

Єдина¹ в Україні комбінація амброксолу та лоратадину для лікування захворювань дихальних шляхів у дорослих та дітей з 6 років, схильних до алергії⁶



ЛОРАТАДИН^{2,3}

- Протиалергічний**
Має високу специфічність до H₁-гістамінових рецепторів за відсутності впливу на холінові та серотонінові рецептори
- Протинабряковий**
Зменшує проникність капілярів
- Високий профіль переносимості**
Відсутність негативного впливу на концентрацію уваги та пам'ять
Відсутність впливу на в'язкість бронхіального секрету
- Бронхолітичний**
Зменшує чутливість бронхів до гістаміну
Знімає спазм гладкої мускулатури

АМБРОКСОЛ²

- Мукокінетичний**
Підвищує активність вільного епітелію
- Сурфактантзберігаючий**
Підвищує синтез сурфактанту та зменшує його розпад в альвеолах
- Муколітичний**
Відновлює співвідношення серозного та слизового компонентів епітеліального секрету
- Підвищує біодоступність антибіотиків**
- Протизапальний**
Пригнічує виділення прозапальних цитокінів

таблетки №10, №20
амброксолу гідрохлорид - 60 мг
лоратадин - 5 мг



60 мл суспензії готується перед застосуванням
амброксолу гідрохлорид - 30 мг/5 мл
лоратадин - 5 мг/5 мл

- Ефективний при захворюваннях дихальних шляхів зі спастичним і алергічним компонентом⁵**
- Високий профіль безпеки (відсутні етанол та барвники)²**

Пульмолор® зменшує вираженість алергічного запалення при захворюваннях ОД* у пацієнтів, схильних до алергій⁴

Пульмолор® вірогідно відновлює транспортну функцію миготливого епітелію⁵

Пульмолор® достовірно більш швидко зменшує вираженість кашлю у порівнянні з монопрепаратом⁵



Показання. Симптоматична терапія при гострих і хронічних захворюваннях дихальних шляхів зі спастичним та алергічним компонентом, пов'язаних із порушенням бронхіальної секреції та ослабленням просукання слизу. Призначати при гострому і хронічному бронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, пневмонії, при станах, які супроводжуються гіперреактивністю бронхів. У ЛОР-практиці з метою розрідження секрету та зменшення набряку призначати при риніті, в тому числі алергічному, в комплексному лікуванні синуситів та отитів. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. **Спосіб застосування та дози: Дорослим і дітям віком від 12 років по 1 таблетці або 5 мл суспензії 2 рази на добу. Дітям від 6 до 12 років: по 2,5 мл суспензії 2-3 рази на добу.**

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

* ОД - органи дихання

1. Патенти №95516, 95517 від 10.08.2011. Р.П. МОЗ України №UA/10378/01/01, №UA/10378/02/01 від 17.11.2014.

2. Інструкція для медичного застосування препарату.

3. Л.В. Хіміон, Т.О. Ситюк, О.Б. Яценко. Ефективність комбінації амброксолу та лоратадину в лікуванні пацієнтів із гострими захворюваннями органів дихання та обтяженим алергічним анамнезом // Здоров'я України, квітень 2016 рік.

4. Кулітка О.І., Дутка Р.Я., Кулітка Ю.Е., Сидорик Н.Ю., Гуцал О.В. Особливості лікування хворих гострим бронхітом та негоспітальною пневмонією з алергологічним анамнезом // Здоров'я України, №15-16 (340-34), 2014 рік.

5. І.В. Голунська, Т.В. Смагіна, Л.В. 4.Забродська, О.А. Наумова, І.С. Зарицька. Особливості терапії гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів у пацієнтів з алергічним ринітом // Журнал вушних, носових і горлових хвороб, №2, 2013 рік.

