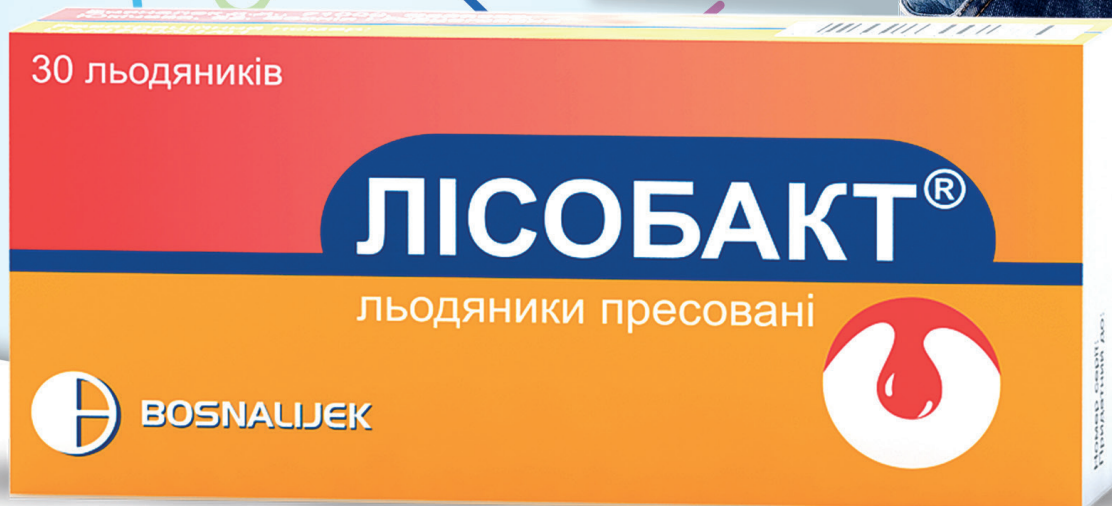


ЛІСОБАКТ®

ДЛЯ ДОРОСЛИХ І ДІТЕЙ ВІД 3-Х РОКІВ

Коли біль у горлі нас турбує,
Мама всім нам Лісобакт® купує!



Малюку і тату Горло лікувати!

- Усуває запалення та біль у горлі
- Широкий спектр дії: віруси, бактерії, гриби
- Підвищує місцевий захист організму

1. Згідно інструкції для медичного застосування препарату Лісобакт®. 2. Унікальний склад підтверджується Державним реєстром лікарських засобів України. 3. Pogorelova O.O., Usenko D.V., Ardatskaya M.D., Dikaya A.V., Gorelov A.V. An evaluation of the efficacy of Lysobact in treatment of acute respiratory diseases in children// Infectious diseases. (ISSN 1729-9225) 2009. 7 (1). Pp. 69-72.

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

ЛІСОБАКТ® (LYSOBACT®) Льодяники пресовані №30. **Склад.** Один льодяник містить лізоциму гідрохлориду 20 мг (не менше 720000 ОА FIP), піридоксину гідрохлориду 10 мг. **Фармакотерапевтична група.** АТХ R02A A20. Препарати, що застосовуються у разі захворювань горла. **Антисептики. Фармакологічні властивості.** Лізоцим – це мукополісахарид, ефективний відносно грампозитивних бактерій внаслідок перетворення нерозчинних полісахаридів клітинної стінки в розчинні мукопептиди. Він також ефективний стосовно грамнегативних бактерій, вірусів і грибів. Лізоцим проявляє місцеву протизапальну активність і збільшує неспецифічну опірність організму. Піридоксин чинить захисну дію на слизову оболонку рота та має протифаготозний ефект. **Показання.** Супутнє місцеве лікування захворювань: слизової оболонки рота, у тому числі афтозного стоматиту; горла: гострий тонзиліт (ангіна), хронічний тонзиліт, фарингіт; у післяопераційний період (після тонзилектомії, кріодеструкції піднебінних мигдаликів). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Не рекомендується. **Спосіб застосування та дози.** Препарат застосовувати дорослим та дітям віком від 3 років. Дорослі та діти віком від 12 років: по 2 льодяники 3-4 рази на добу. Діти віком від 3 до 7 років: по 1 льодянику не частіше 3 разів на добу. Діти від 7 до 12 років: по 1 льодянику не частіше 4 разів на добу. Повільно розсмоктувати льодяники, утримуючи деякий час утворений розчин у роті. Інтервал між прийомами – не менше 1 години. Тривалість лікування – 5 днів. **Побічні реакції.** З боку імунної системи: анафілактичний шок, анафілактичні реакції, набряк Квінке. З боку шкіри: кропив'янка, висипання, свербіж, світлочутливість. З боку травного тракту: інколи підвищується кислотність шлункового соку. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Повна інформація наведена в інструкції для медичного застосування. Перед призначенням та застосуванням необхідно ознайомитись з інструкцією по використанню, яка додається до лікарського засобу. Р.п. UA/2790/01/01 від 15.07.2015.

