительнее с пребыванием на свежем воздухе и у водоемов, отказ от курения, потребления алкоголя, других вредных привычек; ограничение времени пользования компьютером и просмотра ТВ-программ, закаливающие процедуры, использование одежды и обуви, обеспечивающей тепловой комфорт и предохраняющей от перегрева;
- коррекцию методов, обычно применяемых больным с каким-либо хроническим заболеванием.

Несмотря на полиморфность генеза и проявлений ГМР, по своей клинической картине в подавляющем большинстве случаев такие реакции являются обострением имеющихся у данного больного хронических заболеваний и состояний и проявлением индивидуальных особенностей. Поэтому основу профилактики ГМР должна составлять адекватная коррекция режима медикаментозной и немедикаментозной терапии основного заболевания

с целью профилактики его обострения.

Примером эффективности такой профилактики является одно из наблюдений, выполненное профессором Е.Л. Ревуцким совместно с Т.Г. Новиковой. Под наблюдением находились 136 метеочувствительных пациентов с ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия напряжения, в 46 случаях в сочетании с гипертонической болезнью) и 90 пациентов с синдромом нейроциркуляторной дистонии. У всех участников имели место тяжелые или средней тяжести ГМР, возникавшие накануне и в первые дни наступления неблагоприятной погоды и проявлявшиеся следующей симптоматикой: плохо купирувавшимися обычными дозами нитроглицерина болями в области сердца, одышкой, чувством тревоги, инсомнией, повышением артериального давления, ухудшением общего самочувствия. На фоне основной терапии за 24-48 ч до наступления неблагоприятной погоды и в течение 2 сут после этого назначались β -аденоблокатор и психоветегативный регулятор либо их комбинация. Полное или частичное предотвращение ГМР наблюдалось у 83,5% больных.

Очевидными условиями своевременной и эффективной профилактики и лечения ГМР являются объективная оценка и медицинский прогноз погоды. Для этого используются различные медицинские классификации погоды. Из числа отечественных в 1950-1970 гг. наибольшую известность получили классификации Г.П. Федорова (1956), Г.Д. Латышева, В.Г. Бокша и Б.В. Богуцкого (1965, 1980), Г.М. Данишевского (1965), И.И. Григорьева и И.Г. Парамонова (1974), В.Ф. Овчаровой (1974), Г.Т. Ермолаева и И.П. Женича (1980) и др. В основе большинства упомянутых классификаций лежит оценка преимущественно метеорологосиноптических показателей и величин

их внутри- и межсуточных перепадов. По мере накопления знаний о биогенном влиянии космогелиогеофизических факторов в последующие годы появилась возможность учитывать и эти факторы в медицинской характеристике погоды. Данной проблеме были, в частности, посвящены работы И.И. Никберга и соавт. (1973, 1976, 1978, 1986), Г.П. Матвейкова и соавт. (1973), В.Г. Бардова (1977), Р.М. Беленькой, С.А. Каражаевой (1978), Т.И. Андроновой и соавт. (1982), В.В. Соколовского и соавт. (1982), В.П. Торгуна и соавт. (1983) и многих других отечественных и зарубежных авторов. Несмотря на обилие разных вариантов критериев таких классификаций, большинство исследователей согласны с тем, что наиболее целесообразно использовать деление погоды на 3 основных медицинских типа, условно оцениваемых как хорошая (тип 1), промежуточная (тип 2) и плохая (тип 3).

На основании научного исследования первичных статистических данных и непосредственных клинических наблюдений автора за более чем 20-летний период (И.И. Никберг, Е.Л. Ревуцкий, Л.И. Сакало, 1986) был разработан представленный ниже вариант медицинской классификации погоды. Особенности этой классификации являются комплексное использование 30 исходных формирующих погоду показателей, в числе которых 12 метеорологических, 10 космогелиогеофизических, 3 синоптических, 4 экологических. В зависимости от абсолютных значений направления и величин градиентов внутри- и межсуточных перепадов выделено 3 основных типа погоды: тип 1 – благоприятная, 2 – умеренно неблагоприятная и 3 – неблагоприятная. Учитывая погодные реалии, имеющие промежуточный характер биотропного влияния, введены еще 2 типа погоды – промежуточная (тип 1-2) и промежуточная (тип 2-3).

В целях последующей компьютерной или иной обработки каждому показателю классификации присваивается оценка 1, 2 или 3 балла. Учитывая значение синоптической ситуации как приоритетного погодоформирующего фактора, ее показателям присваиваются соответственно типу погоды значения 2, 3 или 4 балла. Если все баллы относятся к одному из типов погоды, дальнейшие расчеты и их интерпретация затруднений не вызывают. При наличии до 30% баллов следующего типа погоды устанавливается переходный тип погоды (1-2 при наличии до 30% баллов, характеризующих тип 2 погоды, или 2-3 при наличии 30% типа 3). В качестве сезонной климатической нормы (СКН) принято значение показателя, находящегося в пределах $X \pm m \pm S$, где X – среднеарифметическое значение, m – статистическая ошибка среднего, S – сигмальное отклонение.

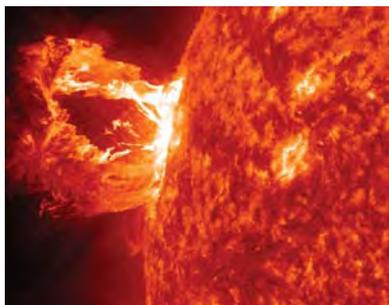
Медицинская классификация типов погоды

Тип 1 (благоприятная)

Общая характеристика

Для нее характерны устойчивая внутримассовая погода преимущественно антициклонического типа, ровный ход метеоэлементов, отсутствие фронтальных зон; малая облачность, отсутствие или незначительное количество осадков, слабые восходящие токи воздуха. Абсолютные значения температуры воздуха, атмосферного давления, относительной влажности и других метеорологических показателей – в пределах $\pm 0,5$ среднеквадратического отклонения от местной СКН. Межсуточный перепад атмосферного давления –

до 5 гПа (4 мм рт. ст.), градиент его падения за 3 ч – не более 1 гПа, межсуточный перепад среднесуточной температуры воздуха – до 3 °С, относительная влажность воздуха – 55-70%, ветер – до 5 м/с. Колебания весового содержания кислорода не превышают ± 5 г/м³, индексы солнечной активности – менее 75% от среднего значения за предшествовавшие 30 сут. Отсутствие хромосферных вспышек и других проявлений активно-вспышечной деятельности на видимом диске Солнца в диапазоне 4 до 2 сут после данного дня. Спокойное ГМП. Суммарный индекс патогенности погоды – от 0 до 19.



Отдельные погодоформирующие показатели

Метеорологические: абсолютная температура воздуха в пределах $\pm 0,5$ S от СКН, среднесуточный перепад – до 3 S от этой нормы; атмосферное давление (гПа) до $\pm 0,5$ S, межсуточный перепад – до 3-5 S; градиент падения давления за 3 ч – до 1; относительная влажность воздуха – 45-70%, градиент повышения – до 10%; скорость движения воздуха – 3-5 м/с, облачность – ясно или до 2-5 баллов; осадки – до 2-3 мм/сут, весовое содержание кислорода в воздухе – в летний период >290 г/м³, в ноябре-апреле >275 г/м³, градиент снижения

межсуточного весового содержания кислорода – до 5 г/м³.