6. Ojeda A.F., Martinez S.O. Efectos de días de tratamiento con la combinación loratadina/ambroxol en solución, sobre las manifestaciones de la rinitis alérgica asociada a tos, en niños de 6 a 12 años. Alergia, Asme e Inmunología Pediátricas, 2001, №3 (V.10), p. 93-103

ТОВ «Мові Хелс». Київ, пр-т Академіка Глушкова, 12 А. Тел.: (044) 500-71-40. www.movi-health.com.ua

Л.В. Хіміон, д.м.н., професор, Т.О. Ситюк, к.м.н., О.Б. Яценко, к.м.н., кафедра сімейної медицини
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Ефективність комбінації амброксолу та лоратадину в лікуванні пацієнтів із гострими захворюваннями органів дихання та обтяженим алергологічним анамнезом

Щорічно в різних країнах світу реєструються від 10 до 130 млн випадків захворювання на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ). В Україні на грип і ГРВІ щороку хворіють близько 10-14 млн осіб, що становить 95% усіх зареєстрованих випадків інфекційних захворювань. Причинами підвищення захворюваності вважають збільшення щільності населення, «парникові» умови побуту (людина менше адаптована до перепадів температури), погіршення екологічної ситуації (забруднення повітря, що призводить до ослаблення захисних механізмів верхніх дихальних шляхів), глобальні зміни клімату (різкі коливання температури під час міжсезонного періоду), низький рівень охоплення населення профілактичною вакцинацією.

Захворюваність на ГРВІ істотно коливається в різні пори року, зростаючи в осінньо-зимовий період. Однак у цілому ГРВІ у населення спостерігається протягом усього року, це стосується навіть грипу. Усі віруси, у тому числі і ті, що містять РНК (грип – родина Orthomyxoviridae; парагрип, респіраторно-синцитіальний вірус – родина Paramyxoviridae), і ті, які містять ДНК (аденовіруси – родина Adenoviridae), потрапляють в організм людини переважно повітряно-крапельним шляхом.

Тропність збудників респіраторних інфекцій до клітин слизової оболонки дихальних шляхів зумовлює розвиток вираженої місцевої реакції, а всмоктування в системний кровоток продуктів клітинного розпаду призводить до виникнення загальнотоксичних проявів і запуску алергічних реакцій. Доведено, що вірусні інфекції можуть викликати комплекс алергічних реакцій I та II типів, первинно ініціюючи або підсилюючи схильність організму до atopії. Респіраторні інфекції у пацієнтів з обтяженим алергологічним анамнезом можуть призводити до більш тяжкого перебігу ГРВІ, розвитку ускладнень – бронхіту, синуситу, середнього отиту.

При ГРВІ у бронхолегеневій системі під впливом запалення змінюються фізіологія утворення слизу, його фізико-хімічні властивості, мукоциліарний кліренс, погіршується відходження слизу і, як наслідок, збільшується накопичення його в дихальних шляхах, що призводить до подальшого приєднання бактеріальної інфекції. Тому в комплексне лікування пацієнтів із респіраторними захворюваннями верхніх дихальних шляхів, загостренням хронічних захворювань легень завжди включають лікарські засоби, що сприяють зниженню в'язкості та еластичності мокротиння, покращують експекторацію.

Сучасні препарати мають як муко-регуляторну, так і муколітичну дію, що нерідко визначає універсальні показання до їх застосування при гострих і хронічних захворюваннях верхніх та нижніх дихальних шляхів.

У світовій практиці золотим стандартом муколітичної терапії є амброксолу гідрохлорид – препарат з комплексним механізмом дії та різноманітними терапевтичними ефектами. Амброксол належить до муколітичних препаратів нового покоління, є метаболітом бромгексину і забезпечує більш виражений відхаркувальний ефект.

У сучасній лікарській практиці широко застосовуються комбіновані препарати. Комбіновані муколітичні засоби на фармацевтичному ринку України представлені широким різноманіттям препаратів. У своєму складі вони можуть містити бронхолітики, антигістамінні, протикашльові, жарознижувальні та мукоактивні компоненти.

Пацієнти з обтяженим алергологічним анамнезом часто схильні до розвитку гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, що сприяє більш тяжкому перебігу та високому ризику розвитку ускладнень. За даними дослідження J. Montoro та співавт. (2007), хворі, які мають обтяжений алергологічний анамнез, потребують застосування у комплексній терапії антигістамінних препаратів. При цьому за рахунок застосування адекватної антигістамінної терапії у пацієнтів із алергічними захворюваннями вдається знизити вираженість назальних (зменшення набрякості слизової оболонки носа, ринореї, чхання), бронхіальних (зменшення набрякості слизової оболонки бронхів, збільшення їх прохідності) та загальних симптомів. Антигістамінні препарати безпосередньо впливають на активність запально-алергічного процесу, знижуючи можливість розвитку алергічних симптомів на тлі лікування ГРВІ. У систематичному огляді P.J. Sterk (1994) і наукових роботах P.W. Hellings та E.P. Prokhorakis (2010) було показано, що вірусна інфекція сприяє підвищенню рівня як специфічного, так і загального IgE, що, у свою чергу, є предиктором розвитку алергічних реакцій негайного або уповільненого типу, що призводить до порушення бронхіальної прохідності, ушкодження бронхіального епітелію.