Виробник: Босналек д.д./Bosnalijek d.d.

Інформація про безрецептурний лікарський засіб призначена виключно для спеціалістів у сфері охорони здоров'я, для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях симпозиумах з медичної тематики. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за адресою або телефоном: 04050 м.Київ, вул. М. Пимоненка, 13, а/с 14, тел/факс +38 (044) 594 70 00; +38 (044) 569 57 03. office@bosnalijek.com.ua Не для продажу. 2-11-LYSOBACT-0318

 **BOSNALIJEK**

Фізіологічні підходи до збереження антиінфекційної резистентності та профілактика інфекційних уражень ротоглотки в дітей з позицій педіатра та дитячого стоматолога

1-3 березня в м. Трускавці відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Другий академічний симпозіум з педіатрії». У рамках насиченої наукової програми пролунали доповіді, присвячені проблемам гастроентерологічних, нефрологічних, ендокринних, гематологічних та алергічних захворювань дитячого віку. Зокрема, доповідь у форматі дуету представили завідувач кафедри дитячих та підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Галина Володимирівна Бекетова та професор кафедри стоматології дитячого віку НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук Наталія Олегівна Савичук.



Професор Галина Володимирівна Бекетова зазначила, що власна імунна система людини — це не єдина складова антиінфекційної резистентності. Не менш важливу роль відіграє нормальна мікрофлора людини. — Людина практично складається з мікроорганізмів, які значно перевищують кількість її власних клітин. Антиінфекційна резистентність забезпечується, з одного боку, імунологічними механізмами макроорганізму, з іншого — нормальною, потенційно патогенною і патогенною мікрофлорою. Дуже важливим є те, що обидві ланки антиінфекційної резистентності підтримують фізіологічне низькорівневе запалення на всіх локусах, де є мікрофлора, і особливо в ротоглотці — вхідних воротах інфекції.

Місцеві фактори неспецифічного імунного захисту сконцентровані в ротоглотковому секреті, який виконує противірусну, протигрибкову, антибактеріальну, буферну, мінералізуючу та інші функції. Слина на 99,5% складається з води, а також містить різноманітні ферменти і бактерицидні речовини — імуноглобуліни, альфа- і бета-дефензіни, лактоферин, муцин, інгібітори протеолітичних ферментів, глікопротеїни та лізоцим. Останній є надпотужним неспецифічним захисним компонентом.

Лізоцим (мурамідоза) — це антибактеріальний фермент, який руйнує клітинні стінки бактерій за рахунок гідролізу пептидоглікану (муреїну). Лізоцим міститься в лейкоцитах, шкірі, селезінці, печінці, кістковому мозку, підшлунковій залозі, слизовій оболонці травного тракту, а також у різноманітних рідинах людського організму (слина, носоглотковий секрет, сироватка крові, слізна рідина, грудне молоко тощо). Концентрація лізоциму в грудному молоці набагато більша, ніж у коров'ячому, і продовжує зростати навіть через півроку після початку годування дитини.