Космогеофизические: количество пятен на видимом диске Солнца (индекс Вольфа) $<75\%$ от среднего значения за предшествовавшие 30 сут, площадь пятен на видимом диске Солнца (индекс S) – аналогично индексу Вольфа, активно-хромосферные вспышки на Солнце отсутствуют в течение 2-3 дней до или после даты; Земля находится в границах отрицательного сектора ММП, магнитное поле Земли спокойное, его показатели в пределах $\pm 20\%$ от СКН, среднесуточное значение К-индекса ГМП – до +12, ГМБ отсутствуют в диапазоне 2 сут до и после даты.

Синоптические: стойкая внутримассовая погода с ровным ходом погодоформирующих элементов. Градиент падения атмосферного давления до 1 гПа/ч. Прохождение погодного фронта не менее чем за 3 дня до даты. Преимущественно солнечная, малооблачная погода. Отсутствие или незначительное количество осадков. Летняя температура в пределах +20-25 °С, зимняя – до -10 °С. Отсутствие температурной инверсии.

Экологические: отсутствие источников интенсивного загрязнения атмосферного воздуха и почвы, надветренное расположение территории относительно любых источников загрязнения атмосферного воздуха, отсутствие аварийного и технического загрязнения окружающей среды вследствие чрезвычайных ситуаций, суммарный индекс загрязнения воздуха – до 0,5 балла. ■

Продолжение следует.

ДРАТІВЛИВІСТЬ

ЧИ

ВРІВНОВАЖЕНІСТЬ?



**Наш вибір —
спокій та самовладання**

- ✓ Заспокійлива дія валеріани
- ✓ Тонізуючий ефект звіробою



Седаристон

esparma

www.esparma.com.ua

СЕДАРИСТОН капсулы: не оставляет стрессу ни единого шанса

Знаете ли Вы, что...

...по мнению ученых, стресс – важная составляющая процесса эволюции, улучшающая выживание;

...не существует «хорошего» или «плохого» стресса: каким бы он ни был – эмоциональным или физическим, приятным или не очень по эмоциональной окраске (например, свадьба и смерть близкого родственника, рафтинг и участие в международной олимпиаде, прибавление в семье или конфликт со свекровью классифицируются как стрессовые ситуации), – ответная реакция организма является универсальной и протекает по одинаковому механизму;

...впервые на проблему стресса с медицинской точки зрения обратили внимание специалисты из США;

...первое место по напряженности жизни занимает Германия: более 50% немецких бюргеров испытывают приступы тревоги и стресса несколько раз в течение дня;

...наиболее опасные профессии с позиции риска стресса и депрессии – сиделки и няни, работники пищевой промышленности, врачи.

«В груди пожар, в голове фокстрот»

Согласно концепции Ганса Селье стресс имеет 3 основные стадии: тревоги, или напряжения (при воздействии сильных или необычных раздражителей активируется симпатoadrenalовая система, «мобилизирующая» организм и повышающая физические возможности и защитные силы до максимального предела); адаптации и стабилизации (при длительном влиянии повреждающего фактора в организме запускаются приспособительные реакции); истощения (когда ресурсы истощаются, нарушается работа отдельных органов и систем).

Во многом реакция на стресс зависит от типа личности: например,

одних людей потеря работы только подзадоривает к участию в марафоне собеседований, тогда как для других даже утренний проезд в общественном транспорте воспринимается по силе эмоций как схватка с саблезу-бым тигром.

Задача клинициста и самого пациента – предотвратить изменение характера стресса из укрепляющего и тонизирующего на разрушающий, воспрепятствовать тому, чтобы однократное неблагоприятное событие превратилось в бесконечную череду неудач.

И лучший помощник в этом деле – седативные препараты. В последние годы трендом является предпочтение пациентами фитосредств, так как по эффективности

они сопоставимы с химически синтезированными веществами, но обладают лучшим профилем безопасности. По данным ВОЗ, 4 из 5 больных больше доверяют лекарствам из недр природы.

Для настроения со знаком «плюс»

На украинском фармацевтическом рынке присутствует эффективный седативный препарат СЕДАРИСТОН капсулы производства немецкой компании esparma, широко известный европейским потребителям.

Он представляет собой комбинацию 50 мг экстракта корней валерианы и 100 мг экстракта травы зверобоя.

Валериана издавна используется в народной медицине как успокоительное и снотворное средство. Она содержит комплекс биологически активных веществ (эфирные масла, монотерпены, сесквитерпены, валериановую кислоту, глутамин, аргинин), реализующий широкий спектр терапевтических эффектов. Ее свойства многократно изучались учеными в масштабных испытаниях, подтвердивших способность валерианы:

- снижать возбудимость ЦНС;
- устранять тревогу (влияние на психические и вегетативные проявления);
- обеспечивать успокоительный эффект;
- реализовать мягкое спазмолитическое влияние;
- сохранять стабильными показатели артериального давления и частоты сердечных сокращений в условиях стресса, замедлять сердечный ритм и расширять коронарные сосуды;
- проявлять агонистическое влияние на A_1 -рецепторы аденозина, бензодиазепиновые рецепторы;
- потенцировать ГАМК-эргическую трансмиссию за счет облегчения выброса ГАМК и ингибирования ее обратного захвата (нейропротекторный эффект);
- нормализовать сон (улучшать его качество, увеличивать продолжительность, сокращать период засыпания);
- усиливать секреторную активность желудочно-кишечного тракта.

Препараты на основе корня валерианы – важный компонент терапии состояний, характеризующихся возбуждением, расстройств сна, синдрома гиперактивности у детей, мигрени, легких кардиоваскулярных и гастроинтестинальных функциональных нарушений. Седативное действие растения проявляется медленно, но достаточно стабильно.

В т о р а я с о с т а в л я ю щ а я СЕДАРИСТОНА капсулы – зверобой – известен как действенный

тимостабилизатор и корректор настроения. Благодаря широкому спектру активных веществ (гиперицин, псевдогиперицин, гиперфорин, флавоноиды) он обладает общеукрепляющими и тонизирующими свойствами, улучшает эмоциональный фон, повышает работоспособность и концентрацию внимания, устраняет депрессивные нарушения, проявляет противоастенический и вегетостабилизирующий эффекты, тормозит моноаминоксидазу и активность ферментов, задействованных в катаболизме моноаминов (серотонин, дофамин, норадреналин).

За период с 1980 по 1999 год только в Германии было выполнено свыше 300 научных работ, изучавших свойства лекарственных растений (в т. ч. валерианы и зверобоя) и их эквивалентность химиотерапевтическим средствам (Н. Waqner, 1999).

Проанализировав 27 испытаний (n=2291), в 10 из которых зверобой применялся в виде монотерапии или в комбинации с валерианой, К. Linde и соавт. (2000) продемонстрировали значительные преимущества зверобоя в сравнении с плацебо и сопоставимую с таковой результативность стандартных антидепрессантов в лечении легких и умеренно тяжелых депрессивных проявлений. Кроме того, количество побочных реакций на фоне терапии зверобоем было существенно меньше, чем при использовании антидепрессантов. Авторы отметили, что необходимы дополнительные научные изыскания в данной области.

Сфера применения средств на основе зверобоя – различные нарушения психоэмоциональной сферы (от дистимий до выраженных депрессивных расстройств).

