УДК 616-002.153

Досвід застосування препарату Резістол у комплексному лікуванні пацієнтів з гострим бронхітом

М.М. Селюк[1], О.І. Валігура[2], М.М. Козачок[1], В.В. Бесага[2], І.М. Льовкін[2], А.Ю. Салієв[2], С.В. Клюшнікова[2], О.Г. Лівінська[2], О.В. Селюк[2], Т.В. Красненкова[1]

[1]Українська військово-медична академія, м. Київ

[2]Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу ЗС України, м. Ірпінь

Інфекції дихальних шляхів (ІДШ) є найбільш частими інфекціями в амбулаторній практиці. Спільною рисою всіх ІДШ є обов'язкова наявність катаральних симптомів. При цьому необхідно пам'ятати, що різні збудники переважно уражають різні відділи дихального тракту. Проблемою лікування даної нозології є нераціональне застосування антимікробних препаратів при відсутності бактеріального збудника.

Одним з альтернативних засобів для лікування гострого бронхіту є Резістол – рослинний препарат, виготовлений з коренів Pelargonium Sidoides.

Нами було обстежено 60 пацієнтів у віці 19–48 років з верифікованим діагнозом «Гострий бронхіт». Контрольну групу склали 30 пацієнтів, співставних за віком та статтю, які отримували лише симптоматичну терапію. Пацієнти основної групи (група Резістолу, n=30) додатково до симптоматичної терапії отримували препарат Резістол. Розподілення між групами проводили шляхом простої рандомізації.

У процесі лікування оцінювали клінічні симптоми гострого бронхіту відповідно до адаптованої Шкали оцінки специфічних симптомів бронхіту (BSS) з 0 до 7-го дня лікування, результати лікування оцінювали відповідно до адаптованої Інтегральної шкали медичних результатів лікування (IMOS). Також проводили оцінювання лікарями та пацієнтами отриманого лікування у відповідності до адаптованої Інтегральної медичної шкали задоволеності пацієнтів (IMPSS). Як засвідчив аналіз даних, суттєве розходження результатів лікування було отримано уже на третю добу застосування Резістолу. Повне одужання в групі пацієнтів, яким додатково був призначений Резістол, відзначено у 16,67% випадків, в той час як за відсутності препарату у лікуванні повне одужання спостерігалося тільки у 3,33% хворих на гострий бронхіт. Це розходження у показниках лікування спостерігалось і на 7-у добу терапії. Так, в групі хворих, яким застосовували Резістол, повне одужання відзначалося у 83,3 % випадках, тоді як серед пацієнтів контрольної групи цей показник становив лише 40%. При цьому препарат Резістол відрізнявся доброю переносимістю і не спричинював жодних побічних ефектів, які стали б причиною відміни препарату.

Таким чином, результати даного дослідження підтвердили високу ефективність і безпечність застосування препарату Резістол у пацієнтів з гострим бронхітом, починаючи з перших днів захворювання. Рекомендовано широке застосування препарату Резістол як в амбулаторній практиці, так і в стаціонарі для лікування пацієнтів з гострим бронхітом.

Ключові слова: *гострий бронхіт, поширеність, кашель, діагностика, раціональне лікування, Резістол.*

Інфекції дихальних шляхів (ІДШ) є найбільш частими інфекціями в амбулаторній практиці. Незважаючи на те, що ведеться постійний пошук у лікуванні та в профілактиці даної нозології, спостерігається глобальне збільшення захворюваності та смертності від ІДШ.

За даними статистики МОЗ України, з 2009 до 2013 р. рівень загальної захворюваності дорослого населення поступово знижувався (з 57 231,0 у 2009 р. до 53 187,3 у 2013 р.), причому частота інфекційних захворювань органів дихання залишалася високою. Ці хвороби традиційно домінують у структурі захворюваності дорослого населення. Так, у 2013 р. показник інфекційних захворювань органів дихання склав 29,85% [1]. Тоді як частка хвороб системи кровообігу була лише 10,95%. Таким чином, хвороби органів дихання формували основу структури загальної захворюваності у 2013 р. При цьому найвищі рівні захворюваності на 100 тис. дорослого населення в Україні були зареєстровані у м. Києві (73 732,4) та м. Дніпропетровську (72 053,9) [1].

Ураховуючи це, можна засвідчити, що проблема ІДШ найближчим часом не втратить своєї актуальності. Легкість передачі інфекції, велика кількість збудників, здатних видозмінюватися, труднощі в їхньому виявленні, навіть при найсучасніших методиках, частота мікст-інфекції – все це призводить до надзвичайно великого поширення цих захворювань, які переходять часто в епідемію або навіть в пандемію.

