

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА «БРОНХИПРЕТ» В ТЕРАПИИ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

В.В. Бережной, Н.П. Гяделова

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Резюме. Анализ литературных данных, базирующихся на принципах доказательной медицины, свидетельствуют о целесообразности широкого применения в педиатрии фитопрепарата «Бронхипрет», обладающего секретолитическими, бронхоспазмолитическими, противовоспалительными свойствами и являющегося высокоэффективным и безопасным в применении.

Ключевые слова: острый бронхит, фитотерапия, Бронхипрет.

Острый бронхит — одно из частых заболеваний в амбулаторной практике врача-педиатра. Заболеваемость бронхитами преобладает в возрасте от 1 до 3 лет и колеблется в пределах 75–250 на 1000 детей (Лыткина И.Н., Серженко С.В., 1999, Таточенко В.К., 2002).

Острый бронхит — воспалительное заболевание бронхов, преимущественно инфекционного происхождения, проявляющееся кашлем (сухим или с выделением мокроты) и продолжающееся не более 3 недель.

Чаще всего острый бронхит — это одно из проявлений острого респираторного заболевания. Наиболее частыми (до 80%) возбудителями острого бронхита у детей являются вирусы — респираторные вирусы (парагрипп 1–3 типов, РС-вирус, аденовирусы, грипп А, В и др.), вирус кори. В 20% случаев вызывать развитие острого бронхита может бактериальная флора — *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhali* (табл.1). Причинами острого бронхита неинфекционной природы могут быть газо- и парообразные вещества, табачный дым, аллергены растительного и животного происхождения, а также термические факторы (переохлаждение, вдыхание холодного воздуха).

Оптимизация лечения острого бронхита у ребенка, исключая полипрагмазию, является важной и сложной проблемой клинической педиатрии. Острый бронхит — одна из самых частых причин необоснованного применения антибиотикотерапии. При этом общеизвестно, что применение антибиотиков при остром бронхите не рекомендуется ни Американским колледжем

врачей (2001), ни Американским колледжем пульмонологов (2006).

В «Протоколах надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія» (приказ МЗ України №18 от 13.01.2005)» в качестве этиотропной терапии при остром бронхите рекомендуется назначение противовирусных препаратов (ремантадин, арбидол-ленс, амиксин, ребетол, интерфероны, ДНК-аза и др.) и минимизация использования антибиотиков. Согласно рекомендациям В.К. Таточенко и соавт. (2000), которые внесены в протокол лечения острого бронхита у детей, показаниями к назначению антибиотиков при этой патологии могут быть:

1. Дети первых 6-ти месяцев жизни.
2. Тяжелое течение бронхита (нейротоксикоз и др.).
3. Наличиеотяжеляющего преморбидного фона (родовая травма, недоношенность, гипотрофия и др.).
4. Наличие активных (обострение) хронических очагов инфекции (тонзиллит, отит и др.).
5. Подозрение на присоединение бактериальной инфекции:

- лихорадка с температурой тела выше 39°С;
- вялость, отказ от еды;
- выраженные симптомы интоксикации;
- наличие одышки;
- асимметрия хрипов;
- лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Антибактериальные препараты, прежде всего группа макролидов, показаны при микоплазменной и хламидийной этиологии бронхитов, они являются препаратами выбора при документированном коклюше.

Таблица 1

Этиология острого бронхита в зависимости от возраста

Возрастная группа	Этиологический фактор*
0–3 мес.	цитомегаловирус, энтеровирус, вирус герпеса
0–6 мес.	хламидии (<i>Chl. trachomatis</i>)
6 мес. – 3 года	респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа I–III типа
6–17 лет	хламидии (<i>Chl. pneumoniae</i>), микоплазмы (<i>M. pneumoniae</i>)

Примечание: * — во всех возрастных группах: аденовирус, риновирус, вирус гриппа, особенно в холодное время года.

Таблица 2

Классификация лекарственных средств, элиминирующих мокроту (по Березнякову И.Г., 2000)

Отхаркивающие средства				
Стимулирующие отхаркивание (секретомоторные) препараты		Муколитические (секретолитические) препараты		
Препараты рефлекторного действия	Препараты резорбтивного действия	Протеолитические ферменты	Синтетические муколитические средства	Мукорегуляторы
Растительные средства: корень алтея, плоды аниса, трава и побеги багульника болотного, корневище и корни девясила, трава душицы, листья мать-и-мачехи, корни истода, листья подорожника большого, корневище и корни синюхи, корень солодки, сосновые почки, трава термопсиса, трава тимьяна, трава фиалки трехцветной	Медикаменты на основе растений: анисовое масло, препараты семейства бронхikum, глицеран, капли нашатырно-анисовые, ликорин, пертуссин, сироп корня солодки	Аммония хлорид, калия йодид, натрия гидрокарбонат, натрия йодид	Дезоксирибонуклеаза, рибонуклеаза, трипсин, химотрипсин	Ацетилцистеин, карбоцистеин, Бромгексин, амброксол

В основе бронхита лежат воспалительные изменения слизистой оболочки, которые приводят к гущению бронхиального секрета и нарушению мукоцилиарного клиренса. Освобождению бронхов от вязкой мокроты частично способствует кашлевой рефлекс, клинически выражающийся продуктивным кашлем. Патогенетически обосновано применение в терапии острых бронхитов препаратов, улучшающих реологические свойства бронхиального секрета и способствующих откашливанию мокроты. Это достаточно многочисленная группа лекарственных средств, отличающихся по механизму действия и происхождению (табл. 2).

