

**С.И. Барденикова<sup>1</sup>, О.В. Зайцева<sup>1</sup>, Л.Н. Новожилова<sup>2</sup>, Э.Э. Локшина<sup>1</sup>, Т.И. Рычкова<sup>1</sup>,  
В.А. Пастухова<sup>1</sup>, Г.Б. Кузнецов<sup>1</sup>, О.Б. Довгун<sup>2</sup>, С.В. Зайцева<sup>1</sup>, Т.Н. Празникова<sup>1</sup>, И.Г. Степанова<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет

<sup>2</sup> Детская клиническая больница Святого Владимира, Москва

<sup>3</sup> Детская клиническая больница № 38, Москва

## Некоторые аспекты патогенетической терапии кашля при острых респираторных инфекциях у детей

ПРОВЕДЕНО ОТКРЫТОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПЕРЕНОСИМОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ЭКСТРАКТ ЛИСТЬЕВ ПЛЮЩА (ПРОСПАН), У 263 ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ОРИ). УСТАНОВЛЕНО, ЧТО НАЗНАЧЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СПОСОБСТВОВАЛО СОКРАЩЕНИЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СУХОГО И МАЛОПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ, УЛУЧШЕНИЮ РЕОЛОГИИ МОКРОТЫ И ДРЕНАЖНОЙ ФУНКЦИИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА, УМЕНЬШЕНИЮ ВЫРАЖЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И НЕОБХОДИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХОЛИТИКОВ, СОКРАЩЕНИЮ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ. ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ ОТ КАШЛЯ ФИТОПРЕПАРАТ С ЭКСТРАКТОМ ЛИСТЬЕВ ПЛЮЩА ОКАЗЫВАЕТ БОЛЕЕ РАННИЙ (НА 1–3 ДЕНЬ) ЭФФЕКТ.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ДЕТИ, ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ, КАШЕЛЬ, ЛЕЧЕНИЕ.

### Контактная информация:

Зайцева Ольга Витальевна,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой педиатрии  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета  
Адрес: 127473, Москва,  
ул. Делегатская, д. 20/1,  
тел. (495) 268-729-95  
Статья поступила 17.04.2007 г.,  
принята к печати 28.01.2008 г.

Хорошо известно, что острые респираторные инфекции (ОРИ) являются важной проблемой здравоохранения из-за их широкой распространенности, как у детей, так и у взрослых. ОРИ составляют около 90% всей инфекционной патологии детского возраста. Это самые частые заболевания в амбулаторной практике: более 80% всех вызовов врачей на дом обусловлены ОРИ. Наиболее высока заболеваемость ими у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Высокая частота инфекций дыхательной системы у детей обусловлена особенностями иммунной системы ребенка, высокой контагиозностью вирусных инфекций, нестойким иммунитетом к ряду возбудителей (вирусы респираторно-синтициальный, парагриппа), разнообразием серо- и биотипов пневмотропных бактерий (пневмококков, стафилококков, гемофильной палочки). В настоящее время ОРИ у детей представляют собой не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему [1].

Основными возбудителями ОРИ являются вирусы, тропные к эпителию дыхательных путей и способствующие их вторичной колонизации бактериями. Вирусные инфекции повреждают эпителий дыхательных путей и вызывают воспаление слизистой оболочки, для которого характерно повышение продукции вязкой слизи, проявляющейся насморком и малопродуктивным кашлем. При этом перистальтические движения мелких бронхов и «мерцание»

**S.I. Bardenikova<sup>1</sup>, O.V. Zaitceva<sup>1</sup>, L.N. Novozhilova<sup>2</sup>,  
E.E. Lokshina<sup>1</sup>, T.I. Rychkova<sup>1</sup>, V.A. Pastukhova<sup>1</sup>,  
G.B. Kuznetsov<sup>1</sup>, O.B. Dovgun<sup>2</sup>, S.V. Zaitceva<sup>1</sup>,  
T.N. Prazdnikova<sup>1</sup>, I.G. Stepanova<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Moscow State Medical Dental University