Інфекція нижніх дихальних шляхів є гострим (не більше 21 дня) захворюванням, основним проявом якого є кашель у поєднанні, щонайменше, з одним з симптомів ураження дихальних шляхів (задишка, продукція мокротиння, хрипи, біль у грудній клітці) при відсутності очевидної діагностичної альтернативи (синусит, бронхіальна астма тощо) [2].

Останнім часом з'явилося багато нових даних щодо етіології ІДШ. Виявлено нові віруси, отримані результати резистентності низки бактеріальних збудників. Але слід ураховувати, що серед збудників ІДШ найбільш часто виявляють віруси грипу (різних антигенних типів і варіантів), парагрипу (4 типи), респіраторно-синцитіальні віруси, коронавіруси (4 типи), риновіруси (понад 100 типів), ентеровіруси (60 типів), реовірус (3 типи), аденовіруси (32 серотипи) і аденоасоційовані віруси, віруси простого герпесу та ін. При приєднанні бактеріальної інфекції найбільш поширеними збудниками вважаються Str. Pneumoniae, Hemophillus influenza, Moraxella catarhalis, Staph. Aureus, Kl. Pneumoniae, Str. Pyogenes, хламідії та мікоплазма [2,3].

Спільною рисою всіх ІДШ є обов'язкова наявність катаральних симптомів. При цьому необхідно пам'ятати, що різні збудники переважно уражають різні відділи дихального тракту. Для диференціальної діагностики важливим є характер початку захворювання, вираженість та тривалість температурної реакції, відмінні риси кашлю (табл. 1) [3].

Але одним з основних і обов'язкових симптомів ІДШ є кашель. Він відрізняється залежно від стадії захворювання та від локалізації запального процесу. В амбулаторній практиці пацієнти звертаються до лікаря по медичну допомогу,

Таблиця 1

Особливості клінічних проявів при ураженнях різних відділів респіраторної системи

Нозологія	Ураження органів дихального тракту	Температура тіла, ° С	Характеристика кашлю
Грип	Трахеїт	39°–40° (3–5 днів)	Сухий, супроводжується болем
Парагрип	Ларингіт	Невисока (2–4 дня)	Сухий, супроводжується осиплістю голосу, сухістю та першінням у горлі
Аденовірус	Тонзилофарингіт, кон'юнктивіт, пневмонія	Гіпертермія – 38°–39°	Спочатку може бути сухий, потім вологий, хвилеподібний, наростаючий
РС-вірус	Бронхіт, бронхіоліт	38° (3–7 днів)	Сухий, болісний, через 5 днів може стати вологим і тривати до 2–3 тиж

коли їх турбує інтенсивний кашель і пов'язана з цим суттєва зміна якості життя. Насамперед це осиплість голосу, біль у грудях, головний біль, підвищена втома, порушення сну, підвищена пітливість, нетримання сечі у жінок, блювання і навіть депресія. У низці випадків у хворих з'являється тривожність, напруженість у відносинах з близькими. Хворі уникають відвідування громадських місць і заходів.

Необхідно пам'ятати, що основною помилкою лікування пацієнтів з ІДШ є широке нераціональне застосування антимікробних препаратів (АМП). Ще раз наголосимо, що власне віруси є основними збудниками гострих бронхітів, і лише приєднання бактеріальної інфекції є підставою для призначення АМП. Призначення АМП в даних клінічних ситуаціях призводить тільки до підвищення антибіотикорезистентності і проявів усіх можливих побічних реакцій організму на нераціональне застосування цих препаратів.

Ситуація з надмірним використанням антибіотиків при ІДШ спонукає науковців шукати альтернативні, більш ефективні та безпечніші шляхи лікування.

Одним з альтернативних засобів може бути рослинний препарат, виготовлений з коренів Pelargonium Sidoides (1:8–10 в 10% етанолі). Цей препарат широко використовують в Німеччині, Великій Британії, Турції, Бразилії, країнах Балтії для лікування гострих ІДШ [4]. Фармакологічна активність екстракту Pelargonium Sidoides включає помірну антибактеріальну дію, біологічну активність та імуномодуляторний ефект, що було продемонстровано in vitro [5, 6]. Помірна антимікробна дія екстракту була доведена in vitro проти Klebsiella pneumonia, Esherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Proteus mirabilis, S. Aureus, S. Piogenus [6].

