Современные подходы к фармакотерапии острого бронхита. Преимущества фитотерапии

К.м.н. А.В. Щулькин

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

РЕЗЮМЕ

Бронхит — воспалительное заболевание легких без образования инфильтративных изменений в паренхиме. Заболеваемость острым бронхитом в России составляет в среднем 75–250 на 1000 детей в год, т. е. на 2 порядка выше, чем заболеваемость пневмонией. Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ по лечению острого бронхита у детей не рекомендуется назначение антибиотиков, антигистаминных препаратов, электропроцедур, а также применение горчичников, жгучих пластырей. Рекомендованы муколитические и отхаркивающие средства при наличии трудноотделяемой мокроты. Роль фитотерапии в лечении кашля переоценить трудно. Эффективны препараты, включающие экстракты травы тимьяна, листьев плюща и корней первоцвета. Трава тимьяна обладает секретолитическим, отхаркивающим, бронхоспазмолитическим, антибактериальным и противовоспалительным свойством, а листья плюща и корень первоцвета оказывают отхаркивающее и спазмолитическое действие на дыхательные пути. Одними из наиболее изученных и эффективных растительных лекарственных средств для лечения острого бронхита являются препараты Бронхипрет® сироп (комбинация жидких экстрактов травы тимьяна и листьев плюща) и Бронхипрет® ТП (комбинация сухих экстрактов травы тимьяна и корня первоцвета). Эффективность и безопасность лекарственных препаратов Бронхипрет® и Бронхипрет® ТП в фармакотерапии острого бронхита доказаны в многочисленных клинических исследованиях, наиболее значимые из которых рассмотрены в данном обзоре.

Ключевые слова: *бронхит, трахеобронхит, кашель, фитотерапия, тимьян, первоцвет, плющ, дети, Бронхипрет.*

Для цитирования: *Щулькин А.В. Современные подходы к фармакотерапии острого бронхита. Преимущества фитотерапии. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;5:30–34.*

ABSTRACT

Modern approaches to acute bronchitis pharmacotherapy. Benefits of herbal medicine

A.V. Shchulkin

Ryazan State Medical University

Bronchitis is an inflammatory pulmonary disease without the infiltrative changes formation in the parenchyma. The incidence of acute bronchitis in Russia rates on average 75–250 per 1000 children annually, i.e. by 2 orders of magnitude higher than the pneumonia incidence. According to the clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation on the acute bronchitis treatment in children, it is not recommended to prescribe antibiotics, antihistamines, and electrical procedures and use mustard plaster and burn bandage. Mucolytic and expectorant means are recommended in the presence of dense sputum. The herbal medicine role in the treatment of cough is difficult to overestimate. Drugs, including extracts of thyme grass, ivy leaves, and primrose roots, are effective for the cough treatment. Thyme herb has a secretolytic, expectorant, bronchospasmolytic, antibacterial and anti-inflammatory properties, whereas ivy leaves and primrose root have an expectorant and antispasmodic effect on the respiratory tract. One of the most studied and effective herbal remedies for the acute bronchitis treatment is the Bronchipret® syrup (thyme herb and ivy leaves extracts combination) and Bronchipret® TP (thyme herb and primrose root extracts combination). Bronchipret® and Bronchipret® TP efficacy and safety in the acute bronchitis pharmacotherapy has been proven in numerous clinical studies, the most significant of which are discussed in this review.

Keywords: *bronchitis, tracheobronchitis, cough, herbal medicine, thyme herb, primrose root, ivy leaves, children, Bronchipret.*

For citation: *Shchulkin A.V. Modern approaches to acute bronchitis pharmacotherapy. Benefits of herbal medicine. RMJ. Medical Review. 2019;5:30–34.*

Введение

Бронхит — воспалительное заболевание легких без образования инфильтративных изменений в их паренхиме [1]. Бронхит может быть как проявлением ОРВИ, так и ее осложнением, обусловленным присоединением вторичной бактериальной микрофлоры на фоне или после перенесенной ОРВИ. Заболеваемость острым бронхитом в России составляет в среднем 75–250 на 1000 детей в год, т. е. на 2 порядка выше, чем пневмонией. Наиболее часто у детей бронхит встречается в возрастной категории 1–3 года [1].

