

Мефенамінка

Мефенамінова кислота 500 мг

При грипі та ГРВІ

Ударна сила!



МЕФЕНОМЕНАЛЬНО!

дозволено дітям з **5** років

Склад: діюча речовина: mefenamic acid; 1 таблетка містить мефенамінової кислоти 500 мг; допоміжні речовини: лактози моногідрат, натрію лаурилсульфат, повідон, кросповідон, крохмаль прежелатинізований, кремнію діоксид колоїдний безводний, целюлоза мікрокристалічна, тальк, магнію стеарат, опадрай 200 білий. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТС M01A G01. **Показання.** Гострі респіраторні вірусні інфекції та грип. Біль низької та середньої інтенсивності: м'язовий, суглобовий, травматичний, зубний, головний біль різної етіології, післяопераційний і післяпологовий біль. Первинна дисменорея. Дисфункціональні менорагії, у тому числі спричинені наявністю внутрішньоматкових контрацептивів, за відсутності патології тазових органів. Запальні захворювання опорно-рухового апарату: ревматоїдний артрит, ревматизм, хвороба Бехтерева. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. Бронхоспазм, набряк Квінке, риніт, бронхіальна астма або кропив'янка в анамнезі, що виникли після застосування ацетилсаліцилової кислоти або інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). Одночасний прийом специфічних інгібіторів ЦОГ-2. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, у тому числі в анамнезі, запальні захворювання кишечника, захворювання органів кровотворення, тяжка серцева недостатність, тяжкі порушення функції печінки або нирок, шлунково-кишкові кровотечі або перфорації, спричинені прийомом нестероїдних протизапальних засобів. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Р.п. Мефенімка МОЗ України № UA/14487/01/01

Інформація приведена в скороченні, більш детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Мефенамінка. Інформація для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

Виробник. ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця».

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця

Синергизм жаропонижающего и иммуномодулирующего эффекта: в центре внимания мефенаминовая кислота

С наступлением холодного времени года вопросы профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), как всегда, приобретают повышенную актуальность. Лето осталось позади, а значит, рост заболеваемости ОРВИ не за горами. Пока фармацевтические компании выводят на рынок все новые «волшебные» средства от простуды, а аптеки наращивают продажи дорогостоящих противовирусных препаратов, некоторые врачи и пациенты по-прежнему слишком доверяют рекламе и все еще верят мифам об эффективности тех или иных средств. Вместе с тем наибольшую популярность в «сезон ОРВИ» завоевали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Чем же обусловлен такой стабильный спрос и каким НПВП следует отдавать предпочтение?

По данным ВОЗ, ежегодно в мире гриппом и ОРВИ заболевают до 100 млн человек, из которых почти 4 млн умирают от осложнений. При массовых вспышках гриппа инфекция может охватывать 5-10% популяции (Uphoff H. et al., 2003). В Украине ежедневно заболевает гриппом в среднем ~2 тыс. человек (от 3 человек в августе, до 11416 – в феврале). Об этом говорится в исследовании «Ретроспективный анализ заболеваемости гриппом и ОРВИ в Украине», проведенном Центром гриппа и ОРВИ в 2013 г. Каждый год в нашей стране фиксируется >9 млн случаев гриппа и острых инфекций верхних дыхательных путей, из которых первенство принадлежит последним (Абатуров А.Е., 2010). Как известно, вакцинация не обеспечивает достаточной защиты от гриппа и ОРВИ вследствие быстрой изменчивости вирусных антигенов. Кроме того, на сегодня известно >200 видов возбудителей ОРВИ (Rothberg M. B., Haessler S. D., Brown R. B., 2008). Антигенная вариабельность вируса гриппа настолько велика, что человеческий организм не может выработать стойкий иммунитет ко всем существующим штаммам. По сути, вакцинация зашла в тупик из-за огромного многообразия возможных возбудителей. Кроме того, при проведении вакцинации необходимо учитывать иммунный статус пациента, наличие противопоказаний и возможные осложнения, что также значительно ограничивает потенциал этого метода профилактики. Другие методы предупреждения распространения инфекции (частое мытье рук с мылом и обработка их гелем с 65% этиловым спиртом, употребление витаминов С и D) имеют крайне ограниченную доказательную базу (Moyad M. A., 2009; Douglas R. M. et al., 2004; Cannell J. J. et al., 2006).

