

Острый бронхит у детей: перспективы применения фитотерапии

Острый бронхит, часто встречающийся в практике врача-педиатра, является воспалительным заболеванием бронхов, обычно инфекционного происхождения, которое проявляется кашлем (сухим или с выделением мокроты) и продолжается не более 3 нед.

→ Теоретически возможна различная этиология заболевания — вирусная, бактериальная, грибковая, паразитарная и смешанная; может наблюдаться острый ирритативный (раздражающий) бронхит химической, аллергической и другой неинфекционной природы. Однако чаще всего бронхит является одним из проявлений острого респираторного заболевания, и в подавляющем большинстве случаев его причиной являются респираторные вирусы (вирусы парагриппа 1-3 типов, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, вирусы гриппа А и В и др.).

Основной клинический симптом острого бронхита (ОБ) — кашель, поэтому именно на его устранение сориентированы основные терапевтические усилия. Как известно, кашель является защитной реакцией организма, направленной на освобождение воздухоносных путей от слизи, мокроты, различных частиц, восстановление проходимости дыхательных путей и улучшение мукоцилиарного клиренса. Тем не менее кашель может выступать патологическим симптомом, сопровождаться различными осложнениями. В каждом конкретном случае клиницист должен безошибочно определить, какое значение имеет этот симптом



А.П. Волосовец

Член-корреспондент НАМН Украины, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев



С.П. Кривопустов

Д.м.н., профессор кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

у данного пациента — защитное физиологическое или патологическое; в соответствии с этим осуществляется выбор терапевтических схем.

В последние годы практическим врачам все чаще приходится встречаться с бронхиальной обструкцией, в том числе на фоне острых респираторных инфекций у пациентов детского возраста, что прежде всего обусловлено анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы в детском возрасте (воспалительный отек и гиперсекреция легко блокируют узкие дыхательные пути ребенка).

Важно помнить, что если влажный кашель обусловлен накоплением в дыхательных путях секрета, то сухой непродуктивный кашель обычно вызывается раздражением рефлексогенных зон на фоне воспаления без значительной экссудации или бронхоспазмом. Возможными причинами отсутствия выделения мокроты при кашле могут быть уменьшение образования мокроты, значимые нарушения ее физико-химических свойств (повышение вязкости), а также проглатывание трахеобронхиального секрета (чаще у детей младшего возраста).

В лечении ребенка с ОБ особое внимание следует уделить рациональному подходу к выбору лекарственного средства, действие которого направлено на устранение кашля, а также предупреждению необоснованного назначения антибактериальных средств в случае заболевания вирусной этиологии. К сожалению, до настоящего времени часто наблюдается неоправданное назначение антибиотикотерапии пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями. G. Togoobaatar и соавт. в бюллетене Всемирной организации здравоохранения за декабрь 2010 г. опубликовали данные, которые свидетельствуют: в некоторых странах частота нерационального назначения антибиотиков достигает 40%, что приводит к развитию устойчивости к противомикробным препаратам. Актуальность данной проблемы в мировом масштабе подтверждается выбором антибиотикорезистентности в качестве основной темы Всемирного дня здоровья в 2011 г.

Интересно, что дети врачей реже получают неоправданную антибактериальную терапию при респираторных инфекциях. N. Huang и соавт. (2005) изучили, оказывает ли влияние наличие медицинского или фармацевтического образования у родителей на частоту назначения антибактериальных препаратов детям, в том числе по поводу ОБ. Были проанализированы 53 733 эпизода инфекции; согласно результатам анализа, дети врачей (отношение шансов (ОШ) 0,5; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,36-0,68) и фармацевтов (ОШ 0,69; 95% ДИ 0,52-0,91) получали антибактериальную терапию значительно реже по сравнению с детьми, профессии родителей которых не связаны с медициной. Частота применения антибиотиков у детей младших медицинских работников (ОШ 0,91; 95% ДИ 0,77-1,09)

была аналогична таковой в общей популяции. Было также выявлено, что детям из семей с низким уровнем дохода антибиотики назначались чаще, чем детям из семей с более высоким уровнем дохода.

