

## ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НЕКОДЕЇНВІСНОГО ПРЕПАРАТУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ДІЇ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ЗАЛЕЖНОСТІ ЧАСТОТИ ЗАСТОСУВАННЯ АНАЛЬГЕТИКІВ У ПАЦІЄНТІВ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ВТРУЧАННІ НА ГРУДНІЙ КЛІТЦІ ВІД ЧАСТОТИ ТА ІНТЕНСИВНОСТІ КАШЛЮ

Ю.В. Івашко, С.С. Сас, Ю.І. Лиховський

**Резюме.** У переважній більшості пацієнтів за допомогою терапії L-клоперастином у вигляді препарату «Привітус» у режимі середньотерапевтичної добової дози (106,2 мг/добу), на фоні основної терапії, впродовж 1–5 діб лікування вдалося досягти значного зниження частоти застосування анальгетиків на фоні зниження післяопераційного симптому сухого кашлю за частотою та інтенсивністю. Отримані результати дають можливість простежити пряму залежність між зниженням частоти та інтенсивності кашлю і зниженням частоти застосування анальгетиків, а також досить високу ефективність L-клоперастину, що в свою чергу дозволяє рекомендувати препарат «Привітус» для лікування симптому сухого кашлю як допоміжну терапію пацієнтам хірургічного стаціонару в післяопераційному періоді.

**Ключові слова:** симптом сухого кашлю, препарат «Привітус», протикашльові препарати, анальгетики.

**Актуальність.** Пацієнти торакального хірургічного стаціонару, в переважній більшості, мають хвороби, які потребують хірургічного лікування (що передбачає застосування анальгетиків у післяопераційному періоді). Також при зборі анамнезу одним із симптомів є саме сухий кашель. У той же час проблема сухого кашлю набула глобального масштабу, оскільки цей симптом може бути ознакою гострої та хронічної патології різних органів та систем (ЛОР-органів, патології дихальної та ШКТ систем) або ж наслідком лікування як побічна реакція застосування деяких препаратів (використання групи β-блокаторів у лікуванні хвороб серцево-судинної системи) і зустрічається у пацієнтів усіх вікових категорій. Через дуже обмежений вибір відповідних протикашльових лікарських засобів, в основному кодеїнівмісних, які мають властивості пригнічення дихального центру, в цьому дослідженні було вирішено використати некодеїнівмісний препарат центральної дії L-клоперастин у вигляді препарату «Привітус» у режимі середньотерапевтичної добової дози (106,2 мг/добу). Для обґрунтування актуальності цього дослідження та вибору його предметом саме залежності частоти застосування анальгетиків від частоти та інтенсивності кашлю слід більш детально зупинитися

на фізіологічних аспектах виникнення кашльового рефлексу та його біомеханіки.

Насамперед, кашель є однією з найважливіших захисних реакцій організму, а також важливим та інформативним показником проблем в організмі. Це досить складний рефлекторний акт з формуванням складної рефлекторної дуги.

Рефлекторна дуга складається з 5-ти ланок:

- 1) сприймальний апарат (рецептори);
- 2) нервові волокна, що проводять збудження в центральну нервову систему (чутливі, доцентрові, аферентні);
- 3) нервові центри, де відбуваються обробка і перемикання збудження з чутливих нервових клітин на рухові;
- 4) рухові (відцентрові, еферентні) нервові волокна, по яких імпульси надходять до робочих органів (ефекторів);
- 5) робочий орган – м'яз, залоза тощо.

Аферентна частина рефлекторної дуги кашльового рефлексу утворена волокнами трійчастого, язикоглоткового, верхнього гортанного та блукаючого нервів. Кашльовий рефлекс зазвичай ініціюється стимуляцією чутливих нервових закінчень носа, додаткових пазух носа, гортані, голосових зв'язок, глотки, трахеї та її біфуркації, плеври, бронхів, перикарду, діафрагми, дистальної частини стравоходу та шлунка, слухового проходу.

