

Л.Б. Ярошук, к.м.н., ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

# Бронхообструктивный синдром в практике семейного врача

## Клинический случай



Бронхообструктивный синдром (БОС) – собирательный термин, который включает комплекс клинических проявлений нарушения бронхиальной проходимости вследствие сужения и/или окклюзии дыхательных путей. БОС не является самостоятельной нозологической формой, но может встречаться при многих легочных заболеваниях (обструктивном бронхите, бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких, муковисцидозе и т. д.).

Эпидемиологические исследования показывают, что наиболее распространенной причиной обострений болезни органов дыхания, сопровождающихся БОС, в т. ч. и при бронхиальной астме, являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – в 80-85% случаев у детей и в 75% у взрослых.

В основе бронхообструкции, развившейся на фоне вирусной инфекции, лежат функциональные (обратимые) изменения. К функциональным механизмам БОС относятся спазм гладкой мускулатуры, гиперсекреция слизи и отек слизистой оболочки бронхов.

### Клинический случай

Подросток 16 лет, страдающий атопическим дерматитом, круглогодичным аллергическим ринитом в анамнезе, болен в течение суток. Заболевание началось с повышения температуры до 38,3 °С, отмечались общая слабость, ноющая боль в суставах, першение в горле, заложенность носа. Участковый врач диагностировал ОРВИ. Пациент находился на амбулаторном лечении: соблюдал усиленный водно-питьевой режим, в качестве жаропонижающего средства принимал парацетамол, полоскал горло раствором фурацилина.

На 2-е сутки от начала болезни появился сухой приступообразный кашель; на 3-и сутки температура нормализовалась, но кашель усилился, беспокоил в дневное и ночное время, стал влажным, малопродуктивным, с небольшим отделением слизистой мокроты. Пациент отмечал «хрипоту в груди». Аускультативно на всем протяжении легких с двух сторон выслушивались разнокалиберные влажные и единичные сухие хрипы, выдох удлинен. Результаты пикфлоуметрии свидетельствовали о незначительной бронхообструкции, не требующей срочного применения  $\beta_2$ -агонистов короткого действия. Был диагностирован острый обструктивный бронхит, развившийся на фоне ОРВИ.

Лечебные мероприятия были направлены на коррекцию ведущих патогенетических звеньев БОС: улучшение реологических свойств бронхиального секрета, налаживание бронхиального дренажа. Легкое течение БОС, отсутствие одышки, предполагаемая вирусная этиология заболевания, превалирование в клиническом варианте бронхообструкции, отека и гиперсекреции слизи позволили назначить следующую терапию:

- домашний режим с активным проветриванием помещения и ежедневной влажной уборкой;
- обильное питье (до 1,5-2 л) с целью улучшения разжижения мокроты и общей дезинтоксикации организма;
- сбалансированное гипоаллергенное питание, обогащенное витаминами, особенно витамином С;
- дренажный массаж грудной клетки с целью улучшения отхождения мокроты.

В качестве медикаментозного лечения был назначен препарат Бронхипрет («Бионорика АГ», Германия) по 35 капель 3 р/сут с небольшим количеством жидкости. Назначение Бронхипрета аргументировалось его комплексным механизмом действия как муколитического, бронхолитического, частично противовирусного и антибактериального средства.

На следующие сутки от начала приема Бронхипрета отмечалось устранение кашля в ночное время, изменение его характера на более продуктивный с хорошо отделяемой мокротой слизистого характера. Аускультативно исчезли сухие свистящие хрипы; появились крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы, количество которых уменьшалось после того, как пациент откашливал мокроту. К концу недели лечения отмечена нормализация аускультативной картины в легких, кашель сохранялся в утренние часы после пробуждения. К 10-му дню терапии пациент считал себя здоровым.

Как можно обосновать выбор Бронхипрета, назначенного в качестве монотерапии?

Учитывая преобладание в клинической картине БОС отека и гиперсекреции на фоне незначительно выраженного спазма гладкой мускулатуры бронхов, применение синтетических муколитических средств менее оправданно. Многие препараты, изготовленные из растительного сырья, не гарантируют соблюдения принципа «доза–эффект» в силу особенностей их технологического производства. Поэтому предпочтение было отдано растительному препарату с доказанной клинической эффективностью, изготовленному по инновационной технологии фитониринга, которая подразумевает получение стандартизированных экстрактов активных лечебных веществ из растительного сырья (в данном случае – из травы тимьяна и листьев плюща).

В клинических исследованиях с участием достаточного количества пациентов Бронхипрет показал себя как эффективное и безопасное муколитическое, противовоспалительное, противовирусное и антибактериальное средство как у детей с возраста 1 года, так и у взрослых. Благодаря содержащемуся в препарате экстракту плюща, обладающему бронхолитическим действием, целесообразно применение Бронхипрета при явлениях бронхообструкции, возникших на фоне ОРВИ.



phytoneering

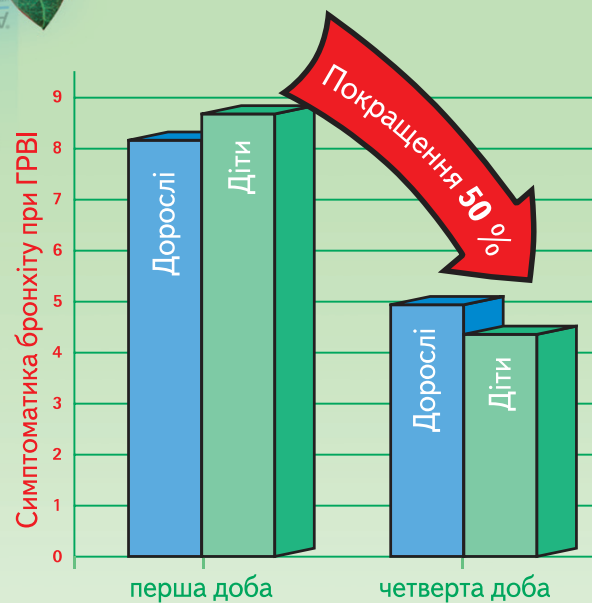
Розкриваючи силу рослин

# Бронхипрет®

лікування кашлю та бронхіту



## Динаміка симптомів гострого бронхіту у дітей та дорослих



MMW-Fortschr. Med. Originalien II/2007 (149. Jg.), O. Marzian

Р.П. МОЗ України № UA/8674/01/01 від 25.07.08 (таблетки) Р.П. МОЗ України № UA/8673/01/01 від 25.07.08 (краплі) Р.П. МОЗ України № UA/8673/02/01 від 25.07.08 (сироп) Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Реклама лікарського засобу. Виробник: Біонорика АГ (Німеччина)

**BIONORICA**  
The phytoneering company

ТОВ "БІОНОРИКА"  
м. Київ, вул. Мініна, 9.  
Офісний поверх, окремі вхід.  
тел.: (044) 521-86-00;  
факс: (044) 521-86-01  
e-mail: office@bionorica.com.ua