<sup>2</sup> St. Vladimir's child clinical hospital

<sup>3</sup> Child clinical hospital № 38, Moscow

## Certain aspects of cough pathogenetic therapy of acute child respiratory infections

AN OPEN CONTROLLED COMPARATIVE RESEARCH WAS CONDUCTED ON 263 CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTION (ARI) IN ORDER TO EVALUATE THE CLINICAL EFFECTIVENESS, ACCEPTABILITY AND SAFETY OF PLANT-BASED PREPARATION THAT CONTAINS IVY LEAF EXTRACT. IT WAS ESTABLISHED THAT PRESCRIBING THE PREPARATION DURING THE FIRST DAYS OF DISEASE REDUCED THE DURATION OF DRY AND INEFFICIENT COUGH, IMPROVED SPUTUM RHEOLOGY AND BRONCHIAL TREE DRAINAGE FUNCTION, REDUCED BRONCHIAL OBSTRUCTION INTENSITY, REDUCED THE NEED FOR PRESCRIBING BRONCHIAL SPASMOLITICS LESS NECESSARY AND DECREASED STAY-IN TERM. COMPARED TO OTHER ANTI-COUGH MEDICINES, PLANT-BASED PREPARATION WITH IVY LEAF EXTRACT HAS QUICKER EFFECT (EFFECTIVE ON THE 1<sup>ST</sup>–3<sup>RD</sup> DAY).

**KEY WORDS:** CHILDREN, ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS, COUGH, TREATMENT.

реснитчатого эпителия крупных бронхов и трахеи не в состоянии обеспечить адекватный дренаж бронхиального дерева. Вязкий секрет способствует прилипанию (адгезии) возбудителей респираторных инфекций на слизистых оболочках респираторного тракта, что создает благоприятные условия для развития бактериальной суперинфекции. В свою очередь микроорганизмы и их токсины ухудшают движение ресничек эпителия, нарушают дренажные функции бронхиального дерева, снижают бактерицидные свойства бронхиального секрета и местную иммунологическую защиту дыхательных путей с высоким риском развития затяжного и хронического течения воспалительного процесса. Поврежденный эпителий бронхов характеризуется повышенной чувствительностью рецепторов к внешним воздействиям, что значительно повышает вероятность развития бронхоспазма и бактериальной суперинфекции [2, 3].

Образование бронхиального секрета — одно из обязательных условий нормального функционирования бронхиального дерева. Бронхиальный секрет сложен по составу и является суммарным продуктом секреции бокаловидных клеток, транссудации плазмы, метаболизма подвижных клеток и вегетирующих микроорганизмов, а также легочно-сурфактанта. Трахеобронхиальная слизь в нормальных условиях обладает бактерицидным эффектом, так как содержит иммуноглобулины и неспецифические факторы защиты (лизозим, трансферрин, опсоныны и др.). Нарушение дренажной функции бронхиального дерева может привести не только к вентиляционным нарушениям, но и к снижению местной иммунологической защиты дыхательных путей с высоким риском развития затяжного течения воспалительного процесса, способствовать его хронизации [4].

Таким образом, для воспалительных заболеваний респираторного тракта характерны изменение реологических свойств мокроты и снижение мукоцилиарного клиренса. Кроме того, на фоне воспалительных изменений довольно часто, особенно у детей раннего возраста, развивается бронхообструктивный синдром, который, безусловно, ухудшает течение и прогноз респираторного заболевания.

Если перистальтические движения мелких бронхов и деятельность реснитчатого эпителия крупных бронхов и трахеи не обеспечивают необходимого дренажа, развивается кашель, физиологическая роль которого состоит в очищении дыхательных путей от инородных веществ, попавших извне или образованных эндогенно. Следовательно, кашель — это защитный рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей [2, 5, 6]. Однако эффективность кашля в значительной степени зависит от реологических свойств мокроты. Поэтому основной целью терапии воспалительных заболеваний дыхательной системы у детей являются разжижение мокроты, снижение ее адгезивных свойств и облегчение эвакуации, что увеличивает эффективность кашля.

Очевидно, что необходимость в подавлении кашля, в том числе и с учетом патофизиологических механизмов его возникновения, с использованием истинных противокашлевых препаратов у детей возникает крайне редко. К противокашлевым препаратам относят лекарственные средства центрального (наркотические — кодеин, морфин и ненаркотические — глауцин, окселадин, бутамират) и периферического (преноксидиазин) действия.

Лекарственные препараты, улучшающие откашливание мокроты, можно разделить на средства, стимулирующие откашливание, и муколитические (или секретолитические) препараты. По составу они могут быть природного происхождения или получены синтетическим путем.

**Среди средств, стимулирующих откашливание,** выделяют препараты рефлекторного и резорбтивного действия.

Рефлекторно действующие препараты при приеме внутрь оказывают умеренное раздражающее действие на рецепторы желудка, что возбуждает рвотный центр продолговатого мозга, рефлекторно усиливают секрецию слюнных желез и слизистых желез бронхов. К этой группе относятся средства растительного происхождения (препараты термопсиса, алтея, солодки, терпингидрат, эфирные масла и др.). Действующим их началом являются алкалоиды и сапонины, способствующие регидратации слизи вследствие увеличения транссудации плазмы, усилению моторной функции бронхов и отхаркиванию за счет перистальтических сокращений, обеспечивающих бронхиальную проводимость, а также повышения активности мерцательного эпителия.

