

Д.Б. Утешев, д.м.н., профессор, Н.Д. Бунятян, д.фарм.н., профессор, И.Н. Челенкова, г. Москва, РФ

Острые и хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей

К воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей относятся ринит, синусит, аденоидит, тонзиллит, ларингит и фарингит. Данные заболевания широко распространены: они встречаются у каждого четвертого жителя нашей планеты.

В России инфекционные заболевания верхних дыхательных путей диагностируются круглогодично, но в период с середины сентября по середину апреля они приобретают массовый характер и связаны с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). В среднем за год взрослый житель развитых стран болеет ОРВИ не реже 2-3 раз, а ребенок — 6-10 раз в год.

Ринит

Ринит — это воспаление слизистой оболочки в носовой полости. Может проявляться как в острой, так и хронической форме. Острый ринит возникает в результате воздействия на слизистую оболочку носовой полости бактериальной или вирусной инфекции. Часто данная форма ринита сопутствует различным инфекционным заболеваниям: гриппу, дифтерии, скарлатине, гонорее и т.д. При остром рините отекают ткани носовой области (причем этот отек распространяется на обе половины носа). Как правило, это заболевание протекает в три стадии. Во время первой (она длится от 1-2 ч до 1-2 дней) больные испытывают зуд и сухость в полости носа, сопровождающиеся частым чиханием; кроме того, у них возникает головная боль, недомогание, снижается обоняние, слезятся глаза, повышается температура. Во второй стадии у больных появляются (как правило, в больших количествах) прозрачные выделения из носа, гнусавость и затрудненность дыхания. В третьей стадии выделения становятся слизисто-гнойными и постепенно уменьшаются, дыхание улучшается. Как правило, при остром рините больные выздоравливают в течение 7-10 дней,

но в некоторых случаях данное заболевание переходит в хроническую форму. Острый ринит может привести к таким осложнениям, как синусит, отит и ларинготрахеобронхит (если воспаление из полости носа перейдет в носовые придаточные пазухи, слуховую трубу, глотку или нижние дыхательные пути).

Хронический ринит подразделяется на три вида: катаральный, гипертрофический и атрофический.

Хронический катаральный ринит, как правило, является следствием острого ринита. Кроме того, его причинами могут быть негативное воздействие окружающей среды, нарушения кровообращения, эндокринные расстройства, дисфункции вегетативной нервной системы, синусит, хронический аденоидит или наследственная предрасположенность. При хроническом катаральном рините мерцательный эпителий носовой полости видоизменяется в кубический и теряет реснички, увеличиваются слизистые железы и количество выделяемой ими слизи. Периодически появляются снижение обоняния и заложенность носа. В результате длительного катарального ринита может возникнуть хронический гипертрофический ринит. При этом заболевании отмечается пролиферация эпителия, он разрыхляется, постоянно наблюдаются заложенность носа и слизистые выделения. При риноскопии выявляется гипертрофия средних и нижних носовых раковин. В результате частых острых ринитов, профессиональных или климатических вредных воздействий может развиваться атрофический ринит. При этой разновидности ринита слизистая оболочка истончается, сосуды и слизистые

железы заустевают, реснитчатый эпителий преобразуется в плоский. Проявляется атрофический ринит ослаблением (или полным отсутствием) обоняния, заложенностью и сухостью носовой полости, появлением сухих корок в носу. При ринитах применяют консервативное лечение: сосудосуживающие препараты (капли в нос, спреи, аэрозоли и т.д.), местные противомикробные препараты (мази, аэрозоли и т.д.) и (в случае аллергических ринитов) антигистаминные средства.

Синусит

Синусит — это воспаление придаточных пазух носа. Чаще всего является осложнением таких инфекционных заболеваний, как скарлатина, грипп, корь, острый ринит и т.д. Синусит может проявляться как в острых, так и в хронических формах. К острым относятся катаральный и гнойный. К хроническим — гнойный, отечно-полипозный и смешанный. Симптомы острого и хронического синуситов (в период обострений) одинаковы. К ним относятся повышение температуры, общее недомогание, головная боль, заложенность носа (как правило, с одной стороны) и обильные слизистые выделения из носовой полости. Точное диагностирование заболевания производится на основе опроса больного, анамнеза, исследования носовой полости, диафаноскопии, зондирования и рентгенографии. К воспалениям отдельных придаточных пазух носа относятся такие заболевания, как гайморит, фронтит, сфеноидит и этмоидит. Если одновременно воспаляются пазухи носа (с обеих или с одной стороны), данное заболевание называется пансинусит.

