

Досвід застосування Бронхолітину® та Глаувенту у клінічній практиці

Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

У статті узагальнені дані літератури щодо показань, ефективності та безпеки комбінованого препарату Бронхолітин® та препарату Глаувент у клінічній практиці. Наведений механізм дії препаратів, результати їхнього клінічного застосування.

Ключові слова: респіраторні інфекції, сухий кашель, проти-кашльові засоби, Бронхолітин®, Глаувент.

Респіраторні захворювання – одна з найбільш поширених патологій сучасної медичної практики. На сьогодні лікування пацієнтів, у яких часто діагностують респіраторні інфекції, є актуальною проблемою для лікарів різних спеціальностей, особливо педіатрів, сімейних лікарів, отоларингологів, терапевтів [13, 17, 24].

Основним і найбільш поширеним симптомом гострих і хронічних захворювань органів дихання є кашель [4, 13, 17, 20, 21]. Зазвичай кашель виникає як захисний механізм, спрямований на очищення дихальних шляхів від ексудату і сторонніх тіл. Механізм розвитку кашлю при цьому пов'язаний з подразненням рецепторів блукаючого нерва, сконцентрованих в області рефлексогенних зон, до яких відносяться слизова оболонка гортані, біфуркації трахеї, великих бронхів. Кашель може бути також спричинений подразненням рецепторів, сконцентрованих в області зовнішнього слухового проходу, слизової оболонки придаткових пазух носа і глотки, а також рефлексогенних зон, розташованих на плеврі, парієтальній очеревині, діафрагмі, перикарді.

Кашльовий рефлекс наявний з народження. Механічні подразнення зумовлюють кашель майже у 90% доношених новонароджених та у 10% новонароджених у 27 тиж гестації [23]. Але на відміну від дорослих та дітей старшого віку, у дітей раннього віку, кашльовий рефлекс є недостатньо розвиненим, що утруднює відхаркування мокротиння. Крім того, ще однією особливістю є те, що у дітей, особливо перших років життя, непродуктивний кашель найчастіше пов'язаний із підвищеною в'язкістю мокротиння, порушенням його проходження по поверхні бронхів та недостатньою роботою бронхіальних м'язів.

У будь-якому разі лікування кашлю починають з етіотропної і патогенетичної терапії того захворювання, що стало його причиною (противірусна, антибактеріальна терапія, патогенетичне лікування бронхіальної астми, муковісцидозу і т.п.) [13, 17].

Кашель найчастіше зумовлений гострим респіраторним захворюванням (ГРЗ), бронхітом, пневмонією. Оскільки в 90–92% випадків причиною гострого бронхіту є вірусна інфекція, тому на сучасному етапі необхідно мінімізувати використання антибіотикотерапії для лікування цього захворювання. Противірусна терапія в даному випадку є обґрунтованою, але вона ефективна протягом перших 2–3 діб від початку хвороби. Саме тому в протокол з дитячої пульмонології, затвердженому Наказом МОЗ України від 13.01.2005 № 18, другим пунктом у лікуванні гострого бронхіту у дітей після дієти стоїть призначення симптоматичної терапії відхаркувальних та муколітичних препаратів

синтетичного та рослинного походження. За показаннями в терапії респіраторної патології при сухому нав'язливому кашлі призначають протикашльові препарати.

У разі тривалого кашлю у дітей грудного та раннього віку проводять диференціальний діагноз з уродженими вадами розвитку (стенозом трахей і бронхів, трахео- чи бронхо-малаяцією, бронхогенними кістами, аномаліями розвитку трахеобронхіального дерева і великих судин, вродженою емфіземою), аспірацією (у тому числі внаслідок аномалій розвитку губи, щелеп, піднебіння, трахеоезофагеальної фістули та ін.) муковісцидозом, первинною дискінезією війок миготливого епітелію [15, 22].