Ко второй подгруппе относят препараты резорбтивного действия (натрия и калия йодид, аммония хлорид, натрия гидрокарбонат и другие солевые препараты), которые, всасываясь в желудочно-кишечном тракте, выделяются слизистой оболочкой бронхов и, увеличивая бронхиальную секрецию, разжижают мокроту и облегчают отхаркивание.

**Муколитические (или секретолитические) препараты** часто используются при лечении болезней органов дыхания у детей. Муколитические препараты (бромгексин, амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин и др.) эффективно разжижают мокроту, не увеличивая существенно ее количество. В то же время, механизм действия отдельных представителей этой группы различен, поэтому муколитики обладают разной эффективностью.

**Фитопрепараты** (лекарственные средства, приготовленные из растительного сырья) традиционно широко используются в лечении заболеваний органов дыхания у детей. Несмотря на появление большого количества синтетических лекарственных средств, интерес к фитотерапии не случаен. Лекарственные растения характеризуются мягким терапевтическим действием, усиливают эффективность комплексной терапии, имеют незначительные побочные проявления. Фитотерапия эффективна, физиологична, переносимость ее отмечается нечасто. Некоторые фитопрепараты, применяемые в пульмонологии, обладают не только отхаркивающим эффектом, но и другими лечебными свойствами — бронхолитическими, противовоспалительными, мукокинетическими и др. В то же время следует помнить, что лекарственные средства этой группы могут значительно увеличить объем бронхиального секрета, который маленькие дети не в состоянии самостоятельно откашливать, а это может привести к значительному нарушению дренажной функции легких и реинфицированию, а также с осторожностью применять их у аллергиков.

Следует отметить, что успех фитотерапии зависит от качества сырья и технологии его переработки. Согласно Закону о лекарственных средствах, растительный экстракт является лекарственным веществом, которое должно быть строго стандартизировано, определяться точным описанием процесса производства и аналитическими данными. Следовательно, эффективно и безопасно можно применять фитопрепараты, приготовленные только официально, т.е. в условиях контролируемого фармацевтического производства. Именно поэтому при выборе фитопрепарата следует особое внимание уделять стране и компании-производителю лекарственного средства.

Несколько лет назад на российском рынке появился хорошо известный в Европе растительный препарат Проспан (сироп от кашля); активное вещество — сухой экстракт листьев лекарственного плюща *Hedera helix*. Препараты из листьев плюща давно используются в качестве отхаркивающих средств. К тому же вещества, содержащиеся в плюще, оказывают не только выраженное отхаркивающее и муколитическое (секретолитическое) действие, но и обла-

дают бронхолитической и спазмолитической активностью. Фитопрепарат являясь оригинальным средством, разработанным компанией Engelhard Arzneimittel (Германия), имеет 55-летний опыт эффективного применения в 70 странах мира и он один из наиболее часто рекомендуемых в Германии препаратов от кашля. Его высокая терапевтическая эффективность и хорошая переносимость подтверждены многочисленными клиническими исследованиями. В многоцентровом исследовании, в котором участвовали 52 478 детей, нежелательные эффекты при приеме фитопрепарата (в основном, со стороны желудочно-кишечного тракта) отмечались только в 0,2% случаев [1].

Важным компонентом фитопрепарата наряду с экстрактом листьев плюща являются сапонины олеанолового типа. Сапонины плюща рефлекторно стимулируют выработку секрета бокаловидными клетками слизистой оболочки бронхов, тем самым увеличивая объем секрета и улучшая его реологию. Сапонины способствуют увлажнению слизистой оболочки дыхательных путей, уменьшают вязкость секрета, облегчают подвижность ресничек. Однако только рефлекторным действием сапонинов нельзя объяснить секретолитический и бронхолитический эффекты фитопрепарата, продемонстрированные в клинических исследованиях. Биофизические исследования позволили по-новому взглянуть на механизм действия активной субстанции препарата. Доказано, что экстракт листьев плюща усиливает чувствительность  $\beta_2$ -адренорецепторов к адреномиметикам, в том числе и эндогенного происхождения. Кроме того,  $\alpha$ -гедерин, образующийся из сапонинов плюща, препятствует блокированию  $\beta_2$ -адренорецепторов, позволяя им полноценно функционировать. Этот механизм обуславливает наличие у фитопрепарата бронхолитического и спазмолитического эффектов. Так, в экспериментальных исследованиях было показано, что экстракт плюща обладает свойствами, подобными свойствам  $\beta_2$ -симпатомиметиков.  $\alpha$ -гедерин способствует также выработке сурфактанта клетками альвеолярного эпителия 2-го типа. Сурфактант обеспечивает продукцию секрета с оптимальными реологическими и иммунологическими свойствами. Следовательно,  $\alpha$ -гедерин обеспечивает и секретолитическое действие препарата.