Тому при поєднанні вірусно-бактеріального та алергічного запалення патогенетично обґрунтованим є призначення комбінації амброксолу гідрохлориду та лоратадину – препарату ПульмоЛОР® (MoviHealth, Швейцарія, патенти № 95517, № 95516 від 10.08.2011 р., Р.П. МОЗ України № UA/10378/01/01, № UA/10378/02/01 від 22.01.2010 р.). ПульмоЛОР® чинить виражену відхаркувальну дію, пом'якшує та заспокоює сухий кашель, полегшує дихання, нормалізує секрецію бронхіального слизу, покращує відходження мокротиння, зменшує запалення дихальних шляхів та спазм гладкої мускулатури бронхів, а також набряк тканин, у тому числі слизової оболонки носа, горла, гайморових пазух і дихальних шляхів, має протиалергічний ефект.

Терапевтичний вплив амброксолу гідрохлориду зумовлений посиленням фізіологічної активності вільного епітелію, що пришвидшує транспорт мокротиння, стимулює природний захист легень шляхом збільшення макрофагальної активності лейкоцитів, супроводжується зменшенням гіперреактивності бронхів унаслідок пригнічення виділення прозапальних цитокінів та руйнування мастоцитів. Препарат також стимулює секрецію сурфактанта та пригнічує його розпад у пневмоцитах, має помірний протикашльовий ефект при непродуктивному кашлі. Важливим фізіологічним ефектом сурфактанта, синтез якого під впливом амброксолу гідрохлориду підвищується в 1,5-1,7 раза, є протівірусна активність протеїну А (одного із компонентів сурфактанта): протеїн А безпосередньо взаємодіє з гематогліутиніном вірусу та нейтралізує його.

Лоратадин – антигістамінний препарат II покоління, має високу специфічність та високу спорідненість до H₁-гістамінових рецепторів за відсутності впливу на холінові та серотонінові рецептори. На відміну від антигістамінних препаратів I покоління, лоратадин не збільшує в'язкість бронхіального секрету, не впливає на концентрацію уваги, пам'ять та не чинить снодійної дії. Він має протиалергічну дію, послаблює спазм гладкої мускулатури бронхів, зменшує чутливість бронхів до гістаміну, усуває сухий кашель алергічної етіології, зменшує проникність капілярів та набряк тканин, нежить, сльозотечу, чхання, свербіж піднебіння і носа, почервоніння очей. Лоратадин запобігає розвитку та полегшує перебіг алергічних реакцій, має кращий профіль безпеки порівняно з антигістамінними засобами I покоління. Особливістю цього препарату є відсутність звикання при тривалому застосуванні (до 28 днів).

Мета дослідження – визначити ефективність та безпеку застосування препарату ПульмоЛОР® (60 мг амброксолу гідрохлориду і 5 мг лоратадину) для лікування гострих респіраторних захворювань верхніх дихальних шляхів у пацієнтів із обтяженим алергологічним анамнезом.

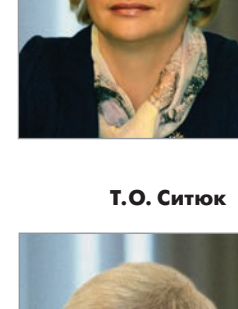
Матеріали і методи

Дослідження проведено на кафедрі сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ) у двох групах пацієнтів із установленим діагнозом гострого ларинготрахеїту, гострого бронхіту внаслідок ГРВІ у перші 3 доби від початку захворювання.

У дослідженні взяли участь 60 хворих (24 – чоловіки, 36 – жінки) віком



Л.В. Хіміон



Т.О. Ситюк



О.Б. Яценко

від 18 до 62 років, які знаходилися на амбулаторному лікуванні з приводу гострих респіраторних захворювань верхніх дихальних шляхів, що виникли на тлі ГРВІ у перші 3 доби від початку захворювання.

Критерії включення пацієнтів у дослідження:

- отримана інформована згода на участь у дослідженні;
- вік ≥ 18 років;
- наявність симптомів гострого ларинготрахеїту або гострого бронхіту на тлі ГРВІ у перші 3 доби від початку захворювання;
- обтяжений алергологічний анамнез (для групи 1).