Кашльові рецептори, що локалізуються в дихальних шляхах, представлені двома типами нервових закінчень: ірритантні рецептори (розташовані в проксимальних відділах респіраторного тракту) відповідають на механічні, термічні та хімічні подразники; С-рецептори (розташовані в дистальних відділах респіраторного тракту) реагують на різноманітні протизапальні агенти: брадикінін, простагландини, субстанцію Р та ін. Імпульс, що виникає при подразненні рефлексогенних зон, передається через аферентні волокна в кашльовий центр, який розташований у продовгуватому мозку.

За простою схемою біомеханіка кашльового акту виглядає як трьохетапний процес:

Фази кашлю:

фаза вдиху;

фаза посиленого видиху при початковому короткому закриванні голосової щілини;

відкриття голосової щілини. Потім високий тиск у грудній клітці та легенях дуже швидко виштовхує повітря з характерним звуком.

Пацієнти, що потребували хірургічного втручання на грудній клітці, одним із провідних симптомів мали сухий кашель, який був викликаний основним та/або супутнім захворюванням, а також безпосередньо хірургічним втручанням (подразнення органів, в яких містяться кашльові рецептори). Під час операції виникає пошкодження органів-ефекторів, що супроводжується вираженим больовим синдромом, особливо під час кашльового акту в післяопераційному періоді, що в свою чергу призводить до збільшення потреби пацієнтів у знеболюючій терапії та частоти застосування анальгетиків.

Саме тому метою нашого дослідження стало вивчення ефективності некодеїнвісного препарату центральної дії *L*-клоперастину у вигляді препарату «Привітус» при дослідженні залежності частоти застосування анальгетиків від частоти та інтенсивності кашлю у пацієнтів у післяопераційному періоді, яким було виконано хірургічне втручання на грудній клітці; динаміки продуктивності та тривалості кашлю; безпеки застосування препарату, в тому числі у хворих з алергічними реакціями в анамнезі.

**Мета дослідження** пов'язана з необхідністю зменшення частоти (кількості) застосуван-

ня анальгетиків при досягненні однаково позитивного терапевтичного ефекту у пацієнтів у післяопераційному періоді з синдромом сухого кашлю з метою профілактики виникнення побічних реакцій та медикаментозного навантаження (поліпрагмазії).

**Матеріали та методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань нами в стаціонарних умовах було обстежено 80 пацієнтів працездатного віку з різними гострими запальними хворобами дихальних шляхів, які з різних причин супроводжувалися симптомом сухого кашлю. Серед обстежених нами осіб було 29 жінок (36,25%) та 51 чоловік (63,75%). Вік обстежених коливався від 18 до 62 років.

Як вказувалося вище, нами вивчалась ефективність застосування *L*-клоперастину у вигляді препарату «Привітус» у пацієнтів із симптомами сухого кашлю в післяопераційному періоді; динаміка частоти та інтенсивності кашлю, частоти введення анальгетиків; безпека застосування препарату, в тому числі у хворих з алергічними реакціями в анамнезі, протягом I, III, V діб. Діюча речовина досліджуваного препарату «Привітус» – *L*-клоперастин. Це протикашльовий засіб переважно центральної дії, яка полягає в селективному інгібуванні кашльового нервового центру і не супроводжується пригніченням дихальних центрів. Крім того, за рахунок інгібування вивільнення запальних медіаторів і наявності антибронхоспастичної, міорелаксантичної й антисеротонінової дії препарату притаманна седативна дія щодо периферичної нервової системи, яка підтримує кашльові стимули. Зокрема, препарат позитивно впливає на патології, що супроводжуються бронхоспазмом і запаленням – явищами, які сприяють появі і тривалому збереженню кашльового рефлексу.

Дослідження проводилося відповідно до вимог Хельсінкської декларації (WMA, 1964 р.) та Декларації про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів у Європі (WHO/EURO, 1994 р.).

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були:

ознайомлення пацієнта з протоколом дослідження;

отримання його згоди на участь у дослідженні;

особи у віці 18 років і старше;

пацієнти, яким проводилося хірургічне лікування (операція) на грудній клітці;

наявність симптомів сухого кашлю.

