




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.П. №UA/6909/01/01 від 28.08.17. **Імупрет® таблетки:** Р.П. №UA/6909/02/01 від 28.08.17.

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.



Клинико-иммунологические аспекты хронического фарингита: от сложного к простому

Хронический фарингит (ХФ) является чрезвычайно распространенной патологией в структуре заболеваний ЛОР-органов. Полиэтиологичность, многоступенчатый патогенез обуславливают широкий список жалоб и клинических симптомов, возникающих у пациентов. Лечение данного заболевания также сопряжено с рядом сложностей, что объясняется и анатомическим расположением, и сложностью диагностики, и ограниченным выбором комплексных препаратов на фармацевтическом рынке.

Сегодня отечественная медицина уверенно движется в сторону стандартизации медицинской помощи. Врачи активно внедряют в повседневную клиническую практику методы диагностики и лечения, основанные на принципах доказательной медицины и описанные в соответствующих клинических протоколах. Так, в оториноларингологии и семейной медицине широко используются современные клинические рекомендации по ведению острого риносинусита, острого тонзиллита. Однако диагностика и лечение ХФ все еще вызывают ряд вопросов как у ЛОР-врачей, так и у специалистов первичного звена. Что же представляет собой ХФ и почему эта патология проста и сложна одновременно?

Сегодня под ХФ понимают хроническое воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки. ХФ с каждым годом становится все более распространенным явлением. Более половины городских жителей страдают данным заболеванием. Факторами, способствующими развитию этой патологии, являются загрязнение окружающей среды, вредные привычки, нерациональное питание, так называемая разговорная профессия, длительное нарушение носового дыхания, гастроэзофагеальный рефлюкс, низкая влажность воздуха в помещениях за счет длительного отопительного сезона и использования кондиционеров, инфицированность такими патогенами, как вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирусы герпетической группы и т. д. Например, в современных условиях инфицированность населения ВЭБ составляет 80-100%. При реактивации латентной инфекции развивается клиника острого фарингита, который по своей сути является обострением хронического. Известно, что примерно 70% фарингитов вызываются вирусами, среди которых наиболее частыми патогенами являются риновирусы (около 20%), коронавирусы, аденовирусы, вирусы гриппа (А и В) и парагриппа. В 15-30% случаев определяется бактериальный патоген – β -гемолитический стрептококк группы А. Однако инфекция играет решающую роль скорее при острых фарингитах и обострениях хронического. Персистирующее воспаление в случаях ремиссии хронического процесса не всегда сопряжено с обширной колонизацией слизистой оболочки задней стенки глотки какими-либо патогенами.

Стоит отметить, что ХФ – не однородная по клиническим проявлениям патология. При этом ХФ обычно классифицируют не по этиологическому признаку, а по характеру изменений, развивающихся в слизистой оболочке: катаральный (простой), атрофический (субатрофический) и гипертрофический.

Указанные формы хронического воспаления часто сочетаются. Больных атрофическим фарингитом беспокоят болезненные ощущения при глотании, першение в горле, сухой кашель, ощущение сильного пересыхания в горле, что вызывает нарушение ночного сна, а также усложняет употребление соленой и острой пищи. Этот вид фарингита почти всегда сочетается с атрофией слизистой оболочки носа (атрофический насморк). При обследовании глотки наблюдаются бледность, истончение, сухость слизистой оболочки задней стенки глотки, которая иногда покрыта слоем слизи, засыхающей в виде корок. В случае хронического катарального фарингита пациента беспокоят боли в горле, першение, ощущение кома в горле. Фарингоскопически отмечаются расширение сосудов, отек, гиперемия, инфильтрация слизистой оболочки задней стенки глотки, а также повышение продукции слизи. Пациенты с хроническим гипертрофическим фарингитом жалуются на постоянное чувство инородного тела в глотке. При клиническом осмотре обнаруживаются гранулы на задней стенке глотки или гипертрофия боковых валиков глотки на фоне устойчивых катаральных изменений.

