

О.М. Охотнікова, д.м.н., професор, С.М. Руденко, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика;
Ю.І. Гладуш, Т.П. Іванова, С.О. Онисько, Г.В. Шклярська, Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

Можливості застосування фітотерапії у дітей перших п'яти років життя, хворих на обструктивний бронхіт і бронхіальну астму



О.М. Охотнікова

Патологія органів дихання – одна з найактуальніших клінічних проблем педіатрії, що зумовлено її найбільшою питомою вагою у структурі захворюваності у дітей (за даними офіційної статистики – 50-73%). Тому не дивно, що кашель є найбільш частим симптомом, з яким доводиться зустрічатися лікарю-педіатру і сімейному лікарю в повсякденній практиці. Так, за даними Європейського респіраторного товариства, до 30% звернень до лікаря загальної практики так чи інакше пов'язані з розвитком кашлю [1], а у США щорічно з цієї скаргою до лікаря звертаються близько 26 млн людей [3].

Кашель – це захисний рефлекс, який поряд з мукоциліарним кліренсом та секрецією слизу спрямований на захист периферичних відділів дихальної системи від потрапляння пилкових часток, мікроорганізмів і газів та відновлення прохідності дихальних шляхів.

Кашель класифікують за різними ознаками: – за характером: продуктивний (вологий), непродуктивний (сухий);

– за тривалістю: епізодичний (короткочасний, приступоподібний) і тривалий;

– за інтенсивністю: покашлювання, легкий і сильний кашель;

– за перебігом: гострий (до 3 тижнів), підгострий (від 3 до 8 тижнів) і хронічний (більше 8 тижнів) [1].

Детальна характеристика кашлю поряд з уточненням анамнезу й відповідною оцінкою результатів клінічного обстеження дають змогу встановити правильний діагноз [7].

до розвитку набряків, гіперсекрецією в'язкого слизу, слабким розвитком гладенької мускулатури бронхів. Патологічними компонентами БОС є бронхоспазм, гіперсекреція слизу і набряк слизової оболонки бронхів.

Значущість окремих компонентів при БОС залежить від етіології. Так, визначальними порушеннями у клініці бронхіальної прохідності при обструктивному бронхіті (ОБ) є гіперсекреція в'язкого слизу і виражений набряк слизової оболонки бронхів, на відміну від бронхіальної астми (БА), за якої основою порушення прохідності бронхів є бронхоспазм.

Ураховуючи багатогранність механізмів розвитку кашлю при БОС у дітей, вибір лікарського засобу має ґрунтуватися на універсальності того чи іншого препарату. Універсальність препарату визначається його можливістю впливати на різні ланки

оптимізує процеси рециклізації β_2 -адренорецепторів і збільшення їх кількості на поверхні міоцитів, збільшує кількість активних β_2 -адренорецепторів і підвищує їхню чутливість до адrenomіметиків [4]. Секретолітичний ефект препарату зумовлений наявністю в екстракті сапонінів, які викликають збільшення вироблення секрету келихоподібними клітинами та активацію клітин миготливого епітелію. Муколітичний ефект забезпечується впливом препарату на рецептори альвеолоцитів другого типу, які стимулюють синтез сурфактанта, що знижує в'язкість бронхіального секрету й полегшує його виділення під час кашльових поштовхів. Також Пектолван Плющ має м'який протикашльовий ефект, який сприяє пом'якшенню кашлю, не пригнічуючи кашльовий центр. Доведені низький рівень побічних ефектів (0,22%) і синергічна взаємодія препарату з іншими лікарськими засобами [2] зумовлюють безпечність використання препарату у дітей, у тому числі молодшого віку.

Ураховуючи вищевикладене, викликає інтерес дослідження з використанням препарату на основі сухого листа плюща Пектолван Плющ у комплексній терапії дітей з БОС.