За рекомендаціями В.К. Таточенко, Ю.В. Марушко, С.О. Крамарева [10, 13, 17], багатьох інших дослідників для того, щоб правильно підібрати протикашльове лікування і призначити конкретний лікарський засіб, насамперед необхідно: оцінити характер кашлю; його продуктивність, інтенсивність, ступінь впливу на стан хворого; встановити можливу причину кашлю; визначити характер бронхіального секрету, якщо такий виділяється; виявити або виключити можливий бронхоспазм; врахувати фармакологічні характеристики окремих протикашльових лікарських засобів.

Непродуктивний кашель втрачає своє фізіологічне значення [21, 24]. Сухий нав'язливий і болісний кашель порушує сон і знижує якість життя хворого, тому обов'язково вимагає симптоматичного лікування. Найчастіше такий малопродуктивний кашель спостерігається на початку гострого трахеїту, ларингіту, бронхіту та пневмонії, а також у разі ураження плеври. Надсадний кашель за рахунок різкого підвищення внутрішньогрудного тиску здатний спричинювати різні ускладнення – формування пахових і діафрагмальних гриж, порушення церебрального кровотоку і запаморочення, порушення серцевого ритму, нетримання сечі, калу, розрив емфізематозних ділянок легень (булл) з розвитком спонтанного пневмотораксу тощо [4]. У таких випадках доцільно призначати протикашльові лікарські засоби.

Мета роботи: узагальнити дані літератури щодо показань, ефективності та безпеки застосування комбінованого препарату Бронхолітин® та препарату Глаувент у клінічній практиці.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Сухий нав'язливий і болісний кашель, що порушує сон і знижує якість життя хворого, потребує застосування протикашльових лікарських засобів.

Протикашльова терапія посідає важливе місце в лікуванні основного (респіраторного) захворювання і є одним з головних напрямків симптоматичного лікування. Лікування кашлю слід починати з моменту втрати його фізіологічної доцільності. Мало- або непродуктивний кашель необхідно усувати за допомогою лікарських засобів одночасно з терапією, спрямованою на основне захворювання, що дозволяє досягти помітного поліпшення самопочуття пацієнта та перебігу захворювання. Це важливо також при бронхообструктивних станах [16, 17].

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

ЛЗ, що застосовують при кашлі і застудних захворюваннях

R05C Відхаркувальні засоби, за виключенням комбінованих препаратів, що містять протикашльові засоби		
R05C A Відхаркувальні ЛЗ	R05C A05 Корінь алтеї	
	R05C A10 Комбінації	
	R05C A16 Препарати плюща	
	R05C A19 Миртол	
	R05C A23 Корінь солодки	
	R05C A50 інші	
R05C B Муколітичні засоби	R05C B01 Ацетилцистеїн	
	R05C B02 Бромгексин	
	R05C B03 Карбоцистеїн	
	R05C B06 Амброксол	
	R05C B10 Комбінації	
	R05C B13 Дорназа альфа (дезоксирибонуклеаза)	
	R05C B56 Амброксол, комбінації	
R05D Протикашльові засоби, за виключенням комбінованих препаратів, що містять експекторанти		
R05D B Інші протикашльові засоби	R05D B20 Комбінації R05D B31 Глауцин	БРОНХОЛІТИН® ГЛАУВЕНТ
R05F Комбіновані препарати, що містять протикашльові засоби і експекторанти		
R05F B Інші протикашльові засоби і експекторанти	R05F B02 Протикашльові засоби і експекторанти	
R05X Інші препарати, що застосовують при кашлі і застудних захворюваннях		

На сьогодні існують багато комбінованих препаратів, що поєднують ті чи інші механізми дії. Загальна класифікація лікарських засобів (ЛЗ), що впливають на кашель наведена у таблиці.

За класифікацією АТС ці ЛЗ об'єднані в групу R05 – засоби, що застосовують при кашлі і застудних захворюваннях. Кожна з груп препаратів має свої показання для призначення.

Протикашльові ЛЗ розподіляють на власне протикашльові препарати, препарати з опосередкованим протикашльовим ефектом і комбіновані препарати. У свою чергу протикашльові ЛЗ розподіляють на препарати центральної дії (наркотичні і ненаркотичні) і периферійної дії. До препаратів центральної дії з наркотичним ефектом насамперед відносять кодеїн, а до препаратів з ненаркотичним ефектом – глауцин, бутамірат, окселадин та ін. Ця група препаратів знижує збудливість кашльового центру. В основі дії протикашльових препаратів з периферійною дією (феноксдіазин, преноксдіазин) лежить пригнічення кашльового рефлексу за рахунок зниження чутливості рецепторів блукаючого нерва в трахеобронхіальному дереві [5].

