

А.И. КРЮКОВ<sup>1,2</sup>, д.м.н., профессор, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ<sup>1,2</sup>, д.м.н., профессор, А.Ю. ИВОЙЛОВ<sup>1,2</sup>, д.м.н., Г.Н. ИЗOTOVA<sup>1</sup>, к.б.н., Ю.В. ЛУЧШЕВА<sup>1</sup>, к.м.н., А.И. МАЧУЛИН<sup>1</sup>, к.м.н., В.В. ЯНОВСКИЙ<sup>1</sup>, к.м.н., И.И. АРХАНГЕЛЬСКАЯ<sup>1</sup>, к.м.н., В.Р. ПАКИНА<sup>1</sup>, к.м.н., З.Н. МОРОЗОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

# КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ PELARGONIUM SIDOIDES – EPS® 7630

## В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ АДЕНОТОМИЮ

На базе ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» в отделе ЛОР-патологии детского возраста обследовано и пролечено 200 детей в возрасте от 4 до 12 лет с диагнозом: аденоиды III степени, хронический аденоидит, поступивших для планового хирургического вмешательства – аденотомии.

В зависимости от лечения, проведенного в послеоперационном периоде, сформировано 2 группы больных. Группа I (основная) – 100 детей, которым после аденотомии было проведено консервативное лечение, включавшее: тестируемый/исследуемый препарат Умкалор раствор (per os), схема дозирования: возраст от 4 до 6 лет – по 5–10 капель 3 раза в день, возраст от 6 до 12 лет – по 10–20 капель 3 раза в день; топические деконгестанты (в возрастной дозировке); протеинат серебра (капли в нос в возрастной дозировке); антигистаминные препараты 2–3 поколения (в возрастной дозировке). Группа II (контрольная) – 100 детей, которым после аденотомии было проведено консервативное лечение, включавшее: антибактериальную терапию (в возрастной дозировке) (цефалоспорины 3 поколения); топические деконгестанты (в возрастной дозировке); протеинат серебра (капли в нос в возрастной дозировке); антигистаминные препараты 2–3 поколения (в возрастной дозировке). В обеих группах курс послеоперационной терапии составлял 7 дней. Проведенные клинические исследования показали, что клиническая эффективность препарата Умкалор в составе комплексной терапии у детей после аденотомии, в раннем послеоперационном периоде, заключается в снижении продолжительности реактивных явлений, ускорении заживления послеоперационной раны носоглотки. Комбинированное противовирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, муколитическое и секретомоторное действие препарата позволяет использовать Умкалор в качестве альтернативы антибактериальным препаратам в составе комплексной терапии у детей после аденотомии.

**Ключевые слова:** дети, аденоидные вегетации, аденотомия, Умкалор.

A.I. KRYUKOV<sup>1,2</sup>, MD, Prof., N.L. KUNELSKAYA<sup>1,2</sup>, MD, Prof., A.Yu. IVOILOV<sup>1,2</sup>, MD, G.N. IZOTOVA<sup>1</sup>, PhD in biology, Yu.V. LUCHSHEVA<sup>1</sup>, PhD in medicine, A.I. MACHULIN<sup>1</sup>, PhD in medicine, V.V. YANOVSKY<sup>1</sup>, PhD in medicine, I.I. ARKHANGELSKAYA<sup>1</sup>, PhD in medicine, V.P. PAKINA<sup>1</sup>, PhD in medicine, Z.N. MOROZOVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sverzhveskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow Department of Healthcare

<sup>2</sup> Pirogov Russian National Research Medical University N.I. of the Ministry of Health of Russia

CLINICAL EFFICACY OF PELARGONIUM SIDOIDES - EPS® 7630 IN COMPLEX THERAPY OF CHILDREN WITH CHRONIC ADENOIDITIS, WHO HAS UNDERGONE ADENOIDECTOMY

200 children aged 4 to 12 years diagnosed with grade 3 adenoids, chronic adenoiditis, admitted for routine surgical intervention – adenoidectomy, have been examined and treated in the Pediatric ENT-pathology Department of the Moscow Department of Health L.I. Sverzhveskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute.