У дослідження не включали пацієнтів із:

- відомою або прогнозованою непереносимістю амброксолу гідрохлориду, лоратадину;
- даними анамнезу про застосування муколітичної терапії впродовж останніх 3 міс;
- іншими захворюваннями органів дихання;
- тяжкими супутніми захворюваннями внутрішніх органів;
- різними формами залежності;
- імунодефіцитом.

Усім учасникам дослідження проводилося стандартне фізикальне, загальноклінічне та лабораторне обстеження, що включало:

- анкетування пацієнтів для оцінки:
 - ✓ анамнестичних даних (включаючи алергологічний анамнез);
 - ✓ інтенсивності кашлю (в балах): 0 – кашлю немає; 1 – незначний кашель; 2 – помірний кашель; 3 – сильний кашель;
 - ✓ властивостей мокротиння (в балах): характер (немає – 0; слизисте – 1; слизисто-гнійне – 2; гнійне – 3), кількість (відсутня – 0; помірна – 1; значна – 2);
 - ✓ ринореї (в балах): відсутня – 0; незначна – 1; помірна – 2; значна – 3;
 - ✓ чхання (в балах): відсутнє – 0; незначне – 1; помірне – 2; значне – 3;
 - ✓ характеру та ступеня задишки (шкала MRC) (табл. 1);
- ведення щоденника пацієнта;
- повне загальноклінічне та фізикальне обстеження;
- лабораторне обстеження:
 - ✓ загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
 - ✓ визначення рівня загального IgE сироватки крові.

Продовження на стор. 6.

Ефективність комбінації амброксолу та лоратадину в лікуванні пацієнтів із гострими захворюваннями органів дихання та обтяженим алергологічним анамнезом

Продовження. Початок на стор. 5.

Ступінь	Тяжкість	Опис
0	Немає	Я відчую задишку тільки при сильному фізичному навантаженні
1	Легка	Я задихаюся, коли швидко йду по рівній місцевості або піднімаюся по пологіму схилу
2	Середня	Через задишку я ходжу по рівній місцевості повільніше, ніж особи аналогічного віку, або у мене зупиняється дихання, коли я йду по рівній місцевості в звичному для мене темпі
3	Тяжка	Я задихаюся після того, як пройду приблизно 100 м, або після декількох хвилин ходьби по рівній місцевості
4	Дуже тяжка	У мене надто сильна задишка, щоб виходити з дому, або я задихаюся, коли одягаюся або роздягаюся

Оцінку загального стану та клініко-лабораторне обстеження проводили на початку лікування і спостереження, на 7-й та 10-й день після його початку. Додатково пацієнти вели «Щоденник пацієнта», де самостійно оцінювали динаміку клінічних симптомів (інтенсивність кашлю, ринореї, чхання, ступінь задишки).

Залежно від об'єму терапевтичних заходів пацієнти були розподілені на 2 групи.

У групу 1 (групу дослідження) увійшли хворі з обтяженим алергологічним анамнезом (n=40).

У групу 2 (групу порівняння) були включені пацієнти з необтяженим алергологічним анамнезом (n=20).

Група 1 була розподілена на 2 підгрупи залежно від призначеної схеми лікування:

- група 1А: ПульмоЛОР® (60 мг амброксолу гідрохлориду і 5 мг лоратадину) по 1 таблетці 2 р/добу протягом 10 днів; парацетамол 500 мг 2 р/добу (при температурі тіла >38,5 °C);

- група 1Б: амброксолу гідрохлорид по 30 мг 3 р/добу протягом 10 днів; парацетамол 500 мг 2 р/добу (при температурі тіла >38,5 °C).

Пацієнти групи 2 отримували таке ж комплексне лікування, що і пацієнти групи 1Б.

Усім хворим призначали назальний спрей (1% ксилотетразолін) при порушенні носового дихання та антисептики місцевої дії для лікування болю в горлі.

Ефективність терапії визначали за результатами комплексного аналізу клінічних та лабораторних показників у динаміці лікування та спостереження. Клінічно ефективним вважали лікування, результатом якого стало зникнення симптомів (одужання) або значне зменшення їх вираженості та відновлення працездатності.