В экспериментальных исследованиях доказано противовоспалительное (антимикробное, антигрибковое) действие экстракта листьев плюща. Восстановление бактерицидности бронхиального секрета уменьшает длительность и выраженность воспаления, нормализует вязкость мокроты, что улучшает дренаж бронхов.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности, переносимости и безопасности фитопрепарата, содержащего экстракт листьев лекарственного плюща *Hedera helix* у детей с ОРИ.

#### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В открытое сравнительное контролируемое пострегистрационное исследование<sup>1</sup> в период с мая 2006 г. по октябрь 2007 г. было включено 263 ребенка (41% девочек) с признаками малопродуктивного кашля, возникшего на фоне ОРИ. Дети были в возрасте от 2 мес до 15 лет, из них 221 (84%) ребенок был дошкольного возраста, 39 (15%) детей первого года жизни. У 1/3 пациентов в анамнезе имелись указания на аллергические заболевания (атопический дерматит, аллергический ринит). Каждый четвертый ребенок (25%), из числа включенных в исследование, были отне-

сены к диспансерной группе часто болеющих детей. Хроническая ЛОР-патология (аденоидит, синусит, хронический тонзиллит) имела место у 17% детей.

У всех пациентов была сходная клиническая картина респираторной инфекции, протекающей с катаральными явлениями, признаками интоксикации, лихорадкой, приступообразным малопродуктивным кашлем. У 65 (25%) детей отмечались клинические признаки острого обструктивного бронхита (ОБ), у 74 (28%) — острого стенозирующего ларинготрахеита (синдром крупа). Длительность заболевания на момент начала исследования у 2/3 детей составила 1–2 дня, у остальных — не более 6 сут.

Всем детям проводили системную фармакотерапию, соответствующую тяжести основного и сопутствующих заболеваний (антибиотики, антигистаминные, антипиретические препараты и др.). Антибактериальную терапию получали 63% больных (цефалоспорины, макролиды, аминопенициллины). Показанием к назначению антибиотиков были наличие пневмонии (у 8 детей), осложнения со стороны ЛОР-органов (отит, аденоидит), высокая вероятность наличия или серологически доказанная микоплазменная инфекция (у 27 детей). При тяжелом течении синдрома бронхиальной обструкции и стенозирующего ларинготрахеита ( $n = 41$ ) в комплексное лечение детей включали ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид через небулайзер) и (или) парентерально (преднизолон, дексаметазон). Бронхолитики (ипратропия бромид-фенотерол, сальбутамол) с учетом тяжести проявлений бронхиальной обструкции применялись у 20 (8%) детей. В половине случаев дети, кроме симптоматической терапии ОРИ, получали препараты интерферона. В исследование не включали детей, принимавших мукоактивные препараты менее чем за 14 дней до включения в исследование; детей с тяжелым течением бронхообструктивного синдрома и выраженными признаками дыхательной недостаточности; анамнестическое указание на непереносимость препаратов из листьев плюща. При развитии побочных эффектов лечения участие пациентов в испытании прекращалось.

Основную, 1-ю группу составили 233 ребенка, которым, кроме системной фармакотерапии, был назначен препарат Проспан в виде сиропа в рекомендуемой возрастной дозировке (детям грудного возраста — по 2,5 мл 2 раза в день, от 1 года до 6 лет — по 2,5 мл 3 раза в день, с 6 до 15 лет — по 5 мл 3 раза в день). Длительность терапии составляла от 7 до 15 дней.

У 30 больных (2-я группа, сравнения) проводилась комплексная фармакотерапия с применением другого фитопрепарата отхаркивающего действия (микстуры с алтеем, подорожником).

Методы исследования включали клиническое наблюдение детей в динамике (ежедневный осмотр детей педиатром), ведение протокола (карты) исследования с последующим анализом, оценку физических и лабораторных данных в динамике, при необходимости — рентгенологические, функциональные и другие методы исследования. В карте наблюдения указывали: диагноз заболевания (в том числе сопутствующую патологию), сроки появления продуктивного кашля, уменьшения его интенсивности и сроки выздоровления. Оценивали вязкость мокроты. Динамику характера и продуктивности кашля оценивали по 3-балльной системе (0 — кашель отсутствует, 1 — умеренно выражен, 2 — сильно выражен). В карте наблюдений указывали суммарный индекс симптомов (СИС) бронхообструкции

<sup>1</sup> Исследование проводилось под руководством сотрудников кафедры педиатрии МГМСУ (зав. кафедрой — профессор О.В. Зайцева) в 2 клинических центрах Москвы: Детской клинической больнице Святого Владимира (главный врач П.П. Касьянов) и Детской клинической больнице № 38 (главный врач — канд. мед. наук В.И. Голоденко).