Препарат СЕДАРИСТОН капсулы соответствует требованиям Европейского агентства по лекарственным средствам, согласно которым натуральное лекарственное средство

должно содержать не более 3 компонентов. Важно и то, что валериана и зверобой не только дополняют, но и усиливают целебные свойства друг друга. Показано, что сочетанный прием валерианы и зверобоя сопровождался более выраженным седативным, анксиолитическим и спазмолитическим эффектами, заметнее улучшал настроение, чем монотерапия зверобоем; такие данные получили D. Muller и соавт. в 2003 г.

Терапия СЕДАРИСТОНОМ капсулы возвращает спокойствие, улучшает настроение, бодрит и улучшает настроение. Применение этой растительной комбинации целесообразно у людей, перенесших тяжелые стрессовые ситуации и подвергающихся интенсивным нагрузкам, остро и болезненно реагирующих на обычные жизненные события. Кроме того, она эффективна у подростков с проявлениями вегетативной дисфункции.

«Снят усталые игрушки...»

Важный фактор, влияющий на результат лечения, – соблюдение пациентом врачебных рекомендаций, обеспечение необходимой продолжительности лечения. Недостаток многих седативных препаратов, в том числе и растительных, – присущее им свойство вызывать вялость, сонливость, подавленность, слабость. Это особенно важно с учетом того, что под удар стресса попадают в первую очередь люди трудоспособного возраста, предпочитающие амбулаторное лечение на фоне сохранения привычной профессиональной активности.

Препарат СЕДАРИСТОН капсулы – оптимальный выход из ситуации, когда необходимо назначить седативное лечение активным группам населения (учащимся, работникам, чья деятельность требует повышенного внимания, обслуживающему персоналу высокоточных механизмов, автомобилистам и др.).

Данная растительная комбинация при приеме в рекомендуемых дозировках не вызывает сонливости, не влияет на когнитивные функции (интеллект, память, концентрацию внимания, умственную работоспособность и пр.), скорость психомоторных реакций.

Лечение без компромиссов

Экстракты валерианы и зверобоя сочетают высокую терапевтическую эффективность с хорошей переносимостью. В статье Н. Cass (2004) анализируются свойства растений, обладающих седативными свойствами, в т. ч. валерианы. Подчеркивается, что ее экстракт является «вполне безопасным» и не обладает

неблагоприятными свойствами бензодиазепинов. Также приведены клинические случаи использования препарата в экстремально высоких дозах (например, 500-2300 мг продукта 5 р/сут в течение многих лет), что спровоцировало синдром отмены, который был в короткие сроки купирован приемом мидазолама.

В. Tesch (2002) отмечает высокую результативность экстракта зверобоя при тревожных состояниях и депрессии, но призывает учитывать его возможные лекарственные взаимодействия.

Согласно данным систематического обзора, выполненного в 2013 г. Р. Posadzki и соавт. и посвященного оценке неблагоприятных эффектов,

ассоциированных с использованием средств на растительной основе, они вошли в группу с незначительным риском побочных явлений.

По данным Т. Kistorp и соавт. (2002), валериана и зверобой входят в ТОП-5 наиболее часто используемых растительных средств в Дании. На родине – в Германии – препарат СЕДАРИСТОН уже довольно давно пользуется чрезвычайной популярностью среди врачей и потребителей.

Несмотря на относительно недолгое присутствие на украинском фармацевтическом рынке, он заслужил авторитет и у наших соотечественников. ■

Подготовила *Ольга Радущиц*

Новое об известном

Какао против старческого слабоумия

Какао оказалось мощным средством против старческого слабоумия. Американские ученые выяснили, что вещества, содержащиеся в какао, способны восстанавливать память у пожилых людей. Результаты данного исследования опубликованы в журнале Nature Neuroscience.

Уникальные способности какао обусловлены содержанием в нем особых веществ – флавонолов. Их потенциал изучался в исследовании, в котором приняли участие 37 человек в возрасте от 50 до 69 лет. Участников разделили на две группы. Представители первой в течение 3 мес включали в рацион какао в большом количестве, тогда как участники второй группы употребляли другие напитки. В конце испытания все добровольцы прошли тесты на память. При этом с ними гораздо лучше справились участники первой группы. Частое употребление какао позволило пожилым людям улучшить память до уровня тридцати-сорокалетних людей. По мнению ученых, флавонолы стимулируют кровообращение в участке мозга, отвечающем за память, – в зубчатой извилине нижней поверхности полушарий головного мозга.

Однако следует иметь в виду, что обычное какао может оказаться не столь полезным. Исследователи использовали напиток, приготовленный по особой технологии, а в обычном какао флавонолов содержится в несколько раз меньше.



Источник: <http://www.m24.ru/articles/58634?attempt=1>

Новые подходы к лечению острого неосложненного цистита

Острый неосложненный цистит представляет собой одну из наиболее часто встречающихся бактериальных инфекций. От 40 до 50% женщин имеют в анамнезе хотя бы один эпизод острого цистита, 20-30% пациенток переносят более трех рецидивов заболевания в течение года. До недавнего времени терапия острого цистита предполагала обязательное включение антибактериальных средств в схему лечения. Сегодня эта парадигма пересматривается, на смену приходят альтернативные схемы комбинированной фитотерапии, обладающие мультимодальным действием.

➔ Острый неосложненный бактериальный цистит в 80% случаев вызывается *Escherichia coli*, другие возбудители (*Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*) выявляются реже. В большинстве случаев острый цистит представляет собой поверхностное воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря вследствие колонизации эпителия уропатогенами. Следует учитывать тот факт, что персистенция микроорганизмов в тканях хозяина — это стратегия выживания, которая не обязательно приводит к болезни макроорганизма. В ряде случаев паразитирующие патогены незаметны для организма-хозяина, что позволяет им избежать фагоцитоза, запуска воспалительного процесса и выработки антител и дает возможность «нелегально» проживать в макроорганизме. Благодаря своей изменчивости микроорганизмы могут проникать внутрь клетки и в межклеточное пространство. Так, кишечная палочка относится к факультативным паразитам и способна паразитировать в клетках эпителия и макрофагах («непрофессиональный фагоцитоз»). Один из основных механизмов защиты организма — неадаптивная воспалительная реакция, которая развивается вследствие активации

toll-подобных рецепторов (toll-like receptors), высвобождения воспалительных цитокинов и поступления нейтрофильных гранулоцитов в очаг воспаления.

Однако не всегда активное размножение бактерий приводит к клинически значимому воспалению. Так, микроорганизмы, выделяемые у пациентов с асимптомной бактериурией, подобны тем, которые приводят к развитию острого цистита. Это свидетельствует о том, что ведущую роль в развитии острого неосложненного цистита играет не столько фактор вирулентности бактерий, сколько нарушение баланса между персистенцией микроорганизма и реактивностью иммунной системы. Снижение иммунного статуса (даже кратковременное) приводит к тому, что условно-патогенные бактерии могут проявлять агрессию по отношению к хозяину, при этом бессимптомное бактерионосительство может сменяться манифестными формами и наоборот (Т.С. Перепанова, 2005).

Интересен также тот факт, что взаимодействие с макроорганизмом приводит к генотипической и фенотипической перестройке микроорганизма. Это свидетельствует о том, что между микро- и макроорганизмом формируются симбиотические взаимоотношения, при которых

микроорганизм длительно персистирует в тканях хозяина, защищая его от суперинфекции (B. Wullt, 2013). Сегодня многие исследователи рассматривают асимптомную бактериурию как доброкачественный процесс, в большинстве случаев не требующий применения антибиотикотерапии. Некоторые авторы указывают на то, что такое сосуществование может быть полезным для макроорганизма, поскольку обеспечивает протекторное действие.

