

# Возможности фитотерапии в лечении обструктивного бронхита у детей: современные научные данные

**Б**лагодаря эффективности, безопасности и новым возможностям создания стандартизированных препаратов на растительной основе фитотерапия занимает все более значимое место в современной медицинской практике. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 75% больных целесообразно лечить препаратами растительного происхождения, при этом задача медицинской общественности – обеспечить интеграцию фитотерапии в систему здравоохранения. Одной из важных ниш применения современных растительных препаратов является лечение бронхитов у детей.

В лечении бронхитов у детей большое значение имеет безопасность медикаментозной терапии, в связи с этим широко используются препараты растительного происхождения. В данном контексте следует отметить, что растительное происхождение препарата еще не гарантирует его полную безопасность для ребенка, особенно раннего возраста. Так, препараты на основе ипекакуаны, термопсиса усиливают рвотный и кашлевой рефлекс, поэтому у детей первого года жизни с поражением ЦНС не следует использовать указанные средства, поскольку они могут стать причиной аспирации, асфиксии, образования ателектазов, а также усиления связанной с кашлем рвоты. При подборе фитопрепарата необходимо обязательно учитывать возможные побочные влияния растительных компонентов, а также их взаимодействие.

К другим недостаткам фитопрепаратов относят невозможность точного прогнозирования действия данных медикаментов, обусловленную колебаниями содержания активных компонентов. Это, в свою очередь, связано с различиями в условиях выращивания растительного сырья, сложностями стандартизации содержания активных компонентов, использованием различных по эффективности методик получения экстрактов. Анализ биохимического профиля лекарственных растений показал, что содержание биологически активных веществ в разных экземплярах, собранных в дикой природе, может колебаться в 2-4 раза даже при условии произрастания на одной местности. Помимо того, растительное сырье, выращенное в проблемной в экологическом отношении местности, может быть загрязнено токсичными для человека веществами.

Использование современных технологий в производстве средств на основе лекарственных растений позволило фитотерапии выйти на качественно новый уровень. Реализация концепции фитониринга, внедренной компанией «Бионорика СЕ», позволяет получить фитопрепарат со стандартизованным содержанием активных компонентов и нивелировать риск появления других недостатков. Указанная концепция подразумевает изучение растительных действующих веществ и максимально полное использование их потенциала с помощью инновационных технологических процессов и современных методов исследования (О. Сергиенко, 2011).

## Основные принципы фитониринга

Основные принципы фитониринга включают селекцию и выращивание

растительного сырья в стандартизованных условиях экологически чистых регионов Европы и о. Майорки; стандартизацию процесса производства с применением сертифицированных технологий на всех этапах изготовления фармацевтической продукции; применение высокоэффективных технологий экстрагирования, позволяющих предотвратить количественные и качественные изменения активных компонентов; соблюдение принципов научной доказательности при оценке эффективности и безопасности препаратов, включая проведение крупных клинических исследований надлежащего дизайна, предоставляющих статистически достоверные сравнительные данные (В.В. Бережной, Н.П. Гяделова, 2010).

Следование перечисленным принципам позволяет получать фитопрепараты, не уступающие по эффективности синтетическим представителям соответствующей группы и одновременно обладающие хорошей переносимостью, безопасные в применении.

При создании фитотерапевтического препарата Бронхипрет по технологии фитониринга специально для лечения кашля использовались комбинации лекарственных трав, издавна известных своими терапевтическими свойствами. В состав комбинированного препарата Бронхипрет в лекарственной форме сиропа или капель входят жидкие стандартизованные растительные экстракты травы тимьяна (BNO 1561) и листьев плюща (BNO 1511), а в состав препарата Бронхипрет ТП (таблетки, покрытые оболочкой) – сухие специальные экстракты травы тимьяна (BNO 1018) и корня первоцвета (BNO 1535), стандартизованные по содержанию основных биологически активных веществ. Указанные комбинации активных компонентов позволяют достичь максимальной эффективности за счет подтвержденного исследованиями синергизма действия.