При острой форме синусита применяется консервативное лечение, при хронической — хирургическое. Консервативная терапия включает в себя применение местных противомикробных средств (мазей, спреев и т.д.), антибиотиков широкого спектра действия, общеукрепляющих препаратов и физиотерапию. При хирургическом лечении осуществляют прокол и промывание пазухи различными растворами, в том числе и антибиотиками.

Аденоидит

Аденоиды представляют собой увеличенную носоглоточную миндалину в результате гиперплазии ее ткани (она располагается в своде носоглотки и входит в состав лимфаденоидного глоточного кольца). В большинстве случаев аденоидитом страдают дети в возрасте от 3 до 10 лет. Как правило, аденоиды появляются в результате воспаления миндалин или слизистой оболочки носа, к которому приводят такие инфекционные болезни, как грипп, корь, скарлатина, острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей. Различают три степени аденоидита: при первой аденоиды закрывают только верхнюю часть сошника; при второй — две трети сошника; при третьей — полностью весь сошник. При этом негативные воздействия аденоидов на организм не всегда соотносятся с их размерами. К первым симптомам аденоидита относятся затруднение дыхания и слизистые выделения из носа. Затруднение дыхания приводит к проблемам со сном, быстрой утомляемости, вялости, ухудшению памяти, снижению успеваемости (у школьников), изменениям голоса и гнусавости, ухудшению слуха,



«БИОНОРИКА» ИНФОРМИРУЕТ

Фитониринг — совершенная связь природы и технологий

«Бионорика», компания с более чем 75-летней историей, сегодня входит в число ведущих мировых производителей растительных лекарственных средств.

Благодаря философии фитониринга «Бионорика» снабдила новую область фармацевтики будущего доказательной базой. Под фитонирингом понимается изучение и дальнейшее развитие растительных действующих веществ с помощью инновационных технологических процессов и современных методов исследования. Применение отборного растительного сырья в изготовлении лекарственных препаратов обеспечивает повышение качества продукции от партии к партии. Директивы ВОЗ Good Agricultural and Collection Practices строго соблюдаются на всех этапах производства.

Процесс осуществляется в соответствии со строгими нормами и подвергается постоянному контролю в целях обеспечения высочайшего качества препаратов. «Бионорика» направляет свои усилия на то, чтобы подтвердить эффективность, безопасность и качество растительных

препаратов путем проведения исследований, пользующихся международным признанием. Предприятие сотрудничает с учеными и врачами разных специальностей из 490 университетов и клиник по всему миру с целью дальнейшего раскрытия потенциалов природы. Инвестиции в научные исследования и разработки составляют 15% оборота компании, что превосходит средний уровень по отрасли.

Синупрет®: контролируемое производство

Производство препарата Синупрет®, стандартизованного лекарственного средства для лечения насморка и синусита, состоящего из 5 лекарственных растений, строго контролируется.

Для обеспечения сырьевой базы необходимого качества на долгосрочной основе компания «Бионорика» инвестирует значительные средства

в проекты по планомерному контролируемому выращиванию лекарственных растений. Четкое следование принципам концепции устойчивого развития предполагает соблюдение экологических требований и социальную ответственность. Например, для обеспечения снабжения корнем горечавки желтой, используемого в изготовлении препарата Синупрет®, был инициирован проект по выращиванию данного растения во французской провинции Овернь. В этом регионе с давних времен собирается дикорастущая горечавка желтая, корень которой благодаря его муколитическим свойствам применяется в изготовлении препарата. Компании «Бионорика» удалось убедить местных жителей, занимавшихся сбором горечавки, в преимуществах контролируемого выращивания. Таким образом обеспечивается сохранение генетических ресурсов и высокое качество сырья.