Результати та обговорення

Було обстежено 60 пацієнтів із симптомами гострого ларинготрахеїту і гострого

бронхіту на тлі ГРВІ у перші 3 доби від початку захворювання, які були розподілені на групи залежно від наявності обтяженого алергологічного анамнезу. У групу 1 були включені пацієнти (n=40), які мали обтяжений алергологічний анамнез: у 9 (22,5%) осіб реєстрували в анамнезі епізоди рецидивуючої кропив'янки, у 10 (25,0%) – харчову алергію, у 16 (40,0%) – сезонний алергічний риніт, у 5 (12,5%) – побутову алергію. У групу 2 увійшли 20 хворих без обтяженого алергологічного анамнезу. Середній вік пацієнтів групи 1 становив 34,9±0,9 року, групи 2–36,4±0,7 року (p>0,05), серед яких в однаковій мірі переважають жінки – 52,5±8,3 та 60,0±5,2% відповідно (p>0,05). Пацієнтів групи 1 методом сліпої вибірки було розподілено на 2 підгрупи по 20 осіб для проведення лікування за різними схемами.

Демографічну характеристику учасників дослідження наведено в таблиці 2.

Анамнестичні дані та клінічна характеристика пацієнтів груп 1 і 2 на початку дослідження представлені в таблиці 3.

При первинному огляді у пацієнтів обох груп спостереження було виявлено: кашель – від 1 до 2 балів, задишку – від 0 до 2 балів, незначну кількість мокротиння слизового характеру, ринорею – від 1 до 3 балів, чхання – від 1 до 2 балів. Приблизно у 70% пацієнтів спостерігалася підвищення температури тіла – від 37–38 °C, у 30% хворих температурні показники перевищували 38 °C. Як видно із наведених в таблиці 3 даних, достовірної різниці щодо вираженості симптомів гострих респіраторних захворювань у пацієнтів обох груп виявлено не було.

Таким чином, сформовані групи дослідження були співставними за основними демографічними характеристиками та клінічними проявами гострих респіраторних захворювань.

На початку лікування всім пацієнтам проводили дослідження лабораторних показників загального аналізу крові та визначення загального IgE сироватки крові (табл. 4).

З даних таблиці 4 видно, що показники загального аналізу крові у пацієнтів обох груп достовірно не відрізнялися між собою, за виключенням відносної кількості еозинофілів лейкоцитів, яка була збільшена у хворих із обтяженим алергологічним анамнезом. Для всіх обстежених пацієнтів характерним був відносний лімфо- і моноцитоз, пов'язаний із наявною ГРВІ.

Рівень загального IgE сироватки крові у пацієнтів із обтяженим алергологічним анамнезом очікувано перевищував норму і рівень цього показника в осіб групи порівняння.

У процесі лікування в усіх хворих спостерігалася позитивна динаміка досліджуваних клінічних показників. На 7-й день лікування у більшості пацієнтів обох груп загальний стан покращився: нормалізувалася температура тіла, зменшилися симптоми задишки та ринореї, покращилося виділення мокротиння.

При аналізі результатів оцінки клінічних проявів гострих респіраторних захворювань у динаміці лікування

у підгрупах хворих із обтяженим алергологічним анамнезом виявлено більш суттєву позитивну динаміку показників у пацієнтів, які приймали ПульмоЛОР® у складі комплексної терапії, порівняно з учасниками підгрупи, які отримували в комплексному лікуванні лише амброксолу гідрохлорид (рис. 1, 2).

На 7-й день лікування в підгрупі 1А достовірно зменшилася інтенсивність ринореї та чхання (на 91,4 і 87,9% відповідно), що істотно відрізнялося від показників у підгрупі 1Б, в якій ці показники зменшилися на 58,8 і 65,1% відповідно (p<0,05). Важливо відмітити, що позитивна динаміка вираженості кашлю спостерігалася в обох групах, але більш суттєво цей показник змінювався в підгрупі 1А порівняно з підгрупою 1Б (p<0,05). Одночасно

хворі, які приймали у складі терапії комплексний препарат ПульмоЛОР®, на 7-й день лікування відмітили більш виражене покращення виділення мокротиння порівняно з групою, в якій застосовували амброксолу гідрохлорид (p<0,05).

На 10-й день лікування була відмічена достовірна позитивна динаміка показників кашлю, задишки та ринореї в підгрупі 1А порівняно з підгрупою 1Б із різницею в 23,8; 26,0 та 39,6% відповідно (p<0,05).