Імуномодуляторний ефект в основному проявляється в активації протипухлинного фактора (α-TNF), стимуляції β-інтерферону та підвищенні активності натуральних клітин-кілерів. Біологічна активність екстракту, досліджена in vitro, проявлялась в покращенні фагоцитозу та пригніченні активності стрептококів групи А внаслідок блокування адгезії збудника до клітин епітелію [7]. Тим не менше, відомий клінічний антимікробний ефект Pelargonium Sidoides не зовсім пояснюється результатами досліджень: переважна кількість дослідників вважає, що протиінфекційна дія Pelargonium Sidoides пов'язана саме з непрямим впливом на рівні взаємодії між патогеном та епітеліальними клітинами [8].

Антивірусна активність препарату була досліджена in vitro в групі Herpes simplex virus (тип 1 та тип 2) в порівнянні з дією ацикловіру. Препарат Pelargonium Sidoides, який додавали в культуру вірусів у фазу вірусної абсорбції, продемонстрував значну противірусну ефективність (інгібіція вірусів), у той час як ацикловір продемонстрував активність тільки на внутрішньоклітинному рівні під час реплікації вірусів: тобто екстракт Pelargonium Sidoides уражає віруси перед їхнім проникненням в клітину [9].

Але є й певні обмеження, які слід ураховувати при призначенні Pelargonium Sidoides: одним з компонентів екстракту є кумарин, який in vitro впливає на систему згортання крові (має антикоагуляційні властивості), а саме – блокує синтез вітамін К-залежних факторів згортання крові (II, VII, IX, X та печінкові білки C, S, Z). Дослідження in vivo у пацієнтів різних вікових груп продемонстрували швидку елімінацію кумарину з системної циркуляції та відсутність впливу на показники активованого часткового тромбопластинового часу (аЧТЧ), тромбопластинового часу (ТПЧ), тромбінового часу (ТЧ) на тлі двохтижневого вживання екстракту Pelargonium Sidoides [14]. В Україні екстракт Pelargonium Sidoides є основою для виготовлення препарату Резістол.

Таким чином, можна припустити, що препарат Резістол має противірусні, помірні протимікробні, імуномодуляторні властивості та може бути використаний для лікування пацієнтів з гострим бронхітом як альтернатива використанню антибіотиків.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність та безпечність використання препарату Резістол для лікування пацієнтів, у яких діагностовано гострий бронхіт без наявності ознак приєднання бактеріальних чинників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 60 пацієнтів у віці 19–48 років з верифікованим діагнозом «Гострий бронхіт», які проходили лікування на клінічній базі Української військово-медичної академії з 30 січня 2015 року до 1 березня 2015 року. З них контрольну групу склали 30 пацієнтів, співставних за віком і статтю, які отримували лише симптоматичну терапію, що включала нестероїдні протизапальні препарати (НПВП) (за необхідності), вітамінотерапію та фізіотерапевтичні процедури у вигляді масляно-лужних інгаляцій. Пацієнти основної групи (група Резістолу) додатково до симптоматичної терапії отримували препарат Резістол. Розподілення між групами проводили шляхом простої рандомізації.

Вивчали наступні показники:

• Клінічні симптоми гострого бронхіту відповідно до адаптованої Шкали оцінки специфічних симптомів бронхіту (BSS) з 0 до 7-го дня лікування.

• Результати лікування, яке оцінювали відповідно до адаптованої Інтегральної шкали медичних результатів лікування (IMOS).

• Оцінку пацієнтами отриманого лікування, яку аналізували відповідно до адаптованої Інтегральної медичної шкали задоволеності пацієнтів (IMPSS).

• Оцінювання пацієнтами безпечності препарату, яке проводили відповідно до адаптованої Інтегральної шкали оцінки безпечності медикаменту.

Критеріями включення в дослідження були:

• верифікований діагноз «Гострий бронхіт»;

• вік: > 19 років – 48 років;

• відсутність хронічних захворювань дихальних шляхів;

• письмова згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення з дослідження були:

• участь в іншому клінічному дослідженні на даний час або протягом 4 тиж до початку цього дослідження;

• відома підвищена чутливість до компонентів продукту Pelargonium Sidoides до початку дослідження;

• розлади системи згортання крові, схильність до кровотеч, одночасне вживання лікарських засобів, які уповільнюють процес згортання крові;

• покази до лікування антибіотиками;

Таблиця 2

Адаптована Шкала оцінки специфічних симптомів бронхіту на фоні лікування

Період	Група Резістолу, n=30	Група контролю, n=30
До лікування, бали	9	8
3-я доба, бали	4	6
7-а доба, бали	2	4

• тяжкі захворювання нирок, печінки та серця;

• вагітність.

Критеріями вибування з дослідження були:

• відмова від вживання препарату;

• виникнення побічних явищ (алергія, розлади системи згортання крові);

• розвиток порушення функції нирок, печінки, серця на тлі вживання Резістолу.

