

РА. БОНЦЕВИЧ, к.м.н., О.В. ГОЛОВЧЕНКО, к.м.н., ОГБУЗ «БОКБ Св. Иоасафа»,
Белгородский научно-исследовательский государственный университет

МУКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРЗ У БЕРЕМЕННЫХ

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) являются одной из наиболее распространенных патологий беременных. За период протекания беременности около 2/3 женщин переносят один или несколько эпизодов ОРЗ разной степени выраженности. Значимость и важность изучения данной проблемы связана с тем, что в определенном проценте случаев возбудители ОРЗ могут прямо или косвенно вызывать повреждение плода или нарушать нормальное течение беременности. Являются недостаточно изученными вопросы оптимальной терапии ОРЗ, одним из основных проявлений которых является кашлевой синдром. В работе обсуждаются особенности острых респираторных заболеваний (за исключением пневмонии) у беременных. Приведен опыт собственного применения в комплексной терапии кашлевого синдрома препарата амброксол.

Ключевые слова: ОРЗ, ОРВИ, бронхит, беременность, лечение, кашель, муколитики, амброксол

Современная медицинская наука рассматривает различные вирусные инфекции как одну из основных причин репродуктивных потерь. Вирусные агенты при ОРЗ (ОРВИ) в некоторых случаях могут оказывать непосредственное повреждающее воздействие на плод, кроме того, приводят к комплексным изменениям в реакциях материнского организма, что ведет к осложненному течению беременности [1, 2]. Сами ЛС, применяемые для лечения, могут также вызывать нарушение беременности [3, 4].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболеемость различными острыми инфекциями дыхательной системы (ОРВИ, грипп, фарингит, трахеит, бронхит) составляет, по разным данным, от 50 до 75% в течение беременности. Наиболее часто женщины переносят эпизод(ы) ОРВИ легкой или среднетяжелой формы. До 30% эпизодов беременности сопровождается острым бронхитом. Характерна сезонность заболевания: чаще болеют в осенне-весенний и зимний периоды, в моменты эпидемий ОРВИ/гриппа [2, 5, 6].

ЭТИОЛОГИЯ

Основными возбудителями ОРЗ являются вирусы. Значительная роль принадлежит вирусам гриппа, парагриппа, адено-, рино-, корона- и энтеровирусам. Удельный вес вирусной инфекции возрастает в характерные эпидемические периоды и сезонно. Бактериальная флора также может являться причиной ряда заболеваний: фарингит, ларингит, трахеит, бронхит [5, 7, 8].

ФАКТОРЫ РИСКА

В группу риска инфицирования ОРЗ входят женщины с сопутствующими фоновыми заболеваниями и дисфункци-

ями различных органов и систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной, иммунной). А также часто болеющие ОРЗ лица (три и более раз в предшествующий беременности год), что косвенно подтверждает иммунологическую недостаточность у пациентки (более выраженную, чем естественное снижение иммунитета на фоне нормальной беременности). Для таких лиц характерно затяжное, рецидивирующее течение заболеваний (ринит, фарингит, трахеит, бронхит), наличие очагов хронической инфекции (хронические тонзиллит, синусит, бронхит). Особенно значимая роль в риске развития ОРЗ отводится хронической патологии дыхательной системы, фоновому табакокурению и патологии пищеварительного тракта (дисбактериоз и хронические заболевания кишечника) [5, 6, 9].

ПАТОГЕНЕЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

Возбудитель ОРЗ попадает в организм матери через верхние дыхательные пути, проникает в цилиндрический мерцательный эпителий, где происходит его активная репродукция, которая приводит к повреждению клеток и воспалительной реакции. При тяжелых формах болезни (гриппе) могут быть вовлечены все отделы воздухоносных путей, вплоть до альвеол с развитием осложнений в виде острого бронхита, синусита, отита, пневмонии [10].