При курации ребенка с ОБ первоочередными являются следующие мероприятия: увлажнение и очищение воздуха, достаточное поступление жидкости в организм пациента, обеспечение адекватного носового дыхания. Для правильного выбора лекарственного противокашлевого средства нужно оценить продуктивность, длительность и интенсивность кашля, степень его влияния на общее состояние и самочувствие больного; оценить характер бронхиального секрета, наличие или отсутствие бронхоспазма, аллергологический анамнез.

Секретолитики показаны для улучшения отхождения мокроты, противокашлевые препараты рекомендуются в случае длительного сухого непродуктивного кашля. Следует помнить, что, подавляя кашлевой рефлекс, противокашлевые препараты замедляют освобождение дыхательных путей от секрета; это диктует потребность в крайне взвешенном подходе к использованию указанных средств у детей.

Центральное место в лечении кашля у детей занимают отхаркивающие средства, среди которых выделяют муколитики, мукокинетики и экспекторанты. Первые характеризуются прямым действием на молекулярную структуру слизи; например, они разрывают дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты, при этом происходит деполимеризация макромолекул, мокрота становится менее вязкой. Экспекторанты улучшают выведение мокроты за счет увеличения ее гидратации, мукокинетики — за счет активации мукоцилиарного клиренса и уменьшения

бронхиального сопротивления. Хочется подчеркнуть, что муколитическая терапия во многих случаях должна сопровождаться активной кинезитерапией, в первую очередь дренажным массажем, обеспечивающим эффективную эвакуацию секрета из трахеобронхиального дерева.

Для оптимизации лечения детей с ОБ широко применяют препараты растительного происхождения, что обусловлено комплексностью действия их биологически активных соединений и хорошим профилем безопасности.

Из прошлого в будущее

Имеются данные об использовании целебных свойств растений древнейшими народами мира. Особого внимания заслуживает такое растение, как тимьян, издавна используемое в терапии заболеваний дыхательных путей. Известно, что древнегреческий врач Диоскорид отмечал лечебные свойства тимьяна. При этом еще во времена известного античного медика Галена возникло стремление к удалению из растений балластных веществ, не оказывающих терапевтического действия. Дальнейшее развитие научных знаний привело к выделению из растений чистых действующих веществ, обладающих выраженным эффектом и поддающихся более точной дозировке.

Сейчас прослеживается четкая эволюция парадигмы в фармакологии — от синтетических монопрепаратов к комплексным растительным экстрактам. Комплексные фитопрепараты обеспечивают многовекторное влияние на симптомы ОБ. Известным представителем данного класса лекарственных средств является препарат Бронхипрет® («Бионорика», Германия).

Используя концепцию фитониринга, компания «Бионорика»

разрабатывает и производит высокоэффективные лекарственные средства растительного происхождения. В производстве данных фитопрепаратов используются инновационные технологии, например технология экстрагирования биологически активных веществ (БАВ) – флавоноидов, эфирных масел, полифенолов – из растительного сырья методом низкотемпературной экстракции в вакууме, что позволяет достичь извлечения максимального количества действующих веществ и избежать их разрушения, сохранив при этом фармакологическую активность.

Использование отборного семенного материала, выращивание лекарственных растений под строгим контролем специалистов в экологически благоприятных условиях о. Майорки (Испания) позволяют исключить насыщение сырья нежелательными элементами, в том числе солями тяжелых металлов. Компания «Бионорика» гарантирует высший стандарт качества с соблюдением рекомендаций ВОЗ Good Agricultural and Collection Practices на всех этапах производства – от выращивания и сбора лекарственного растительного сырья до выпуска готовых лекарственных препаратов.

Фитопрепараты в лечении ОБ

Препарат Бронхипрет®, содержащий специальный экстракт тимьяна BNO 1018 и экстракт плюща BNO 1511 / первоцвета BNO 1535, многие годы с успехом применяется

в терапии ОБ у детей. В настоящее время на фармацевтическом рынке представлены различные лекарственные формы препарата (сироп, капли, таблетки); в таблетированной форме содержатся экстракты тимьяна и корней первоцвета, а в форме капель и сиропа – экстракты тимьяна и листьев плюща. Применение капель и сиропа позволяет обеспечить точное дозирование препарата у детей младшего возраста (включая грудных детей); детям старше 12 лет Бронхипрет® назначают в стандартной дозировке – по 1 таблетке 3 раза в день.