Растительные экстракты не взаимозаменяемы

Особое значение компания «Бионорика» придает сохранению всего комплекса веществ, содержащихся в растении, при производстве экстракта. Для этого были разработаны и запатентованы инновационные высокотехнологичные производственные процессы. Ноу-хау каждого процесса

постоянным головным болям. В запущенных случаях аденоидита у больных сглаживаются носогубные складки, появляется так называемое аденоидное выражение лица, возникают ларингоспазмы, подергивания лицевых мышц, деформируются грудная клетка и лицевая часть черепа, появляются кашель и одышка, развивается анемия. У маленьких детей вдобавок ко всему перечисленному может также возникнуть воспаление аденоидов. Диагностируют аденоиды на основе анамнеза, осмотра и пальцевого исследования носоглотки, риноскопии и рентгенографии. При аденоидах первой степени и отсутствии затруднений дыхания назначают консервативное лечение (местные противомикробные препараты, сосудосуживающие средства и т.д.); во всех остальных случаях проводится аденотомия (оперативное удаление аденоидов). Аденотомия производится стационарно, постоперационный период длится 5-7 дней.

Тонзиллит

Хронический тонзиллит — это хроническое воспаление небных миндалин. В большинстве случаев встречается у детей. У людей старше 60 лет данное заболевание встречается крайне редко. Причинами возникновения хронического тонзиллита являются бактериальные и грибковые инфекции, поражающие небные миндалины, усиленные негативными воздействиями окружающей среды (холод, загазованность, запыленность воздуха), неправильным питанием и другими заболеваниями (кариес, гнойный синусит, аденоидит или гипертрофический ринит). Длительное воздействие патогенной микрофлоры на небные миндалины в сочетании со снижением иммунных сил организма приводят к хроническому тонзиллиту. При хроническом тонзиллите происходят определенные изменения в небных миндалинах: возникает ороговение эпителия, в лакунах формируются плотные пробки, разрастается соединительная ткань, размягчается лимфоидная ткань, нарушается лимфоотток из миндалин, воспаляются регионарные лимфатические узлы,

нарушаются рецепторные функции миндалин. Различают две формы хронического тонзиллита: компенсированную и декомпенсированную. При компенсированной у больных отмечаются неприятный запах изо рта, боль, сухость и покалывание в горле, иногда стреляющая боль в ушах при отсутствии воспаления в среднем ухе. При декомпенсированной форме у больных к перечисленным признакам добавляются рецидивы ангин, паратонзиллярные абсцессы, паратонзиллиты, патологические реакции отдаленных органов (например, тонзиллокардиальный синдром), головные боли, быстрая утомляемость и снижение работоспособности. При хроническом тонзиллите миндалины становятся более плотными, у них утолщаются края, между ними и небными дужками появляются рубцовые спайки, в лакунах образуются гнойные пробки, увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Данное заболевание может повлиять на возникновение таких осложнений, как ревматизм, тиреотоксикоз, сепсис, многоформная экссудативная эритема, псориаз, экзема, системная красная волчанка, дерматомиозит, периартериит узелковый и т.д. Длительная интоксикация при хроническом тонзиллите может привести к таким иммунным заболеваниям, как геморрагический васкулит и тромбоцитопеническая пурпура. Как правило, хронический тонзиллит достаточно легко диагностируется. В некоторых сомнительных ситуациях его подтверждают посредством изучения мазков с поверхности миндалин и содержимого лакун (исследуют патогенную микрофлору, лейкоциты, лимфоциты, СОЭ, иммунологические показатели сыворотки). При компенсированной форме хронического тонзиллита и при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству применяют консервативное лечение (сосудосуживающие препараты, местные противомикробные средства, общеукрепляющие препараты, физиотерапию). При декомпенсированной форме хронического тонзиллита и отсутствии противопоказаний, а также в тех случаях, когда консервативное

лечение не дало результатов, применяют оперативное лечение (тонзиллэктомия). Как правило, при своевременном выявлении и адекватной терапии хронический тонзиллит хорошо излечивается.