Особенности пато- и иммуногенеза хронического фарингита

В случае проникновения различных возбудителей в слизистую оболочку глотки развиваются гиперемия, отек, геморагии глоточных стенок и формируется фибринозная пленка, состоящая из лейкоцитов, отмерших клеток и бактерий. В дальнейшем течение ХФ достаточно медленное, периоды ремиссии заболеваний сменяются периодами обострений, причиной которых чаще всего становятся переохлаждение,

острые респираторные заболевания и другие факторы, для которых характерно локальное и/или системное снижение иммунитета (Плужников М.С., 2006; Kamargiannis N., 2011).

Иммунодефицитное состояние может сохраняться и в период ремиссии ХФ, что связано с частыми обострениями и неадекватным лечением (Журавлев А.С., 2009).

Исследования последних лет показывают, что наиболее частыми возбудителями острых инфекций верхних дыхательных путей являются: *Streptococcus pneumoniae* – 42% случаев, *Haemophilus influenzae* – 29-38%, *Moraxella catarrhalis* – 17-20%, *Streptococcus pyogenes* – 15-23%. При хронических заболеваниях верхних дыхательных путей, в частности ХФ, инфицированность хламидиями, микоплазмами и вирусами герпетической группы составляет около 59% (Евстигнеев И.В., 2013; Лучшева Ю.В., 2011). Секреторный иммуноглобулин А (sIgA) в обычных условиях предохраняет слизистые оболочки тела от проникновения микроорганизмов в ткани. Он способен связывать токсины и вместе с лизоцимом проявляет бактерицидную и антивирусную активность (Калашник Ю.М., 2009). Для предупреждения проникновения патогенных микроорганизмов слизистая оболочка обладает автономной иммунной системой, компонентами которой являются местные В- и Т-лимфоциты, макрофаги, а также продукты их секреции, в частности цитокины. Местная иммунная система, ответственная за защиту от инфекций на поверхности слизистых оболочек, подвергается различным нарушениям (Журавлев А.С., 2009; Михайленко Х.В., 2013; Заболотный Д.И., 2014). Так, у больных ХФ в периоде нестойкой ремиссии отмечается снижение показателей фагоцитарной активности моноцитов, что свидетельствует об угнетении функционального состояния макрофагально-фагоцитирующей системы. Также у этих пациентов регистрируется угнетение синтеза ряда цитокинов (TNF α , IL-1 β , IL-6 и IL-4) иммунокомпетентными клетками слизистой оболочки ротоглотки, т. е. формируется недостаточность противовирусного и антибактериального иммунного ответа (Меркулова А., Лоскутова И., 2014). При дисбалансе в системе иммунитета организма больного под действием бактерий может произойти угнетение иммунной системы продуктами секреции бактерий и эндотоксинами, высвобождаемыми в процессе бактериолиза. Чем же грозит пациенту такая ситуация?

Дело в том, что при отсутствии иммунологической поддержки возникает опасность развития рецидива заболевания, которая усугубляется наличием других негативных факторов развития ХФ. Многие специалисты придерживаются мнения, что ХФ практически никогда не является самостоятельным заболеванием. Довольно часто это одно из проявлений системного дистрофического заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ; гипо- и антацидного гастрита, гипотонии и дисбактериоза кишечника), различных функциональных нарушений гепаторенальной системы, приводящих к функциональным нарушениям глоточно-пищеводного комплекса – хроническому гастриту, панкреатиту, гастродуодениту, холециститу и др. Одной из наиболее частых причин ХФ является попадание в глотку желудочного сока, который при этом регулярно раздражает ее слизистую оболочку. Это, как правило, происходит во сне, преимущественно при наличии в анамнезе грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В таких случаях необходимо в первую очередь устранить главную причину, а именно провести лечение имеющегося заболевания ЖКТ. Без устранения основной причины заболевания любые методы местного лечения ХФ дают недостаточный и непродолжительный эффект (Попович В.И., 2017). Еще одним важным моментом является восстановление полноценного носового дыхания. Пациент с хроническим ринитом, хроническим синуситом, искривленной носовой перегородкой не только дышит ртом, подвергая слизистую оболочку задней стенки глотки дополнительной нагрузке, но и в большинстве случаев имеет такой симптом, как постназальное затекание слизи, что провоцирует персистенцию инфекции в носо- и ротоглотке.

Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод, что полноценное лечение ХФ должно включать:

- адекватную терапию в период обострения (проводимую с учетом наиболее вероятных патогенов);

- устранение основного причинного фактора (лечение ГЭРБ, восстановление носового дыхания, лечение хронических вирусных инфекций и т. д.);

- антибактериальную, антисептическую, противовоспалительную и иммунокорригирующую терапию как в период обострения, так и во время нестойкой ремиссии.

Современная терапия ХФ с позиции доказательной медицины

Следует понимать, что ХФ, как и тонзиллит и синусит, требует лечения, эффективность которого доказана в рандомизированных клинических исследованиях.

Системная антибактериальная терапия ХФ используется только при установлении бактериального патогена или серьезном подозрении на его наличие. Местная антисептическая терапия ХФ, как правило, используется только при обострениях заболевания. Используются щадящие антисептики, не содержащие спиртов и раздражающих компонентов. Стоит отметить, что большинство имеющихся на рынке антисептических средств (спреи, пастилки, растворы для полоскания) не являются лекарственными препаратами (зарегистрированы как гигиенические средства, косметические растворы и т. д.), следовательно, их эффективность вызывает очень большие сомнения. Противовоспалительная терапия проводится как системно (например, ибупрофеном), так и местно (спреи и полоскания на основе бензидамина гидрохлорида). Наибольшую сложность для врача-практика представляет подбор препарата, обладающего доказанным противовоспалительным и иммуномодулирующим действием, при этом безопасным настолько, чтобы быть использованным в период как обострения, так и ремиссии ХФ. Данными свойствами обладает комбинированный препарат Имупрет® («Бионорика», Германия). Он имеет достаточно солидное научное досье, а также большой опыт эмпирического использования при заболеваниях ротоглотки как в Украине, так и в странах Европы. В его состав входят стандартизованные экстракты корня алтея (*Althaea officinalis*), цветков ромашки (*M β hamomilla*), травы тысячелистника (*Achillea millefolium*), коры дуба (*Quercus robur*), листьев грецкого ореха (*Juglans regia*), травы хвоща полевого (*Equisetum arvense*) и травы одуванчика (*Taraxacum offi cinale*). Имупрет® относится к группе высокоэффективных средств, способных стимулировать неспецифические факторы защиты: повышение фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов, элиминацию микроорганизмов. Использование препарата Имупрет® при ХФ как в период обострения, так и в период ремиссии способствует снижению выраженности болевых ощущений, отека слизистой оболочки, а местное обволакивающее действие уменьшает раздражение слизистых дыхательных путей.

В ходе многочисленных исследований выявлено, что применение препарата Имупрет® способствует повышению противовирусной защиты, преимущественно за счет повышения продукции γ - и β -интерферона, а его противовирусная активность распространяется на широкий спектр вирусов, способных поражать верхние дыхательные пути (Berger T., 2008; Melnikov O., Peleshenko N., Zabolotnaya D., 2013).

Наличие у пациентов, инфицированных ВЭБ, ЦМВ, герпесвирусами, обладающими лимфотропной иммуносупрессивной активностью, определенных изменений в иммунном статусе обосновывает необходимость сбалансированного противовирусного и иммунокорригирующего влияния, без которого контролировать обострения ХФ практически невозможно.

Наряду с выраженным иммуномодулирующим действием Имупрет® обладает и противовирусной активностью, которая чрезвычайно актуальна в условиях персистенции ВЭБ, ЦМВ, герпесвирусов у большинства пациентов с ХФ. Так, недавнее исследование В. И. Поповича и др. (2016) позволило доказать эффективность препарата Имупрет® в лечении острых назофарингитов у детей, вызванных, в частности, ВЭБ-инфекцией. В результате проведения многочисленных исследований показано, что применение препарата Имупрет® способствует повышению противовирусного иммунитета, преимущественно за счет повышения продукции γ - и β -интерферона. Благодаря указанным свойствам комплексный фитониринговый препарат Имупрет® фактически может являться препаратом выбора для лечения ХФ.

Таким образом, лечение ХФ должно быть строго комплексным. Перед лечащим врачом стоят задачи выявления и устранения основного этиологического фактора, а также лечения собственно ХФ как в период обострения, так и в период ремиссии. При этом важным направлением терапии является иммунокоррекция, позволяющая профилактировать обострения ХФ.

Подготовила **Александра Меркулова**