Руйнування клітинної стінки бактерій призводить до того, що уламки бактеріальної клітини стимулюють подальший синтез імуноактивних речовин. Отже, окрім антимікробного, противірусного, протигрибкового та протизапального, лізоцим здійснює ще й імуномодулюючий ефект — опосередковано сприяє стимуляції синтезу секреторного імуноглобуліну А (IgA) і посилює його активність із С-фракцією комплементу. Існуючий безперервний імунологічний зв'язок між зруйнованими бактеріальними клітинами і синтезом імуноактивних речовин формує низькорівневе фізіологічне запалення, яке має величезне значення в підтримці антиінфекційної резистентності. Наявність фізіологічного субклінічного запалення тримає під контролем інші мікроорганізми (патогенні, умовно-патогенні), що постійно перебувають у ротовій порожнині. Запальний процес стає клінічно значущим тільки тоді, коли до фізіологічного низькорівневого запалення приєднуються клінічні симптоми (біль та/або порушення ковтання) і системні ознаки запалення (гарячка,

інтоксикація). Це означає, що одна з ланок антиінфекційної резистентності послабшала — наявний дефіцит компонентів неспецифічного захисту слизової оболонки ротоглотки або ж надмірна контамінація мікроорганізмами.

Хвороб, перебіг яких супроводжується орофарингеальним боєм, досить багато — це стоматити, гінгівіти, глосити, періодонтити, фарингіти, тонзиліти, виникнення яких спричиняють різноманітні інфекції (бактерії, віруси, гриби), травми, опіки. І якщо підходи до діагностики і лікування фарингітів та тонзилітів педіатрам добре відомі, то стосовно патології ротової порожнини постає безліч питань, на які відповідь Наталія Олегівна.



Професор Наталія Олегівна Савичук нагадала присутнім, що ротова порожнина — це відкритий біотоп, внаслідок чого мікрофлора порожнини рота є неоднорідною та надзвичайно різноманітною.

— У порожнині рота перебуває від 300 до 700 різних видів бактерій, кількість бактеріальних тіл становить у середньому 750 млн в 1 мл. При цьому в зубному нальоті та ясеневій борозні кількість бактерій у 100 разів вища — приблизно 200 млрд клітин в 1 г. На відміну від інших біотопів (назального, травного каналу, шкіри, урогенітального) порожнина рота, що контактує з повітрям, має умови для проживання як аеробних, так і анаеробних мікроорганізмів. Так, поверхні зубів та слизової оболонки здебільшого колонізують аеробні види, натомість як під язиком, у міжзубних проміжках перебувають переважно анаероби. Мікрофлора ясеневих кишень та інфікованих кореневих каналів відрізняється від мешканців поверхні зубів або язика. В нелікованих каріозних порожнинах, наприклад, виявляються переважно гнилісна мікрофлора, простіші та навіть водорості.

Видовий склад мікрофлори порожнини рота:

- аероби та факультативні анаероби (*Streptococcus salivarius*, *Streptococcus mitis*, сапрофітні нейсерії, лактобактерії, стафілококи, дифтеріїди, пневмококи, сапрофітні мікобактерії, тетракоки, дріжджоподібні гриби, мікоплазми);
- облігатні анаероби (вейлонели, анаеробні стрептококи, бактеріїди, фузобактерії, ниткоподібні бактерії, актиноміцети, анаеробні дифтеріїди, спірили і вібріони, спірохети — сапрофітні борелії, трепонеми і лептоспіри);
- простіші (*Entamoeba gingivalis*, *Trichomona selongata*);
- транзиторна (алохтонна) мікрофлора (представники родів *Klebsiella*, *Escherichia*, *Aerobacter*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Alkaligenes*, а також *Bacillus* та *Clostridium*).

Якщо уважно подивитися на цей мікробний пейзаж, то можна уявити, скільки соматичних захворювань здатні спричинити бактерії, що мешкають у ротовій порожнині. Наявність стоматологічних

захворювань у людини створює резервуар умовно-патогенної мікрофлори, яка здатна зумовити серйозні соматичні захворювання. Тобто соматичне здоров'я дитини безпосередньо пов'язане зі стоматологічним.

На жаль, в Україні рівень стоматологічного здоров'я дітей досить низький. Так, серед дітей віком 12 років поширеність карієсу зубів становить 72,3% при інтенсивності ураження 2,75 (кількість уражених зубів). Захворюваність на хронічний катаральний гінгівіт у дітей становить 70-95%, сягаючи в окремих регіонах 95-98%, а на локалізований та генералізований пародонтит — 4,1-16,4%. Поширеність зубошелепних аномалій перевищує 60%. Загалом на одну дитину припадає більше 2 нозологічних форм стоматологічних захворювань.

