

Фитотерапия в лечении острых респираторных инфекций у детей

К.м.н. Т.А. Руженцова, А.В. Будаковская, д.м.н. А.В. Горелов

ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Введение

Каждый ребенок болеет острыми респираторными инфекциями (ОРИ) в среднем 6 раз в год. Кашель – один из наиболее частых симптомов ОРИ, беспокоящий как самих пациентов, так и их родителей. Он может возникать при воспалительных процессах в дыхательной системе различной локализации, нередко имеющихся одновременно или переходящих из одного в другое с течением времени. За несколько дней процесс может распространяться от верхних отделов к нижним, к катаральному воспалению слизистых оболочек может добавляться обструктивный синдром. Из этого следует, что лекарственные препараты, назначаемые в амбулаторных условиях больным ОРИ детям, должны оказывать лечебное воздействие на все отделы респираторного тракта. Кроме того, они не должны влиять на естественное формирование иммунитета у ребенка в ответ на воздействие возбудителя. В детской практике особенно важно, чтобы назначенное средство не становилось причиной аллергических реакций, не вызывало раздражение ЖКТ и не оказывало каких-либо других побочных действий. Препараты, используемые в педиатрии, должны удобно дозироваться для пациентов разного возраста и обладать хорошими органолептическими свойствами. Этими характеристиками нередко обладают лекарственные средства на растительной основе. Плющ и тимьян, как известно, давно используются при лечении заболеваний, сопровождающихся кашлем.

Одним из лекарственных растительных препаратов, содержащих тимьян и плющ, является **Бронхипрет** немецкой компании «Бионорика SE». Применение этого препарата при остром бронхите изучалось в большом количестве экспериментальных и клинических исследований [1, 2, 6, 7]. Препарат изготавливается с применением технологии фитониринга, которая позволяет добиться предельно точной композиции действующих веществ при их максимальном извлечении из растительного сырья. По сравнению с другими экстрактами тимьяна в препарате Бронхипрет содержится самое высокое количество тимола (до 70%), обеспечивающего отхаркивающее и муколитическое действие. Эфирные масла, содержащие тимол, оказывают местное воздействие на легкие, т. к. выводятся из организма через легкие, действуя антимикробно, уменьшая спазм бронхов и оказывая муколитическое действие [8]. Экстракт плюща обыкновенного оказывает рефлекторное отхаркивающее действие благодаря сапониновым компонентам. Это действие реализуется посредством гастропульмонарного рефлекса. Кроме того, плющ обладает спазмолитическими свойствами, что способствует предотвращению спазма бронхов или его уменьшению.

Таким образом, отличительными особенностями лекарственного растительного препарата Бронхипрет является его комплексное действие, наличие противовоспалительного, муколитического, антимикробного [5],

противовирусного [3], бронхопазмолитического [4] эффектов.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности и безопасности применения сиропа Бронхипрет у детей, больных ОРИ с ведущим симптомом – кашлем на фоне ринофарингита, фаринготрахеита, ларинготрахеита, трахеита или трахеобронхита по сравнению со стандартным лечением синтетическим отхаркивающим препаратом в комплексной терапии с антисептиком для горла и иммуномодулятором.

Пациенты и методы

Нами было проведено проспективное открытое рандомизированное контролируемое исследование, в которое было включено 60 детей в возрасте от 2 до 6 лет, больных ОРИ с кашлем (3 и более кашлевых толчков подряд) или покашливанием (менее 3 кашлевых толчков подряд). Все пациенты находились под амбулаторным наблюдением ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 132» Департамента здравоохранения г. Москвы и медицинского центра «Корпорация Президент – Сервис» в период с февраля по апрель 2014 г. Среди них было 33 мальчика и 27 девочек. Все дети были осмотрены в 1-е сутки заболевания и рандомизированы в 2 группы. У большинства больных (45 детей (75%)) была диагностирована легкая степень тяжести заболевания. Среднетяжелую форму отмечали у 15 пациентов (25%) [8]. Оценку степени тяжести проводили согласно рекомендациям Союза педиатров России. Родители или законные представители подписывали информированное согласие на участие ребенка в исследовании.

В основной группе в качестве монотерапии назначали сироп Бронхипрет по 3,2 мл 3 р./сут. В группе сравнения рекомендовали общепринятый комплекс препаратов: другие отхаркивающие средства, антисептики для орошения горла, сосудосуживающие препараты и иммуномодуляторы в стандартных возрастных дозировках.

Обе группы были полностью сопоставимы по возрасту, полу, степени тяжести и клиническим особенностям заболевания при первом осмотре. У большинства больных (54–90%) отмечали сочетание различных клинических форм. Наиболее часто диагностировали ринит, фарингит, бронхит, что представлено в таблице 1.

Таблица 1. Клинические формы ОРИ в группах пациентов, включенных в исследование

Клиническая форма	Основная группа, n=30 (100%)	Группа сравнения, n=30 (100%)
Ринит	24 (80%)	25 (83%)
Фарингит	19 (63%)	22 (73%)
Ларингит	7 (23%)	3 (10%)
Трахеит	6 (20%)	8 (27%)
Бронхит	15 (50%)	15 (50%)

Обе группы были сравнимы по имевшимся нозологиям.