Препарати наркотичної дії застосовують в педіатрії у рідкісних випадках (пригнічення кашльового рефлексу під час проведення бронхографії, бронхоскопії, при хірургічних втручаннях на дихальних шляхах).

Показання до призначення протикашльових препаратів ненаркотичної дії в педіатрії більш широкі: це важкий непродуктивний кашель, пов'язаний з подразненням слизових оболонок верхніх відділів дихальних шляхів унаслідок інфекційного або іритативного запалення.

Комбіновані протикашльові ЛЗ включають в себе препарати, що поєднують протикашльовий та інші ефекти (муколітичний, бронхолітичний, відхаркувальний). При-

кладом таких препаратів може служити Бронхолітин, до складу якого входять глауцин гідробромід, ефедрин гідрохлорид, олія базилика. Препарат застосовують давно, однак в останні роки вчені знайшли багато нових позитивних ефектів у складових речовинах цього препарату, зокрема у базилика.

Бронхолітин® – комбінований препарат з вираженою протикашльовою, бронходилатувальною і бронхоантисептичною дією. Комплексна дія препарату зумовлена властивостями його основних компонентів: глауцину гідроброміду і ефедрину гідрохлориду. Алкалоїд глауцин пригнічує кашльовий центр, не впливаючи на дихальний центр. Чинить слабо виражену бронхоспазмолітичну та аденолітичну дію і не спричиняє залежності. Ефедрин є аденоміметиком прямої (стимулює альфа- і бета-рецептори) і непрямої (пригнічує активність аміноксидази) дії. Спричиняє вивільнення норадреналіну і адреналіну з їхніх депо. Ефедрин має спазмолітичний ефект на гладком'язову тканину бронхів. Протягом тривалого часу розслаблює бронхіальні м'язи, що зумовлене вираженою стимулювальною дією на бета-2-адренорецептори. Під впливом ефедрину зменшується набряк слизової оболонки бронхів і розширюється їхній просвіт. Фармакологічні дослідження препарату Бронхолітин® у формі сиропу свідчать, що він зменшує спастичну дію гістаміну на бронхи. Полегшення виділення мокротиння і дезобструкція бронхів зумовлені бронходилатувальною дією ефедрину.

Глауцин – алкалоїд з надземної частини рослини Мачок жовтий (*Glaucium flavum*) – протикашльовий ненаркотичний ЛЗ центральної дії. Глауцин вибірково пригнічує кашльовий центр довгастого мозку і пов'язані з ним вищі нервові центри, не призводячи при цьому, на відміну від наркотичних анальгетиків, до пригнічення дихального центру, зникання і лікарської залежності; також

не чинить гальмівного впливу на моторику кишечника. Глауцин починає діяти через 30 хв після вживання препарату і діє протягом не менше 8 год. У даний час глауцин оцінюють як ЛЗ з дуже доброю переносимістю, він не сприяє розвитку лікарської залежності. Глауцину гідробромід також має низку інших властивостей: знижує реактивність бронхів і пригнічує бронхоспазм, проявляє слабковиражену анальгезивну та протизапальну дію, зменшуючи таким чином запалення і біль, що виникають внаслідок тривалого виснажливого кашлю. Ця дія описана болгарськими вченими R. Nikolov та M. Peneva ще у 1978 році.

Наступний компонент препарату – ефедрин – також рослинного походження. Він є алкалоїдом, що міститься в рослині *Ephedra equisetina*. Ефедрин стимулює дихальний центр, зменшує набряк слизової оболонки бронхів, надійно усуваючи бронхоспазм, що приводить до полегшення відходження мокротиння і зниження обструкції бронхів. Ефект ефедрину проявляється через 30–40 хв, тривалість його дії – 4–6 год. Таким чином, саме цей компонент є основним при лікуванні обструктивного синдрому, оскільки підвищення збудливості дихального центру поряд з бронхолітичним та протикашльовим ефектами зумовлює збільшення глибини і зниження частоти дихання, нормалізацію його ритму. Збільшення часу дихальної паузи веде до більш повного відновлення енергетичних резервів міжреберних і інших дихальних м'язів.