В случае ОБ Бронхипрет® можно применять как в режиме монотерапии, так и в комбинации с другими лекарственными препаратами, в том числе с антибиотиками. Следует отметить, что Бронхипрету свойственно многоцелевое воздействие на все звенья патогенеза ОБ у детей (табл. 1).

Особенно важно, что все экстракты в Бронхипрете демонстрируют ярко выраженное секретолитическое действие. Например, отхаркивающее свойство тимьяна основывается на повышенной секреции серозной жидкости. Также улучшается транспортная функция бронхов, что облегчает отделение слизи при кашле. Различные эфирные масла оказывают прямое влияние на слизистую бронхов.

Тимьян обладает выраженными противовоспалительным, антибактериальным и противовирусным эффектами. На сегодняшний день хорошо известны действующие

вещества тимьяна – тимол и карвакрол. В основе антибактериального и противовирусного действия экстракта тимьяна лежат, в частности, свойства тимола, чувствительность к которому проявляют *S. pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae*, другие патогены. Антибактериальный эффект оказывает фалкаринол, содержащийся в плюще.

За секретолитическое свойство плюща отвечают содержащиеся в нем сапонины. При этом доказаны два механизма их действия: раздражающее действие на слизистую желудка с рефлекторным увеличением бронхиальной секреции и прямое воздействие на слизистую бронхов с разжижением слизи, что способствует купированию приступов кашля и облегчению отхождения мокроты. Корни первоцвета также обладают секретолитическим действием.

Клинические исследования препарата Бронхипрет®

Фундаментальным является клиническое исследование эффектов препарата Бронхипрет® в сравнении с таковыми синтетических муколитических средств (Х. Измаил, Г. Виллер, Х. Штайндль, 2004). В данном мультицентровом когортном исследовании приняли участие более 7 тыс. пациентов с острым несложненным бронхитом. Участникам назначали одну из форм Бронхипрета либо синтетическое муколитическое средство. 1490 детей, средний возраст которых

Таблица 1. Фармакологические свойства растительных компонентов препарата Бронхипрет®

Компоненты	Действие				
	секретолитическое	противовоспалительное	противовирусное	антимикробное	бронхолитическое
Тимьян (чабрец)	+++	+++	++	+++	+
Плющ (листья)	++			+	+++
Первоцвет (корни)	+++	+			+

составлял $5,7 \pm 2,9$ года, получали Бронхипрет. Известно, что эффективность амброксола и ацетилцистеина в лечении бронхита была доказана в ходе проводимых ранее рандомизированных плацебо контролируемых исследований, поэтому их можно рассматривать как эталонные муколитики. Результаты данного исследования доказывают, что клиническая эффективность Бронхипрета не уступает таковой указанных синтетических препаратов, при этом данное лекарственное средство обладает лучшим соотношением польза/риск.

Положительное влияние на клиническую картину воспалительных заболеваний респираторной системы комбинации специальных экстрактов тимьяна и плюща (Бронхипрет®) подтверждено исследованиями *in vitro* и *in vivo*. В частности, известно, что при развитии ОБ высвобождается ряд медиаторов воспаления, например IL-1 совместно с другими продуктами метаболизма арахидоновой кислоты (PGE2) и лейкотриенами. Это обуславливает типичные патогенетические проявления бронхита: отек слизистой оболочки, гиперпродукцию слизи и обструкцию бронхов.

Изучить противовоспалительную активность Бронхипрета помогло фармакологическое исследование в рамках модели отека конечности крысы — классической модели воспаления. В данном эксперименте применение Бронхипрета способствовало быстрой дозозависимой задержке развития отека в течение первых 2 ч после его индукции. Особенно высокое противоотечное действие (52%) отмечено у экстракта тимьяна в дозе 162 мг/кг. Максимальный эффект удерживался 2 ч и соответствовал по эффективности действию эталонного вещества фенилбутазона 124,4 мг/кг.