Велике занепокоєння викликає також поширеність карієсу зубів у дітей перших трьох років життя. Так, у дітей віком 1 рік вона становить 10-15%, інтенсивність ураження 0,3-0,8; 2 роки — 45-55%, уражується 2,2-3,2 зуба; 3 роки — 75-87%, діти мають 5-6 уражених зубів. Тобто проблеми починаються в тому віці, коли дитина ще жодного разу не відвідувала стоматолога. Саме тому дуже важливо, щоб педіатри під час огляду малюків звертали увагу на стан зубів, а також активно долучалися до профілактичної роботи з батьками та опікунами.

Звідки з'являються в дитини карієсогенні бактерії? Звичайно, їх джерелом є дорослі з найближчого оточення дитини. У дослідженнях показано: якщо рівень *Streptococcus mutans* у слині матері становить 100 тис. КУО/мл, то в слині дитини він становитиме 1000 КУО/мл.

Важливу роль у формуванні карієсу зубів відіграють *S. mutans*, *S. sanguis*, *S. salivarius*, *S. milleri*, *Lactobacillus*, *Actinomyces viscosus*. Мікрофлора каріозної порожнини представлена переважно *S. mutans*, *S. sobrinus*, *S. sanguis*, *S. mitis*; деякими видами *Lactobacillus*; грибами роду *Candida*. При цьому тяжкість каріозного процесу залежить від активності мікрофлори.

S. mutans має велике значення у формуванні карієсу. Цей мікроорганізм найкраще метаболізує сахарозу, внаслідок чого швидко підвищується рівень молочної кислоти, середовище стає кислим, тим самим погіршуються умови для розвитку інших бактерій. Крім того, *S. mutans* виробляє адгезини, тому є найбільш активним у створенні зубної біоплівки. Результати низки досліджень показують, що, незважаючи на конкурентні переваги, деякі мікроорганізми створюють власну «компанію» з іншими бактеріями, в якій комфортно проживають. Так, *S. mutans* співіснує з грибами роду *Candida* (збудник кандидозу), *Porphyromonas gingivalis* (збудник швидкопрогресуючого пародонтиту дорослих) і т. ін. *P. gingivalis*, своєю чергою, комфортно співіснує з *Fusobacterium nucleatum* (збудник швидкопрогресуючого пародонтиту дорослих), з якою утворює небезпечну та агресивну асоціацію. Якщо в пацієнта виявляється один з перерахованих вище мікроорганізмів, найімовірніше, наявна і решта сусідів.

Професор Г. Бекетова ще раз наголосила, що питання стоматологічного та соматичного здоров'я дітей є спільною мультидисциплінарною проблемою стоматологів та інтерністів. І задля її подолання потрібно починати роз'яснювальну роботу саме з батьків/опікунів дитини. Адже інфікування дитини карієсогенною флорою є, по-перше, проблемою перших трьох років життя дитини, по-друге, — це низька особиста та недостатня професійна (стоматологічна) гігієна батьків, а по-третє, —

це банальні помилки в годуванні дитини, які легко виправити. Тому профілактику карієсу потрібно починати не в 3 роки, коли дитина вже має зуби і вперше потрапляє до стоматолога, а на етапі бесіди сімейного лікаря з вагітною жінкою, а педіатра — з батьками. Отже, метою первинної профілактики є запобігання інфікуванню дитини.

Про методи первинної та вторинної профілактики стоматологічних захворювань розповіла професор Н.О. Савичук, яка підкреслила, що ефективна гігієна посуду та ретельний вибір продуктів харчування, щоденна гігієна порожнини рота всієї родини та регулярна стоматологічна професійна гігієна — це ті базові методи, які дозволяють запобігти інфікуванню дитини.

— На жаль, носіями вірусів герпесу є понад 98% дорослого населення, грибів роду *Candida* — понад 98%, носіями фузоспірілярної інфекції є хворі на хронічний гінгівіт і пародонтит. Біль або дискомфорт у ротоглотці як основний симптом запального захворювання дорослі можуть взагалі не помічати або ігнорувати. Дорослі з болем у ротоглотці повинні максимально обмежити контакт з дітьми та вагітними жінками.