До складу препарату Бронхолітин® входить олія базиліка, що додає препарату специфічний приємний смак. Його дія схожа на дію глауцину і полягає в пригніченні кашльового рефлексу. Разом із цим, масло базиліка справляє протизапальну, антисептичну і секретолітичну дію.

Р. Lóbez та співавтори (2005) виявили антимікробну активність олії базиліка щодо широкого спектра грампозитивних, грамнегативних мікроорганізмів, дріжджів і цвілевих грибів [27]. Крім того, виявлений антивірусний ефект базиліка відносно вірусу простого герпесу і аденовірусів [25]. Додатково олія базиліка сприяє ліквідації спазму бронхів і володіє помірним седативним ефектом, що знижує збудливість нервової системи в цілому і кашльового центру зокрема. Базилік також є модулятором гуморального імунітету та клітинно-опосередкованої імунної відповіді [28].

Однчасне застосування глауцина і олії базиліка ефективно пригнічує кашльовий рефлекс. Глауцин в поєднанні з ефедриною забезпечує протикашльовий, бронхорозширювальний та протинабряковий ефекти одночасно. Ця комбінація особливо показана у випадках патологічного кашлю при запаленні і набряку слизових оболонок, поєднаних із підвищеною бронхіальною реактивністю і бронхоспазмом. Також Бронхолітин показаний при кашлі, пов'язаному з подразненням слизових оболонок верхніх (надгортанних) відділів дихальних шляхів внаслідок інфекційного або іритативного запалення, що пов'язано з його протизапальним і обволікальним ефектом.

За результатами клінічних досліджень встановлено, що в терапевтичних дозах Бронхолітин® добре переноситься дорослими і дітьми [1, 2, 5, 8, 14], що зумовлено вмістом у препараті невисокої дози ефедрину. Так, в одній таблетці ефедрину міститься 25 мг цієї речовини, в одній таблетці теофедрину – 20 мг, а в рекомендованій до вживання разовій дозі Бронхолітину для дорослих (10 мл) – усього 9,2 мг. 5 мл сиропу Бронхолітину містять 5,75 мг глауцину гідроброміду і 4,6 мг ефедрину гідрохлориду.

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 травня 2003 р. № 210 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 5 листопада 2003 р. за

№ 1012/8333) «Критерії віднесення наркотичних (психотропних) лікарських засобів, що містять малу кількість наркотичних засобів або психотропних речовин і прекурсорів, до категорії лікарських засобів, які відпускаються без рецептів» максимальний вміст ефедрину гідрохлориду для недозованих лікарських форм (сиропи, краплі тощо) – становить до 0,2% (2 мг/мл) активної речовини, 200 мг на упаковку. Ця позиція повністю витримана і вміст ефедрину гідрохлориду у препараті становить менше – 4,6 мг на 5 мл (Бронхолітин. Інструкція. Наказ МОЗ України № 700 від 1.10.09).

Препарат Бронхолітин® вживають усередину з невеликою кількістю рідини після їди. Дорослим і дітям з 10 років призначають по 10 мл 3–4 рази на день; дітям від 3 до 5 років – по 5 мл препарату, розведеного безпосередньо перед застосуванням в 10 мл охолодженої кип'яченої води, 3 рази на день; дітям від 5 до 10 років – по 5 мл 3 рази на день. Тривалість курсу лікування становить 5–7 днів.

Позитивною особливістю препарату є його повна сумісність з антибактеріальними, протиалергічними, жарознижувальними засобами, вітамінами, імунокоректорами, що забезпечує ефективність терапії.

Перевагою Бронхолітину для застосування в педіатричній практиці є зручна лікарська форма – сироп з приємним смаком.