Экстракты травы тимьяна и листьев плюща в отдельности проявляют муколитические, противовоспалительные и спазмолитические эффекты. Путем клинических наблюдений было установлено, что применение комбинации экстрактов этих двух растений заметно повышает эффективность проводимой терапии, что послужило основанием для их совместного использования. До недавнего времени механизм взаимодействия этих активных компонентов оставался неизвестным, однако современные исследования выявили выраженный синергизм действия указанных компонентов на молекулярном уровне.

Как известно, важная роль в регуляции функций бронхолегочного дерева на молекулярном уровне отводится β_2 -адренорецепторам. Эти белки находятся на поверхности клеток легочных альвеол, а также на клеточных мембранах мышечных волокон бронхиального дерева. Основная задача рецепторов этого типа состоит в приеме информации от сигнальных молекул, в частности адреналина, и запуске соответствующих процессов в клетках. Оказалось, что определенные вещества, содержащиеся в экстракте тимьяна, также могут связываться с β_2 -адренорецепторами. Их активация, в свою очередь, сопровождается образованием в клетках циклического аденозинмонофосфата (цАМФ), что приводит к снижению уровня кальция в клетке. В результате расслабляется гладкая мускулатура бронхиального дерева.

Выделение цАМФ способствует повышенному образованию поверхностно-активных веществ в альвеолярных клетках и их поступлению в бронхи. Вследствие этого происходит разжижение скопившегося в просвете бронхов секрета и стимулируется его выведение

из организма. Открытие этого механизма взаимодействия двух растительных экстрактов принадлежит группе ученых из Университета г. Бонна (Германия), работающих под руководством профессора Х. Хеберляйна. Они установили, что БАВ, содержащиеся в листьях плюща, способствуют повышенной экспрессии β_2 -адренорецепторов на поверхности клеток.

Основным действующим компонентом в экстракте плюща является растительный гликозид α -гедерин из группы сапонинов. Известно, что, помимо того что все сапонины обладают поверхностной активностью и способствуют отхождению мокроты, α -гедерин также содействует более длительной экспрессии β_2 -адренорецепторов на поверхности клеток. В обычном состоянии эти рецепторы находятся на клеточной мембране непродолжительный период времени, а далее погружаются внутрь клетки вследствие эндоцитоза. Таким образом, в активном состоянии остается ограниченное количество рецепторных белков, и лишь часть из них связывается с активным веществом препарата. Именно α -гедерин из экстракта плюща способствует их накоплению на поверхности клетки. Это позволяет достичь максимальной концентрации цАМФ в цитоплазме.

Следовательно, эффект при применении комбинации двух экстрактов всегда более выражен, чем при монотерапии любым из них.

Это следует учитывать при выборе растительного лекарственного средства для лечения пациента с ОБ.

Растительный препарат для перорального применения должен быть безопасным для пищеварительного тракта и успешно действовать в дыхательных путях. То, в какой мере это удастся

Бронхипрету, в последнее время было научно доказано в рамках клинических испытаний с помощью новаторской сенсорной системы «искусственного носа».

Эфирные масла тимьяна выводятся преимущественно легкими, что обуславливает доказанный эффект «ингаляции изнутри» при использовании Бронхипрета. В течение 30 мин после приема специального экстракта тимьяна BNO 1018 (действующего вещества Бронхипрета) и несколько часов спустя система «искусственный нос» позволяет изучать концентрацию тимола в выдыхаемом воздухе в режиме реального времени.

Р. Бишофф, создавший оригинальный прибор на основе сенсорного принципа и руководивший этими исследованиями, убедительно показал значительное увеличение содержания тимола в выдыхаемом воздухе. Этот прибор и метод были запатентованы в Институте аналитической химии и радиохимии Университета г. Инсбрука (Австрия).