 **Широкое назначение антибактериальных средств для лечения острых инфекций мочевыводящих путей и асимптомной бактериурии привело к быстрому росту антибиотикорезистентности.**

Способность микроорганизмов быстро адаптироваться к постоянно меняющимся условиям существования особенно ярко проявляется при проведении антибиотикотерапии — за счет селекции резистентных штаммов микроорганизмов теряют актуальность целые классы антибактериальных средств. Эта проблема затрагивает как стационарную, так и амбулаторную сферу, где выявление резистентных штаммов также не является редкостью. Ученые предполагают, что основной причиной

увеличения риска селекции устойчивых штаммов, в т. ч. мультирезистентных, является широкое использование антибактериальных средств.

По данным статистики, около 40-50% уропатогенов в США, Канаде, странах Западной Европы резистентны к ампициллину, 20-30% – к триметоприму/сульфаметоксазолу, 5-10% – к ципрофлоксацину. В государствах Южной Европы устойчивость к вышеперечисленным антибиотикам демонстрируют около 50% возбудителей. Возрастает актуальность выделения штаммов, обладающих мультирезистентностью в отношении всех известных на сегодня классов антибиотиков. Вопреки ожиданиям полный отказ от назначения триметоприма/сульфаметоксазола не привел к снижению уровней резистентности, ограничение использования других классов также не обеспечило уменьшения частоты выделения устойчивых штаммов, что позволяет трактовать сложившуюся ситуацию как необратимую. Усугубляет проблему тот факт, что появления новых антибиотиков в течение следующих 5-10 лет не предвидится.

Учитывая новые данные о патогенезе и факторах риска рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей, а также принимая во внимание глобальный масштаб проблемы антибиотикорезистентности, все чаще клиницисты отдают предпочтение схемам лечения, не включающим антибактериальные средства.

Установлено, что длительность периода ремиссии и частота обострений зависят от реактивности макроорганизма; спектр и свойства возбудителей не изменяются. Этот факт значительно повлиял на взгляды относительно необходимости использования антибактериальных средств в лечении острого неосложненного цистита. По мнению В. Wullt и соавт. (2014), наиболее рациональным является патогенетическое противовоспалительное и симптоматическое

лечение как с точки зрения купирования острого эпизода цистита, так и в отношении профилактики дальнейших рецидивов. Более того, эрадикация возбудителя при помощи антибиотикотерапии обеспечивает устранение асимптомной бактериурии или однократное купирование эпизода острого цистита, однако нарушает уже сформированный симбиоз. В дальнейшем колонизация мочевыводящих путей может стать причиной рецидивов заболевания, вызванных резистентными штаммами. Помимо этого, имеются данные о неблагоприятном воздействии антибактериальных средств у пациентов в пременопаузальном периоде, а также у лиц, страдающих сахарным диабетом. Их назначение этим категориям женщин с целью лечения асимптомной бактериурии не только не снижало, но и повышало риск развития инфекции мочевыводящих путей.

 **Новая парадигма противовоспалительного лечения острого цистита и его рецидивов без использования антибиотиков подкреплена результатами ряда исследований.**

Назначение ибупрофена или диклофенака в сравнении с хинолонами приводило к достоверному уменьшению симптомов у пациентов с острой инфекцией мочевыводящих путей. К. Nabeг и соавт. (2014) сообщают, что применение ибупрофена в дозе 400 мг 3 р/сут приводило к регрессу клинических симптомов в той же степени, что и назначение ципрофлоксацина по 500 мг 2 р/сут. Безусловно, степень бактериурии в группе пациентов, получавших нестероидный противовоспалительный препарат, оставалась более высокой. Однако нужно ли таким пациентам дальнейшее лечение при условии, что воспаление подавлено и гармоничный симбиоз восстановлен? Очевидно, что такой терапевтический

подход, прежде чем попасть в клинические рекомендации, требует углубленного изучения и проведения ряда дополнительных исследований. Доступные на сегодня обнадеживающие данные позволяют рекомендовать для лечения острого неосложненного цистита схемы без использования антибактериальных средств, базирующиеся на применении многокомпонентных фитопрепаратов.

 **Одним из перспективных растительных средств для профилактики и лечения инфекций мочевыводящих путей признан Канефрон® Н.**

В состав Канефрона Н входят стандартизованные по содержанию ключевых биологически активных веществ компоненты травы золототысячника, оказывающего диуретическое и антибактериальное действие; корня любистка обыкновенного, обладающего диуретическим, спазмолитическим и антибактериальным эффектами; листьев розмарина, реализующего противовоспалительный эффект. Препарат влияет преимущественно на водный диурез (за счет расширения почечных сосудов и улучшения ренального кровотока под воздействием терпенов, содержащихся в любистке), что способствует механическому удалению микробных клеток из мочевыводящих путей, препятствуя микробной адгезии и колонизации слизистой оболочки мочевыделительного тракта. Сосудорасширяющим эффектом обладают также секоиридоидные горечи золототысячника. Спазмолитический эффект препарата обусловлен содержанием флавоноидов; такое действие также проявляют фталиды, входящие в состав любистка, розмаринового масла и фенолкарбоновые кислоты. Противовоспалительный эффект связан с наличием розмариновой кислоты, опосредованно блокирующей синтез провоспалительных лейкотриенов.

Все растительные компоненты Канефрона Н обладают антимикробным действием различной степени выраженности: фенолкарбоновые кислоты влияют на бактериальный белок, эфирные масла разрушают цитоплазматическую мембрану бактерий и снижают активность аэробного дыхания, что приводит к уменьшению выделения энергии, необходимой для синтеза различных органических соединений. Флавоны, флавоноиды и флавонолы способны связываться с белками клеточной стенки и разрушать их.

Канефрон® Н сочетает противомикробное, спазмолитическое и противовоспалительное влияние, что позволяет достичь хороших результатов при лечении острых и рецидивирующих инфекций мочевого пузыря. Выделение органических фенолкарбоновых кислот и их глюкуронидированных и сульфатированных метаболитов с мочой приводит к изменению ее кислотности, что препятствует росту бактерий. Элиминации микроорганизмов из мочевыводящих путей также способствуют биофлавоноиды, тормозящие бактериальную гиалуронидазу.

Интересной особенностью препарата является усиление выведения солей мочевой кислоты, что препятствует образованию кристаллов в мочевыводящих путях, росту имеющихся камней и формированию новых. Также было отмечено, что данный препарат нормализует кислотность мочи, если она резко кислая, и поддерживает значение pH в пределах 6,2-6,8, что также препятствует образованию уратных камней (Ю.Г. Аляев и соавт., 2005).

Взрослым препарат рекомендуют принимать по 2 таблетки или 50 капель 3 р/сут; детям школьного возраста – по 1 драже или 25 капель 3 р/сут, детям дошкольного возраста (старше 1 года) – по 15 капель 3 р/сут.

Значительный интерес представляют результаты открытого пилотного

мультицентрового исследования, проведенного в Украине, в ходе которого изучали эффективность и безопасность монотерапии острого неосложненного цистита и рецидивирующих инфекций нижних мочевыводящих путей препаратом Канефрон® Н.