Задишка є інтегральним показником, який характеризує бронхіальну прохідність та вираженість запального процесу в респіраторному тракті при гострих респіраторних захворюваннях. Тому оцінка цього клінічного показника в динаміці лікування є важливою для визначення ефективності терапії. Нами проведено аналіз динаміки цього показника в обох підгрупах хворих (за даними «Щоденника пацієнта»). Як видно із даних, наведених на рисунку 3, у пацієнтів підгрупи 1А, які отримували у складі комплексної терапії препарат ПульмоЛОР®, ступінь задишки достовірно зменшився вже на 5-й день лікування (на 57%), тоді

Таблиця 2. Демографічна характеристика учасників дослідження

Характеристика хворих	Група 1 (пацієнти із обтяженим алергологічним анамнезом, n=40)		Група 2 (група порівняння: пацієнти без алергічних реакцій в анамнезі, n=20)
	Підгрупа 1А (n=20)	Підгрупа 1Б (n=20)	
Середній вік, років	34,6±0,8	35,7±0,9	36,4±0,7
Стать, жін./чол.	11 (55%) / 9 (45%)	10 (50%) / 10 (50%)	12 (60%) / 8 (40%)

Таблиця 3. Анамнестичні дані та клінічна характеристика пацієнтів груп 1 і 2

Показник	Група 1 (пацієнти із обтяженим алергологічним анамнезом, n=40)		Група 2 (група порівняння, n=20)
	Підгрупа 1А (n=20)	Підгрупа 1Б (n=20)	
Алергологічний анамнез (% хворих)			
Рецидивуюча кропив'янка	5 (12,5%)	4 (10%)	–
Сезонний алергічний риніт	7 (17,5%)	9 (22,5%)	–
Харчова алергія	5 (12,5%)	5 (12,5%)	–
Побутова алергія	3 (7,5%)	2 (5%)	–
Скарги (балів/добу)			
Кашель	1,5±0,61	1,6±0,75	1,4±0,59
Задишка	1,84±0,57	1,95±0,60	1,8±0,64
Характер мокротиння	0,9±0,71	0,95±0,51	0,7±0,57
Кількість мокротиння	0,8±0,59	0,75±0,49	0,68±0,50
Ринорея	1,75±0,72	1,6±0,59	1,59±0,53
Чхання	1,65±0,42	1,72±0,53	0,89±0,11
Температура тіла (% хворих)			
<37 °C	–	–	–
37–38 °C	68,2±12,4	70,0±10,5	65,0±10,8
>38 °C	31,78±10,9	30,0±10,3	35,0±10,9

Таблиця 4. Результати лабораторного обстеження хворих на початку дослідження

Показник	Група 1 (пацієнти із обтяженим алергологічним анамнезом, n=40)		Група 2 (група порівняння, n=20)
	Підгрупа 1А (n=20)	Підгрупа 1Б (n=20)	
Загальний аналіз крові			
Гемоглобін, г/л	130,85±7,65	132,36±8,12	129,34±7,29
Еритроцити, ×10 ¹² /л	3,82±0,69	3,96±0,61	3,9±0,62
Лейкоцити, ×10 ⁹ /л:	6,7±1,04	6,9±0,98	6,81±1,02
• паличкоядерні, %	2,95±0,99	3,0±1,0	2,9±0,96
• сегментоядерні, %	36,0±4,01	38,2±3,1	37,4±3,89
Базофіли, %	0,85±0,8	0,91±0,82	0,92±0,82
Еозинофіли, %	8,15±2,25*	8,55±1,73*	3,15±1,35
Лімфоцити, %	44,85±6,40	45,95±3,52	44,91±5,8
Моноцити, %	6,75±2,12	6,42±2,24	5,99±2,36
Швидкість осідання еритроцитів, мм/год	8,75±2,4	8,8±2,36	8,3±2,5
Загальний IgE, МО/мл (N до 100 МО/мл)	181,39±39,9*	186,12±31,6*	32,34±8,55

* Різниця показників між підгрупами дослідження і групою порівняння достовірна (p<0,05).