# ...НАТУРАЛЬНЫЙ И ОЧЕНЬ ВКУСНЫЙ СИРОП ОТ КАШЛЯ...

Наиболее часто рекомендуемый  
в Германии препарат для детей.

Обладает секретолитическим,  
бронхолитическим и отхаркивающим  
действием.

Производитель: Engelhard Arzneimittel GmbH&Co. KG, Германия  
Дистрибьютор: ЗАО «Европлант» • [www.europlant.ru](http://www.europlant.ru) • [www.prospan.ru](http://www.prospan.ru)

Лиц. №19/000782 от 20.01.04, РУ капли П №011382/02-1999 от 10.11.2004, РУ сироп П №011382/01-1999 от 07.09.2004

**РЕКОМЕНДОВАН  
С ПЕРВЫХ  
ДНЕЙ  
ЖИЗНИ  
ДЕТЯМ**



(наличие дистантного свистящего дыхания, сухих свистящих хрипов при аускультации, появление одышки, использование бронхолитиков), оцененный с помощью балльной системы (0 баллов — симптомов нет; 1 балл — появление симптомов только при физической нагрузке; 2 балла — симптомы возникают в покое; 3 балла — непрерывно рецидивирующие симптомы тяжелого течения). Рентгенограмма была выполнена 28 детям с подозрением на легочные осложнения на фоне ОРИ. При обследовании у 8 детей была подтверждена пневмония (очаговая — у 7, плевропневмония — у 1 ребенка).

Эффективность лечения оценивали на 1, 3, 5, 7 и 10–14 сутки от начала наблюдения. Фиксировали наличие и степень тяжести бронхообструктивного синдрома, данные о сути проводимого лечения, в том числе о необходимости в назначении бронхолитиков, ингаляционных глюкокортикоидов. Эффективность терапии оценивали с учетом клинических и лабораторных показателей. Результат считали отличным при полном исчезновении клинических симптомов ОРИ, в том числе и кашля, хорошим — при значительном уменьшении симптомов (допускалось сохранение редкого кашля), удовлетворительным — если к 7-м суткам от начала терапии отмечалось улучшение клинических симптомов, хотя они и сохранялись; лечение считали не эффективным, если отсутствовала положительная клиническая динамика. Мониторинг нежелательных эффектов, связанных с использованием фитопрепарата, проводили в течение всего периода наблюдения. Исследование осуществлено в строгом соответствии с требованиями Хельсинской декларации (WMA, 1964) и «Декларации о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе» (WHO/EURO, 1994).

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA 5.0 (StatSoft, США). Количественные переменные представлены в виде среднего значения  $\pm$  стандартная ошибка среднего значения. Изменение количественных показателей в результате лечения оценивали с помощью t-критерия Стьюдента для

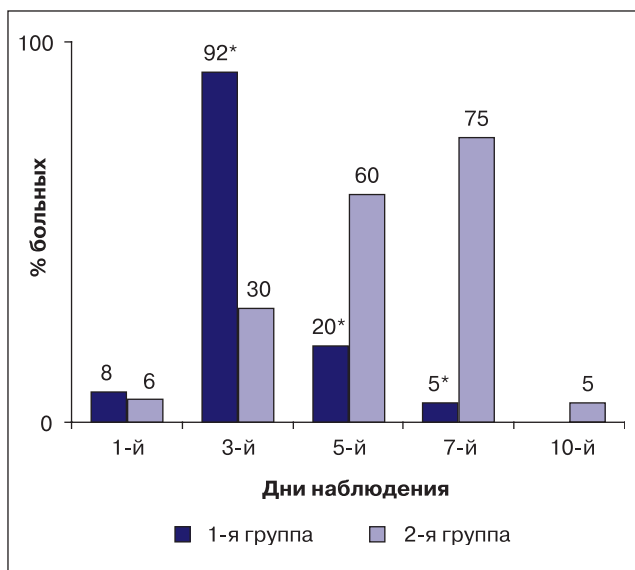
парных сравнений зависимых переменных. Качественные переменные, представленные в виде частоты события (%), сравнивали с помощью критерия Пирсона  $\chi^2$ . Результаты сравнения рассматривали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что комплексная терапия ОРИ, включающая фитопрепарат с экстрактом листьев плюща, способствовала более быстрой положительной динамике интенсивности и характера кашля: на 3-и сутки от начала терапии почти у всех детей 1-й группы были отмечены признаки продуктивного кашля, что свидетельствовало об улучшении реологических свойств мокроты (рис. 1). Кроме того, на 5-е сутки от начала терапии значительно уменьшилось число детей, у которых отмечался кашель, причем среди пациентов 1-й группы число кашляющих детей было достоверно меньше (рис. 2). К концу первой недели наблюдения кашель сохранялся только у 14% (27% в группе сравнения,  $p < 0,01$ ). Указанная тенденция сохранилась и к концу исследования. Аускультативные данные также подтвердили эффективность фитопрепарата с экстрактом листьев плюща как муколитического и отхаркивающего препарата, поскольку к 7-му дню лечения сухие хрипы в легких у большинства больных 1-й группы не прослушивались. Влажные среднепузырчатые хрипы сохранялись дольше (до 2–3 нед) только у 3 грудных детей с бронхообструкцией, причем у одного из них, кроме гипоксического поражения ЦНС был обнаружен порок развития бронхиального дерева.