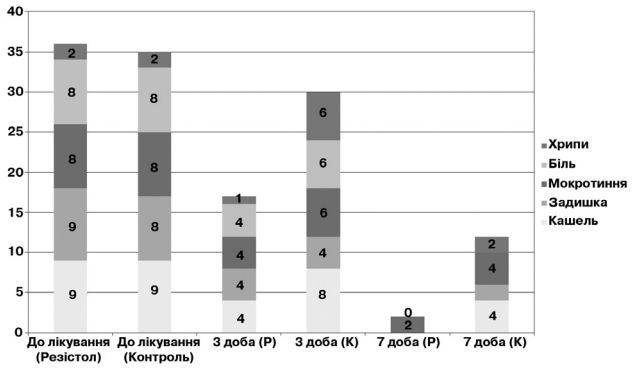
Хворим основної групи призначали Резістол по 30 крапель 3 рази на добу (за 30 хв до або після їди) протягом 7 днів. Хворі групи контролю не отримували додатково препарат Резістол у комплексному лікуванні. Оцінювання ефективності та безпечності лікування проводили на 3-ю та 7-у добу терапії.

Під час первинного огляду оцінювали скарги, дані анамнезу, результати об'єктивного дослідження.

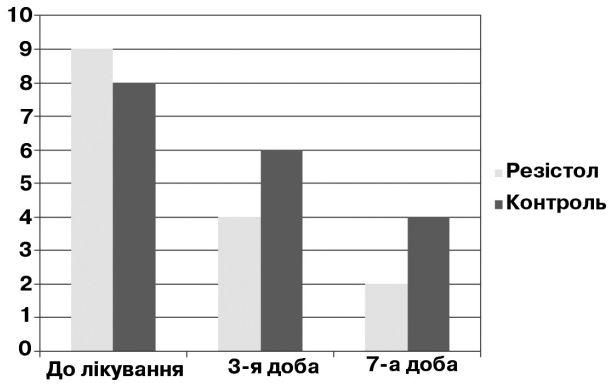
Клінічні симптоми гострого бронхіту аналізували у відповідності до Шкали оцінки специфічних симптомів бронхіту (BSS). Кожен симптом (кашель, задишка, відходження мокротиння, біль під час кашлю, аускультативна характеристика – наявність хрипів) характеризували за системою балів (від 0 до 4). Потім визначали загальну кількість балів, за якою і оцінювали перебіг гострого бронхіту.

Під час наступних оглядів, окрім згаданих вище показників, оцінювали ефективність та безпечність лікування. Для цього аналізували результати запису анкети, динаміки лікування відповідно до адаптованої Інтегральної шкали медичних результатів лікування (IMOS) та безпечність Резістолу відповідно до адаптованої Інтегральної шкали оцінки безпечності медикаменту. Окрім того оцінювали задоволеність пацієнтів та лікарів відповідно до адаптованої Інтегральної медичної шкали задоволеності пацієнтів (лікарів) лікуванням (IMPSS).

Безпечність препарату Резістол вивчали за допомогою адаптованої Інтегральної шкали оцінки безпечності медикаменту. За допомогою даної шкали визначали переносимість препарату та можливість виникнення загострення основного захворювання або появу алергійних реакцій.



Мал. 1. Оцінка симптомів за Адаптованою Шкалою для бронхіту в групах обстеження



Мал. 2. Сумарна оцінка важкості симптомів

Таблиця 3

Результати лікування у групі Резістолу (n=30) за Адаптованою Інтегральною шкалою медичних результатів лікування (IMOS)

Результат	3-я доба		7-а доба	
Повне одужання	5	16,67%	25	83,33%
Значне покращання	19	63,33%	3	10%
Помірне або незначне покращання	6	20%	2	6,67%
Без змін	0		0	
Погіршення	0		0	

Таблиця 4

Результати лікування у групі контролю (n=30) за Адаптованою Інтегральною шкалою медичних результатів лікування (IMOS)

Результат	3-я доба		7-а доба	
Повне одужання	1	3,33%	12	40%
Значне покращання	14	46,67%	10	33,33%
Помірне або незначне покращання	8	26,67%	1	3,33%
Без змін	5	16,67%	6	20%
Погіршення	2	6,67%	1	3,33%

Таблиця 5

Результати оцінювання переносимості лікування

Оцінка	Група Резістолу, n=30		Група контролю, n=30	
Дуже хороша	14	47%	5	16%
Хороша	11	37%	8	27%
Задовільна	5	16%	15	50%
Незадовільна (погіршення)	0	0	2	7%

Таблиця 6

Задоволеність лікуванням (оцінка лікування пацієнтом)