Считается, что вирусы являются первопричиной примерно 90% случаев острого бронхита [2]. Несмотря на это, в проспективном исследовании, целью которого являлось изучение этиологии и исходов инфекций нижних дыхательных путей у взрослых, вирусы были выделены только примерно у четверти пациентов с данным заболеванием [3].

При этом данные о роли бактерий в этиологии и патогенезе острого бронхита остаются противоречивыми: бактериальные штаммы выделяют из мокроты у меньшинства пациентов с острым бронхитом, а биопсия бронхов и вовсе не показывает бактериальную инвазию [3, 4].

Преимущественную роль вирусов в этиологии острого бронхита подтверждают и неоднозначные обобщенные результаты применения антибиотиков для его лечения. По результатам проведенного Кокрейновским сообществом метаанализа 11 клинических исследований (n=3841), посвященных изучению эффективности применения антибиотиков при остром бронхите, не было выявлено преимуществ (клинического улучшения) по сравнению с плацебо (отношение рисков [ОР] 1,07, 95% доверительный интервал [ДИ] 0,99–1,15) [5].

Лечение острого бронхита

Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ по лечению острого бронхита у детей [1] назначение антибиотиков не рекомендуется (**сила рекомендации 1; уровень доказательности А**), так же как и не рекомендуется использование антигистаминных препаратов, электропроцедур (**сила рекомендации 1; уровень доказательности С**), горчичников, жгучих пластырей, банок (**сила рекомендации 1; уровень доказательности С**).

В то же время рекомендовано применение муколитических и отхаркивающих средств при вязкой, трудноотделяемой мокроте, без определенной конкретизации классов таких средств и международных непатентованных наименований. Амброксола гидрохлорид, ацетилцистеин и карбоцистеин приводятся в данном руководстве только в качестве примера. Роль фитотерапии в лечении кашля переоценить трудно. Наиболее эффективными и безопасными средствами, применямыми с этой целью, являются препараты, включающие экстракты травы тимьяна, листьев плюща и корней первоцвета. Трава тимьяна обладает секретолитическим, отхаркивающим, бронхоспазмолитическим, антибактериальным и противовоспалительным свойством, тогда как листья плюща и корень первоцвета оказывают отхаркивающее и спазмолитическое действие на дыхательные пути [6–8].

Фокус на фитотерапию

Одними из самых изученных и эффективных растительных лекарственных средств для лечения острого бронхита являются оригинальные комбинированные растительные препараты Бронхипрет® (комбинация травы тимьяна и листьев плюща) в лекарственной форме «сироп» и Бронхипрет® ТП (комбинация травы тимьяна и корня первоцвета) в лекарственной форме «таблетки, покрытые пленочной оболочкой».

Препараты производятся в Германии фитофармацевтической компанией «Бионорика СЕ». Высокое качество лекарственных средств обеспечивается оригинальной концепцией фитониринга (от англ. Phytoneering: phyton — растение и engineering — инженерия, разработка, технология), используемой в их производстве. Указанная концепция подразумевает симбиоз химико-фармацевтического изучения эффектов растительных действующих веществ и их дальнейшую реализацию с помощью инновационных технологических процессов и современных методов производства, а также последующего клинического изучения их применения с соблюдением принципов доказательной медицины.

Эффективность препаратов Бронхипрет® и Бронхипрет® ТП в фармакотерапии острого бронхита доказана в многочисленных клинических исследованиях, наиболее значимые из которых рассмотрены в данном обзоре.

Обзор клинических исследований эффективности и безопасности препаратов Бронхипрет® и Бронхипрет® ТП

Фармакотерапия острого бронхита с продуктивным кашлем у взрослых была изучена в 2 исследованиях, выполненных по «золотому стандарту» доказательной медицины: дизайн исследования — рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое.

В первом исследовании изучали эффективность применения сиропа Бронхипрет®. В этом исследовании участвовали 360 пациентов. В основной группе пациенты (n=182, средний возраст — 43,4±17,7 года, 47,8% мужчин) получали сироп Бронхипрет®, в контрольной группе (n=178, средний возраст — 41,5±17,3 года, 45,5% мужчин) пациенты получали плацебо. Продолжительность терапии каждого пациента составила 11 дней, за это время каждый из них 3 раза посещал врача. Авторы показали, что эффективность препарата Бронхипрет® превосходила эффективность плацебо. У пациентов, получавших сироп Бронхипрет®, частота приступов кашля снизилась на 77,6% по сравнению с исходной частотой, у пациентов группы плацебо — на 55,9% (различия между группами достоверны, p=0,0001).