**Эффективность фитопрепарата в комплексной терапии острого ОБ.** Клинические признаки острого ОБ отмечались у 65 (28%) и 12 (40%) пациентов 1-й и 2-й групп соответственно. Важно отметить, что каждый четвертый (28%) ребенок с ОБ, развившимся на фоне ОРИ, относился к диспансерной группе часто болеющих. Кроме того, каждый третий (30%) пациент имел отягощенный, включая семейный, ал-

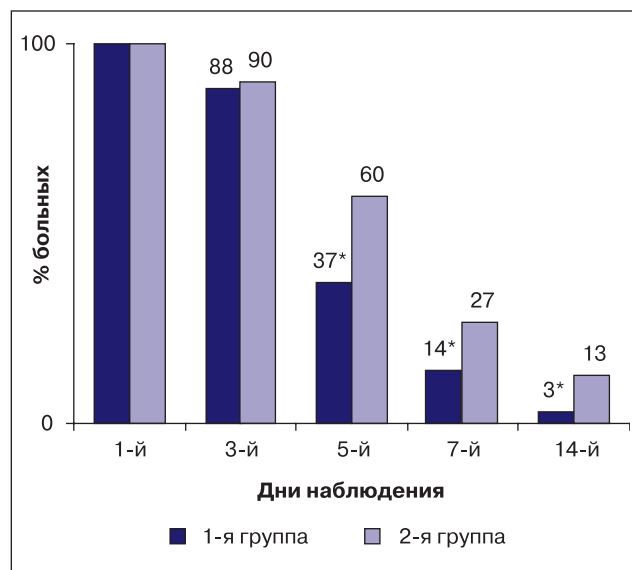
**Рис. 1.** Появление продуктивного кашля у пациентов, получавших фитопрепарат с экстрактом плюща (1-я группа) и в группе сравнения (2-я группа)



Примечание:

\* достоверное ( $p < 0,05$ ) отличие по сравнению с показателем в группе сравнения.

**Рис. 2.** Длительность кашля у пациентов, получавших фитопрепарат с экстрактом плюща (1-я группа) и в группе сравнения (2-я группа)



Примечание:

\* достоверное ( $p < 0,05$ ) отличие по сравнению с показателем в группе сравнения.

лергологический анамнез (атопический дерматит, пищевая и медикаментозная аллергия), однако диагноз БА у этих детей не установлен. Респираторные заболевания в раннем неонатальном периоде (синдром дыхательных расстройств, аспирационная пневмония и др.) перенесли 11 детей. У всех детей в данной подгруппе на момент включения их в исследование отмечалась развернутая клиническая картина ОБ: сухой или малопродуктивный кашель, экспираторная одышка (у 18), сухие свистящие хрипы на выдохе; у 5 детей — синдром «клокотания».