Оцінка пацієнта	Група Резістолу, n=30		Група контролю, n=30	
Повністю задоволений	26	87%	5	17%
Задоволений	3	10%	7	23%
Нейтральне відношення	1	3%	13	43%
Не задоволений	0	0	5	17%
Вкрай незадоволений	0	0	0	0

Таблиця 7

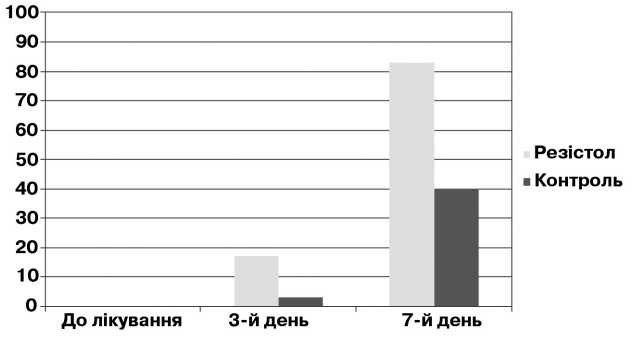
Задоволеність лікуванням (оцінка лікування лікарем)

Оцінка лікаря	Група Резістолу, n=30		Група контролю, n=30	
Повністю задоволений	27	90%	17	56,66%
Задоволений	3	10%	10	33,33%
Нейтральне відношення	0	0	3	10%
Не задоволений	0	0	0	0
Вкрай незадоволений	0	0	0	0

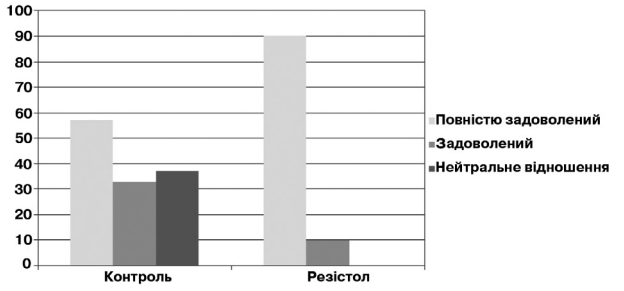
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного дослідження були отримані наступні дані. До початку лікування сумарна оцінка балів за адаптованою Шкалою оцінки специфічних симптомів бронхіту складала 9 балів у пацієнтів основної групи та 8 у пацієнтів, яким не було включено препарат Резістол у схему лікування. Слід зазначити, що НПВП в основній групі призначали 2 хворим, у контрольній групі також 2 пацієнти вживали НПВП, за усіма іншим препаратам супутньої терапії групи до початку лікування препаратом Резістол також не відрізнялися. Через три дні лікування в основній групі стан пацієнтів суттєво покращився. Значно зменшилися клінічні прояви гострого бронхіту. У першу чергу це стосувалося кашлю, задишки та болю в грудях. Відходження мокротиння та аускультативна динаміка (зменшення кількості хрипів) також мали позитивний характер. Таким чином, загальна оцінка симптомів бронхіту в основній групі (пацієнти, яким до лікування додавали препарат Резістол) на третю добу становила 4 бали. У групі контролю стан хворих на третю добу також покращився, але їхні клінічні показники мали дещо гірші результати. Загальна клінічна оцінка склала 6 балів. Покращання клінічної оцінки за загальною кількістю балів відбулося за рахунок зменшення задишки та болю під час кашлю, але власне кашель суттєво не змінився. Мало було змін і з боку даних аускультації та відходження мокротиння.

Аналогічна тенденція спостерігалась і на 7-й день лікування. Оцінювання симптомів за адаптованою Шкалою для бронхіту виявило, що більш результативним було лікування у пацієнтів основної групи. Так, загальний бал склав 2 в основній групі і 4 – у групі контролю. Цікаво, що в основній групі на тлі вживання Резістолу слабко виражений кашель відзначав лише один пацієнт, а в групі контролю симптом кашлю середньої інтенсивності зберігся у 9 пацієнтів, ще у 2 кашель був слабко виражений. Також в групі пацієнтів, яким



Мал. 3. Кількість пацієнтів з повним одужанням за весь період лікування



Мал. 4. Оцінка лікарями проведеного лікування

застосовували Резістол, такі симптоми, як задишка та біль у грудях, не відзначали на 7-й день терапії у жодного пацієнта. Аускультативно – незначну кількість хрипів вислуховували в одного пацієнта основної групи. У групі контролю задишку відзначали два пацієнти, на біль у грудях не скаржився жодний. Хрипи вислуховували у 5 пацієнтів (мал. 1).

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №3 (59), 2015
ISSN 2307-5112

Таким чином, включення препарату Резістол до комплексного лікування пацієнтам з гострим бронхітом суттєво прискорило видужування, що підтвердилося як суб'єктивними, так і об'єктивними даними дослідження (табл. 2, мал. 2).