Исследование выполнялось в 9 клинических центрах страны с участием 125 женщин. Препарат Канефрон® Н назначали курсом 7 дней по 2 таблетке 3 р/сут. По окончании курса лечения осуществлялось наблюдение за состоянием пациенток в течение 30 дней. При отсутствии клинической динамики или недостаточном регрессе симптомов к 3-му дню пациентки могли быть переведены на антибиотикотерапию. В рамках испытания побочных явлений, связанных с приемом препарата Канефрон® Н, не зарегистрировано. Клиническую оценку эффективности лечения проводили, основываясь на таких симптомах, как дизурия, частота и императивность мочеиспусканий, недержание мочи, никтурия, боль внизу живота. Использовалась 4-балльная шкала оценки симптомов (0 – отсутствие симптомов, 4 – симптомы максимально выражены). Критерием включения в исследование служил суммарный показатель не менее 6 баллов. В качестве показателя ответа на лечение учитывалось суммарное значение не более 3 пунктов на 7-й день терапии.

Так, суммарная оценка основных симптомов (дизурия, поллакиурия, императивные позывы к мочеиспусканию) в 1-й день лечения Канефроном Н достигала 7,3 балла, на 7-й – снизилась до 1,9 балла. К концу исследования (на 37-й день наблюдения) этот показатель составил в среднем 0,7 балла. Потребность в переводе на лечение антибактериальными препаратами возникла только у 3 из 125 (2,4%) пациенток из, т. е. 97,6% участниц

исследования не нуждались в назначении антибиотиков. Доля пациенток, ответивших на лечение (т. е. без выраженных симптомов инфекции мочевыводящих путей на 7-й день терапии) составила 71,2%, ни у одной из них за период 30-дневного наблюдения не было зарегистрировано рецидива. Любопытно, что интенсивность бактериурии у части пациенток снижалась, а у некоторых больных оставалась неизменной или повышалась, в то время как симптомы регрессировали у всех женщин, включенных в исследование. Это свидетельствует о том, что эрадикация бактерий из мочевыводящего тракта не является основной целью терапии, обеспечивающей клинический эффект и предупреждение рецидивов. Задача лечения заключается в подавлении воспаления и устранении симптомов, что приводит к гармонизации симбиоза между макро- и микроорганизмом.

В настоящее время традиционная парадигма антибиотикотерапии острого цистита и бессимптомной бактериурии претерпевает значительные изменения. Высказана гипотеза о том, что симбиотические взаимоотношения микробной клетки и организма хозяина, по-видимому, представляют собой устойчивую структуру, разрушение которой путем эрадикации возбудителя нецелесообразно.

В качестве альтернативы антибиотикотерапии для комплексного лечения неосложненной инфекции мочевыводящих путей (острого цистита) и профилактики ее рецидивов может быть рекомендован фитопрепарат Канефрон® Н, характеризующийся оптимальным сочетанием противовоспалительного, антимикробного, диуретического и спазмолитического действия (Швеция). ■

По материалам симпозиума в рамках EAU-2014 в г. Стокгольме (Швеция).

Подготовила Мария Маковецкая



Bionorica®

Запалення нирок? Сечового міхура?

Канефрон® Н



- 🌿 німецька якість фітопрепарату
- 🌿 значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
- 🌿 потенціювання протизапальної терапії⁴



Розкриваючи силу рослин



**ПАНАЦЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012**

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячнику 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячнику 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г. Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.
Р.П. № U A/4708/01 /01; UA/4708/02/01.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. Кравченко Н.Ф. 2 - Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Соврем. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар І.О., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоров'я людини, 3(30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: office@bionorica.com

Инфекции мочевыводящих путей: целесообразна ступенчатая терапия

Г. ван Аллен, Д. Штрук, Ф. Вагенленер, В. Фалензиэк, Германия

Известно, что 3% пациентов в практике семейного врача страдают инфекционными заболеваниями мочевыводящих путей (ИМП). Однако в урологической практике доля таких пациентов намного выше – 20%. ИМП с заболеваемостью от 4 до 6,5% и распространенностью от 10 до 40% сравнимы с сахарным диабетом. Таким образом, их можно отнести к числу социальных болезней. В настоящее время ввиду растущей резистентности к антибиотикам, высокой доли самовыздоровлений и низкой доли осложнений эксперты требуют лечить неосложненные случаи ИМП с применением ступенчатой терапии. При этом в лечении ИМП легкой и средней степени тяжести могут применяться фитопрепараты.

➔ ИМП чаще всего являются неосложненными доброкачественными заболеваниями, однако ввиду тяжелой симптоматики они приносят большой дискомфорт и значительно снижают качество жизни. Негативное значение с точки зрения экономики имеет цистит, протекающий в неосложненной форме. Данное заболевание обуславливает 1,7 млн дней неработоспособности в год.

ИМП чаще развиваются у женщин (соотношение случаев ИМП у женщин и мужчин составляет приблизительно 77:23). По меньшей мере у каждой второй взрослой женщины отмечается один или несколько случаев инфекционных заболеваний нижних мочевыводящих путей в год. Более чем у 1/4 пациенток возникают рецидивы. Однако и среди здоровых мужчин молодого возраста имеется группа лиц, склонных к развитию ИМП. Также группу риска составляют лица с сахарным диабетом. Однако если достигнут эффективный контроль сахарного диабета, то и у этой группы пациентов ИМП можно отнести к неосложненной форме.

В терапии требуется изменение подходов

ИМП у женщин в большинстве случаев являются неосложненными и зачастую проходят самостоятельно в течение 2 нед. Осложнения возникают редко. Лишь у 2% пациентов развивается пиелонефрит. Однако в действующей директиве S3 для лечения острых состояний и неосложненных форм ИМП рекомендуется применение антибиотиков. В данном случае необходим пересмотр рекомендаций. Мнения относительно классификации ИМП по степени тяжести (легкая, средняя, тяжелая) и выбора способа лечения в настоящее время варьируют.

Резистентность — серьезная проблема

При неосложненных формах ИМП легкой и средней степени тяжести возможно успешное использование фитопрепаратов. Применение данной группы препаратов может эффективно противодействовать даже растущей резистентности к антибиотикам. Однако проблема резистентности достаточно

актуальна в последнее время. По оценкам, в ЕС от заболеваний, вызванных мультирезистентными бактериями, ежегодно умирают не менее 25 тыс. пациентов. Расходы денежных средств на лечение таких заболеваний составляют 1,5 млрд евро.

Резистентность бактерий значительно увеличилась по отношению к антибиотикам, которые применяются при неосложненных формах инфекционных заболеваний. Например, по отношению к котримоксазолу, который раньше являлся золотым стандартом в лечении неосложненных форм цистита, данный показатель в Германии возрос до 30%. Существенно увеличилась резистентность к цефалоспорином, в Азии она уже достигла 60%. Устойчивость к антибиотикам резерва, таким как карбапенемы, составляет 30%. Причины возникновения данной проблемы однозначны — резистентность вызывается применением антибиотиков. 80% всех используемых в Германии антибактериальных препаратов применялись в амбулаторном секторе.

ИМП занимают второе место после респираторных инфекций по назначению антибиотиков. К тому же не разработано или не лицензировано почти никаких новых антибактериальных средств.