Инфекционный агент, вызывающий ОРЗ, может оказывать свое неблагоприятное воздействие как на течение беременности, так и непосредственно на плод (к счастью, это бывает редко). Так, вирусы, вызывающие большую часть ОРЗ (т. е. фактически – это ОРВИ), особенно опасны в 1-м триместре, когда они могут вызывать эмбриопатическое, тератогенное, фетопатическое воздействие и прерывание беременности; а грипп, перенесенный в 1-м триместре, повышает вероятность развития шизофрении у ребенка [8, 11]. На более поздних сроках ОРЗ могут нарушать физиологическое течение беременности, вызывая функциональные нарушения у матери и плода, в некоторых случаях приводить к замиранию

беременности, инфицированию плода с последующими постнатальными проявлениями [2, 12].

В национальном руководстве по акушерству выделяют такие осложнения гестации при ОРЗ: формирование пороков развития (при инфицировании в 1-м триместре беременности — от 1 до 10%), угроза прерывания беременности в 25–50% случаев, внутриутробное инфицирование плода, плацентарная недостаточность с формированием задержки внутриутробного развития и хронической гипоксии плода, отслойка плаценты в 3,2% случаев [10].

В случае бактериального инфицирования при ОРЗ также существуют некоторые риски. Во-первых, косвенные – от нарушения функционального статуса организма матери и плода на фоне данной инфекции. А во-вторых, потенциально возможно непосредственное воздействие бактериального агента на плод при наличии его тропности к репродуктивной системе: трансплацентарное инфицирование с развитием хориоамнионита и поражением плода. Это наиболее вероятно при наличии «атипичных» возбудителей ОРЗ (микоплазмы, хламидии), т. к. родственные им внутриклеточные агенты вызывают и классические урогенитальные и репродуктивные инфекции. Кроме того, определенные риски существуют при наличии стафилококковой, стрептококковой и грам-отрицательной инфекции (*E. coli* и др.).

Выделяют следующие возможные и вероятные механизмы патогенеза нарушений гестации на фоне ОРЗ [1, 8, 9].

1. Иммунотропные изменения организма, возникающие под влиянием инфекции. Обычно это иммунодефицитные изменения, усугубляющие физиологический иммунодефицит беременных. Иногда нарушения могут активировать заболевания, находящиеся до этого в латентной и неактивной форме (бронхиальная астма, аллергии, системные и аутоиммунные заболевания). Активация хронических очагов инфекции, включая внутриматочную.

2. За счет токсического воздействия на эндотелий возможны нарушения системы гемостаза и системы крови, проявляющиеся либо гипо-, либо гиперкоагуляцией, тромбоцитопенией и, следовательно, увеличенным риском кровотечения или тромбозов.

3. Кислородное голодание организма матери и плода, связанное с токсическим воздействием инфекционного агента на ткани дыхательной системы и сосудистое русло.

4. В редких или специфических (как, например, при краснухе) случаях – передача вирусов/бактерий респираторной группы через плаценту от больной матери к плоду с возникновением внутриутробного инфицирования/заболевания.

5. Инфицирование плаценты с возможным развитием хронического воспаления, персистирования инфекции может приводить к формированию структурных изменений плаценты, формированию маточно-плацентарной недостаточности и, как следствие, увеличивать вероятность развития преэклампсии (нефропатии, гестоза 2-й половины беременности).

Особенности течения ОРЗ у беременных женщин

Обычно у беременных имеют место ОРЗ с легким или среднетяжелым течением заболевания. Исключение состав-

ляет грипп, особенно пандемических штаммов, который может протекать в очень тяжелой форме (особенно в 3-м триместре), вызывая респираторный дистресс-синдром, тяжелую дыхательную недостаточность, пневмонию, требовать механической вентиляторной поддержки (ИВЛ). Также для беременных характерно затяжное течение ОРЗ. Основным пролонгированным симптомом является кашлевой, обычно в виде непродуктивного кашля умеренной или незначительной интенсивности, иногда приступообразного характера. Также типичным является длительное недомогание, слабость, утомляемость, диспноэ, субфебрилитет, нестабильное АД, склонностью к гипотонии. В некоторых случаях такие «стертые» симптомы неверно расцениваются лечащими врачами как вегето-сосудистая дистония и т. д. [5, 10].