Таким образом, механизм действия тимьяна очень сложный, и ученые до сих пор получают все новые и новые интересные для клиницистов факты. Недавно рабочая группа под руководством профессора Е. Версполя из Института фармацевтической и медицинской химии Университета г. Мюнстера (Германия), проводя опыты на животных, выяснила следующее: экстракт тимьяна активирует реснички мерцательного эпителия в бронхах и бронхиолах. Это на фоне воздействия на β_2 -адренорецепторы благоприятно сказывается на очищении дыхательных путей у ребенка с ОБ.

Эффективность и безопасность препарата Бронхипрет® у детей

Применение Бронхипрета в лечении ОБ имеет убедительную доказательную базу относительно эффективности и безопасности

препарата. В частности, двойное слепое плацебо контролируемое исследование IV фазы эффективности и переносимости комбинации экстрактов тимьяна и плюща в сравнении с плацебо у пациентов, страдающих ОБ с продуктивным кашлем, было проведено в 28 центрах Германии. Так, уменьшения количества приступов кашля на 50% удалось достичь в группе лиц, принимавших Бронхипрет®, на 2 дня быстрее, чем в группе плацебо. На 9-й день количество пациентов в группе Бронхипрета, полностью избавившихся от кашля, в 2 раза превышало таковое в группе плацебо (Б. Кеммерих и соавт., 2006).

В исследовании под руководством члена-корреспондента НАМН Украины, профессора Н.Л. Аряева (2007) показана эффективность и безопасность препарата Бронхипрет® в качестве противокашлевого средства в комплексной терапии заболеваний органов дыхания 42 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет (средний возраст $7,25 \pm 3,8$ года) с обструктивным бронхитом, острой пневмонией, обострением хронического бронхита, обострением бронхиальной астмы, обострением хронических очагов инфекции.

В ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» (г. Киев) проанализировано лечение детей в возрасте 6-11 лет с рецидивирующим бронхитом. Так, применение Бронхипрета позволило значительно ускорить темпы обратного развития основных клинических симптомов рецидивирующего бронхита у детей, улучшить показатели функции внешнего дыхания, достигнуть морфологической ремиссии и в целом повысить эффективность восстановительного лечения в 1,4 раза (В.Ф. Лапшин, Т.Р. Уманец, 2005).

В Московском научно-исследовательском институте педиатрии

и детской хирургии (РФ) в 2004-2005 гг. проводилось открытое исследование эффективности и безопасности применения сиропа Бронхипрет® при лечении острых вирусных и бактериальных заболеваний дыхательной системы у детей раннего возраста. В исследовании участвовали 50 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Установлено, что при приеме сиропа Бронхипрет® на 3-4-й день заболевания отмечалось уменьшение кашля, который из сухого сравнительно быстро переходил в продуктивный; кашлевые толчки становились более мягкими; наблюдалось улучшение отхождения мокроты. Сироп Бронхипрет® приятен для детей и не вызывает у них негативной реакции и отказа от приема. Особо необходимо отметить, что в исследуемой группе были дети с атопическим дерматитом, аллергическими реакциями, однако и у них не было отмечено побочных эффектов (Е.С. Кешишян, Г.Ю. Семина, 2006).

Для клиницистов представляют большой интерес исследования, выполненные в последние годы по изучению возможностей применения препарата Бронхипрет® у пациентов различного возраста с бронхитом: E-BRO-3 «Рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование в параллельных группах Бронхипрета (сироп) у взрослых с бронхитом», E-BRO-AWB 1 «Исследование эффективности и переносимости Бронхипрета (сироп) при лечении острого бронхита у детей», E-BRO-PCT «Исследование соотношения польза/риск фитотерапии и антибиотиков, а также комбинированной терапии и антибиотиков в зависимости от уровня прокальцитонина у детей с острым бронхитом», а также исследование (IV фазы) «Сравнительный анализ Бронхипрета (сироп) и небулайзерной терапии 0,9% NaCl у детей

в возрасте от 3 месяцев до 6 лет с острым бронхитом».