Метою роботи було дослідити терапевтичну ефективність і переносимість препарату Пектолван Плющ (фармацевтична компанія «Фармак», Україна) у лікуванні дітей з БОС у складі комплексної терапії.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням перебували 50 дітей з БОС віком від 1 до 3 років, які лікувалися у відділенні для дітей молодшого віку Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», із них хлопчиків – 31 (62%),

дівчаток – 19 (38%). За нозологічною формою хворі розподілялися таким чином: 29 дітей з ОБ і 21 хворий на БА.

Діагноз БА у дітей верифіковано згідно з Протоколом діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей (наказ № 767 МОЗ України від 27.12.2005). Верифікація діагнозу ОБ відбувалася згідно з Протоколом надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія» (наказ № 18 МОЗ України від 13.12.2005).

Діти основної групи (n=25) отримували терапію згідно з відповідними протоколами лікування БА та ОБ з додаванням до терапії препарату Пектолван Плющ у вигляді сиропу в дозі 2,5 мл 3 рази на добу протягом 10-14 днів. Діти групи порівняння (n=25) одержували лікування згідно з відповідними протоколами. Розподіл хворих за нозологічними формами у групах наведено в таблиці 1, дані якої свідчать про співставність порівнюваних груп.

Як критерій клінічної ефективності лікування вивчали виразність і тривалість інтоксикаційного синдрому, характер кашлю, хрипів, виразність задишки, динаміку показників гемограми, рівень IgE в сироватці крові. Для підтвердження вірусної етіології БОС визначали наявність антигенів вірусів (парагрип, респіраторно-синцитіальний вірус (РС-вірус), аденовірус) за даними імунофлуоресценції змиву слизу з носа. Безпеку препарату оцінювали за наявністю побічних реакцій.

Результати та обговорення

Госпіталізація хворих була викликана прогресуванням порушень дихання і погіршенням загального стану через 2-3 доби після початку ГРЗ. На момент госпіталізації усі хворі мали типові клінічні прояви, основними з яких були дихальна недостатність II-III ступеня за рахунок задишки змішаного характеру з переважанням експіраторного компонента, сухий приступоподібний кашель. Задишку спостерігали у всіх дітей обох груп, при цьому інтоксикаційний синдром

Таблиця 1. Розподіл дітей у групах за нозологічною формою

Нозологічна форма	Діти основної групи (n=25)		Діти групи порівняння (n=25)		Загалом (n=50)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Обструктивний бронхіт	15	30	14	28	29	58
Бронхіальна астма	10	20	11	22	21	42
Загалом	25	50	25	50	50	100

Таблиця 2. Частота наявності клінічних ознак бронхообструкції та супутніх їй симптомів у дітей перших 5 років життя з ОБ і БА

Симптоми захворювання	До лікування				5-й день лікування				10-й день лікування			
	Основна група (n=25)		Група порівняння (n=25)		Основна група (n=25)		Група порівняння (n=25)		Основна група (n=25)		Група порівняння (n=25)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Інтоксикація	14	56	13	52	6	24	8	32	-	-	-	-
Кашель:												
сухий	16	64	17	68	5	20	8	32	-	-	-	-
вологий	9	36	8	32	20	80	17	68	3	12	6	24
Хрипи:												
сухі	16	64	17	68	5	20	8	32	-	-	-	-
вологі:												
- дрібнопухирчасті	7	28	6	24	1	4	2	8	-	-	-	-
- середньопухирчасті	2	8	2	8	10	40	9	36	1	4	2	8
- крупнопухирчасті	-	-	-	-	9	36	6	24	2	8	4	16
Задишка	25	100	25	100	4	16	8	32	-	-	-	-

У наш час відомо більше ста причин виникнення кашлю [2], що потребує від лікаря чіткої диференціації його характеристик, правильної інтерпретації та призначення терапії з урахуванням особливостей виникнення, розвитку та механізмів патологічного процесу.