У разі призначення бронхолітину спортсменам слід враховувати, що ефедрин включений в WADA Prohibited List з 2007 р. в розділ «Речовини і методи, заборонені під час змагань». Застосування ефедрину заборонено, коли його концентрація в сечі перевищує 10 мкг/мл. Вживання Бронхолітину під час або незадовго до змагань може спричинити позитивні допінг-проби у спортсменів [5].

У разі передозування препарату можуть спостерігатися прояви токсичності з боку травного тракту, можливі скарги з боку серцево-судинної системи та ЦНС. Тому при застосуванні Бронхолітину, як і будь-якого іншого лікарського засобу, слід чітко дотримуватись інструкції, а у разі передозування потрібно провести промивання шлунка та симптоматичне лікування.

Терапевтична ефективність як окремих компонентів препарату Бронхолітин, так і їх комбінації, доведена багаторічним клінічним досвідом застосування у дорослих і дітей. Так, у 1992 р. клінічні дослідження терапевтичної ефективності препарату Бронхолітин® були проведені А. Богдановою і співавторами в 3 клініках Софійського медичного університету (Болгарія) [16].

У дослідженні брали участь 36 хворих з доведеною обструкцією бронхів, у 33 (92%) з них спостерігався хронічний бронхообструктивний синдром, а у 3 (8%) – пневмосклероз. Критерії виключення – ішемічна хвороба серця, атеросклероз і гіпертиреоз. Бронхолітин® застосовували 3 рази на добу по 1 столовій ложці (добова доза – 30 мл) протягом 10 днів на фоні антибіотикотерапії.

В якості критеріїв ефективності лікування використовували основні клінічні симптоми (кашель, задишка, мокротиння), функціональні показники дихання і аналіз газового складу крові, рівень імуноглобулінів (Ig) A, G і альбуміну в бронхіальному секреті, мукоциліарний кліренс.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті лікування препаратом Бронхолітин® відзначено істотне зменшення вираженості задишки, бронхіальної обструкції, кашлю, зменшення кількості і зміна характеристики мокротиння. У більшості пацієнтів до 10-го дня зникав кашель або значно зменшувався.

Даний терапевтичний ефект підтверджений результатами дослідження функції зовнішнього дихання – на тлі лікування препаратом Бронхолітин® у хворих спостерігалася позитивна динаміка показників вентиляційної функції легень: життєва ємкість легень збільшилася з 54% до 61,7%. Зміни того ж порядку встановлені і для форсованої односекундної життєвої ємкості легень – цей показник підвищився з $39,5 \pm 19,67\%$ до $46,12 \pm 16,98\%$. Нормалізувався кислотно-лужний склад і газів крові (виявлено значне підвищення pO_2 – з $49,3 \pm 11,27$ до $55,7 \pm 9,20$ мм рт.ст. При зниженні pCO_2 – з $44,2 \pm 7,74$ до $40,9 \pm 6,21$ мм рт.ст.).

При застосуванні препарату Бронхолітин® змінилися й імунологічні показники: рівень IgA, що склав до лікування $49,24 \pm 26,96$ мг%, на 10-й день терапії дорівнював $41,4 \pm 28,89$ мг%. Аналогічними були і зміни рівня IgG в бронхіальному секреті.

Як впливає з результатів дослідження, застосування препарату Бронхолітин® сприяло швидшому одужанню пацієнтів, зменшенню явищ бронхообструкції та кашлю. Препарат виявив добру переносимість, побічних ефектів при його вживанні у хворих не спостерігалось (Софарма, 2003).

Клінічні дослідження препарату Бронхолітин® у дітей проводили в Університетській клініці дитячих легеневих захворювань (Софія, Болгарія). 30 дітей з гострим бронхітом у віці 3–14 років протягом 10 днів амбулаторно отримували Бронхолітин® у вікових дозах, 26 з них також була призначена антибактеріальна терапія. До 10-го дня лікування тільки у 3 пацієнтів зберігався незначний кашель [16].

Призначення препарату Бронхолітин® особливо показано при патологічних процесах, що перебігають із запаленням, підвищеною бронхіальною реактивністю і/або бронхоспазмом [16]. Така ситуація є дуже поширеною у педіатричній практиці.