Для оцінювання результатів лікування використовували адаптовану Інтегральну шкалу медичних результатів лікування (IMOS).

Як засвідчив аналіз, у групі хворих, до складу лікування яких входив Резістол, на третю добу відсоток пацієнтів з повним одужанням склав 16,67%, в той час як у групі контролю цей показник становив 3,33%. Значне покращання в основній групі відчули 63,33% пацієнтів, а в групі контролю – 46,67%. Відсоток хворих з помірним або незначним покращанням становив 20% в основній групі і 26,67% – у контрольній. Слід зауважити, що серед пацієнтів, які отримували Резістол, на третю добу не було жодного без змін або посилення клінічних проявів захворювання. (табл. 3, 4).

Повне одужання на сьому добу лікування в групі Резістолу відзначали 83,33% хворих, значне покращання 10% і лише 6,67% відзначали помірне покращання (табл. 3). У групі контролю на 7-у добу лікування ці показники склали: повне одужання – 40%, значне покращання – 33,33%, помірне покращання –3,33%. Та на відміну від першої групи на 7-й день лікування серед пацієнтів 2 групи відзначено стан без змін (20%) та погіршення клінічного стану (3,33%) (табл. 4, мал. 3).

Як видно з мал. 3, суттєве розходження результатів було отримано уже на третю добу лікування Резістолом. Повне одужання в групі пацієнтів, яким додатково був призначений Резістол, було відзначено у 16,67% випадків, в той час як за відсутності препарату повне одужання спостерігалося тільки у 3,33% хворих на гострий бронхіт. Ще більше криві діаграми розійшлися на 7-у добу лікування. Так, в основній групі повне одужання відзначали у 83,3 % випадків, тоді як серед пацієнтів групи контролю цей показник становив лише 40%.

Отже, завдяки включенню препарату Резістол до базової терапії гострого бронхіту вдалося досягти більш швидкого та більш ефективного одужання пацієнтів.

У лікуванні кожної нозології і гострого бронхіту зокрема дуже важливим є питання і про безпечність лікування. То ж було вивчено переносимість терапії за Адаптованою Інтегральною шкалою оцінки безпечності медикаменту (табл. 5).

Алергійних реакцій та будь-яких інших побічних реакцій під час лікування в жодній групі не було зафіксовано.

Як видно з даних, переносимість лікування в різних групах також відрізнялась. Переносимість лікування в групі Резістолу була кращою, ніж в групі контролю. Це можна пояснити тим, що додавання Резістолу до базової терапії значно покращувало загальний стан пацієнтів вже з самого початку лікування. Їхній стан був суттєво кращий, ніж у пацієнтів, які не отримували додатково Резістол. Саме тому загальне враження про лікування і його переносимість пацієнти в групі Резістолу оцінювали як більш позитивне.

Ці самі дані підтверджують результати оцінювання лікування пацієнтами, яке проводили за адаптованою Інтегральною медичною шкалою задоволеності пацієнтів (IMPSS) (табл. 6, мал. 4).

Оцінюючи лікування Резістолом, 97% пацієнтів дали повністю позитивну відповідь і лише один хворий висловив нейтральне відношення до призначення додаткового препарату. При цьому 87% були повністю задоволені результатами лікування. У групі контролю повністю задоволені лікуванням було тільки 17% хворих, частка задоволених склала 23%, нейтральне відношення висловили 43% пацієнтів і 17% були не задоволені проведеним лікуванням.

Для більш об'єктивного аналізу результатів лікування ми скористалися оцінкою якості лікування лікарями (табл. 7).

Результатами лікування в основній групі повністю задоволені були 90% лікарів, в той час як у групі контролю – 56,66% (мал. 4).

Отже, як у пацієнтів, так і у лікарів відзначений високий відсоток задоволення лікуванням препаратом Резістол.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведення даного дослідження підтвердило високу ефективність і безпечність застосування препарату Резістол у пацієнтів з гострим бронхітом, починаючи з перших днів захворювання. Рекомендовано широке застосування препарату Резістол як в амбулаторній практиці, так і в стаціонарі для лікування пацієнтів з гострим бронхітом.

Опыт использования препарата Резистол в комплексном лечении пациентов с острым бронхитом

М.Н. Селюк, Е.И. Валигура, Н.Н. Козачок, В.В. Бесага, И.Н. Левкин, А.Ю. Салиев, С.В. Клюшникова, О.Г. Ливинская, О.В. Селюк, Т.В. Красненкова

Инфекции дыхательных путей (ИДП) являются наиболее частыми инфекциями в амбулаторной практике. Общей чертой всех ИДП является обязательное наличие катаральных симптомов. При этом необходимо помнить, что различные возбудители преимущественно поражают различные отделы дыхательного тракта. Проблемой лечения данной нозологии является нерациональное применение антимикробных препаратов при отсутствии бактериального возбудителя. Одним из альтернативных средств для лечения острого бронхита является Резистол – растительный препарат, изготовленный из корней Pelargonium Sidoides.