## Комплексная терапия бронхитов с использованием фитониринговых препаратов

На сегодняшний день доказательная база, свидетельствующая о высокой эффективности Бронхипрета при бронхитах у детей и взрослых, является весьма внушительной и включает целый ряд исследований отечественных и зарубежных групп. Например, С. Ismail и соавт. подтвердили, что Бронхипрет в терапии неосложненного бронхита по клинической эффективности не уступает синтетическим муколитикам, и отметили более выраженную тенденцию в отношении

улучшения клинических результатов при применении фитопрепарата. Отмечено также, что у взрослых побочные реакции при терапии неосложненного бронхита препаратом Бронхипрет возникали значительно реже, чем при применении амброксола и ацетилцистеина (E. Ernst et al., 1997).

Большой интерес представляют возможности использования препарата Бронхипрет в составе комплексной терапии острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста. В свете обсуждаемой темы показательны данные исследования В.М. Дудник (2012), в рамках которого были комплексно обследованы 60 детей в возрасте от 1 до 3 лет с установленным диагнозом острого обструктивного бронхита. Из них в возрасте 1-2 лет в исследование были включены 45 (75%) детей, в возрасте 2-3 лет – 15 (25%); в исследовании принимали участие равное количество мальчиков и девочек. У всех детей острый обструктивный бронхит развивался на фоне острой респираторной вирусной инфекции, проявлявшейся гипертермией, кашлем, насморком, гиперемией слизистой оболочки миндалин и задней стенки глотки. Проявления обструктивного синдрома в виде одышки экспираторного или смешанного характера отмечались у всех детей. Все участники исследования были госпитализированы в ранние сроки от начала заболевания (1-3 сут). Хронические очаги инфекции в виде хронического тонзиллита, аденоидных вегетаций I-III ст. были выявлены у 34 (56,7%) детей. Критериями включения в исследование были подтвержденный диагноз острого обструктивного бронхита (оценка не менее 5 баллов по шкале активности бронхита, в среднем  $12 \pm 1,5$  балла, что свидетельствует о средней степени тяжести бронхита), согласие родителей.

Диагноз основывался на данных анамнеза, клинической картине заболевания, данных лабораторных исследований. В сомнительных случаях проводилась рентгенография органов грудной клетки. При наличии наследственной

и врожденной патологии органов дыхания, клинически значимых врожденных аномалий развития внутренних органов, дыхательной недостаточности III ст., аллергических проявлений на отдельные компоненты препарата либо в случае использования системных кортикостероидов в комплексной терапии заболеваний органов дыхания пациенты в исследование не включались.

Комплексная терапия предполагала назначение антибактериальных препаратов, антигистаминных средств, бронхолитиков, секретолитиков и биопрепаратов. Антибактериальная терапия (7-10 сут), антигистаминные средства и биопрепараты были назначены в среднетерапевтических дозах в зависимости от конкретной клинической ситуации. Выраженные проявления обструктивного синдрома требовали использования препаратов неотложной терапии (сальбутамол через небулайзер в течение 3-4 дней). В зависимости от того, какой секретолитический препарат был назначен в комплексной терапии острого обструктивного бронхита, участники исследования были рандомизированы на 2 группы. Пациенты основной группы принимали Бронхипрет, группы сравнения – синтетический муколитик амброксол. Бронхипрет был назначен в стандартных возрастных дозировках: сироп 3 р/сут по 1 капле на 1 кг веса ребенка плюс 10 капель. Поскольку исследование проводилось у детей раннего возраста, использовали доступную лекарственную форму – сироп Бронхипрет, разрешенный к применению начиная с первого года жизни. Амброксол (сироп) в группе сравнения назначался детям до 2 лет по 7,5 мг 2 р/сут, в возрасте старше 2 лет – 7,5 мг 3 р/сут. Продолжительность лечения определялась динамикой клинических и параклинических показателей и составила 10-14 дней. Для оценки эффективности терапии в группах в качестве клинических критериев определяли степень выраженности и продолжительность интоксикационного синдрома, характер температурной кривой, характер кашля по частоте дневных и ночных приступов и отхождению мокроты (согласно шкале активности бронхита BAS, American pulmonary college, 2007), выраженность одышки. Также учитывали данные перкуссии и аускультации легких, результаты лабораторного исследования (гемограмма), содержание С-реактивного белка и иммуноглобулина E