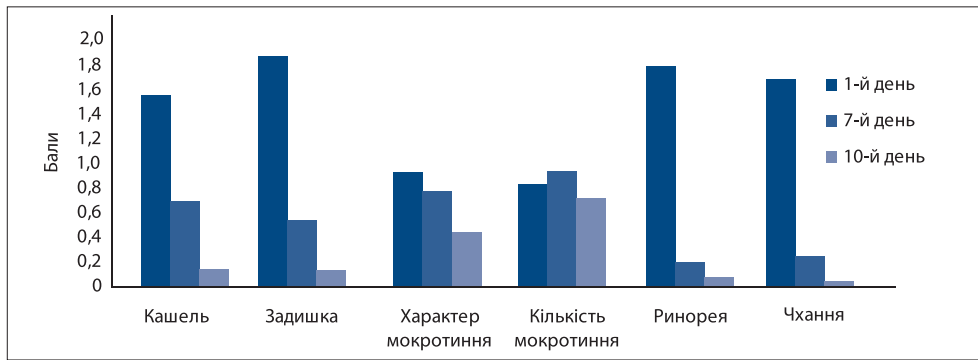


Рис. 1. Динаміка клінічних показників підгрупи 1А під час комплексного лікування із застосуванням препарату ПульмоЛОР®

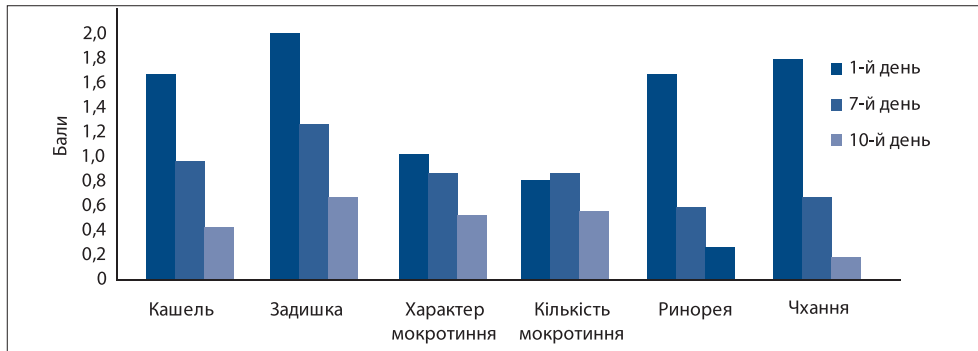


Рис. 2. Динаміка клінічних показників підгрупи 1Б під час комплексного лікування із застосуванням амброксолу гідрохлориду

як у пацієнтів підгрупи 1Б він змінився лише на 18%, а істотне зменшення вираженості задишки зареєстровано тільки з 7-го дня терапії.

Отримані результати можуть свідчити про додатковий позитивний вплив препарату ПульмоЛОР® на стан бронхіальної стінки при гострих респіраторних захворюваннях за рахунок зменшення активності алергічного запального процесу, який часто спостерігається у хворих із вірусною респіраторною інфекцією на тлі обтяженого алергологічного анамнезу.

При аналізі даних лабораторного дослідження пацієнтів підгрупи 1А у процесі лікування було встановлено достовірне ($p < 0,05$) зниження рівня загального IgE

Таблиця 5. Динаміка лабораторних показників за результатами комплексного лікування

Показник	Підгрупа 1А (n=20)		Підгрупа 1Б (n=20)	
	До лікування	На 10-й день	До лікування	На 10-й день
Еозинофіли, %	8,15±2,25	3,2±1,05*	8,55±1,73	6,8±1,36
Загальний IgE, IU/ml	181,39±39,9	109,15±6,42*	186,12±31,6	162,1±6,31

* Різниця показників у динаміці лікування достовірна ($p < 0,05$).

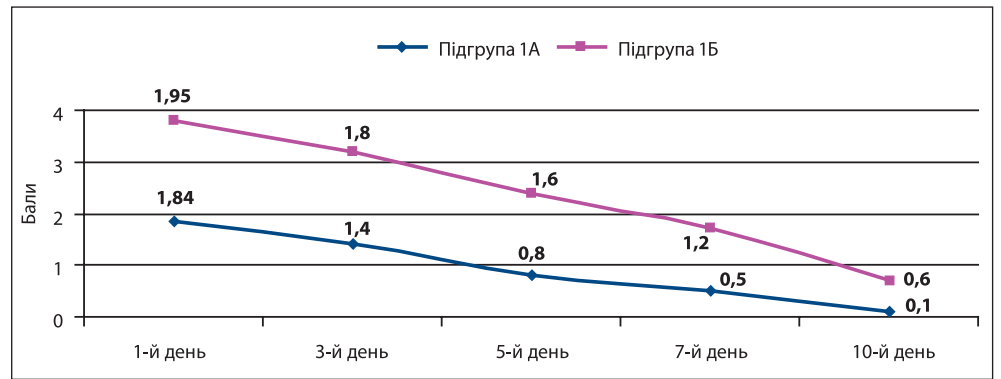


Рис. 3. Динаміка показника ступеня задишки при лікуванні за різними схемами

та кількості еозинофільних лейкоцитів у загальному аналізі крові після проведеної терапії порівняно з підгрупою 1Б (табл. 5).