Нами было обследовано 60 пациентов в возрасте 19–48 лет с верифицированным диагнозом «Острый бронхит». Контрольную группу составили 30 пациентов, сопоставимых по возрасту и полу, получавших только симптоматическую терапию. Пациенты основной группы (группа Резистола, n=30) дополнительно к симптоматической терапии получали препарат Резистол. Распределение между группами проводили путем простой рандомизации.

В процессе лечения оценивали клинические симптомы острого бронхита в соответствии с адаптированной Шкалой оценки специфических симптомов бронхита (BSS) с 0 до 7-го дня лечения, результаты лечения оценивали в соответствии с адаптированной Интегральной шкалой медицинских результатов лечения (IMOS). Также проводили оценку врачами и пациентами полученного лечения в соответствии с адаптированной Интегральной медицинской шкалой (IMPSS). Как показал анализ данных, существенное различие результатов лечения было получено уже на третьи сутки применения Резистола. Полное выздоровление в группе пациентов, которым дополнительно был назначен Резистол, отмечено в 16,67% случаев, в то время как при отсутствии препарата в лечении полное выздоровление наблюдалось только у 3,33% больных острым бронхитом. Данное различие в показателях лечения наблюдалось и на 7-е сутки терапии. Так, в группе больных, которым применяли Резистол, полное выздоровление отмечалось в 83,3% случаев, тогда как среди пациентов контрольной группы этот показатель составил всего 40%. При этом лечение препаратом Резистол хорошо переносили пациенты, и оно не вызывало никаких побочных эффектов, которые стали бы причиной отмены препарата.

Таким образом, результаты данного исследования подтвердили высокую эффективность и безопасность применения препарата Резистол у пациентов с острым бронхитом, начиная с первых дней заболевания. Рекомендовано широкое применение препарата Резистол как в амбулаторной практике, так и в стационаре для лечения пациентов с острым бронхитом.

Ключевые слова: *острый бронхит, распространенность, кашель, диагностика, рациональное лечение, Резистол.*

The experience of the drug Rezistol in the complex treatment of patients with acute bronchitis

M.M. Seliuk, O.I. Valigura, M.M. Kozachok, V.V. Besaga, I.M. Lyovkin, A.Y. Salien, O.G. Lyvynska, S.V. Klushnikova, O.V. Seliuk, T.V. Krasnenkova

Respiratory tract infections (RTI) is the most common infections in ambulatory practice. The common feature of all RTI is mandatory catarrhal symptoms. It should be remembered that different pathogens have different primary lesion of respiratory tract. The problem of treatment of nosology is irrational use of antimicrobial agents in the absence of bacterial pathogen.

One alternative medicines for the treatment of acute bronchitis is Rezistol – herbal preparation made from the roots of Pelargonium Sidoides.

We examined 60 patients with verified diagnosis of acute bronchitis at the age of 19-48 years. The control group consisted of 30 patients with the same diagnosis of comparable age and sex, receiving only symptomatic therapy. Patients of the main group in addition to symptomatic therapy received the drug «Rezistol». The distribution between groups was performed by simple randomization. In the treatment we evaluated.

Clinical symptoms of acute bronchitis in accordance with the adapted scale assessment of specific symptoms of bronchitis (BSS) from 0 to 7 days of treatment, results of treatment were assessed according to the scale adapted Integral medical treatment results (IMOS). We also conducted an assessment by doctors and patients received treatment according to the adapted scale integrated medical patient satisfaction (IMPSS). An analysis of the data, significant differences of treatment results we have received on the third day Rezistolu application. Full recovery in patients who additionally was appointed Rezistol was observed in 16.67% of cases, while in the absence of full recovery of the drug was observed only in 3.33% of patients with acute bronchitis. This difference was observed in terms of treatment and 7 days of therapy. Thus, in patients who used Rezistol full recovery was noted in 83.3% of cases, whereas among patients in the control group, the figure was only 40%. This drug treatment Rezistol well tolerated by patients and did not cause any side effects that would have caused drug discontinuation

Thus, this study confirmed the high efficiency and safety of the drug Rezistol in patients with acute bronchitis, since the first days of the disease. Recommended Rezistol drug widely used both in ambulatory practice and in the hospital for treatment of patients with acute bronchitis.