Таблица. Динамика содержания С-реактивного белка и IgE у детей на фоне комплексной терапии острого обструктивного бронхита

Показатель	Основная группа		Группа сравнения	
	Начало заболевания	10-й день заболевания	Начало заболевания	10-й день заболевания
С-реактивный белок, мг/л	5,6±0,06	2,1±0,02*	5,3±0,04	2,4±0,02*
IgE, МЕ/мл	118±6,9	84±4,7*	121±7,1	81±3,9*

\* Различия достоверны относительно начала лечения (p<0,05).

в сыворотке крови. Безопасность и переносимость препарата оценивали по наличию/отсутствию побочных эффектов. Наблюдение за пациентами проводили в течение 10-14 дней пребывания в стационаре. На 3-й, 5-й и 10-й день госпитализации осуществляли контроль клинического состояния пациентов, на 5-й и 10-й день – контроль лабораторных показателей.

При включении в исследование гипертермия отмечалась у 71,7% детей, у 95% и 5% детей была одышка экспираторного и смешанного характера соответственно, у всех больных наблюдался частый сухой малопродуктивный кашель. Перкуторно над легкими определялся коробочный оттенок легочного звука, аускультативно на фоне жесткого дыхания отмечались влажные разнокалиберные и сухие свистящие хрипы. В начале заболевания в гемограмме у 46 (76,7%) детей имели место умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, у 36 (60%) пациентов было зафиксировано повышение СОЭ в пределах от 15 до 28 мм/ч. При биохимическом исследовании сыворотки крови содержание С-реактивного белка составляло  $5,6 \pm 0,06$  мг/л (при норме до 4 мг/л), при иммунологическом исследовании содержание IgE составило  $118 \pm 6,9$  МО/мл (при норме  $86,4 \pm 2,6$  МО/мл).

**В основной группе на фоне приема препарата Бронхипрет в составе комплексной терапии на 3-й день отмечалось усиление влажного кашля и отхождения слизистой мокроты у 28 (93,3%) пациентов. На 5-й день лечения (на 2-3 дня раньше, чем в группе сравнения) количество мокроты уменьшалось, что свидетельствует о снижении выраженности воспалительных процессов с явлениями экссудации в бронхах. Также у 26 (86,7%) детей снизилась активность кашля как днем, так и в ночное время. При этом отмечено, что эффективность терапии была тем выше, чем более выраженными были клинические проявления бронхита исходно.**

На 10-й день терапии кашель был полностью ликвидирован у 26 (86,7%) детей основной группы, у 4 (13,3%) участников отмечался кашель минимальной интенсивности с незначительным количеством слизистой мокроты. В группе сравнения усиление влажного кашля на 3-й день наблюдалось у 27 (90%) больных, но количество отделяемой мокроты, как уже было отмечено выше, уменьшалось медленнее. На 10-й день терапии кашель устранен у 24 (80%) детей контрольной группы, у 6 (20%) пациентов наблюдались приступы кашля слабой интенсивности с незначительным количеством мокроты. Динамика параклинических показателей свидетельствовала о нормализации количества лимфоцитов, нейтрофилов и эозинофилов на 5-й и 10-й день лечения у 2 (6,7%) и у 24 (80%) детей основной группы соответственно, тогда как в группе сравнения указанное явление отмечалось у 1 (3,3%) и 26 (86,7%) пациентов соответственно. Динамика содержания С-реактивного белка и IgE приведена в таблице.