Діти такий симптом описують як відчуття стороннього тіла на язичку, дискомфорт або печіння під час їди. Гострий запальний процес зазвичай не становить діагностичних труднощів. Але хронічні процеси (наприклад, кандидозний) вивляють себе вкрай делікатно — нальотом на спинці язика, заїдами, сухістю губ. Але навіть такі несерйозні симптоми потребують стоматологічного огляду і лікування.

В арсеналі стоматологів і педіатрів є добре відомий антисептик широкого спектра з мультимодальною дією — гексетидин (Стоматидин®). Він мінімально впливає на нормофлору ротової порожнини й ефективно зменшує кількість аеробних та анаеробних бактерій, грибів роду *Candida*. Стоматидин® тривалий час перебуває в ротовій порожнині, абсорбуючись на слизовій оболонці, де концентрація зберігається протягом 65-72 год.

Стоматидин® має декілька суттєвих переваг, які дозволяють використовувати його в педіатричній практиці:

- забезпечує швидкий антисептичний та протизапальний ефекти;
- не проникає в кровообіг, тому не має системної дії;
- рівномірно розподіляється на слизовій оболонці порожнини рота, глотки, міжзубних проміжках і повільно виводиться зі слиною;
- має дуже зручну форму застосування — розчин для полоскань не потребує розведення, об'єм розчину на одне полоскання становить 15 мл (1 столова ложка).

Профілактика та лікування запальних процесів ротоглотки не були б достатніми без застосування ефективного імунокоректора. Препарат лізоциму Лісобакт® сприяє зменшенню адгезії бактерій до назубної біоплівки, підвищує пробіотичний потенціал нормальної мікрофлори порожнини рота, зменшує показники контамінації умовно-патогенної та патогенної флори. Піридоксину гідрохлорид у складі Лісобакту має трофиневеротичну, імунокоригуючу та протизапальну функції за рахунок участі в синтезі простагландинів, катехоламінів, нейромедіаторів, білка, ферментів.

Лісобакт® чинить:

- бактеріолітичну дію щодо пептидоглікану стінки бактерій;
- бактерицидну і бактеріостатичну дію на різні види мікроорганізмів, особливо грампозитивну флору;
- імуномодуючу дію за рахунок стимуляції фагоцитозу та синтезу антитіл.

Ефективність застосування препарату Лісобакт® у хворих із гострим та хронічним кандидозом слизової оболонки порожнини рота була досліджена в роботі С.О. Грицай на клінічній базі нашої кафедри.

У дослідженні були обстежені та проліковані 72 дитини віком від 3 до 14 років. Разом з даними анамнезу та клінічного обстеження було виконано лабораторну верифікацію діагнозу гострого кандидозу. Залежно від виду терапії всіх пацієнтів розподілили на 3 групи. До 1-ї групи увійшли хворі

з легким та середньо-тяжким ступенем кандидозу порожнини рота (n=25). Ця група отримувала монотерапію Лісобактом. До 2-ї увійшли пацієнти з легким, середньо-тяжким та тяжким ступенем захворювання (n=23). Хворим призначали Лісобакт® у поєднанні з антимікотичними препаратами (флуконазол, 3 мг/кг на добу). Пацієнти 3-ї (контрольної) групи (n=24) отримували тільки антигрибковий препарат.

В результаті лікування на 5-14-й день терапії зафіксовано одужання 84% дітей 1-ї групи, 86,9% — 2-ї та 37,5% — 3-ї. Діти, які отримували не посилену лізоцимом монотерапію протигрибковим препаратом, одужували повільніше за інших: 33,3% — на 12-14-й, 29,2% — на 18-21-й день лікування. Мікробіологічна ефективність терапії була найвищою у 2-й групі та найгіршою — у 3-й. Частота виявлення грибів роду *Candida* з поверхні слизової оболонки порожнини рота після лікування становила в 1-й та 2-й групах 4-16 та 1-4,3% відповідно порівняно з 3-ю групою, в якій цей показник сягав 7-29,1%.