■ Заболеваемость различными острыми инфекциями дыхательной системы (ОРВИ, грипп, фарингит, трахеит, бронхит) составляет, по разным данным, от 50 до 75% в течение беременности

При ведущем кашлевом симптоме (острый бронхит) можно отметить такие особенности:

1) наличие длительного «инициального» непродуктивного кашля средней или значительной интенсивности, нередко – приступообразного характера;

2) довольно быстрая трансформация в продуктивный на фоне терапии и быстрая (в течение нескольких дней) редукция кашлевого симптома;

3) длительный «остаточный» малопродуктивный кашель умеренной или незначительной интенсивности, с достаточным плохим ответом на типовые «недельные курсы» терапии бронхита (в итоге нередко спустя 3–6 нед. вялотекущих остаточных явлений такие пациентки обращаются за консультацией с направительными диагнозами «хронический бронхит», «БА»).

Таким образом, сама беременность после перенесения ОРЗ обретает ряд особенностей. Наиболее вероятными осложнениями после ОРЗ могут быть [5, 9]:

■ формирование плацентарной недостаточности (отмечается увеличение частоты более чем в два раза), прогрессирование имеющейся хронической плацентарной недостаточности;

■ ранний гестоз (преэклампсия);

■ маловодие (сопутствующий признак плацентарной недостаточности, а также как проявление вирусного поражения фетоплацентарного комплекса);

■ угроза преждевременного прерывания беременности (чаще во 2-м триместре, а именно в период 17–26 нед.); после ОРВИ характерно постоянное течение угрозы прерывания беременности, нечувствительное к проводимой стандартной терапии;

■ задержка внутриутробного роста и внутриутробная гипоксия плода;

- увеличение общей заболеваемости новорожденных;
- гипоксическое поражение ЦНС (наиболее характерно для ОРВИ во 2-м триместре) [1, 8, 9].

ЛЕЧЕНИЕ

Терапия большинства заболеваний у беременных связана с недостатком доказательных данных о безопасности применения значительной части потенциально показанных препаратов. В последние годы создаются попытки мирового научного сообщества создать реестры и базы данных о применении препаратов у беременных. В нашей стране в этом направлении пока делаются только первые шаги, поэтому в практической деятельности врачи и ученые ориентируются на информацию регистра FDA, европейских аналогов, специализированных сайтов (www.reprotox.org, <http://www.motherisk.org>, отечественный проект – babyrisk.info и др.) [4].

Терапия большинства заболеваний у беременных связана с недостатком доказательных данных о безопасности применения значительной части потенциально показанных препаратов

В настоящее время в различных рекомендациях по терапии и профилактике ОРЗ беременных присутствуют следующие основные группы препаратов и средств [5, 6, 8, 11].

1. Профилактическая вакцинация. Рекомендована противогриппозной вакциной при значительном ухудшении эпидемиологической обстановки (или неблагоприятном прогнозе) в мире/регионе для беременных, относящихся к группам риска: страдающие бронхиальной астмой, ХОБЛ, сахарным диабетом, почечной и печеночной патологией, ожирением 3-й степени, иммунодефицитными состояниями, патологией системы крови, рядом неврологических заболеваний, а также при возрасте младше 19 лет. Известно, что максимальный риск заболеть гриппом в среднетяжелой и тяжелой форме приходится на последние – 37–42-ю – недели беременности [11, 12]. Отмечено, что специфическая профилактика гриппа не устраняет риск иных респираторных вирусных инфекций, т. к. доля ОРВИ негриппозной этиологии составляет до 75% даже в эпидемические по гриппу периоды [9, 11].