Ангина, или острый тонзиллит, — это острое воспаление, которое поражает небные миндалины (в большинстве случаев), язычную миндалину, глоточную миндалину, боковые валики или гортань. Чаще всего ангиной болеют дети и взрослые до 35-40 лет. Возбудителями заболевания являются такие микроорганизмы, как стафилококки, стрептококки, грибки рода *Candida* и т.д. Предрасполагающими факторами к развитию ангины относятся переохлаждение, перегревание, снижение иммунитета, загрязненность и запыленность воздуха, механические повреждения миндалин. Инфицирование может происходить двумя путями: экзогенным (в большинстве случаев) и эндогенным. Экзогенное происходит воздушно-капельным и алиментарным путем, эндогенное — вследствие наличия в полости рта или носоглотки очага воспаления (кариес, болезни десен, хронический тонзиллит и т.д.). Различают четыре разновидности ангины: катаральную, фолликулярную, лакунарную и флегмонозную.

При катаральной в первые сутки проявляются сухость и першение в глотке и боль при глотании. Затем у больных повышается температура, ухудшается общее самочувствие, появляются слабость и головная боль. При осмотре глотки можно увидеть, что небные миндалины слегка припухли (при этом задняя стенка глотки и мягкое небо не изменяются). У заболевших катаральной формой ангины помимо указанных симптомов увеличиваются лимфоузлы и слегка изменяется состав крови (умеренно повышается СОЭ и увеличивается количество лейкоцитов). Фолликулярная и лакунарная формы ангины проявляются более остро. Их симптомами являются озноб, потливость, сильное повышение температуры тела, головная боль, слабость, ломота в суставах, отсутствие аппетита, лимфаденит; небные миндалины сильно распухают. При фолликулярной форме ангины сквозь

слизистую миндалин видны нагноившиеся фолликулы (маленькие пузырьки желтоватого цвета). При лакунарной — в устьях лакун появляется желтовато-белый налет, который постепенно полностью покрывает миндалины (этот налет хорошо удаляется шпателем). В чистом виде фолликулярная и лакунарная формы встречаются достаточно редко (как правило, они проявляются вместе). Флегмонозная ангина представляет собой гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки, которое проявляется, как правило, на фоне одной из описанных выше форм ангины и хронического тонзиллита. Ее признаками являются: резкая боль при глотании, резкая головная боль, гнусавость, боль в жевательных мышцах, неприятный запах изо рта, озноб, сильное повышение температуры, сильное увеличение и болезненность лимфоузлов. Любая из форм ангины может привести к таким осложнениям, как острый отит, отек гортани, острый ларингит, флегмона шеи, острый шейный лимфаденит, окологлоточный абсцесс. Диагностируют заболевание посредством анамнеза, фарингоскопии и лабораторных исследований (бактериологических, цитологических и т.д.). Больных ангиной необходимо по возможности оградить от контактов с другими людьми (особенно детьми), так как данное заболевание относится к разряду острых инфекционных. Лечат его, как правило, на дому. В качестве терапии используют антибиотики, местные противомикробные препараты, жаропонижающие и общеукрепляющие средства. В особо тяжелых случаях пациентов госпитализируют.

Фарингит

Фарингит — это воспаление глотки. Существует две его формы: острая и хроническая. Острый фарингит встречается как в виде отдельного заболевания, так и в виде одного из проявлений ОРВИ. К факторам, влияющим на его развитие, относятся: употребление горячей пищи, вдыхание загрязненного

Продолжение на стр. 46.

экстракции зафиксировано в собственной номенклатуре компании «Бионорика» (BNO), что гарантирует стабильно высокое качество экстракта. Примером этого является специальный экстракт BNO из травы тимьяна, применяемый при производстве препарата Бронхипрет®. В результате щадящего процесса экстракции растительного сырья создается жидкий экстракт, который подвергается фильтрации и концентрации. В вакуумной сушке проводится удаление остаточного экстрагента. Благодаря очень низким температурам в экстракте сохраняются термолабильные летучие вещества, такие как тимол. Разработанный компанией технологический процесс получил Германскую премию за инновации. Экстракт подвергается лабораторному тестированию. При наличии всех компонентов и соответствии критериям качества экстракт получает знак качества BNO 1018.