Усі пацієнти були розділені на дві групи по 40 осіб. У першу (основну) групу пацієнтів було включено 27 чоловіків (67,5%) та 13 жінок (32,5%). В другу (контрольну) групу пацієнтів було включено 24 чоловіки (60%) і 16 жінок (40%). Всі пацієнти першої групи, крім основного лікування (антибактеріальна та знеболююча терапія), отримували препарат «Прівітус». Пацієнти другої (контрольної) групи на фоні основного лікування будь-які протикашльові лікарські засоби не вживали.

Розклад і процедури візитів включали оцінку симптомів сухого кашлю пацієнтами за частотою та інтенсивністю і частоту призначень анальгетиків лікарями за допомогою опитувальника (табл. 1).

Оцінка ефективності лікування та частоти призначення анальгетиків пацієнтам проводилася за допомогою опитувальника та на візитах до лікарів на I, II, III, V добу вживання.

**Результати та їх обговорення.** Динаміка результатів пацієнтів першої (основної) групи, які як протикашльовий препарат вживали «Прівітус», отриманих за допомогою опитувальника, представлена в табл. 2. Динаміка результа-

тів другої (контрольної) групи пацієнтів, які не вживали протикашльові препарати, отримана за тим же принципом, представлена в табл. 3. Загальна динаміка результатів пацієнтів першої групи представлена в табл. 4. Загальна динаміка результатів пацієнтів другої групи представлена в табл. 5. Так, наведені дані демонструють, що при першому візиті у хворих першої групи на 3 основних питання (табл. 4) середня кількість балів, отриманих при опитуванні, складала від  $2,8 \pm 0,85$  до  $2,95 \pm 0,81$  у порівнянні від  $2,87 \pm 0,72$  до  $3,07 \pm 0,69$  у хворих другої групи, що свідчить про однакові прояви явища сухого кашлю та потребу в анальгетиках. Однак на другу добу вдалося засвідчити зниження потреби в анальгетиках залежно від проявів симптому сухого кашлю за частотою та інтенсивністю у пацієнтів першої групи. Так, середня кількість балів, отриманих при опитуванні хворих першої групи на II візиті на 3 основних питання, складала вже від  $1,82 \pm 0,63$  до  $2,00 \pm 0,71$  (табл. 4), тоді коли середня кількість балів, отриманих при опитуванні хворих другої групи на II візиті на 3 основних питання, складала ще від  $2,25 \pm 0,66$  до  $2,62 \pm 0,66$  відповідно (табл. 5). Значне зниження потреби в анальгетиках (0–1 раз за добу) відносно вихідного у переважній більшості пацієнтів першої групи (у 32 з 40, або 80%) спосте-

Таблиця 1

Анкета-опитувальник хворого за наявності сухого кашлю

		I доба вживання препарату	II доба вживання препарату	III доба вживання препарату	V доба вживання препарату
1. У середньому протягом доби як часто Вас турбував кашель?	Ніколи (0 разів за добу) Інколи (2–5 разів за добу) Багато разів (5–10 разів за добу) Дуже часто (10–20 разів за добу) Не міг/могла спати/працювати через кашель				
2. У середньому протягом доби наскільки інтенсивним був кашель?	Відсутність кашлю Дуже слабкої інтенсивності кашель Слабкої інтенсивності кашель Помірної інтенсивності кашель Дуже сильна інтенсивність кашлю				
3. Частота застосування анальгетиків	Ніколи (0 разів за добу) – 0 1 раз на добу – 1 2 рази на добу – 2 3 рази за добу – 3 4 рази та більше за добу – 4				