Так, в исследовании E-BRO-AWB 1 принимали участие 1234 детей в возрасте от 2 до 17 лет, а также 12 детей до 2 лет с ОБ с продуктивным кашлем. Монотерапия Бронхипретом имела место у 973 пациентов, комбинированная терапия без антибиотиков — у 135 участников, с антибиотиками — у 126 детей. При этом доказано, что Бронхипрет® эффективен в лечении ОБ у детей и подростков и имеет очень хорошую переносимость. Так, переносимость как «хорошая» и «очень хорошая» была отмечена у 96,5% детей, побочные явления — боль в животе и легкая тошнота — зарегистрированы у 2 детей (O. Marzian, 2007).

В этом исследовании представляет особый интерес убедительная позитивная динамика оценки тяжести бронхита у детей 2-17 лет при лечении сиропом Бронхипрет®. В целом оценка тяжести бронхита (BSS — Bronchitis Severity Score) учитывает 5 симптомов — кашель, мокроту, хрипы, боль в грудной клетке при кашле и диспноэ (каждый от 0 до 4 баллов, максимум — 20 баллов).

Обобщенные результаты динамики оценки (в баллах) тяжести бронхита по BSS — в исследованиях

сиропа Бронхипрет® при бронхите у взрослых (E-BRO-3) и детей (E-BRO-AWB 1) приведены в таблице 2.

В педиатрии показанием к назначению антибиотиков при ОБ принято считать клинические признаки, указывающие на бактериальную природу воспалительного процесса. О бактериальной этиологии заболевания могут свидетельствовать данные анализа крови: количество лейкоцитов $>15 \times 10^9$, нейтрофилов $>10 \times 10^9$, палочкоядерных нейтрофилов $>1,5 \times 10^9$, уровни С-реактивного белка >30 мг/л, прокальцитонина >2 нг/мл (В.К. Таточенко, 2009).

Очень важный практический аспект — антибактериальная терапия, которая нередко имеет место, существенно повышает вязкость мокроты вследствие высвобождения ДНК при лизисе микробных тел и лейкоцитов. В связи с этим на фоне проведения такого лечения необходимо осуществлять мероприятия, улучшающие реологические свойства мокроты и облегчающие ее отхождение. Одним из подходов в данном случае является назначение Бронхипрета в сочетании с антибиотиками.

В связи с этим представляет большой интерес исследование

E-BRO-PCT. Убедительно были показаны преимущества комбинированной терапии (Бронхипрет® + амоксициллин) перед монотерапией амоксицилином у детей с ОБ, которые имели уровень прокальцитонина $\geq 0,25$ нг/мл. Также показаны преимущества 10-дневного курса применения сиропа Бронхипрет® перед антибиотиком (амоксициллином) у детей с ОБ, которые имели уровень прокальцитонина $< 0,25$ нг/мл. В исследовании принимали участие 588 детей из 13 центров (Л.С. Намазова-Баранова, 2011).

В сравнительном анализе Бронхипрета (сироп) и небулайзерной терапии 0,9% NaCl у детей в возрасте от 3 месяцев до 6 лет с ОБ также были показаны преимущества фитотерапии Бронхипретом. Особо было подчеркнуто, что благодаря хорошим вкусовым качествам Бронхипрета маленькие дети с удовольствием принимают сироп; данное лекарственное средство хорошо переносится детьми, что было озвучено в ходе работы V Евроконгресса педиатров (г. Вена, 23-26 июня 2011 г.).

При необходимости капли Бронхипрет® можно применять с небольшим количеством жидкости, у детей в возрасте от 6 до 12 лет их следует развести в 1 столовой ложке жидкости. Неразведенный сироп рекомендуется запивать небольшим количеством жидкости (водой, соком или чаем), а детям в возрасте до 6 лет разовую дозу сиропа следует развести в 1 столовой ложке жидкости. Таблетки принимают взрослые и дети в возрасте от 12 лет не разжевывая, перед едой, запивая небольшим количеством жидкости. Рекомендуемые возрастные дозировки препарата представлены в таблице 3.