2. Этиотропные – специфические противовирусные средства: осельтамивир (категория С по FDA), занамивир (категория С по FDA, хотя опыт применения у беременных меньше). Есть отдельные сведения об успешном и безопасном применении отечественного препарата с противовирусной активностью – Арбидола – у беременных [13]. При доказанной или высоковероятной роли бактериального возбудителя заболевания назначаются антибактериальные препараты: в подавляющем большинстве случаев это пенициллины, цефалоспорины (все – категория В) или макро-

лиды (азитромицин или эритромицин – категория В) [3, 4]. Однако для эритромицина после анализа данных Шведского медицинского регистра появились данные об увеличении риска врожденных пороков сердца и пилорического стеноза [3].

3. Патогенетические средства. К таковым можно отнести интерферонсодержащие препараты, которые обладают целым комплексом естественных специфических противовирусных механизмов. Большинство интерферонсодержащих препаратов разрешено к применению у беременных с осторожностью со 2-го триместра. Косвенно к этой группе препаратов будут относиться и индукторы интерферона. Однако сведений об их безопасности недостаточно. На нашем рынке достаточно большой выбор таких средств, однако обычно они являются продукцией мелких производителей, которые, к сожалению, не имеют возможности провести полномасштабные исследования по их безопасности и эффективности. Поэтому такие препараты в данный момент практически отсутствуют в западных странах и не представлены в схемах лечения беременных. С учетом различных проявлений ОРЗ в отношении ряда из них патогенетическими будет ряд других групп лекарственных средств, например, муколитики, бронхолитики и т. д. Однако эти средства традиционно принято рассматривать в рубрике симптоматических средств [6, 7, 11].

Симптоматические средства. К этой многоликой группе средств при ОРЗ во время беременности чаще всего относят такие подгруппы препаратов: жаропонижающие (НПВС), деконгестанты, муколитики и мукорегуляторы, бронхолитики, противокашлевые, антигистаминные и др.

4. Важную роль в терапии большей части ОРЗ играют муколитики и мукорегуляторы, они нормализуют продукцию и выделение мокроты, улучшают проникновение антимикробных средств в очаг воспаления, улучшают качество жизни. Возможно использование бромгексина, ацетилцистеина и амброксола, последний из которых используется наиболее широко благодаря хорошо изученному профилю безопасности, возможности комбинирования любыми основными группами антибиотиков, доступности и эффективности (по инструкции разрешен прием амброксола во 2–3-м триместрах) [4, 17].

5. Из бронхолитиков при необходимости может применяться сальбутамол, а со 2-го триместра – и комбинированный с ипратропием бромидом препарат («Беродуал») [7, 17].

6. Большинство типовых противокашлевых препаратов не рекомендованы либо противопоказаны при беременности (по данным отечественных источников; из-за присутствия в их составе кодеина и др. запрещенных компонентов). Разрешен к применению [17] и достаточно эффективен [14 и по собственным данным] гомеопатический сироп «Стодал». Также возможно применение сиропа подорожника, некоторых грудных сборов (необходимо уточнять их состав) [17]. По зарубежным данным, при наличии упорного кашля на любых сроках допустимо применение декстрометорфана и кодеина. Однако следует помнить о риске воз-

никновения зависимости к данным средствам и опасности угнетения дыхания у новорожденного при приеме кодеина матерью [7].

7. При клинической необходимости допустимо использование пульмотропного противовоспалительного и бронхолитического препарата, блокатора H1-рецепторов – фенспирида [17].

8. Из жаропонижающих средств наиболее безопасным является парацетамол; относительно безопасны в 1-ю половину беременности ибупрофен, диклофенак и индометацин. Однако следует помнить, что НПВС во 2–3-м триместрах могут способствовать преждевременному закрытию артериального протока, появлению у плода стойкой легочной гипертензии; снижению тонуса, возбудимости и сократимости матки, вплоть до остановки родовой деятельности [17, 18].