Таблиця 2

## Результати опитувальників пацієнтів, які вживали «Прівітус» як протикашльовий препарат

Частота кашлю	I доба вживання препарату		II доба вживання препарату		III доба вживання препарату		V доба вживання препарату	
	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%
Ніколи (0 разів за добу) – 0	0	0	0	0	4	10	7	17,5
Інколи (2–5 разів за добу) – 1	2	5	9	22,5	19	47,5	28	70
Багато разів (5–10 разів за добу) – 2	8	20	23	57,5	17	42,5	5	12,5
Дуже часто (10–20 разів за добу) – 3	20	50	7	17,5	0	0	0	0
Не міг спати/працювати через кашель (більше 20 разів за добу) – 4	10	25	1	2,5	0	0	0	0
Інтенсивність кашлю	I доба вживання препарату		II доба вживання препарату		III доба вживання препарату		V доба вживання препарату	
	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%
Відсутність кашлю – 0	0	0	0	0	4	10	8	20
Дуже слабкої інтенсивності кашель – 1	2	5	12	30	29	72,5	30	75
Слабкої інтенсивності кашель – 2	9	22,5	23	57,5	7	17,5	2	5
Помірної інтенсивності кашель – 3	23	57,5	5	12,5	0	0	0	0
Сильна інтенсивність кашлю – 4	6	15	0	0	0	0	0	0
Потреба в анальгетиках	I доба вживання препарату		II доба вживання препарату		III доба вживання препарату		V доба вживання препарату	
	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%
Ніколи (0 разів за добу) – 0	0	0	0	0	5	12,5	13	32,5
1 раз за добу – 1	3	7,5	15	37,5	25	62,5	21	52,5
2 рази за добу – 2	10	25	20	50	10	25	6	15
3 рази за добу – 3	18	45	5	12,5	0	0	0	0
4 рази та більше за добу – 4	9	22,5	0	0	0	0	0	0
Усього хворих	40	100	40	100	40	100	40	100

рігалось вже через 3 доби терапії, а у пацієнтів другої групи, які не вживали протикашльові засоби, спостерігалась менш виражена позитивна динаміка в потребі призначення анальгетиків (0–1 раз за добу) (у 3 з 40, або 7,5%) відповідно. На V добу лікування спостерігалась суттєва різниця залежності призначення анальгетиків від прояву кашльового рефлексу між обома групами пацієнтів у післяопераційному періоді. Так, середня кількість балів, отриманих при опитуванні хворих першої групи на IV візиті на 3 основних питання, складала вже від  $0,37 \pm 0,62$  до  $0,95 \pm 0,55$  (табл. 4), тоді коли середня кількість балів, отриманих при опитуванні хворих другої групи на IV візиті на 3 основних питання,

складала ще від  $1,52 \pm 0,67$  до  $1,52 \pm 0,67$  відповідно (табл. 5). Слід підкреслити, що різниця у вираженості симптомів між I візитом та II, III і V добою (2–4 візити) терапії була достовірною щодо всіх симптомів ( $p < 0,05$ ).

Слід відзначити, що протягом дослідження всі пацієнти дотримувалися правильного дозування всіх препаратів. Спостерігався контрольований дослідниками комплаєнс при проведенні лікування, а також висока суб'єктивна оцінка курсу терапії з боку пацієнтів, яка відобразилась в зниженні частоти та інтенсивності кашлю, а як наслідок – частоти застосування анальгетиків. Слід підкреслити, що всі пацієнти та лікарі відзначили хорошу і дуже хорошу

## Результати опитувальників пацієнтів, які не вживали протикашльові препарати

Частота кашлю	I доба вживання препарату		II доба вживання препарату		III доба вживання препарату		V доба вживання препарату	
	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%
Ніколи (0 разів за добу) – 0	0	0	0	0	2	5	4	10
Інколи (2–5 разів за добу) – 1	2	5	3	7,5	3	7,5	11	27,5
Багато разів (5–10 разів за добу) – 2	7	17,5	10	25	26	65	25	62,5
Дуже часто (10–20 разів за добу) – 3	25	62,5	26	65	9	22,5	0	0
Не міг спати/працювати через кашель (більше 20 разів за добу) – 4	6	15	1	2,5	0	0	0	0
Інтенсивність кашлю	I доба вживання препарату		II доба вживання препарату		III доба вживання препарату		V доба вживання препарату	
	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%
Відсутність кашлю – 0	0	0	0	0	1	2,5	3	7,5
Дуже слабкої інтенсивності кашель – 1	3	7,5	5	12,5	5	12,5	11	27,5
Слабкої інтенсивності кашель – 2	8	20	20	50	31	77,5	26	65
Помірної інтенсивності кашель – 3	17	42,5	15	37,5	3	7,5	0	0
Дуже сильна інтенсивність кашлю – 4	12	30	0	0	0	0	0	0
Потреба в анальгетиках	I доба вживання препарату		II доба вживання препарату		III доба вживання препарату		V доба вживання препарату	
	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%	к-сть хворих	%
Ніколи (0 разів за добу) – 0	0	0	0	0	0	0	1	2,5
1 раз на добу – 1	1	2,5	2	5	3	7,5	11	27,5
2 рази на добу – 2	5	12,5	18	45	30	75	27	67,5
3 рази за добу – 3	24	60	19	47,5	7	17,5	1	2,5
4 рази та більше за добу – 4	10	25	1	2,5	0	0	0	0
Усього хворих	40	100	40	100	40	100	40	100