При застосуванні 3 рази на добу Бронхолітин® надійно пригнічує кашель, що виникає в різних рецепторних зонах бронхолегеневої системи [14].

В Україні Бронхолітин® широко відомий з початку 90-х років минулого сторіччя. Лікарями тільки поліклінік у 1998–2009 рр. цей препарат був призначений понад 12 млн амбулаторним пацієнтам різних вікових груп. За обсягом роздрібною реалізацією в 2005–2009 рр. лідували густонаселені регіони України: м. Київ, Донецька, Дніпропетровська, Львівська та Харківська області, АР Крим – відповідно 12,8%, 9,97%, 7,99%, 7,09%, 6, 59%, що в цілому становило понад 3 млн пацієнтів. Аналіз даних про зареєстровані в Україні побічні реакції при медичному застосуванні препарату Бронхолітин® свідчить про їх невисоку частоту: за період 5 років (2004–2010 рр.) – 18 випадків [5].

Таким чином, зважаючи на багаторічну історію медичного застосування, Бронхолітин® залишається, як і раніше, затребуваним, ефективним і досить безпечним ЛЗ. Бронхолітин® показаний у комплексній терапії захворювань дихальної системи, які супроводжуються сухим непродуктивним кашлем, а саме: грип, парагрип, респіраторно-синцитіальна інфекція, риновірусна інфекція, кір, кашлюк, паракашлюк, респіраторний хламідіоз, респіраторний мікоплазмоз, стенозувальний ларинготрахеобронхіт, бронхіт, сторонні тіла дихальних шляхів, туберкульозне ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, пухлини середостіння, аневризма аорти, муковісцидоз [10–12].

За наявності нав'язливого сухого кашлю та відсутності обструктивних явищ можливе застосування тільки глауцину гідроброміду (препарат Глауwent). Глауwent –

протикашльовий ЛЗ центральної дії. Містить алкалоїд глауцин, ізольований із рослини *Glaucium flavum* (Мачок жовтий), який пригнічує центр кашлю. На відміну від кодеїну глауцин не впливає на центр дихання і не спричиняє медикаментозну залежність. Він не впливає на моторику кишечника, виявляє незначну спазмолітичну дію, може спричинити зниження артеріального тиску. Має протизапальну дію.

Показанням до його застосування, згідно з інструкцією, є сухий кашель різної етіології: інфекційно-запальні захворювання верхніх дихальних шляхів; гострий і хронічний бронхіт, пневмонія, силікоз, туберкульоз, хронічна обструктивна хвороба легень; інфекційні захворювання (кашлюк, грип). У разі перорального застосування препарат швидко резорбується з травного тракту. Час досягнення максимального рівня в плазмі становить приблизно 1,5 год після застосування. Метаболізується в печінці і виводиться переважно із сечею.

Глауwent вживають усередину. Разова доза для дорослих становить 40 мг, застосовують 2–3 рази на добу. У більш тяжких випадках разову дозу можна підвищити до 80 мг. Максимальна добова доза не має перевищувати 200 мг.

Разова доза для дітей віком понад 4 роки становить 10 мг, застосовують 2–3 рази на добу. Максимальна добова доза не має перевищувати 40 мг.

Препарат рекомендується вживати після їди. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від тяжкості та перебігу захворювання і вона не повинна перевищувати 5–7 днів. Дітям до 4 років препарат не призначають.

Препарат характеризується доброю переносимістю. Інколи в разі застосування високих терапевтичних доз можливі прояви побічних реакцій, які детально наведені у інструкції до застосування лікарського засобу.

Проведені дослідження протикашльової активності глауцину та декстрометорфану у дорослих хворих із хронічним кашлем [29]. Результати цих клінічних досліджень, в яких згідно зі стандартною процедурою також використовували плацебо, свідчать, що глауцин є більш ефективним, ніж декстрометорфан, за рахунок його тривалішої протикашльової дії.