Однією з причин виникнення кашлю у дітей є бронхообструктивний синдром (БОС). За деякими даними [5], рещидиви свистячого утрудненого дихання з подовженим видихом (wheezing) трапляються у 29,2% дитячої популяції, а під час перебігу гострого бронхіту більше половини дітей раннього віку мають ознаки бронхообструкції.

Значне поширення БОС у дітей, особливо молодшої групи, зумовлено морфофункціональними особливостями органів дихання в цьому віці: вузькістю дихальних шляхів, недостатньою еластичністю легенів, податливістю хрящів бронхіального дерева, недостатньою ригідністю грудної клітки, схильністю

патологічного процесу і при цьому викликати мінімум побічних ефектів, синергічно взаємодіяти з препаратами інших груп під час комплексного лікування. Для дитячої популяції також важливе значення має можливість використання його в різних вікових групах, починаючи з грудного віку і закінчуючи підлітковим.

Одним із препаратів, які можна застосовувати в комплексному лікуванні дітей з БОС, є фітопрепарат Пектолван Плющ.

Основними біологічно активними речовинами препарату Пектолван Плющ, які зумовлюють фармакологічну активність та ефективність лікарських засобів на основі сухого листа плюща, є тритерпенові глікозиди (сапоніни). Демонструючи мукокінетичний і секретолітичний ефекти, сухий екстракт листя плюща чинить унікальну бронхоспазмолітичну дію за рахунок специфічного метаболіту α -гедерину. Вплив α -гедерину

Таблиця 3. Динаміка показників гемограми у дітей з БА та ОБ на тлі лікування

Параметри	До лікування		10-й день лікування	
	Основна група	Група порівняння	Основна група	Група порівняння
Гемоглобін, г/л	130±6,94	128±5,53	134±6,02	135±5,76
Еритроцити, 10 ¹² /л	4,82±0,67	4,56±0,56	4,7±0,39	5,01±0,47
Лейкоцити, 10 ⁹ /л	9,85±0,72	10,23±0,68	7,72±0,46	6,63±0,25
ШОЕ, мм/год	15,34±1,48	13,56±1,72	6,45±0,68	5,92±0,59
Паличкоядерні лейкоцити, %	4,18±0,35	4,82±0,42	3,21±0,32	3,52±0,34
Сегментоядерні лейкоцити, %	27,43±2,11	30,71±3,06	34,05±3,37	36,56±3,12
Моноцити, %	3,11±0,61	3,56±0,52	4,05±0,34	4,64±0,67
Лімфоцити, %	58,5±3,40	56,49±2,83	51,32±3,17	47,20±3,30
Еозинофіли, %	8,3±1,67	7,6±1,72	7,52±1,38	7,23±1,52

Таблиця 4. Різновиди вірусних антигенів за даними імунофлуоресценції змиву слизу з носа у дітей з ОБ і БА

Назва вірусного антигена	Діти основної групи (n=25)		Діти групи порівняння (n=25)	
	абс.	%	абс.	%
Парагрип	7	28	6	24
Аденовірус	3	16	3	12
РС-вірус	4	16	6	24
Вірусні асоціації	1	4	2	8
Антигенів вірусів не виявлено	10	36	8	32
Загалом	25	100	25	100