9. Деконгестанты могут применяться в период беременности, только если ожидаемая польза оправдывает потенциальный риск для плода. Однако на практике они очень часто назначаются и еще чаще используются без согласований с врачом, самостоятельно. Эфедрин, оксиметазолин, фенилэфрин, фенилпропаноламин и псевдоэфедрин относятся к препаратам категории С (т. е. клинические исследования не проводились, а в экспериментах на животных было выявлено их побочное действие на плод). Экспертный совет российских специалистов в составе А.С. Лопатина, И.С. Гущин (Москва) и др. в консенсусе по лечению аллергических ринитов высказались категорически против назначения всех назальных деконгестантов беременным женщинам с любым сроком беременности. По мнению украинских коллег, возможно использование минимальных доз препаратов, если женщина до беременности систематически ими пользовалась («медикаментозный ринит») [7, 19]. Исходя из своего опыта, оптимальным препаратом считаю детские формы оксиметазолина (0,05%), т. е. разведенные в 10 раз по сравнению со взрослыми концентрациями. Это обеспечит их относительно безопасное использование теми женщинами, которые не могут отказаться от данной группы препаратов.

10. К прочим симптоматическим рекомендациям могут относиться такие: 1) санация горла и носа солевыми растворами (морской водой); 2) использование назальных растительных противоконгестивных средств; 3) оросептиков и дезинфицирующих средств при боли в горле; 4) при герпетических высыпаниях этиопатогенетично местное использование мазей (кремов), содержащих ацикловир и интерферон; 5) при аллергических проявлениях – использование антигистаминных препаратов 2-го поколения (лоратадин, дезлоратадин, цетиризин), либо 1-го (мебгидролин, дифенгидрамин), однако у последних больше системных побочных эффектов [4, 5, 17].

11. Гомеопатические средства. Неоднозначная и малоизученная в классической медицине и науке группа средств, с определенным опытом применения у беременных. *Существует опыт использования таких препаратов, как Стодаль, Оциллококцидум, Энгистол, Гирель* [14],

однако это является предметом отдельной дискуссии (статьи).

12. Растительные средства. Несмотря на то, что это самая древняя группа лекарственных средств, она также является недостаточно изученной с позиций доказательной медицины. Более того, в последнее время в отношении ряда растительных препаратов появились данные об их явной или потенциальной опасности при беременности. В данное время большинство растительных ЛС считается малоизученными, а, следовательно, потенциально опасными. Рекомендуется ограничить их использование при беременности [3, 15, 16]. Обсуждение данной группы препаратов также не проводится в данной статье.

При наличии затяжного бронхита эффективными могут быть такие комбинации, основанные на собственном опыте применения: 1) при малопродуктивном кашле – амброксол (10–20 дней) + ацитилцистеин (неск. дней) +/- фенспирид (10–20 дней) +/- грудной сбор (Фитопектол №2), растительный или гомеопатический сироп (сироп подорожника или Стодаль – 1–2 нед.); 2) при продуктивном кашле – амброксол (1–2 нед.) +/- грудной сбор (Фитопектол №1), гомеопатический сироп (Стодаль – 1–2 нед.). Дополнительный эффект можно получить при включении в схему терапии щелочных и/или хвойных ингаляций (5–10 сеансов).

■ Большинство типовых противокашлевых препаратов не рекомендованы либо противопоказаны при беременности (по данным отечественных источников, из-за присутствия в их составе кодеина и других запрещенных компонентов)

■ СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМБРОКСОЛА В ЛЕЧЕНИИ ОРЗ У БЕРЕМЕННЫХ

Цель

Проанализировать эффективность и безопасность назначения препарата амброксол в терапии острого бронхита у беременных 2–3-го триместра.

Материал и методы

В исследование включено 37 беременных: от 17 до 39 лет.

Пациенты наблюдались у врача-терапевта консультативно-диагностического отделения перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ СИ» в течение 2011–2013 гг. В группе 1 (N = 20) применялся препарат Амробене производства «Ratiopharm GmbH»/«Merckle» (Германия) по 30 мг 3 раза в сутки.

В контрольной группе (n = 17) амброксол не применялся. В лечении также использовались разрешенные фитосборы и иные растительные препараты, щелочные ингаляции, свечи с интерфероном, симптоматические средства.

