

кашли. Одним из них можно с уверенностью назвать мачок желтый. В диком виде растение произрастает в северном Причерноморье, в том числе и в Украине. Мачок желтый известен в народной медицине уже достаточно давно. Его применяли при ревматизме, ранах, ушибах, как мочегонное и противовоспалительное средство, а также в ветеринарии. То, что лечебные свойства растения известны с давних пор, подтверждает и тот факт, что основную лекарственную составляющую — глауцин — из него удалось получить еще в 1839 г. В отличие от более южных регионов, где в большом количестве произрастает близкий родственник этого растения — мак снотворный (*Papaver somniferum*), содержащий опиаты и ряд активных алкалоидов, в том числе и папаверин, в приморских регионах Восточной Европы народные целители использовали именно мачок желтый. Кодеин и опиаты для лечения кашля начали применяться только в середине XIX века, когда Турция при поддержке торговых компаний Англии стала активно экспортировать опиум в различные страны. Естественно, что, обладая таким мощным средством в своем арсенале, врачи при лечении в том числе и легочных заболеваний чаще использовали именно его, а свойства глауцина отошли на второй план и со временем были забыты. Однако, когда опиаты и кодеин были изучены и оказалось, что они обладают большим количеством побочных эффектов, при этом противокашлевой эффект носит умеренный характер, ученые вновь занялись изучением свойств глауцина, и в 1901 году он был выделен в чистом виде. В настоящее время в медицине используют глауцина гидрохлорид, который оказывает ненаркотическое противокашлевое действие в сочетании с обезболивающим, успокаивающим и слабым спазмолитическим эффектом. По силе и продолжительности противокашлевого эффекта глауцин несколько активнее кодеина, но в отличие от последнего не угнетает дыхательный центр, не подавляет двигательную активность кишечника и, что немаловажно, при длительном применении не вызывает лекарственной зависимости и привыкания. В препарате Бронхолитин (Софарма) это вещество является основным действующим компонентом и доказало свою эффективность во многих клинических исследованиях.

Другое растение, часто используемое в народной медицине, — хвойник. Он произрастает на обширной территории и встречается в районах с сухим климатом в большей части Северного полушария, включая Южную Европу, Северную Африку, Юго-Западную и Центральную Азию. Лечебные свойства этого растения в народной медицине также известны с древних времен. В письменных источниках о его применении в медицине впервые упоминается в древнекитайском труде «Трактат Шэнь-Нуна о корнях и травах», составленном более 2 тыс. лет назад. В царской России лечебные свойства этого растения стали широко использоваться в 70-80-х годах XIX века. В 1885 году японский химик Н. Нагаи выделил эфедрин из травы хвойника китайского. Ученый обнаружил, что в больших дозах это вещество токсично, поэтому его открытие не привлекло внимания. В 20-х годах XX века китайский фармаколог К. Чен и американский фармаколог К. Шмидт, работавшие в Пекинском медицинском колледже, снова выделили эфедрин. Используя значительно меньшие дозы Чен и Шмидт продемонстрировали эффективность эфедрина в симптоматическом лечении бронхиальной астмы и сердечных заболеваний. Было установлено, что эфедрин оказывает влияние на сердечно-

сосудистую систему, подобное адреналину, однако оказывает более продолжительное действие.

Сегодня эфедрин применяют в различных областях медицины. Эфедрин — симпатомиметик непрямого действия. Он вызывает высвобождение норадреналина из депо и возбуждает α - и β -адренорецепторы. Эфедрин оказывает спазмолитическое действие на гладкие мышцы бронхов, в течение длительного времени расслабляет бронхиальные мышцы, что обусловлено выраженным стимулирующим действием на β_2 -адренергические рецепторы. Под влиянием эфедрина уменьшается отек слизистой оболочки бронхов и расширяется их просвет. В клинических исследованиях, в которых в качестве отхаркивающего средства применяли препарат Бронхолитин, одним из компонентов которого является эфедрин, наблюдалось облегчение отделения мокроты и снижение обструкции бронхов.