2 groups of patients were formed depending on the treatment performed in the postoperative period. Group I (active treatment): 100 children who underwent conservative treatment after adenoidectomy, including: tested/investigational drug – Umkcalor solution (per os), dosing regimen: children aged from 4 to 6 years – 5–10 drops 3 times a day, aged from 6 to 12 years – 10 to 20 drops 3 times a day; topical decongestants (in the age-related dosage); silver proteinate (nasal drops in age-specific doses); second- and third-generation antihistamines (in the age-specific doses). Group II (control): 100 children, who received conservative therapy after adenoidectomy, including: antibacterial therapy (in the age-specific doses) (third-generation cephalosporins); topical decongestants (in the age-specific doses); silver proteinate (nasal drops in age-specific doses); second- and third-generation antihistamines (in the age-specific doses). In both groups, the course of postoperative therapy amounted to 7 days. The clinical studies have shown that in the early postoperative period the clinical efficacy of Umkcalor as part of combined therapy in children, who underwent adenoidectomy, involves reducing the duration of reactive events, accelerating the healing of the postoperative nasopharynx wound. The combined antiviral, antibacterial, immunomodulatory, anti-inflammatory, mucolytic and secretory-motor effect of the drug allows Umkcalor to be used as an alternative to antibacterial drugs as part of combined therapy in children who underwent adenoidectomy.

**Keywords:** children, adenoid vegetations, adenoidectomy, Umkcalor.

Гипертрофия аденоидных вегетаций (АВ, глоточной или носоглоточной миндалины) является наиболее распространенной патологией в структуре ЛОР-заболеваний детского возраста.

Проблема патологии АВ приобретает в последние годы большое медико-социальное значение, т. к. распространен-

ность ее неуклонно растет. F. Levy отмечает, что АВ в 1950–1960 гг. встречались у 4–16% детей, в 1970–1980 гг. – у 9,9–29,2%, а к 1999 г. – уже у 37–76% детей. Исследования, проведенные в отделе ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ в 2015 г. показали, что в структуре ЛОР-патологии детского воз-

раста на долю АВ приходится 46%, а в структуре заболеваемости верхних дыхательных путей – 81%.

На фоне сниженной реактивности организма ребенка, носящей врожденный или приобретенный характер, при непосредственном длительном воздействии инфекционного агента в лимфаденоидной ткани носоглотки развивается воспалительный процесс, постепенно переходящий в хронический, что приводит к гипертрофии АВ, формированию хронического аденоидита (ХА) и назофарингеальной обструкции. Нарушение носового дыхания, негативное влияние АВ не только на анатомические структуры, находящиеся рядом, но и на психофизическое развитие ребенка, существенно ухудшают его качество жизни, что приводит к возникновению социально-психологических проблем у детей и их родителей.

Лечение патологии глоточной миндалины в детском возрасте подразделяется на консервативное и хирургическое. Надо отметить, что различают «истинную» и «ложную» гипертрофию глоточной миндалины. «Истинная» гипертрофия обусловлена гиперплазией лимфоидной ткани. В этом случае ребенку показано хирургическое лечение – аденотомия.

«Ложная» гипертрофия глоточной миндалины характеризуется отеком лимфоидной ткани носоглотки, угнетением мукоцилиарной системы респираторного тракта, активацией условно патогенной флоры, т. е. развитием ХА. При этом глоточная миндалина увеличена в размерах и ошибочно принимается оториноларингологами за «истинную» гипертрофию. В связи с этим производится необоснованная аденотомия, тогда как можно сохранить этот иммунокомпетентный орган носоглотки, проведя курс консервативного лечения.

При изучении микробного пейзажа носоглотки доминирующее значение в развитии хронического воспаления в АВ принадлежит бактериальной флоре, на долю которой приходится до 96% (остальное – аденовирусы и грибы). Бактериальная флора в основном представлена следующими видами бактерий: *Staph. aureus*, *Str. pyogenes*, *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*. Аденовирусы представлены серотипами 1, 2, 5 и 6 типов, а грибковая флора преимущественно представлена дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Аденотомии составляют основной объем хирургических вмешательств в детской оториноларингологии. Наиболее часто после аденотомии может активизироваться «дремлющая» инфекция в носоглотке, вызывая осложнения инфекционного происхождения, т. е. обострение ХА. В этом случае в течение продолжительного периода времени у детей отмечаются реактивные воспалительные изменения в носоглотке, в области послеоперационной раны, при этом отмечаются затрудненное носовое дыхание, слизисто-гнойное и гнойное отделяемое из носа и задней стенки ротоглотки, повышение температуры тела, болевой синдром и т. д. Необходимость использования антибактериальной терапии в послеоперационном периоде у этого контингента больных не вызывает сомнения. Однако в связи с растущей резистентностью патогенной микрофлоры к применяемым на сегодняшний день известным антибактериальным препаратам становится

актуальным поиск новых антибактериальных препаратов, не применявшихся для этих целей ранее.

