

Л.И. Вакуленко, И.И. Самохина

*ГУ «Днепропетровская
медицинская академия
МЗ Украины»*

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО БРОНХИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА БРОНХИПРЕТ®

Резюме

Большинство мукоактивных препаратов, применяемых при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ), эффективно облегчают отхаркивание, однако лишены противовирусного действия и способности влиять на инфекционный процесс. Растительный препарат комплексного действия Бронхипрет®, помимо выраженного секретолитического и отхаркивающего действия, обладает эффектом ингаляции изнутри, обусловленным выделением через легкие тимолового компонента эфирного масла экстракта чебреца.

Ключевые слова

Эпителий дыхательных путей, ОРВИ, насморк и малопродуктивный кашель, мукоактивные препараты, Бронхипрет®.

Приступы непродуктивного или малопродуктивного кашля ухудшают качество жизни ребенка, приводят к нарушению сна, иногда вызывают рвоту и тяжело переносятся как самим пациентом, так и окружающими. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), сопровождающиеся кашлем с затрудненным отхаркиванием без аускультативных признаков острого бронхита (клиника назофарингита, назоларинготрахеита, назофаринготрахеита), – частая клиническая ситуация в амбулаторной практике, которая в случае неблагоприятного течения болезни в ближайшей перспективе может привести к распространению воспалительного процесса или развитию осложнения в виде острого бронхита.

Большинство мукоактивных препаратов, применяемых в подобных случаях, эффективно облегчают отхаркивание, однако лишены противовирусного действия и способности влиять на инфекционный процесс. Отсутствуют также данные, касающиеся способности секретолитиков препятствовать распространению инфекции на нижние отделы респираторного тракта.

В связи с этим большой интерес представляет растительный препарат Бронхипрет® компании «Бионорика», обладающий, помимо выраженного секретолитического и отхаркивающего действия, эффектом ингаляции изнутри, обуслов-

ленным выделением через легкие тимолового компонента эфирного масла экстракта чебреца. Данный дополнительный эффект обуславливает противовирусные, антибактериальные и противовоспалительные свойства специального экстракта травы чебреца (BNO 1561) – одного из активных веществ комбинированного препарата Бронхипрет®. Другой компонент – специальный экстракт листьев плюща (BNO 1511), стандартизованный по содержанию биологически активных веществ, – обеспечивает синергизм секретолитического, бронхолитического и противовоспалительного свойств чебреца.

Фитопрепарат обладает обширной доказательной базой применения в педиатрической практике. Европейские плацебо контролируемые клинические исследования E-Bro-1 и E-Bro-3, в которых изучалась клиническая эффективность препарата Бронхипрет® при остром бронхите, получили высшую оценку экспертов Германской ассоциации педиатров и врачей семейной медицины за оптимальный дизайн и качество проведения (соответствие критериям GCP и JADAD для рандомизированных плацебо контролируемых исследований).

Помимо этого, рядом авторов (Х. Измаил, Г. Виллер, Х. Штайндль) была показана сопоставимая с синтетическими секретолитиками (амброксолом

и ацетилцистеином) клиническая эффективность Бронхипрета в лечении острого бронхита при лучшем профиле безопасности, благодаря чему этот препарат был включен в официальные протоколы лечения данной патологии в педиатрической и пульмонологической практике в Германии.

Вместе с тем исследования, касающиеся применения Бронхипрета при острой инфекции верхних дыхательных путей (ОИВДП), сопровождающиеся кашлем, и его способности предупреждать распространение воспалительного процесса на нижние отделы респираторного тракта, ранее не проводились. Данные, подтверждающие противовирусное и антибактериальное действие, предоставлены только по результатам доклинических исследований.

Исходя из этого, **целью нашей работы** был анализ исходов ОРВИ с кашлем (фаринго/ларинготрахеит), сопровождающимся затрудненным отхаркиванием на фоне отсутствия аускультативных признаков острого бронхита, при применении Бронхипрета (с первых 48 часов заболевания) и стандартных секретолитиков (амброксола, ацетилцистеина, карбоцистеина).

Материалы и методы

В открытом сравнительном многоцентровом рандомизированном исследовании с 2 терапевтическими группами было обследовано 288 детей, получавших амбулаторное лечение в марте – апреле 2012 г. в 6 поликлинических отделениях детских лечебно-профилактических учреждений (гг. Днепропетровск, Кривой Рог, Полтава). Возраст участников составлял от 3 до 18 лет. Критерием включения был установленный диагноз ОРВИ, сопровождающийся кашлем с затрудненным отхаркиванием без аускультативных признаков острого бронхита (соответствие клинической картине фаринго/ларинготрахеита) в первые 48 ч от начала заболевания. После обращения все дети получали полный комплекс обследования и лечения согласно принятым протоколам и стандартам. Терапия ОИВДП, кроме общих рекомендаций по уходу, в зависимости от клинической картины включала назначение жаропонижающих средств, назальных деконгестантов, полоскания горла, ирригации носовой полости раствором морской соли, мукоактивных препаратов для обеспечения отхаркивания и т. д. В зависимости от выбранного мукоактивного средства все дети были разделены на 2 параллельные группы (по 144 ребенка в каждой), сопоставимые по возрасту и полу. Распределение в группы проводилось методом простой рандомизации с помощью таблицы случайных чисел.

Дети основной группы принимали симптоматические, общеукрепляющие средства и растительный препарат комплексного действия Бронхипрет® в качестве секретолитика. Участники группы контро-

ля получали схожее лечение с включением стандартных синтетических секретолитиков (амброксола, бромгексина, карбоцистеина) – см. рисунок.