Базилик душистый, или базилик обыкновенный, — еще одно популярное в народной медицине средство, применяющееся в виде настоев и отваров из стеблей и листьев. Настой травы применяют как противокашлевое средство при коклюше, неврозах, головной боли, бронхиальной астме, простуде и насморке. Настой из листьев базилика используют наружно для полосканий при ангине, стоматитах, внутрь — как противовоспалительное средство. Отвар растения рекомендуют в качестве обезболивающего препарата для полоскания полости рта при зубной боли, стоматитах, ангинах, для примочек при труднозаживающих ранах, а сок свежих листьев — при воспалении среднего уха. В диком виде произрастает в Иране, Индии, Китае. Предполагается, что базилик был завезен в Европу вернувшимися из азиатских походов солдатами Александра Македонского. Эфирное масло, получаемое из этого растения, содержит большое количество (до 70%) эвганола, применяющегося в парфюмерии и для обезбоживания в стоматологии. Масло базилика оказывает противовоспалительное, анестезирующее и слабое антисептическое действие, а также успокаивающее действие на нервную систему.

Комплексные микстуры и настои трав применяли в медицине с древнейших времен, однако только со второй половины XX века появились научные разработки, оценивавшие эффективность их использования. Следует отметить, что комбинация вышеперечисленных трав смогла в полной мере оправдать надежды ученых, и на протяжении нескольких десятилетий она подтверждает свою эффективность на практике. Однако применение отдельных компонентов может вызвать передозировку и нежелательные явления, в то время как рецептура препарата Бронхолитин прошла исследование на животных и клинические испытания, является безопасной и может назначаться детям для лечения кашля начиная с трехлетнего возраста.

Таким образом, Бронхолитин оказывает комплексное терапевтическое действие при лечении кашля, обладая противокашлевым эффектом, подавляя кашлевой центр в ЦНС без угнетения дыхания, купируя бронхоспазм. Препарат оказывает спазмолитическое, секретолитическое, слабывражающее антисептическое и седативное действие; эффективен при лечении кашля различной этиологии. Бронхолитин может применяться как самостоятельно, так и в комбинации с антибиотиками и противовоспалительными средствами.

Подготовил Владимир Савченко

Индекс BODE для оценки состояния и прогноза у пациентов с ХОЗЛ

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) характеризуется не полностью обратимым ограничением воздушного потока, которое обычно прогрессирует и ассоциируется со своеобразным воспалительным ответом легких на вредоносные частицы или газы, попадающие в них преимущественно при курении.

Учитывая, что частично обратимое и прогрессирующее нарушение вентиляционной функции легких является ключевым в определении ХОЗЛ, для оценки тяжести состояния пациентов с этим заболеванием традиционно используют такой показатель функции внешнего дыхания (ФВД), как объем форсированного выдоха за 1-ую секунду (ОФВ₁). Однако в последнее время все чаще подчеркивается, что для ХОЗЛ характерны системные проявления (дисфункция скелетных мышц, снижение массы тела, остеопороз и др.), в значительной степени определяющие состояние больного и влияющие на прогноз. ОФВ₁ не отражает системных проявлений ХОЗЛ и поэтому не может рассматриваться как единственный прогностический фактор при этом заболевании.

B.R. Celli et al. предположили, что комплексная оценка как респираторных, так и системных проявлений ХОЗЛ позволила бы точнее определять степень тяжести заболевания и прогнозировать исход у пациентов с ХОЗЛ

индекс, тем тяжелее состояние пациента и хуже прогноз (то есть выше риск смерти).

Авторы подтвердили валидность предложенного ими индекса в проспективном исследовании с участием 625 больных ХОЗЛ, из которых 162 умерли в течение периода наблюдения от респираторных и других причин. У пациентов с более высоким индексом BODE риск смерти был выше (рис.). При этом относительный риск (ОР) смерти от любой причины при увеличении индекса на 1 балл составлял 1,34 (95% доверительный интервал 1,26-1,42; $p < 0,001$), ОР смерти от респираторных причин — 1,62 (95% ДИ 1,48-1,77; $p < 0,001$). Прогностическая ценность индекса BODE в отношении риска смерти была выше, чем у ОФВ₁ (площадь под характеристической кривой — 0,74 vs 0,65).

Валидность индекса BODE подтверждена и в других исследованиях. Так, было показано, что оценка состояния больных с помощью шкалы BODE позволяет лучше, чем ОФВ₁, прогнозировать риск смерти при ХОЗЛ, в том числе от респираторных причин (R. Antonelli-Incalzi et al., 2003; S. Imfeld et al., 2006; C. Cote, B. Celli, 2005; F. Martinez et al., 2008; M. Han et al., 2008).