В основной группе у 24 (80%) детей на 10-й день лечения отмечалась нормализация показателей содержания С-реактивного белка, у 28 (93,3%) – IgE. Подобная динамика наблюдалась и у участников группы сравнения: нормализация показателей содержания С-реактивного белка на 10-й день

имела место у 23 (76,7%) детей, снижение уровня IgE – у 29 (96,7%). Переносимость препарата Бронхипрет была удовлетворительной, нежелательных лекарственных явлений в виде аллергических реакций, дисфункции желудочно-кишечного тракта не наблюдалось.

#### Выводы

Результаты исследования свидетельствуют о том, что комплексная терапия с применением препарата Бронхипрет была эффективной у 90% детей, страдающих острым обструктивным бронхитом, а удовлетворительный результат лечения был достигнут практически у всех обследованных. В целом эффективность использования Бронхипрета в качестве секретолитика можно сравнить с таковой амброксола. Показано, что

использование препарата Бронхипрет значительно снижает интенсивность кашля, улучшает дренажную функцию трахеобронхиального дерева и способствует отхождению мокроты, что было выявлено у 86,7% детей основной группы уже на 3-5-е сутки лечения. Было отмечено более быстрое (на 2-3 дня) уменьшение количества мокроты в сравнении с таковым на фоне амброксола, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном действии Бронхипрета. Помимо этого, в основной группе в результате терапии Бронхипретом наблюдалось угнетение явлений гиперэкссудации слизистой оболочки бронхиального дерева. В исследовании было отмечено, что лекарственная форма сиропа с приятным вкусом удобна для использования


у детей. Отсутствие в составе препарата Бронхипрет сахарозы позволяет без дополнительных ограничений назначать его лицам, страдающим сахарным диабетом либо такими наследственными заболеваниями, как синдром нарушения всасывания глюкозы-галактозы и др., поскольку 1 таблетка, 1 доза сиропа или капель на 1 прием содержат менее 0,03 хлебной единицы.

**Авторы исследования делают вывод, что оптимальное соотношение высокой эффективности, переносимости и безопасности применения позволяет рекомендовать Бронхипрет для лечения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.**

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Катерина Котенко**



3v





# Bionorica®

## Кашель? Бронхит?

# Бронхипрет®

-  **полегшує відкашлювання<sup>1</sup>**
-  **усуває запалення<sup>2</sup>**
-  **зменшує напади кашлю<sup>3</sup>**

## Розкриваючи силу рослин

**Бронхипрет®. Показання для застосування:** лікування запальних захворювань верхніх та нижніх дихальних шляхів, зокрема гострого та хронічного бронхіту, що супроводжується утворенням мокротиння та кашлем. **Дозування:** Бронхипрет® сироп 50мл, 100 мл. Діти від 1 року до 5 років – 3,2 мл. 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 4,3 мл. 3 рази на день. Діти від 12 років та дорослі 5,4 мл 3 рази на день. Бронхипрет® табл. № 20, № 50. Діти від 12 років та дорослі приймають по 1 таблетці на 3 рази на день. **Противопоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** не рекомендується застосовувати під час вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: у поодиноких випадках підвищена чутливість шкіри, шлункові розлади та алергічні реакції.

1. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхипрет» Medical Nature, №7/2011 стр. 23-26. Ізмаїл та інші співавтори, Бронхипрет при гострому бронхіті, 2003, 171-175; Нові можливості застосування секретолітиків в комплексній терапії гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку (В.Дуднік), «Сучасна педіатрія» 2 (42) / 2012.

2. Дані наукової брошури, озвучені на Європейській конференції «Запальні захворювання», Регенсбург, 1998 р.

3. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхипрет» Medical Nature, № 7/2011 стр. 23-26.

**Бронхипрет® таблетки:** Р.П. № UA/8674/01/01 від 18.07.2013 р. **Бронхипрет® сироп:** Р.П. № UA/8673/02/01 від 18.07.2013 р.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.