Отримані результати показали, що поєднання протигрибкових засобів на фоні підвищення місцевого імунітету за рахунок збільшення лізоциму в слині є виправданою, патогенетично обґрунтованою терапією. Застосування Лісобакту окремо чи в поєднанні з антимікробними препаратами мало найбільш виражений позитивний ефект. Лісобакт® можна рекомендувати не тільки для лікування, а й для профілактики рецидивів інфекції при найменших її проявах.

Таким чином, проблема запальних захворювань ротоглотки є спільною для педіатрів та стоматологів. Профілактику інфікування дитини карієсогенними мікроорганізмами слід починати ще до появи зубів. Лісобакт® — це ефективний засіб для лікування запальних захворювань ротоглотки та профілактики їх рецидивів. Лісобакт® є фізіологічною, зручною у використанні замісною терапією запальних захворювань порожнини рота в умовах порушеної антиінфекційної резистентності.

Підготувала **Марія Марчук**



АНОНС

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМНУ»

XX ювілейна міжнародна конференція

«Мультимодальні аспекти вікових особливостей профілактики та терапії цереброваскулярних захворювань»

22-24 квітня, м. Трускавець

Місце проведення: комплекс «Ріксос-Прикарпаття» (вул. Городище, 8)



Основні напрями роботи конференції:

- епідеміологія серцево-судинних захворювань;
- вікові особливості патогенезу, клініки та лікування цереброваскулярних захворювань;
- фактори ризику, первинна та вторинна профілактика цереброваскулярних захворювань;

- роль кардіальної патології у формуванні судинної патології головного мозку;
- невідкладні стани в кардіоневрології;
- сучасні методи реабілітації при захворюваннях нервової системи (ТМС, мікрополяризація);
- когнітивні та психоемоційні порушення;
- захворювання кістково-м'язової системи в практиці невролога;
- терапія хронічної судинної патології мозку;
- біль;
- вірусні нейроінфекції;
- нейродегенеративні захворювання;
- дитяча неврологія;
- судинна нейрохірургія;
- порушення сну та їх корекція;
- новітні нейровізуалізаційні, біохімічні, імунологічні методи діагностики нервових хвороб.

Оргкомітет

04114, м. Київ, вул. Вишгородська, 67, Інститут геронтології;
тел./факс +380 (44) 430-40-27;
e-mail: stroke.rehabilitation@ukr.net
Єгорова Марія Сергіївна, тел. +380 (44) 254 15 47, +380 (50) 836-62-41
Скрипченко Олександр Георгійович, тел. +380 (98) 874-21-10

Шановні колеги!

Запрошуємо вас узяти участь у I Міжнародному конгресі «Рациональне використання антибіотиків у сучасному світі. Antibiotic resistance STOP!», який відбудеться 15–16 листопада 2018 року у м. Києві під час Всесвітнього тижня належного застосування антибіотиків. Захід об'єднає фахівців різних спеціальностей, які будуть обговорювати проблеми зниження ефективності дії антибіотиків та пошуку нових підходів у боротьбі з антибіотикорезистентністю.

Основною метою конгресу є обмін досвідом, сприяння підвищенню компетентності медичних працівників з питань належного застосування антибіотиків у практичній діяльності та покращення надання медичної допомоги хворим.

Учасники конгресу будуть забезпечені максимальною кількістю міжнародних кредитів — **14 AMA PRA Category 1 Credits™**, **10 балами** (за участь) та **5 балами** (за підготовку тез) за національною шкалою.



Конгрес запланований і буде проведений відповідно до вимог та стандартів Акредитативної Ради Безперервної Медичної Освіти (ACCME, США) завдяки співпраці Siyem Learning (Великобританія) та групи компаній Мед Експерт (Україна) та сертифікований на отримання міжнародних кредитів **AMA PRA Category 1 credit™**. Siyem Learning акредитована ACCME організовувати та проводити освітні заходи на міжнародному рівні в рамках безперервної медичної освіти.

Учасники конгресу отримають ту кількість міжнародних кредитів, яка відповідає часу їхньої участі у заході (1 година = 1 кредит).

Конгрес включено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій на 2018 рік, який був затверджений Міністерством охорони здоров'я України, Національною академією медичних наук України та Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.

Контакти організаторів: телефон: +380(63)738-09-64; e-mail: info@antibiotic-congress.com

antibiotic-congress.com