K.C. Ong et al. (2005, 2006) показали, что индекс BODE является лучшим по сравнению с ОФВ₁ прогностическим маркером госпитализаций по поводу ХОЗЛ, а также в значительно большей степени, чем стадия заболевания по классификации GOLD

Таблица 1. Расчет индекса BODE

Показатель	Баллы			
	0	1	2	3
Body mass index	ИМТ, кг/м ²			
	>21	<21		
Obstruction	ОФВ ₁ , % от должных значений			
	>65	50-64	36-49	<35
Dyspnoea	Выраженность одышки по шкале MRC, баллы (табл. 2)			
	0-1	2	3	4
Exercise Capacity	Дистанция в тесте с 6-минутной ходьбой, м			
	>350	250-349	150-249	<149

Таблица 2. Шкала MRC

Оценка одышки в баллах	Тяжесть одышки	Описание
0	Нет	Одышка не беспокоит за исключением очень интенсивной нагрузки
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение
2	Средняя	Одышка приводит к более медленной ходьбе больного по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в обычном темпе по ровной поверхности
3	Тяжелая	Одышка вынуждает больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4	Очень тяжелая	Одышка делает невозможным для больного выход за пределы дома или появляется при одевании и раздевании

по сравнению с оценкой только ОФВ₁. Эти авторы провели исследование, в котором определили предикторы летального исхода в когорте 207 пациентов с ХОЗЛ, из которых 25 умерли. Факторами риска смерти при ХОЗЛ оказались увеличение степени бронхообструкции (снижение ОФВ₁) и выраженности одышки по шкале Медицинского исследовательского совета (Medical Research Council Scale, MRC), а также уменьшение индекса массы тела (ИМТ) и дистанции в тесте с 6-минутной ходьбой.

B.R. Celli et al. объединили эти параметры в индекс BODE (табл. 1). Предложенная ими шкала является 10-балльной — чем выше

(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), коррелирует с показателем качества жизни, связанного со здоровьем (по опроснику St. George's Respiratory Questionnaire — SGRQ).

Ряд публикаций свидетельствует о том, что индекс BODE может уменьшаться при проведении интенсивных реабилитационных и лечебных мероприятий (A. Chambellan et al., 2005; S.J. Gaba et al., 1990; N.R. Anthonisen et al., 2002; и др.), поэтому он может быть использован в качестве одного из критериев оценки эффективности терапии.

Позже были предложены две модификации индекса BODE, в которых дистанция в тесте с 6-минутной ходьбой была заменена на золотой стандарт в оценке толерантности к физической нагрузке — пиковое потребление кислорода (индекс mBODE), измеряемое в мл/мин/кг или в процентах от должных величин. Исследования подтвердили их валидность и высокую степень корреляции со стандартным индексом BODE (C. Cote et al., 2008; J.L. Lopez-Campos et al., 2010; и др.). Однако для использования в рутинной клинической практике сегодня рекомендуется более простой стандартный индекс BODE.

Подготовила Наталья Мищенко

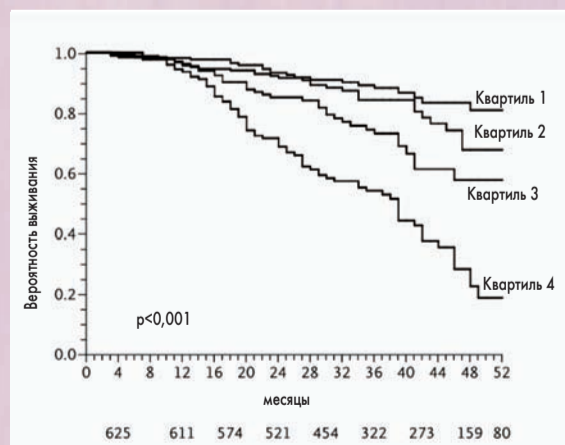


Рис. Выживаемость больных ХОЗЛ в зависимости от показателя индекса BODE в исследовании B.R. Celli et al. (2004)

Квартиль 1 — индекс от 0 до 2 баллов, квартал 2 — от 3 до 4 баллов, квартал 3 — от 5 до 6 баллов, квартал 4 — от 7 до 10 баллов. Различия между всеми группами статистически достоверны ($p < 0,001$).