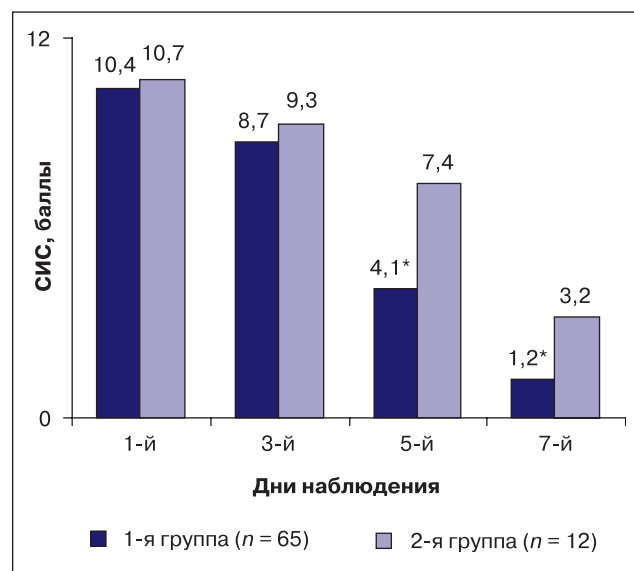
Отметим, что фитопрепарат с экстрактом листьев плюща назначали детям с легким течением ОБ без бронхолитической и противовоспалительной терапии. При бронхообструктивном синдроме среднетяжелого и тяжелого течения дети получали фитопрепарат в комплексной терапии как отхаркивающее средство.

В 1-й день наблюдения кашель наблюдался у всех детей с ОБ (табл.). Сухой непродуктивный кашель отмечался у 1/3 пациентов, в то время как у остальных он был малопродуктивным, с трудно откашливающейся мокротой. У половины пациентов, получавших фитопрепарат, в течение первых 5 дней отмечалась достаточно быстрая положительная динамика частоты и выраженности кашля с полным его исчезновением к 7-му дню наблюдения в 84% случаев. В группе сравнения через 1 нед от начала терапии кашель сохранялся у 30% детей. Длительность кашля более 14 дней была зафиксирована у 5 (8%) детей, у 4 при дальнейшем обследовании была подтверждена коклюшная инфекция.

На фоне комплексной терапии в основной (1-й) группе к 3-м суткам наблюдения было отмечено уменьшение бронхиальной обструкции (исчезла экспираторная одышка в покое и уменьшилась — при физической нагрузке), реже встречались дистантные свистящие хрипы, снизилась потребность в бронхолитиках (см. табл.). Последнее представляется достаточно важными, так как в амбулаторной практике порой единственным препаратом, используемым в аналогичных ситуациях, является эуфиллин. Известно, что теофиллины короткого действия (эуфиллин) в нашей стране до настоящего времени служат основными препаратами для купирования бронхообструкции. Причинами этого являются низкая стоимость препарата, его довольно высокая эффективность, простота использования, а также недостаточная информированность врачей. Основным серьезным ограничением к использованию эуфиллина, является его небольшая «терапевтическая широта» (близость терапевтической и токсической концентраций), что по международным стандартам требует обязательного его определения в плазме крови. Амиофиллин,

обладая бронхолитической и в определенной мере противовоспалительной активностью, обуславливает большое количество побочных, нежелательных эффектов со стороны пищеварительной системы (тошнота, рвота, диарея), сердечно-сосудистой системы (риск развития аритмии), ЦНС (бессонница, тремор рук, возбуждение, судороги), сопряженных с метаболическими нарушениями. У больных, принимающих антибиотики, макролиды, фторхинолоны или переносящих респираторную инфекцию, замедляется клиренс эуфиллина, что может привести к осложнениям даже при стандартных дозировках препарата. Оптимальные бронхолитики — ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты — нуждаются в специальных методах доставки (небулайзеры, спейсеры) и, как правило, недоступны в домашних условиях при первых эпизодах бронхообструкции у ребенка с ОРИ. Эффективность раннего (в первые 1–2 сут) назначения фитопрепарата с экстрактом листьев плюща пациентам с острым ОБ легкого течения была подтверждена и достоверным снижением СИС бронхообструкции к 5-му дню терапии (рис. 3). Величина СИС у детей 1-й группы к концу 1-й недели наблюдения была более чем в 2 раза ниже, чем в группе сравнения.

**Рис. 3.** Изменение суммарного индекса симптомов (СИС) бронхообструкции в результате лечения у детей с ОБ



Примечание:

\* достоверное ( $p < 0,05$ ) отличие по сравнению с показателем в группе сравнения.

**Таблица.** Частота клинических симптомов бронхообструкции у детей с ОБ

Симптомы	Группы сравнения	Дни наблюдения			
		1-й	3-й	5-й	7-й
Одышка, % больных	1-я (n = 65)	57	41	5	—
	2-я (n = 12)	60	45	30	10
Дистантные свистящие хрипы, % больных	1-я	35	16	5	—
	2-я	30	20	10	—
Физические симптомы бронхиальной обструкции, % больных	1-я	100	100	47	13
	2-я	100	100	70	30
Потребность в бронхолитиках, % больных	1-я	13	23	18	5
	2-я	15	80	70	30