Лікування в рамках цього дослідження свідчить про добру переносимість Глауwentу (глауцин). Після вживання декстрометорфану у 8 з 24 пацієнтів спостерігалися побічні реакції, такі, як неспокійний сон, головний біль, зниження гостроти зору, нудота, напад кашлю, діарея, запаморочення. Навпаки, після вживання глауцину лише один пацієнт відзначив побічну реакцію – нудоту.

Підводячи підсумки, автори [29] відзначили, що результати дослідження підтверджують той факт, що глауцин є ефективним противокашльовим препаратом, який характеризується набагато більш високими показниками переносимості, ніж декстрометорфан.

ВИСНОВКИ

Таким чином, препарати Бронхолітин та Глауwent проявили свою високу ефективність у клінічній практиці, що підтверджено багаторічною практикою. У педіатрії ці препарати призначають з урахуванням вікових обмежень. Перевагою Бронхолітину для застосування в педіатричній практиці є зручна лікарська форма – сироп з приємним смаком.

Препарати Бронхолітин та Глауwent посідають важливе місце в лікуванні захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються сухим кашлем. Вони є препаратами вибору для пацієнтів, у яких кашель спричинює значний дискомфорт і ускладнює перебіг основного захворювання.

Эффективно усуваючи кашель, вони не впливають на роботу дихального центру і сприяють більш швидкому відновленню функцій органів дихання. Тому при грипі, гострому ларингіті, трахеїті, бронхіті та інших захворюваннях органів дихання, що супроводжуються «виснажливим» непродуктивним кашлем, застосування протикашльових препаратів є доцільним [5]. Частий болючий кашель при сухому плевриті також є показанням для їх призначення.

Опыт применения Бронхолитина® и Глауventa в клинической практике

Ю.В. Марушко, Т.В. Гицак

В статье обобщены данные литературы относительно показаний, эффективности и безопасности комбинированного препарата

Бронхолитин® и препарата Глауventa в клинической практике. Приведен механизм действия препаратов и результаты их клинического применения.

Ключевые слова: респираторные инфекции, сухой кашель, протикашлевые средства, Бронхолитин®, Глауventa.

Experience with the Bronholitin® and Glauvent in clinical practice

Y.V. Marushko, T.V. Gisach

The paper summarizes the literature regarding indications, efficacy and safety of combined drug and drug Bronholitin® and Glauvent in clinical practice. An mechanism of action and their clinical application of the results.

Key words: respiratory infections, dry cough, protikashlevye means Bronholitin®, Glauvent.

Сведения об авторах

Марушко Юрий Владимирович – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, кафедра педиатрии № 3 Детской клинической больницы № 8, 02021, г. Киев, ул. Мельникова, 18; тел.: (044) 483-91-96.