Бронхипрет® – рациональное средство для терапии бронхита

Фитопрепараты активно используются при кашле и остром бронхите. В этой связи хорошо зарекомендовал себя экстракт тимьяна в комбинации с экстрактом плюща или экстрактом корня

первоцвета. В форме сиропа от кашля, капель или таблеток, покрытых оболочкой, препарат Бронхипрет® позволяет эффективно бороться с кашлем. Мокрота разжижается, что облегчает откашливание, воспалительный процесс купируется, снимается бронхоспазм, и облегчается дыхание.

Плющ и тимьян: синергетическое действие

И экстракт тимьяна, и экстракт плюща, входящие в состав препарата Бронхипрет®, оказывают противовоспалительное и спазмолитическое действие. При комбинации экстрактов эти эффекты усиливаются. Недавно была проанализирована молекулярная основа этого синергетического действия. Компоненты тимьяна связываются с β_2 -рецепторами альвеол и клетками мышц бронхов, активируя их. Под воздействием циклического аденозинмонофосфата (сАМФ), выступающего в качестве медиатора, мышцы расслабляются, бронхи расширяются и дыхание облегчается. Кроме того, благодаря медиатору сАМФ активируется выработка сурфактанта, который разжижает мокроту, что облегчает ее отделение и улучшает поступление кислорода в альвеолы. При комбинации

с плющом действие тимьяна усиливается, поскольку сапонин α -гедерин повышает число β_2 -рецепторов на клетках, продлевая их активность. Благодаря этому активирующий сигнал тимьяна усиливается.

Эффективность растительной терапии в педиатрии

1234 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет, страдающих острым неосложненным бронхитом и проходивших лечение в амбулаторных условиях, в течение 10 дней получали сироп из тимьяна и плюща в дозировке, соответствующей возрасту (O. Marzian, 2007). Уже на 4-й день показатели по шкале симптомов бронхита уменьшились вдвое. Переносимость препарата в 96,5% случаев оценивалась как «хорошая» и «очень хорошая». Таким образом, препарат Бронхипрет® может эффективно применяться в педиатрии.

Исследования подтверждают эффективность препарата Бронхипрет®

Эффективность препарата Бронхипрет® в форме сиропа из тимьяна и плюща (ТЕ) и в форме таблеток, покрытых оболочкой, из тимьяна



и первоцвета (ТР) была подтверждена в ходе 2 рандомизированных двойных слепых исследований, в каждом из которых приняли участие более 360 взрослых пациентов, страдающих бронхитом (B. Kemmerich et al., 2006; B. Kemmerich, 2007). При приеме 3 раза в день данные растительные препараты позволили значительно

Острые и хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей

Продолжение. Начало на стр. 44.

или холодного воздуха. Симптомами острого фарингита являются боль при глотании, сухость в глотке. Как правило, общего ухудшения самочувствия не наблюдается, температура не повышается. При проведении фарингоскопии можно увидеть, что задняя стенка глотки и небо воспалены. Острый фарингит своими симптомами напоминает катаральную ангину (но при ней воспаляются только небные миндалины). Его лечат полосканием горла теплыми щелочными растворами и отварами лекарственных трав, обладающих противовоспалительным действием. Хронический фарингит, как правило, является следствием острого. Развитию хронической формы из острой способствуют синусит, ринит, болезни пищеварительного тракта, курение, злоупотребление алкогольными напитками. Общими симптомами хронического фарингита являются сухость и боль в горле, ощущение комка в глотке. При данном заболевании при фарингоскопии выявляют различные изменения задней стенки глотки. В зависимости от этого выделяют три типа хронического фарингита: гипертрофический, атрофический и катаральный. При гипертрофическом утолщается слизистая задней части глотки и небных дужек. Гипертрофический подразделяется на гранулезный и боковой. При гипертрофическом гранулезном фарингите на слизистой задней части глотки образуются ярко-красные гранулы. При гипертрофическом боковом фарингите сзади небных дужек образуются ярко-красные валики. При атрофическом хроническом фарингите атрофируются железы, слизистая оболочка глотки истончается, что приводит к неприятной сухости

в горле, которая становится особенно мучительной после долгого разговора. При фарингоскопии можно увидеть, что слизистая сухая, с сухими корками. При катаральном хроническом фарингите больные испытывают постоянную боль в горле, наблюдается скопление слизи. При фарингоскопии наблюдается та же картина, что и при острым фарингите. Для лечения хронической формы используют местные противомикробные средства, антибиотики, общеукрепляющие препараты и физиотерапию. В некоторых случаях при лечении хронического фарингита требуется оперативное вмешательство.