В последние годы в медицине все чаще стали использоваться препараты на основе трав и растений – фитопрепараты. Достоинством современной фитотерапии является низкий риск развития побочных эффектов. Большинство из этих препаратов хорошо переносятся больными, с меньшими нежелательными последствиями, чем фармацевтические препараты химического происхождения [1]. Одним из важных факторов выбора является относительно низкая стоимость фитопрепаратов – они стоят значительно меньше лекарственных средств. Фитотерапия должна хорошо сочетаться с любой фармакотерапией, повышая ее эффективность и уменьшая риск возникновения побочных эффектов.

Таким фитопрепаратом для лечения воспалительной патологии АВ является известный в России препарат Умкалор, предназначенный для лечения заболеваний верхних дыхательных путей. Умкалор – уникальное лекарственное средство растительного происхождения фирмы Dr. Willmar Schwabe (Германия), в состав которого входит оригинальный экстракт из корней южноафриканского растения *Pelargonium sidoides* – EPs® 7630. Умкалор активирует противовирусные защитные механизмы организма, положительно влияя на неспецифическую иммунную реакцию посредством стимуляции фагоцитоза и регуляции активности специфических субстанций хемотаксиса, является индуктором продукции цитокинов (интерферона). Препарат обладает антибактериальным действием, предупреждает присоединение вторичной инфекции; увеличивает частоту движения ресничек, оказывая секретомоторный эффект. Многочисленные клинические исследования препарата Умкалор, проведенные в разных странах мира, продемонстрировали его высокую эффективность и безопасность при лечении заболеваний ЛОР-органов, инфекций верхних дыхательных путей и бронхита как у взрослых, так и у детей старше 1 года [2–4]. Большинство исследований показали превосходный профиль безопасности препарата, что позволяет использовать Умкалор в течение длительного времени, а также для профилактики обострений хронических инфекций респираторного тракта [5, 6].

Таким образом, комбинированное антивирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, муколитическое и секретомоторное действие Умкалора делают его привлекательным для терапии заболеваний органов дыхания у детей с атопией, поскольку проблема снижения медикаментозной нагрузки у данной группы пациентов является весьма актуальной.

Противопоказаниями к применению препарата Умкалор являются гиперчувствительность пациента к компонентам препарата, склонность к кровотечениям, тяжелые заболевания печени и почек, период беременности и лактации.

В связи с этим целью исследования явилась оценка клинической эффективности и влияния препарата Умкалор (*Pelargonium sidoides* – EPs® 7630) в составе комплексной терапии на течение после операционного периода после аденотомии у детей с ХА.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского» в отделе ЛОР-патологии детского возраста обследовано и пролечено 200 детей в возрасте от 4 до 12 лет с диагнозом: аденоиды III степени, хронический аденоидит, поступивших для планового хирургического вмешательства – аденотомии.

### Критерии включения:

1. Дети с диагнозом: аденоиды, после аденотомии.
2. Клинические симптомы хронического аденоидита, подтвержденные результатами микробиологического и гистологического исследований.
3. Возраст от 4 до 12 лет.
4. Подписанное информированное согласие родителей.

### Критерии исключения:

1. Возраст детей до 4 лет и после 12 лет.
2. Грибковый и аллергический аденоидит.
3. Наличие аллергических реакций в анамнезе (атопический дерматит, поллиноз и т. д.).
4. Любое хроническое соматическое заболевание.

В зависимости от лечения, проведенного в послеоперационном периоде, было сформировано 2 группы больных.

**Группа I (основная)** – 100 детей, которым после аденотомии было проведено консервативное лечение, включавшее: тестируемый/исследуемый препарат – Умкалор раствор (per os) (схема дозирования: возраст от 4 до 6 лет – по 5–10 капель 3 раза в день, возраст от 6 до 12 лет – по 10–20 капель 3 раза в день); топические деконгестанты (в возрастной дозировке); протеинат серебра (капли в нос в возрастной дозировке); антигистаминные препараты 2–3 поколения (в возрастной дозировке).

**Группа II (контрольная)** – 100 детей, которым после аденотомии было проведено консервативное лечение, включавшее: антибактериальную терапию (цефалоспорины 3 поколения в возрастной дозировке); топические деконгестанты (в возрастной дозировке); протеинат серебра (капли в нос в возрастной дозировке); антигистаминные препараты 2–3 поколения (в возрастной дозировке).