Key words: *acute bronchitis, prevalence, cough, diagnosis, rational treatment, Rezistol.*

Сведения об авторах

Селюк Марьяна Николаевна – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24. E-mail: mkurgan59@narod.ru

Валигура Елена Ивановна – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава ВС Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, ул. 11 линия, 1

Козачок Николай Николаевич – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24

Бесага Василий Васильевич – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава ВС Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, ул. 11 линия, 1

Левкин Игорь Николаевич – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава ВС Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, ул. 11 линия, 1

Салиев Андрей Юрьевич – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава ВС Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, ул. 11 линия, 1

Клюшникова Светлана Владимировна – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава ВС Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, ул. 11 линия, 1

Ливинская Оксана Григорьевна – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава ВС Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, ул. 11 линия, 1

Селюк Ольга Викторовна – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава ВС Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, ул. 11 линия, 1

Красненкова Татьяна Владимировна – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2013 рік /За ред. О.С. Мусія. – К., 2014. – 438. www.uiph.kiev.ua

2. Романовских А.Г., Синопальников А.И. Инфекции нижних дыхательных путей у взрослых: диагностика, антибактериальная терапия, профилактика /По материалам рекомендаций Европейского респираторного общества и Европейского общества по клинической микробиологии и инфекционным болезням). Методические рекомендации // Клин микробиол антимикроб химиотер. – 2006. – Том 8, № 3. – С. 206–216.

3. Woodhead M., Blasi F., Ewig S., Garau J., Huchon G., Ieven M., Ortqvist A., Schaberg T., Torres A., van der Heijden G., Read R. и T.J.M. Verheij Joint Taskforce of European Respiratory Society и European Society для Clinical Microbiology и Infectious Diseases http://www.ersnet.org

4. Agbabiaka TB, Guo R, Ernst E. Pelargonium Sidoides for acute bronchitis: A systematic review and meta-analysis. Phytomedicine. 2008; 15: 378–385.

5. Kayser O, Kolodziej H, Kiderlen AF. Immunomodulatory principles of Pelargonium Sidoides. Phytother Res. 2001; 15:122–126.

6. Kolodziej H, Kayser O, Radtke OA, Kiderlen AF. Pharmacological profile of extracts of Pelargonium Sidoides and their constituents. Phytomedecine. – 2003; 10 (Suppl VI): 18–24.

7. Conrad A., jung I, tioua D et al. Extract of Pelargonium Sidoides (EPs 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro. Phytomedecine. 2007; 14 (Suppl VI):52–59.

8. Kolodziej H, Kayser O, Radtke OA, Kiderlen AF. Pharmacological profile of extracts of Pelargonium Sidoides and their constituents. Phytomedecine. 2003; 10 (Suppl VI):18–24.

9. Koren G, Prober CG, Gold R 9eds). Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection. JAMA. – 2005; 293: 3029–3035.

10. Lode H, Stahlmann R, Skopnik H. Rationale Einsatz oraler Antibiotika bei Erwachsenen und Schulkindern (Lebensalter ab 6 Jahre). Chemother J. – 2006; 15: 129–144.

11. Agbabiaka TB, Guo R, Ernst E. Pelargonium Sidoides for acute bronchitis: A systematic review and meta-analysis. Phytomedicine. 2008; 15: 378–385.

12. Kolodziej H, Kiderlen AF. In vitro evaluation of antibacterial and immunoflamatory activities of Pelargo-nium reniforme, Pelargonium Sidoides and the related herbal drug preparation EPs 7630. Phytomedicine. 2007; 14 (Suppl VI): 18–26.

13. Schnitzler P, Schneider S, Carle R, et al. Efficacy of an aqueous Pelargonium Sidoides extract against herpesvirus. Phytomedicine 2008. Dec; 15(12):1108-16. Doi 10.1016/j.phymed.2008.06.009.

14. Koch E, Biber A. Treatment of rats with Pelargonium Sidoides extract EPs 7630 has no effect on blood coagulation parameters or on the pharmacokinetics of warfarin. Phytomedicine, 2007;14; Suppl VI:40–45.

15. Двойрин В.В., Клименков А.А. Методика контролируемых клинических испытаний. – М.: Медицина, 1990.

16. Low DE, Desrosiers M, McSherry J et al. A practical guide for the diagnosis and treatment of acute sinusitis. Can Med Assoc J 1997; 156 (Suppl VI):S1–S14.

17. Matthys H, Kamin W. Positioning of the Bronchitis Severity Score (BSS) for standardized use in clinical studies. Curr Med Res Opin. 2013. Oct; 29 (10): 1383–90. Doi: 10.1185/03007995. 2013. 832183.

Статья поступила в редакцию 02.07.2015