Гицак Татьяна Витальевна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, кафедра педиатрии № 3 Детской клинической больницы № 8, 02021, г. Киев, ул. Мельникова, 18; тел.: (044) 483-91-96.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабушкина А.В. Бронхолитин® – безопасность и эффективность, проверенные временем // Украинский медицинский часопис. – 2010. – № 1. – С. 53–56.
2. Бабушкина А.В. Вопросы диагностики и терапии непродуктивного кашля // Украинский медицинский часопис. – К., 2010. – № 5. – С. 104–108.
3. Басакіна І.І., Дмитрієвський Д.І. Аналітичний огляд вітчизняного ринку лікарських засобів для лікування кашлю // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2009. – Т. 4, № 3. – С. 15–19.
4. Василевский И.В. Дифференциальная диагностика и терапия кашля у детей и подростков (учебно-методическое пособие). – Минск.: БелМАПО, 2006. – 44 с.
5. Викторов А.П. Бронхолитин: итоги трех десятилетий медицинского применения // Здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 2–4.
6. Волков И.К. Медикаментозная терапия кашля у детей // Педиатрия. – 2011. – Том 90, № 6. – С. 71–76.
7. Головач І.Ю. Сезон кашлю: тактика лікаря і вибір препарату // Мистецтво лікування. – К., 2010. – № 9. – С. 40–42.
8. Данькевич О.С. Кашель? Старый друг придет на помощь! (Бронхолитин и его фармакологические эффекты) // Провизор. – 2011. – № 1. – С. 31–34.
9. Дифференцированный подход к терапии кашля у детей /Котлюков В.К., Казюкова Т.В., Антипова Н.В., Дудина Т.А. // Педиатрия. – 2011. – № 2. – С. 99–107.
10. Крамарев С.А. Непродуктивный кашель: подходы к терапии // Семейная медицина. – 2012. – № 5. – С. 20–22.
11. Купко Н. Кашель у дітей: діагностика і лікування згідно з останніми рекомендаціями. // Дитячий лікар. – 2012. – № 1/2. – С. 30–36.
12. Килимчук В. Кашель – физиологический защитный механизм или симптом, требующий лечения? // Здоров'я України. – 2009. – № 23 (1). – С. 37.
13. Марушко Ю.В. Фітотерапевтичні засоби при кашлі у дітей // Современная педиатрия. – К., 2011. – № 4. – С. 91–94.
14. Орлов В.В. Бронхолитин – скрытые возможности хорошо известных препаратов // Мед. вест., 2007. – № 38–39. – С. 423–424.
15. Павлишин Г.А. Причины кашлю у дітей та підходи до його лікування // Мистецтво лікування. – К., 2010. – № 9. – С. 43–45.
16. Прозорова В.К. Клиническая фармакология бронхолитина // Фармакология, 2007. – № 17 (151). – С. 59–62.
17. Таточенко В.К. Рациональная терапия ОРЗ // Лечащий врач. – 2011. – № 8. – С. 52–56.
18. An observational study on cough in children: epidemiology, impact on quality of sleep and treatment outcome / F. De Blasio, P.V. Dicpinigaitis, B.K. Rubin et. al. // Cough. – 2012. – № 8. – P. 1–5.
19. Ahonkhai I., Ba A., Edogun O., Mu U. Antimicrobial activities of the volatile oils of *Ocimum basilicum* L. and *Ocimum gratissimum* L. (Lamiaceae) against some aerobic dental isolates // Pak. J. Pharm. Sci., 2009. – № 22 (4). – P. 405–409.
20. Brasi D.De, Pannuti F. Therapeutic approach to bronchiolitis: why pediatricians continue to overprescribe drugs? // Antonelli. Ital J Pediatr. – 2010. – № 36. – P. 67.
21. Bolser D.C. Pharmacologic Management of Cough. // Otolaryngol Clin North Am. – 2010. – № 43 (1). – P. 147–155.
22. Chung K.F., Bolser D., Davenport P. Semantics and types of cough // Pulm Pharmacol Ther. – 2009. – № 22 (2). – P. 139–142.
23. Chang A., Widdicombe J.G. Cough throughout life: children, adults and the senile // Pulmonary Pharmacology and Therapeutics. – 2007. – № 20. – P. 371–382.
24. Cough management: a practical approach /F.De Blasio, J.C. Virchow, M. Polverino // Cough. – 2011. – № 7. – P. 7–9.
25. Chiang L.C., Ng L.T., Cheng P.W. et al. Antiviral activities of extracts and selected pure constituents of *Ocimum basilicum*. //Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. – 2005. – № 32 (10). – P. 811–816.
26. De Jongste JC, Shields MD. Cough 2: Chronic cough in children // Thorax. – 2003. – V. 58 (11). – P. 998–1003.
27. Lypcz P., S6nchez C., Battle R., Negrn C. Solid- and vapor-phase antimicrobial activities of six essential oils: susceptibility of selected foodborne bacterial and fungal strains // J. Agric Food Chem. – 2005. – № 53 (17). – P. 6939–6946.
28. Mediratta P.K., Sharma K.K., Singh S. Evaluation of immunomodulatory potential of *Ocimum sanctum* seed oil and its possible mechanism of action. // J. Ethnopharmacol. – 2002. – № 80 (1). – P. 15–20.
29. Rühle K.N., Criscuolo D., Dieterich H.A. Objective evaluation of dextromethorphan and guaifenesin as anti-tussive agents // Br. J. Clin. Pharmacol. – 1984. – № 17. – P. 521–524.

Статья поступила в редакцию 22.04.2013