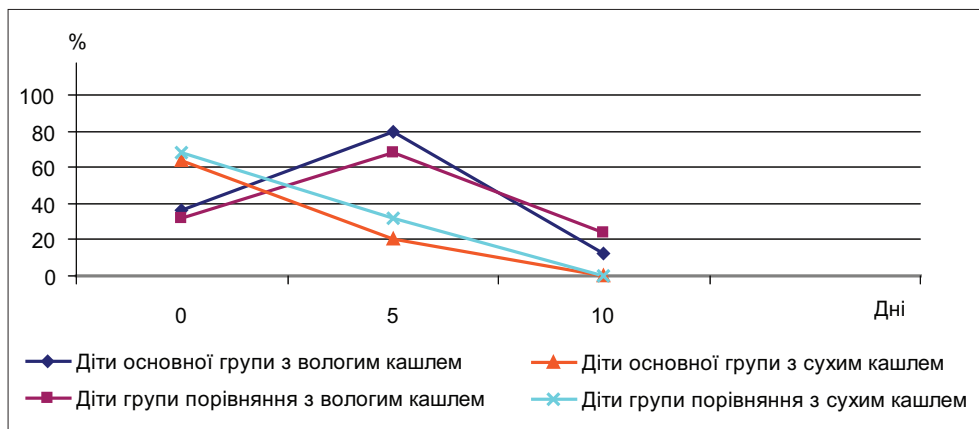


Рис. Динаміка характеру кашлю у процесі лікування дітей з БА та ОБ (відсоток хворих із наявним симптомом)

виявляли у 56% дітей основної групи і у 52% – групи порівняння. До лікування у пацієнтів обох груп переважав сухий кашель. Дані клінічних симптомів у дітей групи порівняння наведено в таблиці 2.

На тлі комплексної терапії впродовж 4 днів лікування прояви інтоксикації істотно зменшувалися у хворих обох груп, на 10-й день інтоксикаційний синдром не зафіксовано в жодній дитини. Поряд із цим до 5-го дня лікування достовірний ($p < 0,05$; $p < 0,01$) регрес проявів дихальної недостатності і задишки відзначено у 84% дітей основної групи, тоді як у хворих групи порівняння покращення дихання відбулося лише у 68% випадків.

На рисунку показано динаміку характеру кашлю у процесі лікування. На 5-й день терапії у дітей обох груп спостерігали достовірне ($p < 0,01$) збільшення частки дітей з вологим кашлем і зменшення відсотка пацієнтів із сухим кашлем.

Це пояснюється зменшенням проявів обструкції і покращенням евакуації мокротиння. Треба зазначити, що у дітей основної групи динаміка проявів кашлю була більш вираженою, і до 10-го дня лікування лише 12% пацієнтів, які отримували Пектолван Плющ, мали вологий кашель, тоді як у групі порівняння частка хворих із вологим кашлем становила 24%.

Дані щодо динаміки клінічних проявів свідчать про більш швидкий регрес проявів обструктивного синдрому в основній групі, що підтверджує ефективність додавання до комплексної терапії БОС у дітей препарату Пектолван Плющ.

Аналіз гемограми проводили на момент потрапляння дітей до відділення та на 10-й день лікування. За даними дослідження периферичної крові (табл. 3), у обстежених дітей обох груп відмічали підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), помірний лейкоцитоз із лімфоцитозом та еозинофілією.

На тлі лікування спостерігалось зниження рівня ШОЕ, лейкоцитів і лімфоцитів та наростання рівня нейтрофілів, що відображає процес одужання і тенденцію до нормалізації показників гемограми. Не зафіксовано виражених змін рівня еозинофілів із збереженням їх підвищеного рівня в обох групах.

Як свідчать дані таблиці 3, результати гемограми до початку лікування певним чином пов'язані з можливою вірусною етіологією БОС у обстежуваних дітей, що підтверджується даними імунофлуоресценції змиву слизу з носа на наявність антигенів вірусів (табл. 4).

Згідно з даними таблиці 4 антигени вірусів було виявлено у 64% дітей основної групи і у 68% пацієнтів групи порівняння. У хворих основної групи найчастіше виявляли антигени вірусу парагрипу – 28%; антигени аденовірусу і РС-вірусів було виявлено у 16% обстежених, а у 4% випадків спостерігалися вірусні асоціації. У хворих групи порівняння антигени вірусу парагрипу і РС-вірусів виявлено у 24% обстежених, аденовірусу – у 12%, а у 8% випадків було визначено вірусні асоціації.

Переносимість препарату Пектолван Плющ була хорошою. Відмови від прийому препарату, випадків дисфункції шлунково-кишкового тракту чи алергічних реакцій не зафіксовано.