В 1-е сут ОРИ у всех пациентов отмечался сухой кашель. По частоте приступов кашля, покашливаний на момент начала заболевания сравниваемые группы не имели достоверных отличий. В основной группе отмечали от 0 до 40 приступов кашля (в среднем – $11,2 \pm 2,4$) и от 10 до 28 (в среднем – $15,3 \pm 2,2$) покашливаний в сутки. В группе сравнения было зарегистрировано от 0 до 35 приступов (в среднем – $11,0 \pm 1,8$) и от 0 до 40 (в среднем – $13,8 \pm 2,9$) покашливаний. Температура тела у детей находилась в пределах от $36,9$ до $38,8$ С. Аускультативно у большинства больных в обеих группах определяли жесткое дыхание (у 83%) в верхних отделах легких или над всей их поверхностью. Хрипы (сухие, проводные) были отмечены в 67% случаев (20 больных) в основной группе и в 60% (18 больных) – в группе сравнения.

Для уточнения динамики заболевания родителям было предложено вести дневник, в который ежедневно нужно было вносить число приступов кашля или покашливаний у ребенка, отмечать максимальные значения температуры тела. Также отмечали жалобы на боли в горле, заложенность носа и/или ринорею, другие возможные нежелательные проявления самого заболевания или вероятные побочные действия назначенной терапии.

Больные с наличием абсолютных показаний к назначению антибактериальной терапии в 1-е сут заболевания (признаки бактериальной инфекции при ангине, отите, синусите; пневмония; сопутствующая тяжелая хроническая патология) в исследование не включались.

Повторные осмотры с оценкой выраженности симптомов, эффективности и переносимости назначенной терапии проводили на 4–5-е сут течения ОРИ, затем – на 7–9-е сут и, при необходимости, на 13–15-е сут. В случаях ухудшения состояния, при проявлениях возможных побочных действий в ходе этих визитов проводили коррекцию схемы лечения, что учитывали при анализе полученных данных.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы Statistica, версия 6.1. Достоверность различий определяли с помощью теста Вилкоксона, достоверными считали значения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В группе пациентов, получавших сироп Бронхипрет, средняя продолжительность течения ОРИ оказалась достоверно меньше, чем при назначении комплекса других отхаркивающих, местных антисептических и сосудосуживающих средств. Среди пациентов, принимавших фитопрепарат, длительность кашля, ринита и аускультативных проявлений воспалительного процесса была существенно меньше (табл. 2). Наиболее вероятно, что более быстрое завершение ОРИ при лечении сиропом Бронхипрет связано с комплексным муколитическим и противовоспалительным действием при отсутствии неблагоприятного влияния на биоценоз полости рта, который играет важную роль в иммунном ответе организма на инфекционный процесс. Как известно, местные антисептики, которые назначались в группе сравнения, способны подавлять как рост патогенных микроорганизмов, так и необходимые для защиты против инфекций лактобактерии. Длительность периода с повышенной температурой тела, сухого кашля и симптомов фарингита существенно не различалась в обеих группах (табл. 2).

Кашель? Бронхит?

Лекарственный растительный препарат

Бронхипрет®

Для взрослых
и детей с 3-х
месяцев*



Рег. уд. ЛС-001464;
ЛС-000181

-  Облегчает кашель
-  Лечит воспаление
-  Освобождает бронхи

Природа. Наука. Здоровье.



Трава тимьяна



Листья эвкалипта



Корень первоцвета

Наблюдалось достоверно более редкое назначение антибактериальной терапии у детей, получавших Бронхипрет (рис. 1).

Необходимость изменения схемы лечения в связи с нарастанием выраженности инфекционно-воспалительного процесса, распространением на другие отделы респираторного тракта или проявлением нежелательных явлений на 4–5-е или 7–9-е сут возникла в 43% случаев (13 больных) при лечении Бронхипретом и в 63% (19 больных) – при назначении других препаратов. Достоверных различий по этому показателю получено не было ($p > 0,05$), возможно, из-за небольшого числа пациентов.

Также в сравниваемых группах достоверно не различалась частота нежелательных явлений. У 1 ребенка, получавшего Бронхипрет, на 3-й день были отмечены признаки дерматита. В группе сравнения нежелательные явления зарегистрировали у 3 детей: один ребенок жаловался на тошноту, была однократная рвота; у второго отмечали выраженную возбудимость, у третьего наблюдали обструктивный синдром. Однако во всех перечисленных случаях доказательств непосредственной связи с применявшимся препаратом нет.

При назначении Бронхипрета не было зарегистрировано ни одного случая необходимости замены препарата по причине отказа ребенка принимать его из-за вкуса или запаха.