Ларингит

Ларингит — это воспаление гортани. Встречаются две формы: острая и хроническая. Причинами развития острого ларингита, как правило, являются перенапряжение голоса, переохлаждение или некоторые болезни (грипп, корь, коклюш и т.д.). В процесс может вовлекаться слизистая как всей гортани, так и только некоторых ее участков. В местах воспаления слизистая отекает и приобретает ярко-красный оттенок. В некоторых случаях воспаление гортани может распространяться на слизистую трахеи и приводит к возникновению такого заболевания, как ларинготрахеит. Симптомами острого ларингита являются сухость в горле, першение, боль при глотании, кашель (вначале сухой, затем мокрый), хриплость голоса, иногда отсутствие голоса, небольшое повышение температуры, головная боль. Как правило, острый ларингит проходит через 7-10 дней. В некоторых случаях может привести к таким осложнениям, как перихондрит гортанных хрящей, сепсис и флегмона шеи. Острый ларингит диагностируют

посредством анамнеза, осмотра больного, ларингоскопии, бактериологического исследования соскоба из зева и т.д. Лечение данного заболевания сводится к устранению причин, способствующих его возникновению (курения, громких и долгих разговоров, острой пищи, алкоголя, переохлаждения и т.д.), наложению горчичников или компрессов на грудину и шею, полосканию горла травяными отварами. Как правило, острый ларингит хорошо излечивается, но в некоторых случаях может перейти в хронический.

Различают три формы хронического ларингита: катаральная, гипертрофическая и атрофическая. При катаральной слизистая гортани становится ярко-красной, железы увеличиваются и выделяют большое количество секрета, в слизистой трахеи образуется мокрота. При гипертрофической обнаруживается гиперплазия подслизистой оболочки и эпителия гортани, а на голосовых складках (в случае перенапряжения голоса) образуются узелки. При атрофической слизистая гортани истончается и покрывается корками. Симптомами хронического ларингита являются кашель, першение в горле, хрипота, периодическая потеря голоса. Как правило, в остальном самочувствие больного не ухудшается, хотя в некоторых случаях наблюдается слабость и быстрая утомляемость. Данное заболевание диагностируется посредством анамнеза, ларингоскопии и биопсии (в целях дифференциальной диагностики с опухолями и сифилитическими поражениями гортани). При своевременном выявлении и адекватном лечении катаральный хронический ларингит обычно хорошо излечивается. Гипертрофический и атрофический хронический ларингиты

в большинстве случаев необратимы. Для лечения хронического ларингита используют местные противомикробные средства, антибиотики, общеукрепляющие препараты и физиотерапию. В некоторых случаях при его лечении требуется оперативное вмешательство.

! Лечение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей в целом, без учета особенностей каждой конкретной болезни, сводится к следующим мероприятиям:

- уменьшение отека слизистой и восстановление проходимости дыхательных путей; с этой целью применяют сосудосуживающие средства или деконгестанты;
- применение местных противомикробных средств (мазей, спреев и т.д.), это особенно эффективно на ранних стадиях заболевания, на более поздних стадиях они дополняют и усиливают (а в некоторых случаях и заменяют) антибиотикотерапию;
- подавление патогенной бактериальной флоры (системная антибиотикотерапия);
- устранение застоя слизи (с этой целью используют муколитики на основе карбоцистеина или ацетилцистеина, а также препараты растительного происхождения).

Основой лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей является терапия антибактериальными препаратами. В последние годы используют преимущественно пероральные антибиотики. Как правило, в таких случаях применяют препараты группы цефалоспоринов.