К концу исследования количество пациентов, у которых полностью купировались приступы кашля, в основной группе было в 2 раза выше, чем в контрольной (28,6% и 14,6% соответственно; p=0,0013). Безопасность применения сиропа Бронхипрет® и плацебо была сопоставима. Частота развития нежелательных явлений (НЯ) достоверно между группами не отличалась: у пациентов группы Бронхипрет® данный показатель составил 3,8% (7/182), а у пациентов группы плацебо — 4,5% (8/178) [9].

Во втором исследовании лечения острого бронхита с продуктивным кашлем у взрослых оценивали эффективность препарата Бронхипрет® ТП (таблетки, содержащие комбинацию экстрактов тимьяна и первоцвета). Продолжительность лечения составила также 11 дней (с 3 посещениями врача-исследователя). В исследование было включено 360 пациентов: 182 — в основную группу (средний возраст — 41,9±14,9 года, 42,3% мужчин) и 178 — в группу плацебо (средний возраст — 43,5±16,4 года, 38,2% мужчин). У пациентов, получавших Бронхипрет® ТП, частота приступов кашля снижалась на 73,7% по сравнению с исходной частотой, а у пациентов из группы плацебо — на 57,8% (различия между группами достоверны; p<0,0001). Уменьшение частоты приступов кашля на 50% по сравнению с исходной при лечении исследуемым препаратом достигалось на 5-й день, что было примерно на 2 дня раньше, чем у пациентов из группы плацебо. К концу исследования число пациентов, у которых не было кашля, в группе Бронхипрет® ТП было более чем в 2 раза выше, чем в группе плацебо (28,6% и 10,7% соответственно; p<0,0001). При этом безопасность применения препарата Бронхипрет® ТП (таблетки, покрытые пленочной оболочкой), так же как и в исследовании препарата Бронхипрет® (сироп), была сравнима с таковой плацебо: частота НЯ в группе Бронхипрет® ТП составила 1,6% (3/183), а в группе плацебо — 1,7% (3/178) и существенно между группами не отличалась. В основной группе 2 НЯ авторы классифицировали как умеренные (нарушения в евстахиевой трубе, боль в спине), а 1 НЯ — как слабое (наружный отит). В группе плацебо все 3 НЯ были классифицированы как слабые (рвота, диспепсия, ринит). Тяжелых или серьезных нежелательных явлений не было отмечено ни в одной из групп [10].

Сравнительная эффективность растительного лекарственного средства Бронхипрет® (в лекарственной форме «таблетки, покрытые оболочкой») у пациентов с острым или обострением хронического бронхита изучали в мультицентровом проспективном когортном исследовании, в котором в качестве препаратов сравнения использовались синтетические муколитики — амброксол и ацетилцистеин. В исследование включили 7783 пациента, из которых 3139 взрослых в возрасте 40,9±18,6 года и 1490 детей в возрасте 5,7±2,9 года получали Бронхипрет®, 590 взрослых в возрасте 41,4±19,1 года и 479 детей в возрасте 5,7±2,9 года принимали амброксол, а 1044 взрослых в возрасте 43,5±18,7 года и 299 детей в возрасте 6,6±2,5 года — ацетилцистеин. В качестве основного критерия оценки эффективности использовалось понятие ОР, или отношения шансов (англ. Odds Ratio), значение которого <1 означало более высокую сравнительную эффективность препарата Бронхипрет®, значение >1 свидетельствовало о лучшей сравнительной эффективности препарата сравнения, если же ОР = 1, то эффективность препаратов была сопоставима. В данном исследовании применение препарата Бронхипрет® у взрослых сопровождалось более выраженным уменьшением частоты приступов кашля, чем при применении амброксола (днем ОР 0,51, при 95% ДИ 0,43–0,6; ночью ОР 0,53, при 95% ДИ 0,45–0,63), по сравнению с ацетилцистеином (днем ОР 0,56, при 95% ДИ 0,49–0,64; ночью ОР 0,54, при 95% ДИ 0,47–0,62), эффективнее улучшало общее состояние пациентов по сравнению с амброксолом (ОР 0,49, при 95% ДИ 0,42–0,58) и ацетилцистеином (ОР 0,52, при 95% ДИ 0,46–0,6), эффективнее уменьшало количество мокроты как по сравнению с амброксолом (ОР 0,69, при 95% ДИ 0,58–0,82), так и по сравнению с ацетилцистеином (ОР 0,79, при 95% ДИ 0,69–0,9). Аналогичные результаты, но выраженные в меньшей степени, были получены и в детской популяции. Бронхипрет® эффективнее уменьшал количество мокроты по сравнению с амброксолом (ОР 0,71, при 95% ДИ 0,55–0,91) и улучшал общее состояние пациентов (ОР 0,8, при 95% ДИ 0,67–0,97). При этом отмечалась его хорошая переносимость как у взрослых, так и у детей. У взрослых нарушения со стороны органов пищеварения отмечались в 0,48% случаев, различные дермальные проявления — в 0,06% случаев, нарушения со стороны дыхательной системы — в 0,06% случаев, а у детей — в 0,4% и 0,2% случаев соответственно [11].