Обычная длительность приема Бронхипрета составляет 7 дней,

Таблица 2. Обобщенные результаты динамики оценки (в баллах) тяжести бронхита в исследованиях сиропа Бронхипрет® у взрослых (E-BRO-3) и детей (E-BRO-AWB 1)

	До лечения	10-е сутки лечения
Бронхипрет (взрослые)	8,3±0,4	1,6±0,3
Бронхипрет (дети)	8,8±0,1	1,1±0,2
Плацебо	8,3±0,3	3,3±0,4

Таблица 3. Дозирование препарата Бронхипрет® при ОБ

Возраст	Капли	Сироп	Таблетки
1-5 лет		3,2 мл 3 р/сут	
6-11 лет	30 капель 3 р/сут	4,3 мл 3 р/сут	
12-17 лет	35 капель 3 р/сут	5,4 мл 3 р/сут	1 таблетка 3 р/сут
Взрослые	50 капель 3 р/сут		

по показаниям — дольше (определяется индивидуально, исходя из конкретной клинической ситуации).

Таким образом, при курации ребенка с ОБ врач должен помнить и выполнять следующие правила:

- большое внимание уделять качеству воздуха, его очистке и увлажнению и обеспечению носового дыхания у пациента;

- вдумчиво относиться к назначению лекарственных средств, что исключает шаблонный подход к лечению кашля;

- принимая во внимание многоцелевое действие, высокий профиль безопасности и научно доказанную эффективность растительных средств (на основе тимьяна, плюща, первоцвета), отдавать им преимущество при

выборе препарата для лекарственной терапии кашля у детей;

- при выборе фитотерапевтических средств учитывать качество их производства, доказанную эффективность и безопасность. ■

Практикующему педиатру необходимо стараться избегать полипрагмазии — в идеале в лечении бронхита не следует применять более 1-2 препаратов. В данном контексте прекрасным выбором является применение у детей с ОБ эффективного и безопасного препарата Бронхипрет®, который обладает комплексным воздействием на основные звенья патогенеза заболевания и при необходимости может назначаться одновременно с противомикробными лекарственными средствами.

Новое об известном

Использование чернушки посевной в лечении аллергических ринитов

Чернушка посевная, или черный тмин (*Nigella sativa*), — однолетнее травянистое растение семейства лютиковых (*Ranunculaceae*), которое культивируется повсеместно как специя. Семена данного растения содержат жирное масло, гликозид мелантин и эфирное масло (0,8-1,5%). Эфирное масло чернушки посевной представляет собой жидкость желтого цвета с острым пряным запахом, который напоминает аромат малины. Имеются сведения, что в состав эфирного масла входят соединения терпенового ряда.

За последние 50 лет было проведено свыше 200 исследований, посвященных изучению свойств масла черного тмина, которые подтвердили его лечебные свойства. В частности, обнаружили, что масло этого растения обладает иммуномодулирующими свойствами, противоглистной, антисептической и антибактериальной активностью; стимулирует работу костного мозга; подавляет перекисное окисление липидов.

Иранские ученые провели проспективное двойное слепое исследование, в котором изучили противовоспалительное действие масла *Nigella sativa* у пациентов с аллергическим ринитом (АР). В испытание включили 66 пациентов с симптомами АР, которые на протяжении 1 мес применяли масло семян черного тмина. Все пациенты заполняли опросник для оценки тяжести симптомов заболевания. Сравнения между группами терапии и плацебо проводили с помощью парного критерия Стьюдента.

Результаты исследования показали, что у лиц, которые применяли масло семян *Nigella sativa* в течение 2 нед, снизилась выраженность таких симптомов АР, как зуд, заложенность носа, чихание, отечность и бледность слизистой оболочки носа, по сравнению с соответствующими показателями у пациентов в группе плацебо. Благодаря наличию у активных компонентов черного тмина противоаллергических свойств, что было подтверждено в данном исследовании, это растительное средство может использоваться для лечения АР у пациентов, имеющих противопоказания к приему других противоаллергических препаратов либо непереносимость таковых.



Источник: Nikakhlagh S., Rahim F., Aryani F.H. et al. Am J Otolaryngol. 2011 Sep-Oct; 32 (5): 402-7. Epub 2010 Oct 13.