Основными целями лечения ОРВИ являются уменьшение выраженности симптомов, ускорение выздоровления и предупреждение развития осложнений. В настоящее время в терапии ОРВИ ведущую роль в качестве жаропонижающих и обезболивающих средств принадлежит именно НПВП. Перспективным выглядит также сочетание НПВП и средств с иммуномодулирующим действием (Gwaltney J. M. Jr. et al., 2002; Eccles R. et al., 2010). Следует отметить, что в Западной Европе и США достаточно редко проводятся исследования лекарственных средств с противовирусным и иммуномодулирующим действием (за исключением ингибиторов нейраминидазы при гриппе) в лечении различных ОРВИ, что подтверждается малым количеством научных публикаций по этому вопросу. Ряд зарубежных и украинских специалистов сходятся во мнении, что эффективность противовирусных средств при ОРВИ ограничивается несколькими часами от начала заболевания. Как бы то ни было, в Украине к медицинскому применению разрешен впечатляющий список препаратов с заявленным противовирусным действием. Тем не менее статистика показывает: НПВП в сезон ОРВИ

позиций не сдают. Одним из лидеров назначений в этой группе препаратов является мефенаминовая кислота, которая обладает, как и другие НПВП, противовоспалительным, анальгезирующим, жаропонижающим свойством и одним существенным «бонусом» в виде иммуномодулирующего действия.

Пожалуй, одним из наиболее дискуссионных вопросов в терапии ОРВИ является необходимость борьбы с лихорадкой. Считается, что применение жаропонижающих средств блокирует иммунные процессы в организме, а это, в конечном итоге, усугубляет течение болезни. Для понимания механизма влияния НПВП на иммунокомпетентные клетки и цитокины следует вначале обратиться к патогенезу лихорадки. Итак, пирогенный эффект возникает под действием многих стимулов – как экзо-, так и эндогенных. Одной из наиболее распространенных причин лихорадки являются вирусы и бактерии, напрямую стимулирующие выработку эндогенных пирогенов – провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, TNF, интерферон). Эти вещества запускают продукцию простагландинов (Eи E2) в переднем гипоталамусе, сдвигая установочную точку температурного гомеостаза. При этом нормальная температура тела начинает восприниматься гипоталамусом как пониженная, в результате чего активизируются симпатические центры, ограничивающие теплоотдачу и стимулирующие термогенез (Blatteis C. M., 2007).

Защитный потенциал лихорадки обеспечивается тем, что ускоряется фагоцитоз и образование иммуноглобулинов, генерируются интерфероны и интерлейкины, стимулируются защитные функции макрофагов, лимфоцитов и гранулоцитов, ускоряется окислительная нейтрализация токсинов. На другой чаще весов лежат «плохие эффекты», например понижение доставки железа в ткани (которое приводит к длительной и часто лихорадящей болезни к анемии и железодефициту), увеличение нагрузки на сердечно-сосудистую систему, повышение риска ряда системных осложнений – кетоза, судорог, аритмий, коллапса. Многие ученые сообщают о снижении местного иммунитета слизистых оболочек ЛОР-органов вследствие дегидратации, что дает возможность развиваться патогенной микрофлоре, вызывающей стоматиты, ангины, риниты и т. д. (Войтенко Н. Г., 2011). Напротив, уменьшение выраженности лихорадки замедляет процессы катаболизма, снижает нагрузку на сердечно-сосудистую систему, уменьшает вероятность развития некоторых осложнений. Кроме того, преимуществом поддержания нормальной температуры тела во время инфекционного процесса является улучшение самочувствия и аппетита больного (Wahba H., 2004).

НПВП реализуют жаропонижающую активность, блокируя гипоталамические ферменты семейства циклооксигеназ (ЦОГ) и предупреждая, таким образом, синтез простагландина E2 из арахидоновой кислоты. Поскольку они не подавляют IL-2,

то и не уменьшают пролиферацию Т-хелперов, следовательно, не угнетают противинфекционную защиту (Cameron P. et al., 2006).

Мефенаминовая кислота является производным антралиновой кислоты, сходной по химической структуре с ацетилсалициловой кислотой. Она характеризуется четко выраженными анальгезирующим, жаропонижающим и противовоспалительным эффектами. Анальгезирующая активность мефенаминовой кислоты сходна с таковой бутадиона и превосходит салицилаты, а по антипиретическому действию равна этим препаратам (Ловягин А. Н., 2004). Механизм противовоспалительного действия мефенаминовой кислоты обусловлен способностью угнетать синтез медиаторов воспаления (простагландинов, серотонина, кининов и др.), снижать активность лизосомальных ферментов, принимающих участие в воспалительной реакции. Мефенаминовая кислота стабилизирует белковые ультраструктуры и мембраны клеток, уменьшает проницаемость сосудов, угнетает синтез мукополисахаридов, тормозит пролиферацию клеток в очаге воспаления, повышает резистентность клеток и стимулирует заживление ран. Жаропонижающие свойства мефенаминовой кислоты связаны с ее способностью замедлять синтез простагландинов и одновременно воздействовать на центр терморегуляции в головном мозге. В механизме обезболивающего действия мефенаминовой кислоты, наряду с влиянием на центральные механизмы болевой чувствительности, существенную роль играет местное воздействие на очаг воспаления и способность тормозить образование в нем альгогенов (Фролов В. М., 2010).