переносимість всіх препаратів. Побічні ефекти фармакотерапії в зазначені терміни спостереження нами не відзначалися.

Отже, призначення протикашльового засобу *L*-клоперастин у вигляді препарату «Прівітус» у режимі середньотерапевтичної добової дози (106,2 мг/добу) дозволило у пацієнтів у післяопераційному періоді після проведення втручань на грудній клітці з явищами сухого (рефлекторного) кашлю досягти за короткий час необхідного зниження призначення анальгетиків, зменшити медикаментозне навантаження на пацієнта і знизити ризик розвитку можливих побічних ефектів фармакотерапії.

Перевагами застосування цього препарату є доступна форма вживання (у вигляді сиропу) та приємні смакові властивості, що значно краще, ніж таблетовані та ампульовані форми ліків; можливість застосування препарату у дитячому віці з 2-х років; можливість більш гнучкого дозування при використанні (наявність дозуючої ложки), а також, зокрема, за рахунок інгібування вивільнення запальних медіаторів і наявності антибронхоспастичної, міорелаксантичної й антисеротонінової дії та в селективному інгібуванні кашльового нервового центру, яка не супроводжується пригніченням дихальних центрів.

Таблиця 4

## Загальні результати опитувальників пацієнтів, які вживали «Привітус» як протикашльовий препарат

Номер запитання	І доба вживання препарату	ІІ доба вживання препарату	ІІІ доба вживання препарату	ІV доба вживання препарату
	середня кількість			
1. Частота кашлю	2,95 ± 0,81	2,00 ± 0,71	1,32 ± 0,65	0,95 ± 0,55
2. Інтенсивність кашлю	2,82 ± 0,74	1,82 ± 0,63	1,07 ± 0,52	0,85 ± 0,48
3. Потреба в анальгетиках на добу	2,8 ± 0,85	1,85 ± 0,73	1,07 ± 0,57	0,37 ± 0,62

Таблиця 5

## Загальні результати опитувальників пацієнтів, які не вживали протикашльові препарати

Номер запитання	І доба вживання препарату	ІІ доба вживання препарату	ІІІ доба вживання препарату	ІV доба вживання препарату
	середня кількість			
1. Частота кашлю	2,87 ± 0,72	2,62 ± 0,66	2,05 ± 0,71	1,52 ± 0,67
2. Інтенсивність кашлю	2,95 ± 0,9	2,25 ± 0,66	1,9 ± 0,54	1,57 ± 0,63
3. Потреба в анальгетиках на добу	3,07 ± 0,69	2,47 ± 0,64	2,1 ± 0,49	1,7 ± 0,56

## Висновок

Таким чином, використання *L*-клоперастину у вигляді препарату «Привітус» з метою лікування хворих у післяопераційному періоді після проведення втручань на грудній клітці з явищами сухого (рефлекторного) кашлю виявилось ефективним і безпечним та привело до значного зниження частоти застосування анальгетиків у післяопераційному періоді. Отримані в ході дослідження результати дозволяють ре-

комендувати *L*-клоперастин у вигляді препарату «Привітус» як допоміжний засіб для пригнічення кашльового рефлексу у пацієнтів хірургічного стаціонару в післяопераційному періоді після проведення втручань на грудній клітці з метою зниження частоти застосування анальгетиків та як допоміжну терапію для лікування хворих, які страждають від симптомів сухого кашлю.