В обеих группах курс послеоперационной терапии составлял 7 дней.

На догоспитальном этапе диагностический алгоритм включал: сбор жалоб и анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, эндоскопию полости носа и носоглотки, лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови), микробиологическое исследование (микологическое и бактериологическое) отделяемого с поверхности глоточной миндалины.

Аденотомию проводили всем детям (200) под эндотрахеальным наркозом, классическим способом, под контролем жесткого эндоскопа 0<sup>0</sup> или 30<sup>0</sup>.

В послеоперационном периоде диагностический алгоритм включал: сбор жалоб детей или их родителей, оториноларингологический осмотр, эндоскопию полости носа и носоглотки, интраоперационное гистологическое исследование.

План визитов в послеоперационном периоде включал:

*Визит 1 (1-й день):* аденотомия, оценка состояния после аденотомии. После оценки состояния пациентов

выписывали с рекомендациями, выдавая препарат родителям для дальнейшего применения в домашних условиях (первичный прием – в вечернее время).

*Визит 2 (2-й день), визит 3 (3-й день), визит 4 (4-й день), визит 5 (5-й день), визит 6 (6-й день):* телефонный звонок перед утренним и вечерним приемом препарата – констатация жалоб родителей на течение послеоперационного состояния ребенка, эффективности и переносимости препарата (в домашних условиях).

*Визит 7 (7-й день):* осмотр пациента в клинике.

*Визит 8 (10-й день):* финальная оценка состояния пациента. Осмотр в клинике.

Динамику основных жалоб (затруднение носового дыхания, выделения из носа, повышение температуры тела, боль в горле) оценивали на основании ежедневного опроса родителей пациентов, начиная со 2-х послеоперационных суток по 7-е включительно, и во время финального осмотра на 10-е сутки после хирургического вмешательства. Анализ полученных результатов проводили с использованием балльной оценки: «0» – отсутствие жалоб и/или симптомов, «1» – незначительно выраженные жалобы и/или симптомы, «2» – умеренно выраженные жалобы и/или симптомы, «3» – выраженные жалобы и/или симптомы, «4» – сильно выраженные жалобы и/или симптомы.

На 7-е и 10-е сутки после оперативного вмешательства оценивали состояние слизистой оболочки полости носа и носоглотки (гиперемия, отек, наличие фибрина, отделяемое), проводя оториноларингологический осмотр и эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки согласно разработанной шкале от 0 до 3 баллов. При этом 0 баллов означало отсутствие реактивных явлений, фибрина в носоглотке; 1 балл – реактивные явления выражены слабо: незначительный отек слизистой оболочки полости носа, незначительное количество слизистого отделяемого в носовых ходах, незначительное количество фибрина в носоглотке, задняя стенка ротоглотки гиперемирована; 2 балла – выражены умеренно: умеренный отек слизистой оболочки полости носа, умеренное количество фибрина в носоглотке, спускающегося по задней стенке ротоглотки, умеренное количество слизисто-гнояного отделяемого в носовых ходах; 3 балла – выражены сильно: выраженный отек слизистой оболочки полости носа, обильный фибрин в носоглотке, спускающийся по задней стенке ротоглотки, обильное количество гнойного отделяемого в носовых ходах.

Безопасность препарата Умкалор оценивали по его переносимости, обострениям аллергических заболеваний, развитию аллергических и других побочных реакций. При анализе переносимости препарата Умкалор использовали градации: очень хорошая, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная. В целом по интегральной шкале IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale) родители пациентов оценивали удовлетворенность результатами лечения препаратом Умкалор (полностью удовлетворен, удовлетворен, отношусь нейтрально, неудовлетворен, крайне неудовлетворен).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Положительные результаты на фоне применения препарата Умкалор отмечены у всех пациентов основной группы.

На 2-е сутки после хирургического лечения родители всех пациентов основной (I) и контрольной (II) групп предъявляли жалобы на выделения из носа слизистого характера, затруднение носового дыхания, боль в горле, фебрильную или субфебрильную температуру.

На 3-е сутки после операции субфебрильная температура сохранялась у 34 (34%) детей I группы и 52 (52%) детей II группы, фебрильная – у 10 (10%) и 20 (20%) детей соответственно. На боль в горле предъявляли жалобы дети обеих групп. У пациентов I группы она была незначительно выражена у 73 (73%), умеренно выражена – у 27 (27%). Среди пациентов II группы – незначительно выражена у 24 (24%), умеренно выражена – у 28 (28%), выражена – у 48 (48%). Затруднение носового дыхания, выделения из носа слизисто-гнойного характера были выражены у всех детей в обеих группах.