Мефенаминовая кислота обладает выраженным и продолжительным жаропонижающим эффектом. Так, в контролируемом рандомизированном исследовании с участием детей в группе принимавших мефенаминовую кислоту температура тела в подмышечной впадине по истечении 4 ч снизилась в среднем на 1,9 °С, принимавших ибупрофен – на 1,6 °С, а парацетамол – на 1,36 °С (Khubchandani R. P., 1995). По данным исследования К. М. Dabholkar (2002), выраженный жаропонижающий эффект у лихорадящих детей в среднем отмечается к концу 1-го часа от момента приема, к 3-му часу температура нормализуется, антипиретическое действие мефенаминовой кислоты сохраняется не менее 8 ч.

Имуномодулирующие свойства мефенаминовой кислоты начали широко изучаться с середины 1980-х гг., однако исследования продолжаются до настоящего времени. В отличие от большинства других НПВП мефенаминовая кислота стимулирует выработку в организме интерферона – мощного фактора противовирусной защиты. Кроме того, средство способствует повышению функциональной активности Т-лимфоцитов, а также нормализации иммунорегуляторного индекса, выражающегося соотношением клеток CD4 (Т-хелперов) и CD8 (Т-супрессоров) (Кузнецова А. В.,

2007). Применение мефенаминовой кислоты в комплексной терапии осложнений гриппа и ОРВИ способствует уменьшению длительности симптомов и более редкому развитию затяжных форм заболевания (Trinus E. K. et al., 1988). Также мефенаминовая кислота эффективнее, чем левамизол и ремантадин, предупреждает развитие осложнений гриппа (Frolov A. F. et al., 1984). В исследовании В. М. Фролова (2010) были изучены иммуномодулирующие свойства мефенаминовой кислоты, в том числе в сочетании с иммуномодулятором при ОРВИ. По результатам исследования были сделаны выводы о том, что мефенаминовая кислота в комплексной терапии ОРВИ не только обеспечивает быстрое уменьшение выраженности симптомов заболевания на фоне хорошей переносимости, но и вызывает активный интерферонез, что, наряду с улучшением показателей клеточного иммунитета, позволяет достичь более быстрого выздоровления. Это способствует снижению риска развития осложнений ОРВИ и частоты развития респираторных вирусных инфекций в период повышенной заболеваемости/эпидемии. Кроме того, мефенаминовая кислота, в отличие от других НПВП, обеспечивает фармакологическую защиту печени (Drogovoz S. M., 1989), ускоряя репаративные процессы в гепатоцитах (Абатуров А. Е., 2010).

Украинское врачебное сообщество постепенно выходит на новый этап, который выражается во внедрении в клиническую практику принципов доказательной медицины. Эффективность использования мефенаминовой кислоты при ОРВИ и гриппе не просто отражена в огромном количестве исследований, но и зафиксирована в актуальных рекомендательных документах. Так, применение мефенаминовой кислоты рекомендовано приказом МЗ Украины от 20.05.2009 № 189 («Протокол диагностики и лечения нового гриппа А (H1/N1) (Калифорния) у взрослых»), а также Унифицированным клиническим протоколом оказания первичной медицинской помощи взрослым и детям «Острые респираторные инфекции» (приказ МЗ Украины от 16.07.2014 № 499).

В Украине мефенаминовая кислота выпускается фармацевтической фирмой «Дарница» (г. Киев). Мефенаминка® доступна в таблетках по 500 мг в упаковках по 10 и 20 шт. Средняя дозировка для взрослых составляет 750-2000 мг/сут (250-500 мг 3-4 р/сут). Мефенаминка® также разрешена к применению у детей старше 5 лет (по 250 мг 3-4 р/сут). Хорошая переносимость и высокая безопасность препарата обеспечивают широкий терапевтический коридор – максимальная суточная доза для взрослых и детей старше 12 лет составляет 3000 мг/сут.

Лечение и профилактика гриппа и ОРВИ представляют собой комплекс методов, направленных на снижение частоты осложнений и смертельных исходов. Комплексное лечение может включать симптоматическую терапию в сочетании с иммуномодуляторами. Оба указанных эффекта присущи «необычному» НПВП – Мефенаминке, которая является не только безопасным антипиретиком и анальгетиком, но и мощным иммуномодулятором. Применение Мефенаминки позволяет уменьшить длительность острого периода ОРВИ и гриппа, снизить риск осложнений, улучшить самочувствие пациентов, сократить сроки нетрудоспособности и избежать полипрагмазии.

Подготовила **Александра Меркулова**