Статья печатается в сокращении.
Список литературы находится в редакции.
Русский медицинский журнал, 2010,
т. 18, № 30

«БИОНОРИКА» ИНФОРМИРУЕТ

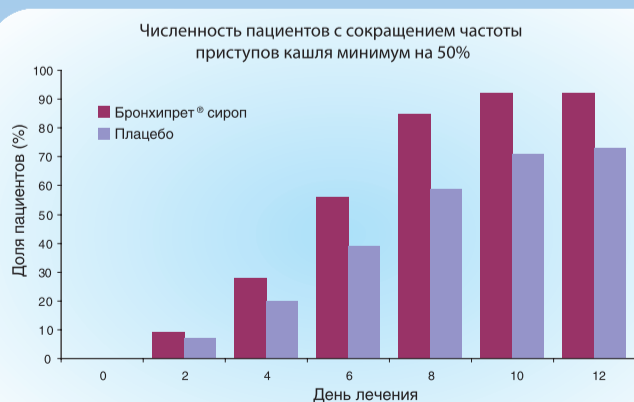


Рис. 1. Тимьян плюс плющ против плацебо

снизить частоту приступов кашля в сравнении с плацебо ($p < 0,001$). Благодаря лечению частота приступов кашля снизилась более чем 3 раза, а при приеме плацебо — лишь в 2 раза. По времени при приеме обеих форм препарата частота приступов кашля снижалась в 2 раза на 2 дня

раньше, чем в группе плацебо (рис. 1). С помощью шкалы BSS (шкала симптомов бронхита) учитывались такие типичные симптомы, как кашель, мокрота, боли в груди при кашле, затрудненность дыхания и хрипы, прослушиваемые при аускультации. При приеме сиропа (ТЕ) показатели по шкале BSS уже на 4-й день упали с 8,2 до 5,1 балла. Вплоть до окончания наблюдений показатели по шкале продолжали снижаться и на 10-й день составили 1,6 балла. В группе плацебо показатели по шкале BSS составили 3,3 балла. Практическое исследование, проведенное с участием пациентов, проходивших лечение в амбулаторных условиях (O. Marzian, 2007), показало, что использование препарата при лечении детей также эффективно.

Комбинированный растительный препарат официально рекомендован к применению

В новом руководстве Немецкого общества пневмологии было рекомендовано использовать в терапии острого кашля не тимьян или плющ в отдельности, а комбинацию из тимьяна и плюща или тимьяна и первоцвета, эффективность которых была клинически доказана (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/020-0031.pdf). Столь однозначная рекомендация основана на исследованиях Б. Кеммериха, в ходе которых проводилось тестирование препарата Бронхипрет®.

Уникальная комбинация растений

Растительный препарат Синупрет® хорошо зарекомендовал себя в терапии синусита. Уникальная комбинация из 5 растений была сертифицирована в соответствии с европейскими медицинскими правовыми нормами. При остром и хроническом риносинусите необходима терапия, которая воздействовала бы как на симптомы, так и на причину заболевания. Научно доказано, что препарат Синупрет® обладает таким комплексным действием.

Синупрет®: борьба с синуситом по 5 направлениям

Риносинусит, как правило, имеет вирусную этиологию и лишь в редких случаях вызывается бактериальной инфекцией. Слизистая оболочка носа отекает вследствие воспалительной реакции, что приводит к блокировке остистых отверстий. Из-за недостаточной вентиляции околоносовых пазух происходит застой секрета. Препарат Синупрет® эффективен как при остром, так и при хроническом риносинусите благодаря 5 растительным экстрактам, входящим в его состав: все 5 растений оказывают секретолитическое действие, поддерживая таким образом мукоцилиарный клиренс. Идеальным дополнением к мощному секретолитическому потенциалу препарата являются противовоспалительные эффекты, вызываемые веществами, входящими в состав цветков первоцвета и травы шавеля. Воспалительный процесс купируется, застоявшийся секрет разжижается и может быть выведен из организма. В результате восстанавливаются вентиляция и дренаж околоносовых пазух. Дыхание пациента становится более свободным, благодаря чему давящая головная