Была изучена эффективность монотерапии препаратом Бронхипрет® (в лекарственной форме «сироп») острых респираторных инфекций (ОРИ) с кашлем у детей. В проспективное открытое рандомизированное контролируемое исследование включили 60 детей в возрасте от 2 до 6 лет, больных ОРИ с кашлем. Все включенные дети были рандомизированы в 2 группы. В основной группе в качестве монотерапии назначали сироп Бронхипрет® по 3,2 мл 3 р./сут. В группе сравнения пациенты получали общепринятую терапию: другие отхаркивающие средства, антисептики для орошения горла, сосудосуживающие препараты и иммуномодуляторы в стандартных возрастных дозировках. В группе пациентов, получавших сироп Бронхипрет®, средняя продолжительность течения ОРИ оказалась достоверно меньше, чем при назначении комплекса других отхаркивающих, местных антисептических и сосудосуживающих средств (7,23±0,51 сут против 9,5±0,70 сут), так же как и продолжительность кашля (7,27±0,51 сут против 9,4±0,71 сут). Также очень важно, что наблюдалось достоверно более редкое назначение антибактериальной терапии детям, получавшим сироп Бронхипрет®. Необходимость изменения схемы лечения в связи с нарастанием выраженности инфекционно-воспалительного процесса, распространением на другие отделы респираторного тракта или проявлением НЯ на 4–5-е или 7–9-е сут возникла в 43% случаев (13 больных) при лечении сиропом Бронхипрет® и в 63% (19 больных) — при назначении других препаратов. В то же время в сравниваемых группах достоверно не различалась частота НЯ. У 1 ребенка, получавшего Бронхипрет®, на 3-й день были отмечены признаки дерматита. В группе сравнения НЯ 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 применявшимися препаратами обнаружено не было [12].

Безопасность и эффективность применения препарата Бронхипрет® у пациентов с ОРВИ и аллергическими заболеваниями были изучены в еще одном проспективном открытом когортном исследовании, в котором оценивалась эффективность лечения препаратом Бронхипрет® кашля на фоне ОРВИ у пациентов, страдающих аллергическим риносинуситом, бронхиальной астмой легкой и средней тяжести. В исследовании участвовало 648 пациентов (из них 146 детей в возрасте 2–15 лет), которые были распределены на 2 группы (когорты). Пациентам 1-й группы, включавшей 550 человек (средний возраст — 38,9±2,89 года, 41% — мужского пола), лечение проводилось препаратом Бронхипрет®. Остальные 98 пациентов (средний возраст — 41,1±2,13 года, 29% — мужского пола), получавшие стандартную терапию ОРВИ, входили во 2-ю группу. Обе группы пациентов были сопоставимы по клинической характеристике, полу и возрасту. В обеих группах больные страдали частыми ОРВИ (более 3 раз в год) на фоне аллергического риносинусита и бронхиальной астмы. Лечение проводилось препаратом Бронхипрет® в течение 3 мес. Затем в течение 12 мес. после окончания курса лечения пациенты находились под наблюдением. У всех пациентов на фоне терапии достигнут положительный клинический результат. При этом у 111 больных (20,2%) из 1-й группы и 34 больных (34,7%) из 2-й наблюдалось полное купирование симптомов, связанных с инфекцией. При этом за время наблюдения число случаев ОРВИ в 1-й группе снизилось до 1,32 в год, а во 2-й группе такой динамики получено не было. Все 550 пациентов 1-й группы (100%) за период лечения жалоб на непереносимость препарата не предъявляли. Таким образом, был сделан вывод об эффективности и безопасности исследуемого препарата как для лечения, так и для профилактики ОРВИ, в т. ч. и у пациентов с аллергическими заболеваниями [13].