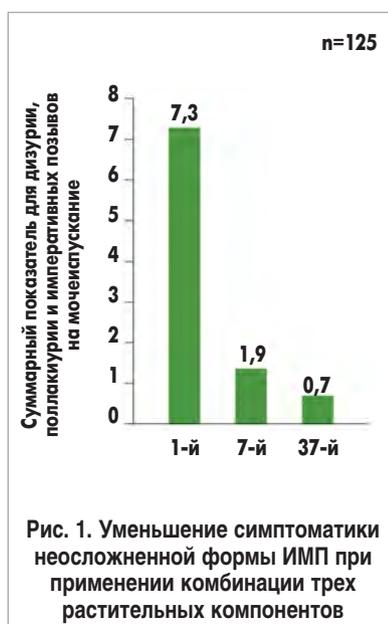
Фитотерапия как первый выбор при острой неосложненной ИМП

Возникшая ситуация с резистентностью, высокая доля самостоятельного выздоровления и невысокая частота осложнений при неосложненных формах ИМП стали причиной принятия Немецким обществом общей и семейной медицины (DEGAM) решения об изменении в директиве S3 в пользу меньшинства в виде одного сторонника сугубо симптоматического лечения при неосложненной острой форме цистита. На сегодняшний день это соответствует тенденции в практической медицине. По мнению ученых, назначения антибиотиков по возможности следует избегать.

При ИМП легкой и умеренной степени тяжести эксперты рекомендуют в качестве терапии первой линии использовать комбинированные препараты на основе растительных экстрактов с разным фармакологическим действием. Так, сначала пациенты принимают фитопрепарат, а затем определяется уровень С-реактивного белка. При уровне С-реактивного белка >25 мг/л следует применить и антибиотик. Также была подтверждена целесообразность лечения больных с неосложненными формами ИМП почти исключительно фитопрепаратами, поскольку антибиотики наносят вред микробиому организма и у пациенток после такой терапии часто развивается вагинальный кандидоз. Проблема состоит в том, что дрожжевые грибы рода *Candida* тоже зачастую резистентны к широко используемым антибиотикам. Кроме того, нарушение микробиома часто приводит к таким побочным эффектам, как антибиотикассоциированная диарея.

Результаты исследований

Альтернативой антибиотикам при лечении неосложненных форм ИМП может быть комбинация трех специальных стандартизованных растительных компонентов: экстрактов золототысячника, корня любистка и листьев розмарина (препарат Канефрон® Н), — которая обладает противовоспалительным, антибактериальным, спазмолитическим и диуретическим действием, что доказывает актуальное многоцентровое исследование. 125 женщин в возрасте от 20 до 65 лет с острой формой ИМП получали в течение 7 дней монотерапию данным препаратом. Был возможен переход на монотерапию антибиотиками при отсутствии эффекта или ухудшении симптоматики. Комбинация трех растительных компонентов оказалась эффективной и хорошо переносимой: 97,6% пациенток находились на лечении без применения антибиотиков. Типичные симптомы ИМП заметно улучшались при применении Канефрона Н на протяжении 1 нед (рис. 1). Количество пациенток, ответивших на лечение (полная ликвидация симптомов), составило около 71,2%; это свидетельствует о том, что у данной группы пациенток не отмечалось симптомов заболевания



или остались лишь слабые их проявления. Кроме того, до 37-го дня не возникло ранних рецидивов болезни.

Эти клинические данные подтверждаются данными исследований *in vitro* и *in vivo* относительно фармакологического действия комбинации трех растительных компонентов. Так, например, удалось показать, что данный фитопрепарат (в зависимости от дозировки) препятствует прикреплению бактерий к стенке мочевого пузыря ($p < 0,05$).

Кроме того, в опытах на крысах с отеком конечности *in vivo* удалось доказать зависящее от дозы значительное противовоспалительное действие ($p < 0,01$). Также было подтверждено спазмолитическое действие на мускулатуру мочевого пузыря человека ($p < 0,001$). Был отмечен значимый спазмолитический эффект в лечении больных с острыми формами ИМП.

Согласно схеме ступенчатой терапии при ИМП легкой и средней степени тяжести при лечении больных с острыми формами заболевания сначала (до антибиотиков) следует применять хорошо исследованные фитопрепараты, что значительно повышает пользу терапии для пациентов. Согласно результатам нового проспективного исследования (Нидерланды) каждая третья женщина с неосложненной формой ИМП с самого начала отказывалась от антибиотиков.

Применение фитопрепаратов целесообразно для профилактики рецидивов

Канефрон® Н хорошо зарекомендовал себя также и в лечении в сочетании с антибиотиками. Так, исследование показало, что рецидивы возникают гораздо реже ($-72,8\%$), если лечение антибиотиками дополняется комбинацией трех растительных компонентов и последняя продолжает применяться далее в течение 3 мес в качестве

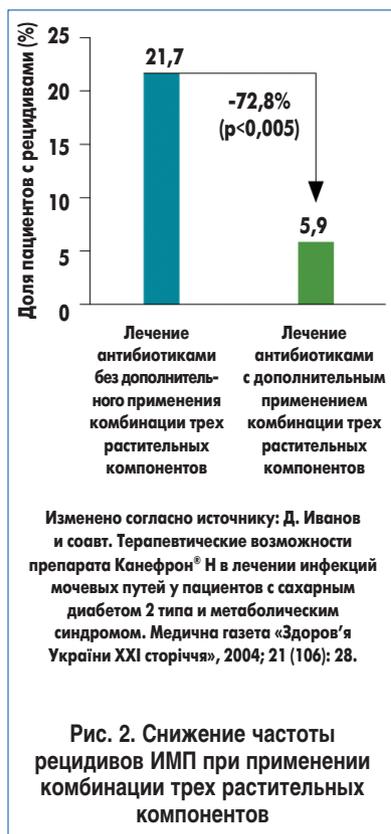


Рис. 2. Снижение частоты рецидивов ИМП при применении комбинации трех растительных компонентов

профилактики рецидивов (рис. 2). Частые рецидивы и повторное инфицирование при ИМП являются большой проблемой. У каждой десятой женщины с ИМП случаи рецидивирующего воспаления мочевого пузыря отмечаются до 10 раз в год.

Лица, у которых в детстве наблюдались рецидивирующие ИМП, нередко с везикоуретеральным рефлюксом, повзрослев и излечившись от этого рефлюкса, остаются более склонными к таким инфекциям. Частота заболеваний ИМП у них в 3-4 раза выше, чем у взрослых, у которых в детстве не было циститов. Стандартными назначениями при рецидивах ИМП до сих пор являются либо 50 мг нитрофурантоина, либо 50 мг триметоприма. Однако это лечение зачастую приходится прерывать из-за развития побочных эффектов, таких как грибковые инфекции и нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Проведенный анализ показал, что лишь от 26 до 42% пациенток в течение 6-месячного периода наблюдения четко придерживались регулярного профилактического приема данных антибиотиков. Никогда не принимали антибиотики, несмотря на регулярные посещения врача, от 5 до 21% пациенток (в зависимости от препарата).

По данным авторов этой работы, длительный прием антибиотиков, который ранее считался привычным для профилактики рецидивов, прежде всего в европейской детской урологии, на сегодняшний день не рекомендуется. Фитотерапия же имеет многообещающие перспективы

для длительной профилактики рецидивирующих ИМП. Исследователи утверждают, что с помощью эффективных фитопрепаратов можно достичь таких же хороших результатов, как и с помощью антибиотиков. Большинство фитопрепаратов очень хорошо переносятся даже при длительном их применении. Кроме того, лечение антибиотиками может снижать эффективность оральных контрацептивов, при применении фитопрепаратов этого не происходит.