Таким образом, нами было установлено достовер-

ное сокращение общей продолжительности течения ОРИ при лечении сиропом Бронхипрет ($p = 0,0097$). В группе лечения препаратом Бронхипрет было отмечено уменьшение длительности периода с кашлем, ринитом и аускультативной симптоматикой, снижением частоты случаев назначения антибактериальной терапии при наблюдении в динамике.

Выводы

1. Сироп Бронхипрет рекомендуется при лечении у детей неосложненных ОРИ, сопровождающихся кашлем или покашливанием, с первого дня заболевания в качестве монотерапии.

2. Сироп Бронхипрет способствует сокращению общей продолжительности острого респираторного заболевания, снижает частоту случаев назначения антибактериальной терапии.

3. При ОРИ лечение сиропом Бронхипрет уменьшает продолжительность ринита, кашля и аускультативной симптоматики у детей.

4. Применение сиропа Бронхипрет в монотерапии у детей на ранней стадии ОРИ легкой и средней степени тяжести снижает стоимость терапии по сравнению с назначением комплекса других отхаркивающих средств, местных антисептиков, сосудосуживающих препаратов и иммуномодуляторов.

5. Приятный вкус сиропа Бронхипрет способствует хорошей приверженности к лечению у пациентов младшей возрастной группы.

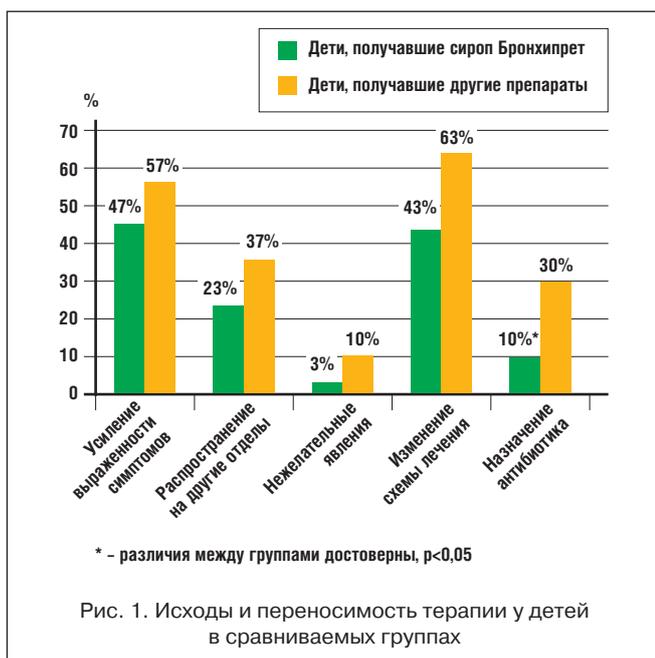


Рис. 1. Исходы и переносимость терапии у детей в сравниваемых группах

Литература

1. Проmysлова Е.А., Селимзянова Л.Р., Вишнёва Е.А. Препараты растительного происхождения при кашле у детей // Педиатрическая фармакология. 2013. Т. 10. № 1. С. 74–77.
2. Сафина А.И. Лечение кашля при острых респираторных инфекциях у часто болеющих детей // Вопросы современной педиатрии. 2014. Т. 13. № 1. С. 88–91.
3. Glatthaar B. Antivirale Wirkung gegen typische Atemwegsviren. ERS Kongress, Berlin, 1997.
4. Dorsch W. Untersuchungen zur bronchospasmodischen Wirkung von Hedera helix folium-Extrakt, Thymi herba-Extrakt und Primulae radix-Extrakt am Meerschweinchen im Compressed-Air-Modell; interner Bericht. 1994.
5. Seemann et al. Berlin 1996, testing of antibacterial activities of 16 plant extracts, int. report Christoffel et al. Pharmacological profiling ..., europ. Resp. soc., Berlin, 1999.
6. Ismail H et al. Bronchipret in cases of acute bronchitis // Schw. Zschr. Gan zheitsMedizin. 2003. Vol. 15. P. 171–175.
7. Kemmerich B. et al. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adult suffering from acute bronchitis with productive cough. ArzneimForschDrugRes. 2006. Vol. 56. № 9. P. 652–660.
8. Учaйкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: Гэотар-Мед, 2004. 824 с.

Таблица 2. Продолжительность основных симптомов ОРИ в группах пациентов, включенных в исследование (сут, $M \pm m$)

Симптомы ОРИ	Основная группа, n=30 (100%)	Группа сравнения, n=30 (100%)	Достоверность различий, p
Кашель (все виды)	7,27±0,51	9,4±0,71	0,0159
Сухой кашель	3,43±0,21	4,1±0,38	0,1200
Повышение температуры тела	2,93±0,29	3,43±0,33	0,243
Симптомы ринита	4,75±0,53	7,14±0,65	0,0037
Симптомы фарингита	5,84±0,82	5,78±0,60	0,942
Жесткое дыхание	2,60±0,48	4,58±0,47	0,0015
Хрипы	1,62±0,29	4,33±0,67	0,0000
Общая продолжительность течения ОРИ	7,23±0,51	9,5±0,70	0,0097