Еще одно масштабное постмаркетинговое наблюдательное исследование применения препарата Бронхипрет® в лекарственной форме «сироп» для лечения острого бронхита с продуктивным кашлем у детей включало данные лечения 1234 пациентов различных возрастных групп: 611 (49,5%) девочек, 623 (50,5%) мальчика в возрасте от 7 мес. до 17 лет, из них 12 детей младшего возраста (<2 лет), 372 дошкольника (2–5 лет), 438 школьников (6–11 лет) и 412 подростков (12–17 лет). Пациенты принимали сироп от кашля в соответствующих возрасту дозировках (2–5 лет — 3,2 мл 3 р./сут; 6–11 лет — 4,3 мл 3 р./сут, 12–17 лет — 5,4 мл 3 р./сут).

Длительность наблюдения составила в среднем 10 дней. В целом 973 пациента (78,8%) получали монотерапию сиропом Бронхипрет®, 135 пациентов (10,9%) — фитопрепарат в комбинации с антибиотиками и 126 пациентов (10,2%) — фитопрепарат в комбинации с другими препаратами (преимущественно назальными средствами и средствами от простуды). На фоне проводимой терапии лекарственным средством Бронхипрет® к 10 дню исследования отмечалось уменьшение эпизодов кашля на 81,3% (с 25,1±24,2 до 4,7±10,8). Суммарный балл по шкале тяжести бронхита (Bronchitis Severity Score, BSS) также снижался как при монотерапии препаратом Бронхипрет®, так и при сопутствующем лечении антибиотиками в среднем на 46,1% на 4-е сут исследования и на 85,4% на 10-е сут. При этом у 2 пациентов (0,2%) из 1234 отмечены преходящие, нетяжелые НЯ с возможной связью с проводимой терапией. В целом переносимость препарата была хорошей или очень хорошей в 96,5% случаев [14].

Сравнительные с антибактериальной терапией эффективность и безопасность препарата Бронхипрет® (в лекарственной форме «сироп») в лечении острого бронхита у детей были изучены в российском многоцентровом двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании. В исследование были включены 182 пациента обоего пола в возрасте от 2 до 6 лет с диагнозом острого бронхита с продуктивным кашлем, повышением аксиллярной температуры >38,0 °С и уровнем лейкоцитов $<15\times10^9$/л. Пациенты были рандомизированы на 3 группы. В 1-й группе пациенты получали Бронхипрет®, во 2-й группе — амоксициллин, в 3-й группе — комбинацию фитопрепарата и антибиотика. При этом сывороточный уровень прокальцитонина (ПКТ) был выбран критерием (это отличало данное исследование от остальных) для разделения пациентов на 2 подгруппы: с признаками бактериальной инфекции (ПКТ ≥0,25 нг/мл) и без нее (ПКТ<0,25 нг/мл). Для определения диагностической ценности данного параметра (ПКТ) исследователи опирались на работу M. Christ-Crain et al. (2004), в которой сывороточный ПКТ оценивали с позиции маркера бактериальных инфекций нижних дыхательных путей [15]. Согласно результатам данного исследования наличие низкого уровня сывороточного ПКТ (<0,25 нг/мл) указывает на то, что у пациентов нет бактериальной инфекции, т. е. они не нуждаются в назначении антибактериальных препаратов. В подгруппе пациентов с уровнем ПКТ<0,25 нг/мл (n=149) доля пациентов, ответивших на лечение, по оценке исследователя, была одинаковой во всех 3 группах (97,8%, 98,1%, 98,0% соответственно) после 7 дней лечения. Таким образом, в исследовании была показана не уступающая эффективность фитотерапии препаратом Бронхипрет® в сравнении с антибиотикотерапией, которая была подтверждена как для подгруппы пациентов с низким уровнем ПКТ (<0,25 нг/мл), так и для всех пациентов после 7 дней лечения. Очень важно, что отмечалась тенденция к ускорению выздоровления на фоне терапии препаратом Бронхипрет®, которая заключалась в меньшем времени до возврата к нормальной повседневной активности (4,0 сут на фоне приема исследуемого препарата против 5,0 сут в группах антибиотикотерапии и комбинированной терапии) и в меньшем времени до прекращения ночного кашля (4,0 сут против 6,0 сут в других группах соответственно). Не менее ценен результат исследования, показывающий, что при сравнимой эффективности лечения в группах монотера-