Было указано на то, что рецидивирующие инфекции у женщин часто развиваются после полового акта с негативными последствиями для отношений с партнером. В таких случаях женщины молодого возраста опасаются и даже полностью избегают интимных связей. Таким образом, альтернативное применение растительных препаратов, таких как комбинация специальных стандартизованных экстрактов золототысячника, корней любистка и листьев розмарина (Канефрон® Н), для профилактики рецидивов заболевания может косвенным образом способствовать спасению отношений. ■

Список литературы находится в редакции.

ИНФОРМАЦИЯ

Источник: *Der Urologe*, 2013, 52 (11).

Новое об известном

Ученые назвали идеальный этаж для проживания

Американские исследователи считают, что самочувствие людей напрямую зависит от места проживания. Дело при этом не только в районе, удаленности от автомагистралей, но и в высоте здания.

Ученые констатируют: проживание в высотных домах оказывает медленное негативное воздействие на организм человека. Люди, проживающие в квартирах, расположенных выше 7-го этажа, больше подвержены нервным расстройствам, развитию сердечно-сосудистых заболеваний, инфекционной патологии, обусловленной снижением иммунитета. Подобное повышение риска объясняется тем, что для нормальной работы организма нужно постоянное и полноценное взаимодействие с магнитным полем Земли, которое ослабевает на определенной высоте. Опытным путем исследователи установили, что данный показатель начинает снижаться на уровне 7-го этажа. Соответственно, люди, живущие выше, более предрасположены к появлению проблем со здоровьем, так как их сердечно-сосудистая, нервная и иммунная системы испытывают повышенную нагрузку.

По мнению ученых, на степень взаимодействия с магнитным полем оказывает влияние не только этаж, но и стройматериалы, используемые при возведении здания. Самым безопасным с этой точки зрения является дерево: оно ослабляет силовое поле лишь на 1%, тогда как кирпич – на 7%, а конструкции из бетона – на 10%.

Источник: <http://health.mail.ru/news/225285/>

Эффективность гомеопатических средств не подтверждена в клинических испытаниях

В журнале *The Biologist*, который издает Биологическое общество Великобритании, опубликована статья профессора Э. Эрнста, в прошлом практикующего гомеопата, посвященная проблемным моментам гомеопатии как вида альтернативной медицины. Как пишет Э. Эрнст, гомеопатические методы лечения, которые поддерживает Национальная служба здравоохранения (National Health Service, NHS) Великобритании, «биологически неправдоподобны»; кроме того, гомеопатия может быть опасна для здоровья, поскольку иногда она заменяет такие медицинские процедуры с доказанной эффективностью, как вакцинация.



Имя профессора Э. Эрнста, непримиримого критика методов лечения с недоказанной эффективностью, входящих в арсенал оказываемой NHS медицинской помощи, приобрело широкую известность после того, как он назвал принца Уэльского, поддерживающего альтернативную медицину в ущерб доказательной, «продавцом змеиного масла».

По данным *The Daily Telegraph*, NHS ежегодно выделяет на гомеопатию около 4 млн фунтов стерлингов. В основе этого вида альтернативной медицины лежит теория о том, что больного можно излечить, подвергнув воздействию многократно разбавленной субстанции, которая у здорового человека вызовет симптомы, подобные таковым заболевания. Малые концентрации, как считают гомеопаты, запускают природные механизмы, уменьшающие выраженность проявлений патологии вплоть до полного самоизлечения. В своей статье профессор Э. Эрнст утверждает, что эти представления «противоречат законам физики, химии и фармакологии, а потому гомеопатия биологически неправдоподобна». Кроме того, автор обращает внимание на то, что гомеопаты часто советуют пациентам избегать иммунизации, и это, по его мнению, одна из главных причин низкого уровня вакцинации населения. «Стратегия использования гомеопатических средств как плацебо может быть действенной только в том случае, если доктор скрывает правду от пациента», — резюмирует Э. Эрнст.

«Не имеет смысла расходовать средства налогоплательщиков на то, чтобы сделать доступными методы лечения, которые не проверялись по жестким стандартам. Но это именно то, что имеет место в случае гомеопатического лечения, и это нужно прекратить», — считает исполнительный директор *Society of Biology* Марк Даунс. Однако сторонники гомеопатии утверждают, что предлагаемый ими метод лечения не может изучаться в клинических испытаниях общепринятого дизайна, потому что при этом игнорируется позитивный эффект, обнаруживаемый при наблюдении больных.

Сайл Лейн, представитель британского неформального объединения *Sense About Science*, которое занимается опровержением лженаучных заявлений и неверных интерпретаций научных данных, в свою очередь, отмечает: «Если лечение, подобное гомеопатии, предоставляется NHS, люди могут подумать, что оно имеет такую же доказательную базу, как методы традиционной медицины. Это вводит пациентов в заблуждение, поскольку они представляют себе то, чего на самом деле нет».

Источник: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2012/03/19/homeopathy/>

Витамин С снижает риск развития подагры у мужчин

Исследование Н.К. Choi и соавт., проводимое на протяжении 1986–2006 гг., продемонстрировало, что у мужчин, потребляющих достаточно витамина С, риск заболеть подагрой ниже. В исследование были включены данные 46 994 мужчин, отражающие как их диетические привычки, так и прием пищевых добавок в таблетках.

За двадцать лет наблюдения было зарегистрировано 1317 случаев подагры, причем в группе, потреблявшей от 500 до 999 мг/сут витамина С, их было на 17% меньше, чем в группе, потреблявшей <250 мг витамина С. При этом риск развития подагры у мужчин, потреблявших от 1000 до 1499 мг/сут витамина С снижался на 34%, постоянное потребление как минимум 1500 мг/сут снижало риск уже на 45%. Эффективным оказался витамин С как в составе продуктов питания, так в пищевых добавках.

Источник: *Arch Intern Med* 2009; 169 (5): 502-507

Преимущества фитопрепаратов при кашле, обусловленном вирусными инфекциями

Интервью с педиатром, детским пульмонологом, доктором **Р. Ридлем-Зайфертом**

➔ **Какие особенности респираторного тракта у детей являются наиболее значимыми и должны учитываться при выборе лечебной тактики?**

— Дыхательные пути ребенка в раннем возрасте особенно узки, эластичных волокон в них не хватает. Акт дыхания совершается преимущественно за счет опускания диафрагмы. Когда при физической нагрузке или во время инфекционного заболевания требуется более активное функционирование органов дыхания, предел возможностей у ребенка раннего возраста достигается гораздо быстрее, чем у взрослого. Вследствие относительно более высокой доли клеток, вырабатывающих слизь, любой сбой в бронхиальной секреции может привести к ателектазам и гипоксемии. Таким образом, избыток слизи или слишком жидкая консистенция секрета гораздо тяжелее переносится ребенком, чем взрослым. Кроме того, поверхность респираторного тракта играет большую роль не только в газообмене: слизистая оболочка представляет собой неотъемлемую часть врожденной иммунной системы и служит для защиты от вредных веществ и возбудителей инфекции.

Назначение антибиотиков на раннем этапе развития заболевания даже при высокой температуре, как правило, неоправданно, тем не менее такой подход является обычной практикой. Последствия подобного применения антибактериальных препаратов в раннем детском возрасте гораздо более значимы, чем принято считать. Происходит не только временное нарушение естественной флоры слизистой, представляющей собой важный механизм защиты. Гораздо более сильное и длительное воздействие испытывает

иммунная система. Кроме того, возрастает риск алергизации, а также развития резистентности.