Як видно із даних, наведених у таблиці 5, застосування препарату ПульмоЛОР® в осіб із обтяженим алергологічним анамнезом після 10 днів лікування супроводжувалося істотним зменшенням відносної кількості еозинофільних лейкоцитів і суттєвим зниженням рівня загального IgE крові: кількість еозинофілів зменшилася на 60%, а рівень IgE – на 39,8%, що у більшості хворих дало можливість досягти лабораторної норми; водночас у пацієнтів підгрупи 1Б відносна кількість еозинофілів і рівень загального IgE достовірно не змінювалися в процесі лікування.

Під час лікування пацієнтів із гострими захворюваннями органів дихання та обтяженим алергологічним анамнезом у жодному випадку не було зареєстровано небажаних явищ і побічних реакцій, у тому числі при застосуванні препарату ПульмоЛОР®.

Висновки

Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність та ефективність застосування у складі медикаментозної терапії гострих респіраторних захворювань у пацієнтів із обтяженим алергологічним анамнезом комбінованого препарату ПульмоЛОР® (MoviHealth, Швейцарія) для більш швидкого зменшення основних клінічних проявів захворювання (кашлю, виділення мокротиння, ринореї), ліквідації задишки, зниження рівня еозинофільних лейкоцитів та загального IgE крові, що, у свою чергу, сприятиме зменшенню вираженості та проявів можливих алергічних реакцій, що призводять до порушень бронхіальної прохідності при ГРВІ.

Список літератури знаходиться в редакції.

АНОНС



Европейский и Украинский клуб панкреатологов
 Каролинский университет (Швеция)
 Украинская гастроэнтерологическая ассоциация



Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика
 Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца
 Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Красный Лиман)

Европейский курс по панкреатологии для гастроэнтерологов, терапевтов, семейных врачей, хирургов, эндоскопистов, онкологов, диетологов

26-27 мая, г. Киев

Лекции и клинические разборы будут проводить ведущие специалисты из стран Европы (Германии, Швеции, Великобритании, Венгрии), а также из Украины и Беларуси.

Основные направления:

- острый и хронический панкреатит;
- ферментная заместительная терапия;
- опухоли и кисты поджелудочной железы;
- современные методы диагностики патологии поджелудочной железы;
- питание при различной патологии поджелудочной железы;
- хирургическая панкреатология;
- консервативное, эндоскопическое и хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы;
- комплексный подход к лечению осложненной патологии поджелудочной железы;
- международные рекомендации по диагностике и лечению различных заболеваний поджелудочной железы.

Курс организован совместно с форумом Украинского клуба панкреатологов. Участники получают сертификаты, подтверждающие прохождение Европейского курса по панкреатологии.

Приглашаем к сотрудничеству спонсоров.

По вопросам участия:

Президент Украинского клуба панкреатологов – профессор Наталья Борисовна Губергриц,
e-mail: profnbg@mail.ru

Исполнительный директор Украинского клуба панкреатологов – к.м.н. Алексей Николаевич Агибалов,
тел.: +38 (050) 368-02-66

Технический организатор – ООО «Ворлдсервис групп», контактное лицо – Нина Дзуенко,
тел.: +38 (067) 209-69-07

Українське наукове медичне товариство оториноларингологів

Щорічна традиційна весняна конференція

Новітні технології в діагностиці та лікуванні запальних та алергічних захворювань ЛОР-органів

16-17 травня, м. Одеса

Місце проведення: готельний комплекс «Одеса» (Гагаринське плато, 5).

Форми участі: усна доповідь; стендова доповідь; публікація тез.

Контакти

Тел.: +38 (044) 483-12-82

Тел./факс: +38 (044) 483-15-80;

E-mail: amtc@kndio.kiev.ua; kholodenko@list.ru

Детальну інформацію про конференцію розміщено на веб-сайті Українського наукового медичного товариства оториноларингологів: www.ents.com.ua