На 4-е сутки после операции субфебрильная температура сохранялась у 19 (19%) детей I группы и у 59 (59%) детей II группы, фебрильная – у 13 (13%) детей II группы. У 54 (54%) пациентов I группы боль в горле отсутствовала, незначительно выражена у 35 (35%) детей, умеренно выражена – у 11 (11%). У 15 (15%) детей II группы боль в горле отсутствовала, незначительно выражена – у 55 (55%), умеренно выражена – у 17 (17%), выражена – у 13 (13%). В I группе затруднение носового дыхания незначительно выражено у 21 (21%) ребенка, у 69 (69%) – умеренно выражено, у 10 (10%) – выражено. Во II группе затруднение носового дыхания умеренно выражено у 45 (45%) детей, у 55 (55%) – выражено. Выделения из носа слизисто-гнойного характера в I группе незначительно выражены у 12 (12%) детей, умеренно выражены – у 68 (68%), выражены – у 20 (20%), среди детей II группы – умеренно выражены у 45 (45%), выражены – у 55 (55%).

На 5-е сутки после операции у детей I группы температуры отмечено не было. Во II группе субфебрильная температура сохранялась у 24 (24%) детей. У 93 (93%) пациентов I группы боль в горле отсутствовала, незначительно выражена – у 7 (7%). У 69 (69%) детей II группы боль в горле отсутствовала, незначительно выражена – у 31 (31%). В I группе затруднение носового дыхания незначительно выражено у 85 (85%) детей, у 15 (15%) – умеренно выражено. Во II группе затруднение носового дыхания незначительно выражено у 27 (27%) детей, умеренно выражено – у 59 (59%), у 14 (14%) – выражено. Выделения из носа слизистого характера в I группе незначительно выражены у 33 (33%) пациентов, умеренно выражены – у 60 (60%), выражены – у 7 (7%). Во II группе выделения из носа слизисто-гнойного характера умеренно выражены у 77 (77%), выражены – у 23 (23%).

На 6-е сутки после операции у детей обеих групп температуры отмечено не было. У всех пациентов I группы боль в горле отсутствовала. У 95 (95%) детей II группы боль в горле отсутствовала, незначительно выражена – у 5 (5%). В I группе затруднение носового дыхания отсутствовало у

# УМКАЛОР

## Umckalor®

Клинически доказанная  
эффективность при  
респираторных  
инфекциях

Тройной механизм  
действия:

противовирусный,  
антибактериальный  
и секретомоторный  
эффекты



Для взрослых и  
детей с 1 года

 УМКАЛОР



Представительство командитного товарищества  
«Доктор Вильмар Швабе ГмБХ & Ко. КГ»  
119435, Москва, Большой Саввинский пер, д.12, стр.16  
Тел.: +7 (495) 665-16-92/93  
Факс: +7 (495) 665-16-94  
www.schwabe.ru  
www.umkalor.ru

**Таблица. Сравнительная оценка динамики жалоб детей (их родителей), перенесших аденоотомию**

Сутки после операции	Повышение температуры тела		Боль в горле		Затруднение носового дыхания		Выделения из носа	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
2-е	100	100	100	100	100	100	100	100
3-и	44	72	100	100	100	100	100	100
4-е	19	72	46	85	100	100	100	100
5-е	-	24	7	31	100	100	100	100
6-е	-	-	-	5	63	100	100	100
7-е	-	-	-	-	13	100	15	100
10-е	-	-	-	-	-	-	-	-

37 (37%) детей, у 63 (63%) – умеренно выражено. Во II группе затруднение носового дыхания незначительно выражено у 49 (49%) детей, умеренно выражено – у 41 (41%), у 10 (10%) – выражено. Выделения из носа слизистого характера в I группе незначительно выражены у 76 (70%) детей, умеренно выражены – у 24 (24%). Во II группе выделения из носа слизистого характера умеренно выражены у 21 (21%) пациента, слизисто-гнойного характера – умеренно выражены у 75 (75%), выражены – у 4 (4%).