Рівень сироваткового IgE в основній групі становив $138,7 \pm 24,4$ МЕ/мл, а у групі порівняння – $142,4 \pm 32,1$ МЕ/мл (при нормі до 100 МЕ/мл). На тлі лікування до 10-го дня відбувалося помірне зниження рівня сироваткового IgE до $134,4 \pm 27,8$ МЕ/мл

в основній групі і до $129,3 \pm 23,6$ МЕ/мл у дітей групи порівняння. Збереження підвищеного рівня загального сироваткового IgE

в обох групах є відображенням atopії, поряд із цим відсутність зростання рівня IgE і появи алергічних реакцій на тлі прийому препарату є додатковим свідченням безпечності використання лікарського засобу у дітей, схильних до atopії.

Висновки

1. Результати проведеного дослідження свідчать про хорошу клінічну ефективність препарату Пектолван Плющ у складі комплексної терапії БОС у дітей молодшого віку.

2. Відсутність розвитку побічних реакцій у хворих навіть зі схильністю до розвитку алергії є свідченням доброї переносимості препарату і безпечності його використання на тлі алергічної патології у дітей перших років життя.

3. Препарат Пектолван Плющ можна рекомендувати до застосування у складі комплексної терапії БОС у пацієнтів раннього віку.

Література

- Юлиш Е.И. Патогенетическая терапия кашля у детей // Здоров'я України. – 2011. – Тематичний номер, березень. – С. 3-4.
- Клинические особенности и лечение кашля у детей // Здоров'я України. – 2011. – Тематичний номер, жовтень. – С. 54-55.
- Кашель у детей: особенности патофизиологии, клиника и лечения // Здоров'я України. – 2011. – Тематичний номер, березень. – С. 66-67.
- Сорока Н.Д. Эффективность и безопасность ингаляционного метода лечения сухим экстрактом листьев плюща острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста // Лечащий врач. – 2010. – № 6. – С. 14-17.
- Ласица О.И., Акоюн А.З. Распространенность аллергических заболеваний в г. Киеве по унифицированной программе ISAAC // Украинский медицинский часопис. – 1999. – № 3. – С. 21-24.
- Сенаторова А.С. Эффективность и безопасность применения препарата Бронхипрет у детей с бронхиальной астмой и рецидивирующим бронхитом // Детский лікар. – 2009. – № 1 (1). – С. 81-84.
- Горленко О.М. Кашель как симптом, шляхи корекції // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2006. – № 2 (03). – С. 51-54.

ПЕКТОЛВАН. ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО КОЖНОГО ВИДУ КАШЛЮ

ПЕКТОЛВАН ПЛЮЩ®

Дозволяє досягти кращого терапевтичного ефекту, оскільки він не тільки володіє муколітичною дією, а також додатково розширює бронхи, покращуючи параметри дихання та зменшуючи задишку*



Фармак®

* МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ПЕКТОЛВАН ПЛЮЩ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ 5 РОКІВ ЖИТТЯ, ХВОРИХ НА ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ І БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ. О.М. Охотнікова, Ю.П. Радухін, Т.П. Іванова, С.М. Руденко, С.О. Олексійчук, І.В. Шалюкська

* Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

* Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Діюча речовина: 5 мл сиропу містить гіюща звичайного листя, екстракту сухої трави 35 мг; лікувальні властивості препарат чинить муколітичну, муколітичну, помірно спазмолітичну дію, підвищує продукцію сурфактанту. Показаний для застосування в гострих запальних захворюваннях дихальних шляхів, що супроводжуються кашлем: симптоматичне лікування хронічних запальних захворювань бронхів. Побічні ефекти: препарат зазвичай добре переноситься, але іноді можуть розвинути діарея, нудота, блювання, алергічні шкірні реакції. РП №1/А/9396/01/01 від 19.02.09. Виробництво ПАТ «Фармак». З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Інформаційний матеріал для публікації в спеціалізованих виданнях для медиків та фармацевтичних працівників.