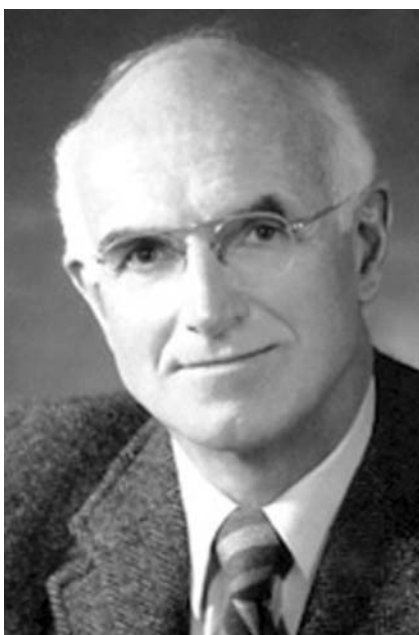
Таким образом, проведенное нами открытое сравнительное исследование показало, что фитопрепарат с экстрактом листьев лекарственного плюща *Hedera helix* является эффективным натуральным лекарственным препаратом в терапии кашля у детей с острыми инфекциями дыхательных путей, в том числе и с ОБ. Наш опыт применения фитопрепарата позволяет положительно оценить его значение в комплексном лечении детей с острой респираторной патологией. Фитопрепарат характеризуется не только высокой терапевтической эффективностью, но и безопасностью — нежелательных эффектов при его приеме не отмечено. Установлено, что назначение фитопрепарата в первые дни ОРИ при сухом и малопродуктивном кашле способствует сокращению его продолжительности, улучшению реологии

мокроты и дренажной функции бронхиального дерева, уменьшает частоту бронхиальной обструкции и необходимость в применении бронхолитиков, сокращает сроки госпитализации. Следует отметить, что фитопрепарат выпускается в форме сиропа, имеет хорошие органолептические свойства, может применяться не только в стационаре, но и в домашних условиях. Препарат может быть рекомендован для лечения ОРИ, протекающих с кашлем, у детей любого возраста. Однако в комплексной терапии болезней органов дыхания у детей выбор «препаратов от кашля» должен быть строго индивидуальным, с учетом диагноза, механизма фармакологического действия лекарственного средства, характера патологического процесса, преморбидного фона и возраста ребенка.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Mansfeld H.-J., Hohre H., Reppes R.U. Dethlefsen MMW 140. — 1998. — V. 3. — P. 26–30.
2. Самсыгина Г.А., Зайцева О.В. Бронхиты у детей. Отхаркивающая и муколитическая терапия. Пособие для врачей. — М., 1999. — С. 36.
3. Kraft K. Tolerabiliti of dried ivy leaf extract in children // Zeitschrift fur Phytoterapie. — 2004. — V. 25. — P. 179–181.
4. Белоусов Ю.Б., Омеляновский В.В. Клиническая фармакология болезней органов дыхания у детей. Руководство для врачей. — Москва, 1996. — С. 176.
5. Коровина Н.А. и соавт. Противокашлевые и отхаркивающие лекарственные средства в практике врача-педиатра: рациональный выбор и тактика применения. Пособие для врачей. — Москва, 2002. — С. 40.
6. Противокашлевая терапия у детей. Традиционные и нетрадиционные подходы к лечению. Учебное пособие. — М.: РГМУ, 2004. — С. 96.

## Из истории медицины



Джозеф Марри

Джозеф Марри (1 апреля 1919 г., Милфорд, Массачусетс) — американский хирург-трансплантолог, первый пересадивший почку человеку. Получил Нобелевскую премию по медицине в 1990 г. вместе с Эдуардом Томасом «за открытия, касающиеся трансплантации органов и клеток при лечении болезней». В детстве и юношестве Марри много занимался спортом (американский футбол, хоккей, бейсбол). Когда он поступил в Колледж Святого Креста и готовился стать бейсбольным игроком, оказалось, что лабораторные занятия совпадали с тренировками. В результате он был вынужден бросить бейсбол. После окончания колледжа Марри получил медицинское образование в медицинской школе Гарвардского университета, затем вступил в армию

и изучал хирургию в армейском госпитале Уэлей Фордж (Пенсильвания). В декабре 1954 г. Марри впервые в мире пересади почку между двумя идентичными близнецами. В 1959 г. ему удалось сделать аллографт, то есть пересадить почку больному от неродственного донора. В 1962 г. Марри совершил первую трансплантацию почки от умершего донора. В последующие годы Марри был мировым лидером трансплантационной биологии в использовании иммунодепрессантов и исследовании механизма отторжения. Джозеф Марри был главным пластическим хирургом в Детском госпитале Бостона с 1972 по 1985 год, ушел на пенсию в 1986 г. в качестве почетного профессора медицинской школы Гарвардского университета.