Клиническое наблюдение за динамикой их состояния продолжалось в течение 1,5–3 недель. Производилась балльная оценка следующих клинических симптомов и признаков:

Таблица. Изменение выраженности симптомов и параметров

Симптом (признак)		В начале (1-й день)	7–9-й день	P _{1-7дн}	14–16-й день	P _{1-14дн}	P _{7-14дн}
Кашель	Группа 1	3	1,6 ± 0,2*	<0,05	0,1 ± 0,1*	<0,05	<0,05
	Группа 2	3	2,0 ± 0,3	>0,05	0,3 ± 0,1	<0,05	<0,05
Одышка	Группа 1	0,9 ± 0,1	0,6 ± 0,1	>0,05	0,2 ± 0,1	<0,05	>0,05
	Группа 2	1,0 ± 0,1	0,7 ± 0,1	>0,05	0,3 ± 0,2	<0,05	>0,05
Количество мокроты	Группа 1	1,0 ± 0,2	1,1 ± 0,2	>0,05	0,1 ± 0,1*	<0,05	<0,05
	Группа 2	1,0 ± 0,1	1,2 ± 0,3	>0,05	0,3 ± 0,2	<0,05	<0,05
Вязкость мокроты (сложность отхождения)	Группа 1	2,5 ± 0,3	1,0 ± 0,2*	<0,05	0,1 ± 0,1*	<0,05	<0,05
	Группа 2	2,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3	>0,05	0,3 ± 0,3	<0,05	<0,05
Гнойность мокроты	Группа 1	1,0 ± 0,2	0,4 ± 0,1	>0,05	0,0 ± 0,0	<0,05	>0,05
	Группа 2	1,1 ± 0,3	0,5 ± 0,1	>0,05	0,1 ± 0,0	<0,05	>0,05
Наличие хрипов	Группа 1	3	1,5 ± 0,2*	<0,05	0,2 ± 0,1*	<0,05	<0,05
	Группа 2	3	1,9 ± 0,2	>0,05	0,4 ± 0,1	<0,05	<0,05
Средний интегративный показатель	Группа 1	11,4	6,2	<0,05	0,7*	<0,05	<0,05
	Группа 2	11,5	7,8	<0,05	1,7	<0,05	<0,05
Эффективность лечения (оценка пациента)	Группа 1	–	1,1 ± 0,2*	–	0,2 ± 0,1*	–	<0,05
	Группа 2	–	1,4 ± 0,2	–	0,5 ± 0,2	–	<0,05
Эффективность лечения (оценка врача)	Группа 1	–	1,0 ± 0,2	–	0,1 ± 0,1*	–	<0,05
	Группа 2	–	1,3 ± 0,3	–	0,3 ± 0,1	–	<0,05

* Достоверные различия между группой 1 и группой 2.

кашель, одышка, количество мокроты, вязкость мокроты (сложность отхождения), гнойность мокроты, наличие хрипов в легких. Выраженность субъективных параметров оценивали следующим образом: 0 баллов – отсутствие симптома (признака), 1 – незначительная выраженность, 2 – умеренная, 3 – выраженная [20]. Кроме того, пациенты и врачи оценивали по такой же шкале общую эффективность лечения. Также был рассчитан средний интегративный показатель по совокупности оцениваемых параметров [21].

■ Амбробене – эффективный и безопасный препарат в схеме лечения ОРЗ и остро го бронхита у беременных во 2–3-м триместре

Результаты

В группе 1 на фоне добавления к базисной терапии амброксола отмечено более быстрое регрессирование клинической симптоматики, изменение характера мокроты и ее вязкости, количества, положительная аускультативная динамика. В большинстве случаев к 7-му дню лечения существенно уменьшился кашель, одышка, количество хрипов, облегчилось отхождение мокроты и снизилась ее гнойность. В группе 2 отмечена менее выраженная динамика, частично со статистической достоверностью различий.