## Список використаної літератури

1. Баранова И.С. Навязчивый кашель // Качество жизни. Профилактика. – 2007. – № 2.
2. Волков А.В. Противокашлевые, муколитические и отхаркивающие средства. Что выбрать? // РМЖ. – 2008. – Т. 16. – № 4.
3. Гембицкая Т.Е. Дифференциальный подход к лечению кашля / Т.Е. Гембицкая, А.Г. Черменский // Справочник поликлинического врача. – 2008. – № 12.
4. Mansfeld H.-J., Hohre H., Repges R., Dethlefsen U. // MMW, 1998, 140, 26–30, Vol. 3.
5. Irwin R.S., Boulet L-P., Cloutier M.M. et al. Managing cough as a defence mechanism and as a symptom: a consensus panel report of the American College of Chest Physicians. Chest 1998; 114 Suppl 2: 133S–81S.
6. French C.L., Irwin R.S., Curley F.J. et al. The impact of chronic cough on quality of life. Arch InternMed 1998; 158: 1657–61.
7. Irwin R.S., Curley F.J., Bennett F.M. Appropriate use of antitussives and protussives: a practical review. Drugs 1993; 46 (1): 80–90.
8. Candiani C., Savio G.C., Gussanti E.E. Cloperastine. In: Braga P.C., Allegra L., editors. Textbook of cough. New York: Raven Press, 1988: 191–200.
9. Takagi K., Yuizono T., Kase Y. Investigation on the site of antitussive action of 1-[2(alfa-(chlorophenyl) benzyhoxy. ethyl] piperidine (HT-11). J Pharm Soc Japan 1967; 87/8: 907–14.

10. Scotti L., Borzani M. Cloperastine fendizoate in the treatment of cough-producing diseases in pediatrics. *Minerva Pediatr* 1988; 40 (5): 283–6.

11. Olivieri D., Del Donno M., Ferraro E. Effect of cloperastine on muco-ciliary clearance. *ArchMonaldi* 1983; 38 (5–6): 219–23.

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОДЕИНВМЕСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА  
ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЗАВИСИМОСТИ ЧАСТОТЫ  
ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЬГЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ  
ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОТ ЧАСТОТЫ  
И ИНТЕНСИВНОСТИ КАШЛЯ**

**Ю.В. Івашко, С.С. Сас, Ю.І. Лиховський**

**Резюме.** У подавляющего большинства пациентов с помощью терапии L-клоперастином в виде препарата «Привитус» в режиме среднетерапевтической суточной дозы (106,2 мг/сут), на фоне основной терапии, в течение 1–5 суток лечения удалось достичь значительного снижения частоты применения анальгетиков на фоне снижения послеоперационного симптома сухого кашля по частоте и интенсивности. Полученные результаты дают возможность проследить прямую зависимость между снижением частоты и интенсивности кашля и снижением частоты применения анальгетиков, а также достаточно высокую эффективность L-клоперастина, что в свою очередь позволяет рекомендовать препарат «Привитус» для лечения симптома сухого кашля как вспомогательную терапию пациентам хирургического стационара в послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** симптом сухого кашля, препарат «Привитус», противокашлевые препараты, анальгетики.

**EFFECTIVENESS STUDY OF NON-CODEINE CENTRAL ACTING MEDICINE  
BY THE DEPENDENCE STUDY OF THE ANALGESICS APPLICATION FREQUENCY  
BY PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD, BY THE SURGICAL TREATMENT  
OF THE CHEST, BY THE FREQUENT AND INTENSIVE COUGH**

**Y. Ivashko, S. Sas, Y. Lyhovskyy**

**Summary.** Through the L-Cloperastine therapy in the form of the medicine «Privitus» with the average daily dose (106.2 mg/day) as addition to the main therapy within 1–5 days of treatment we succeeded to achieve significant reduction of analgesics use frequency by the most of patients by reduction of the postoperative symptoms of dry cough in frequency and intensity. The results demonstrate the direct dependence between the decrease of the cough frequency and intensity and decrease of the analgesics use frequency, as well as quite high efficiency of L-Cloperastine. That's why Privitus can be recommended for the treatment of dry cough symptom as additional therapy for patients of surgery departments in the postoperative period.

**Keywords:** dry cough symptom, Privitus, antitussive drugs, analgesics.