На 7-е сутки после операции у детей обеих группы температура и боль в горле отсутствовали. В I группе затруднение носового дыхания отсутствовало у 87 (87%) детей, у 13 (13%) – умеренно выражено. Во II группе затруднение носового дыхания отсутствовало у 41 (41%) ребенка, незначительно выражено – у 42 (42%) детей, умеренно выражено – у 17 (17%). Выделения из носа слизистого характера не отмечены у 85 (85%) пациентов I группы, незначительно выражены – у 13 (15%) детей. Во II группе выделения из носа слизистого характера умеренно выражены у 63 (63%) пациентов, слизисто-гнойного характера – умеренно выражены у 30 (30%), выражены – у 7 (7%).

Полное восстановление носового дыхания, купирование выделений из носа в основной и контрольной подгруппах установлены при осмотре через 10 дней после операции. Сравнительная оценка динамики жалоб детей (их родителей), перенесших аденоотомию, представлена в *таблице*.

Объективная оценка реактивных явлений со стороны слизистой оболочки полости носа и носоглотки на 7-е сутки после оперативного вмешательства у пациентов I группы выявила незначительный отек слизистой оболочки полости носа, незначительное количество слизистого отделяемого в носовых ходах у 15 (15%) детей. Отсутствие реактивных явлений, фибрина в носоглотке отмечено у всех детей данной группы. Во II группе реактивные явления со стороны слизистой оболочки полости носа имели более выраженный характер и отмечены у всех пациентов. При этом у 71 (71%) ребенка отмечен отек в области послеоперационной раны носоглотки (при отсутствии фибрина). У 32 (32%) детей отек сочетался с остатками фибринозного налета.

Объективная оценка реактивных явлений со стороны слизистой оболочки полости носа и носоглотки на 10-е

сутки после оперативного вмешательства у пациентов I группы выявила отсутствие реактивных явлений в полости носа и носоглотке у всех детей. Во II группе реактивные явления со стороны слизистой оболочки полости носа не были отмечены у всех пациентов. Однако у всех пациентов этой группы наблюдался незначительный отек (остаточные явления) слизистой оболочки носоглотки.

Как показали наши исследования, Умкалор обладает хорошей переносимостью. В ходе исследования нежелательных побочных реакций, в т. ч. и аллергических, у детей I группы выявлено не было. Случаев отказа от приема

препарата Умкалор не зафиксировано. Практически все родители пациентов I группы (99%) удовлетворены результатами лечения (полностью удовлетворены – 67%, удовлетворены – 32%); 1 (1%) – отнесся нейтрально.

## ВЫВОДЫ

1. Клиническая эффективность препарата Умкалор в составе комплексной терапии у детей после аденоотомии, в раннем послеоперационном периоде, заключается в снижении продолжительности реактивных явлений, ускорении заживления послеоперационной раны носоглотки.
2. Комбинированное противовирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, муколитическое и секретомоторное действие препарата позволяет использовать Умкалор в качестве альтернативы антибактериальным препаратам в составе комплексной терапии у детей после аденоотомии.
3. Случаев обострения аллергических заболеваний, нежелательных побочных реакций при использовании препарата Умкалор не зарегистрировано.
4. В связи с быстрой регрессией симптомов при применении препарата Умкалор сокращаются сроки лечения данного контингента больных.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Ильенко Л.И., Парфенова А.О., Сырьева Т.Н., Гаращенко Т.И. Опыт применения препарата Умкалор при заболеваниях ЛОР-органов у детей. *Педиатрическая фармакология*, 2007, 5: 36-38.
2. Чучалин А.Г., Берман Б., Лемахер В. Лечение острого бронхита у взрослых экстрактом пеларгонии сидовидной (*Pelargonium sidoides*) (EPs® 7630): рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. *Пульмонология*, 2007, 6: 49-55.
3. Bereznoy V, Riley D, Wassmer G, Heger M. Efficacy of extract of *Pelargonium sidoides* in children with acute non-group A beta-hemolytic *Streptococcus tonsillopharyngitis*; a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alternative Therapies*, 2003, 9(5): 68-79.
4. Daschner F, Bachert C. Press Conference: Common cold today – chronic sinusitis tomorrow? *Forschung und Praxis, Aerzte-Zeitung*, 2005, 24/417: 14-15.
5. Heger M. Efficacy and safety of an extract of *Pelargonium sidoides* in the Treatment of the Common Cold. A multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. Poster presentation, First International Conference on Natural Products and Molecular Therapy, Cape Town, South Africa, 2005.
6. Matthey H, Eisebitt R, Seith B, Heger M. Efficacy and safety of an extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) in adults with acute bronchitis. *Phytomedicine*, 2003, 10(Suppl. IV): 7-17.