Через две недели лечения отмечено достоверное уменьшение интенсивности кашля, одышки, гнойности мокроты, количества хрипов. При этом в группе контроля (группа 2) достоверно хуже была оценка интенсивности кашля и вязкости мокроты. И врачи, и пациенты с одинаковой положительной динамикой отметили эффективность проводимого лечения, выявлены статистически значимые отличия между группами 1 и 2. В группе 1 не было выявлено нежелательных лекарственных реакций, в группе 2 – выявлена одна возможная НЛР. Первоначально планируемое для сравнения количество пациентов группы 2 – 25 – не было достигнуто, т. к. сравнение было досрочно прекращено ввиду достоверно лучших параметров в основной группе. Динамика изменения выраженности симптомов и параметров представлена в таблице.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

- включение в схему комбинированной терапии ОРЗ у беременных препарата Амбробене достоверно уменьшает интенсивность кашля, одышки, количество, вязкость и гнойность мокроты, количество хрипов по прошествии двух недель терапии;
- статистически значимы различия в наличии кашля, количестве, вязкости мокроты, наличии хрипов в легких в динамике в сравнении с группой пациентов без включения Амбробене в комбинированную схему терапии;
- статистически значимы различия в субъективной оценке пациентами эффективности лечения и улучшения в динамике

ке в сравнении с группой пациентов без включения Амбробене в комбинированную схему терапии;
 ■ наличие различных лекарственных форм препарата позволяет оптимизировать схему лечения в зависимости от требований клинической ситуации и модифицировать при необходимости. Возможно проведение ступенчатой терапии (начало с внутривенного введения, переход на таблетированную форму при улучшении состояния);

- «Амбробене» хорошо сочетается со всеми антибиотиками, что очень удобно при их совместном назначении;
- Амбробене – эффективный и безопасный препарат в схеме лечения ОРЗ и острого бронхита у беременных во 2–3-м триместре;
- в нашем анализе не выявлено побочных эффектов при приеме Амбробене.



ЛИТЕРАТУРА

- 1 Darios Getahu, Cade V. Aath, Morga R. Peltier, Joh C. Smulia, Athoy M. Vitzileos Acute ad chroic respiratory diseases i pre-gasy: Associatios with placetal abruption // Am. J. of Obstetrics & Gyecology, Vol. 195, Is. 4. P. 1180–1184. October 2006.
- 2 Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство / под ред. проф. В.К. Чайки. Донецк: ООО «Альматео», 2006.
- 3 Ушакова Е.А. / Безопасность применения лекарственных средств при инфекциях у беременных женщин // Справочник поликлинического врача. 2009. №2 (терапевтическое отделение).
- 4 Елисеева Е.В., Феоктисова Ю.В., Шмыкова И.И. Безопасность фармакотерапии у беременных. 3-е изд., перераб. и доп. Владивосток: Медицина ДВ, 2012.
- 5 Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада - X, 1999.
- 6 Экстрагенитальная патология и беременность: Практическое руководство / под ред. З.Ш. Гилязудиновой. М.: ООО Мед пресс, 1998.
- 7 Кристоф Шефер. Лекарственная терапия в период беременности и лактации: [руководство].
- 8 Малый В.П. Грипп и беременность / В.П. Малый // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2009. №6/7. С. 15–17.
- 9 <http://rybelm.ru/akusherstvo/gripp-i-orvi-u-beremeyih>
- 10 Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. (Серия «Национальные руководства»).

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.

Амбробене
 Жить без кашля правильней!
 “Натюрлих!”*

Амбробене
 амброксол
 сироп 15 мг/5 мл

Отхаркивающее
 муколитическое
 средство

АМБРОБЕНЕ
 амброксол
 сироп 15 мг/5 мл
 Отхаркивающее
 муколитическое средство
 100 мл

Лекарство от кашля для детей
 с 1-го дня жизни.
 Разжижает мокроту,
 способствует ее
 откашливанию

Сделано в
 ГЕРМАНИИ

* Естественно

Реклама
 ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО
 ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