➔ **Какие действующие вещества растительного происхождения предпочтительны для применения в педиатрии?**

— В настоящее время известен целый ряд растительных компонентов, которые могут применяться для лечения детских инфекций, в том числе бронхитов. Часть этих веществ хорошо изучена с точки зрения фармакологии. Например, это касается препарата Бронхипрет®, в состав которого входят экстракты тимьяна и плюща. Тимьян повышает частоту ритмичных движений ресничек и оказывает положительное воздействие на β_2 -адренорецепторы, способствуя расширению бронхов. Эффективность экстрактов тимьяна и плюща при лечении детей была подтверждена в ходе наблюдения. Благодаря растительным действующим веществам удалось достичь ощутимого смягчения симптоматики, устранения признаков воспаления и облегчения откашливания секрета. Назначение препарата, как правило, положительно воспринимается пациентами. ■

Литература

1. Kemmerich B., Eberhardt R., Stammer H. *Arzneimittelforschung / Drug Research* 2006; 56: 652-660.
2. Kemmerich B. *Arzneimittelforschung / Drug Research* 2007; 57: 607-615.
3. Marzjan O. *MMW/Fortschr. Med. Orig. II* 2007; 149:69-74.

ИНФОРМАЦИЯ

Источник: *Der Hausarzt* 2010/16, Seite 64-65.

Перевод: Михаил Фирстов



Bionorica®

Респіраторна група препаратів



Синупрет®

- усуває нежить¹
- полегшує носове дихання²
- запобігає ускладненням³



Імупрет®

- перешкоджає поширенню інфекції¹
- зміцнює імунітет²
- захищає від рецидивів та ускладнень³



Тонзипрет®

- усуває біль¹
- прискорює одужання²
- застосовується у дорослих та дітей з 1 року життя³



Бронхіплет®

- полегшує відкашлювання¹
- усуває запалення²
- зменшує напади кашлю³

Розкриваючи силу рослин

Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). **Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** Іноколи спостерігаються шлунково-кишкова розлада, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю. Мітін, Л. Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю. Мітін, Л. Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С. Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 24-26.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 01.09.10. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 01.09.10.
Синупрет® краплі: Р.П. №UA/4373/02/01 від 18.05.11. **Синупрет® таблетки:** Р.П. №UA/4373/01/01 від 20.04.11.

Імупрет®. Показання до застосування: Захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт, ларингіт). Профілактика ускладнень та рецидивів при респіраторних вірусних інфекціях внаслідок зниження захисних сил організму. **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання, препарат застосовують в таких дозах: гострі прояви: Дорослі та діти від 12 років по 25 крапель або по 2 табл. 5-6 разів на день, діти 6-11 років по 15 крапель або по 1 табл. 5-6 разів на день, діти с 2 до 5 років по 10 крапель 5-6 разів на день. Після зникнення гострих проявів доцільно приймати ще протягом тижня. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Не рекомендується застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** рідко можуть виникати шлунково-кишкова розлада, алергічні реакції.

1. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) лютий 2004.
2. Імуномодуючі властивості препарату Тонзилгон Н (О. Мельников, О. Рильська), ЖУНГБ № 3/2005, (стр 74-76).
3. Стан імунологічної резистентності і ефективність профілактики і лікування ускладнень ГРВІ у дітей. (Є. Прохоров) «Здоров'я України» 29 № 3 (88) Лютий 2004; саногенетична корекція стану мукозального імунітету у дітей з використанням сучасних рослинних імуномодуляторів (О. Цодікова, К. Гарбар) «Сучасна педіатрія» № 3 (43) / 2012; Захворіння у сезон застуд завдяки комбінованому рослинному препарату (M. Rimmele) Naturamed 5/2010, Medical Nature № 5/2011.

Імупрет® краплі: Р.С. №UA/6909/01/01 від 26.07.12. **Імупрет® таблетки:** Р.П. №UA/6909/02/01 від 26.07.12.

Тонзипрет®. Показання до застосування. Гострі та хронічні запалення глотки, горла та мигдаликів (тонзиліт, ларингіт, фарингіт). **Спосіб застосування та дози:** В залежності від симптомів захворювання препарат застосовують в таких дозах: Тонзипрет краплі 30 мл. Діти від 1 до 6 років по 5-10 крапель не більше 6 разів на день. Діти від 6 до 12 років – 5-10 крапель не більше 8 разів на день. Дорослі по 5-10 крапель кожні 30-60 хв., але не більше 12 разів на день. Тонзипрет таблетки № 50. Діти від 1 до 6 років приймають по 1 таблетці не більше 6 разів на день. Діти від 6 до 12 років по 1 таблетці не більше 8 разів на день. Дорослі по 1 таблетці кожні 30-60 хв., але не більше 12 разів на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування та під контролем лікаря препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні реакції:** Іноді можливе виникнення нудоти та шлункових розладів, алергічні реакції.

1. Неслодівані ефекти гіркого перцю (Medical Nature № 1/2009 стр 38-39; Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болем у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р.
2. Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болем у горлі Внутрішні результати. Вересень 2011 р.
3. Джунд Р. Дані проспективного багатоцентрового рандомізованого обсерваційного дослідження ефективності рослинного препарату в порівнянні з двома синтетичними лікарськими засобами для розсмоктування на клінічні симптоми у пацієнтів з фарингітами і болем у горлі. Внутрішні результати. Вересень 2011 р. Рослинний препарат швидко пом'якшує біль у горлі, Medical Nature, № 2/2010 стр. 39-41.

Тонзипрет® таблетки №50: Р.П. №UA/1838/01/01 від 10.07.2014. **Тонзипрет® краплі 30 мл.** Р.П. №UA/1838/02/01 від 29.07.2014.

Бронхіплет®. Показання для застосування: лікування запальних захворювань верхніх та нижніх дихальних шляхів, зокрема гострого та хронічного бронхіту, що супроводжується утворенням мокротиння та кашлем. **Дозування:** Бронхіплет® сироп 50мл., 100 мл. Діти від 1 року до 5 років – 3,2 мл. 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 4,3 мл. 3 рази на день. Діти від 12 років та дорослі 5,4 мл 3 рази на день. Бронхіплет® табл. № 20, № 50. Діти від 12 років та дорослі приймають по 1 таблетці на 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** не рекомендується застосовувати під час вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** у поодиноких випадках підвищена чутливість шкіри, шлункові розлади та алергічні реакції.

1. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхіплет» Medical Nature, №7/2011 стр. 23-26. Ізмаїл та інші співавтори. Бронхіплет при гострому бронхіті, 2003, 171-175; Нови можливості застосування секретолітиків в комплексній терапії гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку (В.Дуднік), «Сучасна педіатрія» 2 (42) / 2012.
2. Дані наукової брошури, озвучені на Європейській конференції «Запальні захворювання», Регенсбург, 1998 р.
3. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхіплет» Medical Nature, № 7/2011 стр. 23-26.

Бронхіплет® таблетки: Р.П. № UA/8674/01/01 від 18.07.2013 р. **Бронхіплет® сироп:** Р.П. № UA/8673/02/01 від 18.07.2013 р.
ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Книжний Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.
Для розширення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Medical Nature
Природна медицина®©