пии применение препарата Бронхипрет® в комбинации с антибиотиком повышало эффективность лечения пациентов с высоким уровнем ПКТ. Статистически значимые различия при сравнении фито- и антибиотикотерапии в отношении вторичных конечных точек не были выявлены: прекращение участия в исследовании и необходимость назначения другого антибиотика, продолжающийся или возобновившийся по окончании лечения бронхит и др. Что касается безопасности лечения, то количество пациентов, сообщивших хотя бы об одном НЯ, было одинаковым в группе фитотерапии (7 из 62 пациентов, 11,3%) и в группе антибиотика (6 из 60 пациентов, 10,0%), но в группе комбинированной терапии только 2 из 59 пациентов сообщили о НЯ (3,4%). Все НЯ разрешились в течение исследования. Серьезных НЯ отмечено не было [16].

В еще одном исследовании (открытом рандомизированном) сравнивали эффективность применения препарата Бронхипрет® в лекарственной форме «сироп» и ингаляций физиологического раствора NaCl 0,9% через небулайзер в лечении острого трахеобронхита с продуктивным кашлем. В это исследование было включено 50 детей в возрасте от 3 мес. до 6 лет, рандомизированных в равные группы изучаемого препарата и ингаляций. Бронхипрет® назначали в возрастной дозировке, ингаляции физиологического раствора NaCl (3 мл) через небулайзер проводили 3 р./сут. У всех детей (100%) на фоне лечения сиропом Бронхипрет® к 5-му дню было отмечено снижение числа эпизодов кашля днем и ночью. Самый ценный результат, полученный в данном исследовании, заключался в значительном снижении среднего количества эпизодов кашля ночью с 13,6 до 3,2 (т. е. в 4,2 раза; $p<0,01$). А у детей, использовавших физраствор, снижение числа эпизодов кашля ночью и днем было отмечено у 72% (различия между группами статистически достоверны; $p<0,02$). При этом у 28% число эпизодов кашля либо осталось на прежнем уровне, либо несколько увеличилось, а количество эпизодов кашля ночью снизилось только в 1,4 раза. К 10-му дню лечения у детей из группы препарата Бронхипрет® среднее количество эпизодов кашля днем составило 1,3, а ночью — 1,1 (т. е. по сравнению со средним количеством эпизодов кашля до лечения снизилось в 10,5 раза). При этом у 34% приступы кашля совсем прекратились. У детей же контрольной группы к 10-му дню лечения среднее количество эпизодов кашля снизилось в 2,1 раза днем и в 2,6 раза ночью по сравнению с количеством эпизодов кашля до лечения. Следует отметить, что в группе ингаляций с физраствором ни в одном случае не было отмечено полного прекращения кашля. При этом у всех пациентов отмечалась хорошая переносимость препарата Бронхипрет®. Нежелательных лекарственных реакций при применении препарата отмечено не было [17].