В исследование не включались пациенты с длительностью заболевания более 2 сут., аускультативными признаками острого бронхита, хронической бронхолегочной патологией, бактериальными осложнениями ОРВИ со стороны ЛОР-органов, а также дети, принимавшие иммуноактивные, противовирусные или антибактериальные препараты в последние 30 дней до начала исследования. Другими критериями исключения выступали изменение основного диагноза в ходе проведения дифференциальной диагностики, наличие показаний для госпитализации.

Главным критерием эффективности являлась частота развития осложнений ОИВДП в виде острого бронхита, вторичным – длительность периода выздоровления и ликвидация кашля как одного из ведущих симптомов заболевания.

Контроль побочных реакций и оценка переносимости осуществлялись на протяжении всего периода исследования.

Результаты и их обсуждение

Значимых клинических, возрастных и гендерных различий между группами не было. Длительность наблюдения составила 2 нед.

Обследование больных проводилось по стандартному протоколу согласно амбулаторной практике лечения ОРВИ.

Эффективность лечения оценивали по динамике кашлевого, интоксикационного синдромов, характеру мокроты, а также по частоте развития бронхита и скорости клинического выздоровления.

Динамика симптомов в процессе лечения в основной и контрольной группах детей оценивалась на 1, 3, 5, 7, 10-й и 14-й день наблюдения. По окончании исследования родители пациентов проводили заключительную оценку качества терапии по совокупности критериев: клинической эффективности, удовлетворенности органолептическими свойствами, переносимости.

При анализе клинического статуса пациентов было выявлено, что у всех 288 детей (100%) при первичном обращении ведущим симптомом был кашель, при этом у 227 наблюдаемых (78,8%) – с вязкой трудноотделяемой мокротой, у остальных 61 (21,2%) – сухой малопродуктивный. У 201 ребенка (69,8%) имел место насморк. Помимо кашля, отмечались симптомы интоксикации различной степени выраженности, которые регистрировались у 226 детей (78,5%). У 264 пациентов (91,7%) отмечалась гипертермия. У 201 ребенка (69,8%) симптомы ОИВДП соответствовали клинической картине назофаринготрахеита, у 28 (9,7%) – ларинготрахеита, у 59 (20,5%) – фаринготрахеита. При аускультации у пациентов отме-



Рисунок. Частота розвитку бронхіта в групах дослідження

чалось жорстке дихання, у всіх дітей хрипи не вислушувались.

На фоні проводимої терапії у 59 (40,9%) учасників основної групи, приймаючих Бронхіпрет®, характер кашля починав змінюватися вже кінці 1-х – початку 2-х суток лікування, стаючи більш вологим і продуктивним. К 3-му дню зменшення частоти приступів кашля і значительне полегшення відхаркування відзначено у більшості пацієнтів основної групи (64; 44,4%), к 6-8-му дню кашель повністю припинився у 130 дітей (90,3%). Паралельно зміні характеру кашля змінювалися і властивості мокротиння в сторону зменшення в'язкості.

В контрольній групі спостерігалася схожа динаміка. У 69 дітей (47,9%) зміна характеру кашля на продуктивний відбулася на 2-й день терапії без достовірного відхилення від основної групи. На 3-й день кашель став більш продуктивним і рідким в цілому у 62 пацієнтів (43,1%), що також не продемонструвало достовірних

відмінностей з відповідним показником в основній групі. Кашель повністю купірувався на 7-8-й дні у 121 дитини (84,0%).

Аналіз реєстраційних форм ісходів ОРВІ показав значительні відмінності в частоті розвитку гострого бронхіту в групах. Дане ускладнення відзначалося у 14 (9,72%) дітей основної групи, отримавшої лікування комплексним рослинним секретолітиком з додатковим ефектом інгаляції зсередини, тоді як в контрольній зареєстровано 21 випадок розвитку бронхіту (14,58%). Важливо відзначити, що маніфестація симптомів даного ускладнення, як правило, відбулася на 1-4-й дні від початку терапії, після чого частота розвитку бронхіту різко зменшувалася в обох групах.

Середній термін одужання пацієнтів, приймаючих рослинний секретолітик Бронхіпрет®, становив $6,54 \pm 0,44$ днів, в той час як в групі порівняння – декілька більше ($7,69 \pm 0,53$ днів).

В разі розвитку бронхіту середній термін одужання в групах достовірно не відрізнявся, становив $13,36 \pm 1,25$ днів в основній і $13,45 \pm 1,3$ днів в контрольній.

Серед побічних ефектів в основній групі зареєстровано 2 випадки послаблення стільця (1,4%). В групі контролю побічні дії зустрічалися у 8 дітей (5,56%), т. є. в 4 рази частіше: алергічні реакції (2 випадки), нудота (3 випадки), абдомінальний болючий синдром (3 випадки).

Після закінчення терапії батькам пацієнтів була запропонована оцінка якості терапії Бронхіпретом, яка включала такі критерії, як швидкість ефекту, органолептичні властивості, переносимість.

Висновки

Застосування Бронхіпрета з перших днів ОІВДП з кашлем сприяє зменшенню ризику (на 33,6%) розвитку гострого бронхіту як ускладнення вірусної інфекції.

Іншими перевагами Бронхіпрета є комплексний механізм дії, суттєво кращий порівняно з такими синтетичними мукоактивними препаратами за безпекою і рівнем задоволеності терапією.