И, наконец, в еще одном открытом рандомизированном проспективном исследовании была оценена эффективность добавления препарата Бронхипрет® (сироп) к стандартной терапии ОРВИ, сопровождающейся сухим кашлем, у часто болеющих детей. В исследовании приняли участие 54 ребенка, перенесших более 6 эпизодов ОРВИ в год, в возрасте от 1 года до 6 лет, из них 25 (46%) мальчиков и 29 (54%) девочек. Всем пациентам назначали теплое щелочное питье, по показаниям — жаропонижающие средства (парацетамол), деконгестанты, местные антибиотики. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. Пациенты 1-й группы (n=28) дополнительно к базовой терапии получали Бронхипрет® сироп 3 р./сут в течение 7–10 дней в дозе, соответствующей возрасту пациентов. Пациентам 2-й группы (n=26) в течение 7–10 сут проводилась только стандартная терапия. На 3–4-е сут лечения у пациентов 1-й группы, получавших Бронхипрет®, отмечено улучшение отхождения мокроты: частота влажного кашля в 1-й группе пациентов к 3–4 дню болезни была в 2 раза выше, чем во 2-й группе (83 и 42% соответственно; $p<0,05$). Эта разница сохранялась до 14–17-го дня, а 24% пациентов 2-й группы с 3–4-го дня заболевания потребовалось назначение отхаркивающих препаратов в связи с малопродуктивным кашлем и неэффективностью проводимой терапии. Эффективность лечения кашля у пациентов 1-й группы составила 98%, тогда как во 2-й — всего 61%. Во 2-й группе пациентов к 7–10-му дню заболевания 3 (12%) детям потребовалось назначение антибактериальных препаратов. В 1-й группе антибактериальные препараты были назначены только 1 (3%) ребенку с острым отитом. На фоне приема исследуемого препарата ни у одного пациента не было зарегистрировано НЯ, отмечена хорошая переносимость растительного лекарственного средства [18].

Заключение

Таким образом, обзор клинических исследований убедительно показывает, что лекарственные растительные препараты Бронхипрет® и Бронхипрет® ТП являются эффективными и безопасными средствами для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний дыхательных путей, сопровождающихся кашлем и образованием мокроты (трахеит, трахеобронхит и бронхит) у взрослых и детей старше 3 мес. Препараты эффективны в монотерапии простудного кашля и вирусного бронхита в качестве альтернативы синтетическим муколитикам, могут эффективно дополнять обоснованную антибактериальную терапию бронхита и повышать ее клиническую пользу, ускорять и облегчать процесс выздоровления пациентов различного возраста, обладая при этом очень хорошим профилем безопасности.

Литература

1. Острый бронхит у детей. Клинические рекомендации Союза педиатров России. (Электронный ресурс). URL: http://pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_obr.pdf (дата обращения: 17.05.2019). [Acute bronchitis in children. Clinical recommendations of the Union of Pediatricians of Russia. (Electronic resource). URL: http://pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_obr.pdf (access date17.05.2019) (in Russ.)].
2. Gonzales R., Sande M.A. Uncomplicated acute bronchitis. Ann Intern Med. 2000;133:981–991.
3. Macfarlane J.R., Colville A., Guion A. et al. Prospective study of aetiology and outcome of adult lower-respiratory tract infections in the community. Lancet. 1993;341:511–514.
4. Macfarlane J., Holmes W., Gard P. et al. Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community. Thorax. 2001;56:109–114.
5. Smith S.M., Fahey T., Smucny J., Becker L.A. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. CD000245. DOI: 10.1002/14651858.CD000245.pub4.
6. ESCOP Monograph, Thymi herba (Thyme). European Scientific Cooperation on Phytomedicine, Elburg (2003).
7. ESCOP Monograph, Hedera helices folium (Ivy Leaf). European Scientific Cooperation on Phytomedicine, Elburg (2003).
8. ESCOP Monograph, Primulae radix (Primrose root). European Scientific Cooperation on Phytomedicine, Elburg (2003).
9. Кеммерих Б., Эберхардт Р., Штаммер Х. Эффективность и переносимость комбинации травы тимьяна и плюща в виде жидкого экстракта против плацебо у пациентов, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем. Проспективное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование. РМЖ. 2008;16(20):3–10. [Kemmerich B., Eberhardt R., Stammer H. Efficacy and tolerability of a combination of thyme herb and ivy in the form of a liquid extract against placebo in patients suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial. RMJ. 2008;16(20):3–10 (in Russ.)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте http://www.rmj.ru