Муколитики (производные цистеина — ацетилцистеин, АЦЦ, карбоцистеин, N-ацетилцистеин (флуимуцил)), бромгексин (бисольван), амброксол (амброгексал, ласольван), дорназе (пульмозим) являются высокоэффективными препаратами, разжижающими мокроту за счет изменения структуры слизи, и могут быть использованы в педиатрии при лечении кашля, вызванного заболеваниями нижних отделов дыхательных путей, особенно у детей первых пяти лет жизни, у которых повышенная вязкость бронхиального секрета является основным патогенетическим фактором формирования кашля. Достоинством препаратов является то, что, разжижая мокроту, они практически не увеличивают ее объем, а также возможность различных путей введения: перорального, ингаляционного, инъекционного. К недостаткам стоит отнести: аллергенность, отсутствие противомикробных свойств и стимулирующего влияния на реснитчатый эпителий, частое возникновение побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Одним из недостатков АЦЦ, карбоцистеина и, отчасти, бромгексина является их способность усиливать бронхоспазм. Карбоцистеин не рекомендуется сочетать с препаратами, снижающими секрецию бронхиальной слизи, из-за его способности уменьшать количество бокаловидных клеток, особенно в терминальных отделах бронхиол, и снижать продукцию слизи, а также при склонности к запорам.

В настоящее время в педиатрии широко используется препарат «Гвайфенезин». Побочных действий у гвайфенезина не отмечено, но нет и достоверных данных о его эффективности. Использование протеолитических ферментов в качестве муколитиков в настоящее время не рекомендуется в связи с возможным повреждением легочного матрикса и высоким риском развития серьезных побочных эффектов, таких как кровохарканье, аллергические реакции и бронхоспазм.

Традиционно для лечения заболеваний, сопровождающихся кашлем, применяются фитопрепараты (табл. 3) и соединения, обладающие резорбтивным действием. Это растительные экстракты (алтей, анис, девясил, багульник, душица, ипекакуана, мать-и-мачеха, подорожник, росянка, солодка, сосновые почки, фиалка, тимьян, термопсис и др.), терпингидрат, йодиды. Механизм действия этих средств основан на удалении бронхиального секрета из дыхательных путей за счет снижения его вязкости при увеличении объема. Большинство отхаркивающих препаратов усиливают секрецию слизи за счет рефлекторного раздражения желез слизистой бронхов. Некоторые, например йодиды и ряд растительных препаратов (тимьян, росянка, термопсис, ипекакуана и др.), оказывают также прямое действие на секреторные бронхиальные клетки и выделяются в просвет бронхиального дерева, усиливая при этом секрецию слизи и увеличивая ее объем. Они отчасти активируют моторную функцию бронхиол и реснитчатого эпителия слизистой бронхов.

Необходимо отметить, что растительное происхождение лекарственного средства еще не означает его полной безопасности для ребенка, особенно раннего возраста. Так, препараты ипекакуаны способствуют значительному увеличению объема бронхиального секрета, усиливают рвотный рефлекс. Усиливает рвотный и кашлевой рефлекс трава термопсиса. Поэтому у детей первых месяцев жизни, у детей с поражением ЦНС использовать их не следует: они могут стать причиной аспирации, асфиксии, образования ателектазов или усилить рвоту, связанную с кашлем. Анис, солодка и душица обладают довольно выраженным слабительным эффектом и не рекомендуются при наличии у больного ребенка диареи.

Значительное увеличение объема мокроты отмечается и при применении йодидов (йодида калия, йодида натрия, йодированного глицерола). Использование этих препаратов в педиатрии также должно быть ограничено, так как отхаркивающий эффект йодидов наблюдается лишь при назначении их в дозах, близких к переносимым, что всегда опасно в детской практике. Кроме того, они имеют неприятный вкус (исключение — йодированный глицерол, но и эффект от его приема крайне незначительный).

К недостаткам отхаркивающих средств следует отнести возможность загрязнения растительного сырья экологическими поллютантами (пестицидами, солями тяжелых металлов), часто непредсказуемый клинический эффект, обусловленный сложностью стандартизации условий выращивания сырья, несовершенство методов получения экстрактов, необходимость частого приема (каждые 3–4 часа), что вызывает негативную реакцию ребенка на лечение, а также низкую эффективность подобной терапии.

Этих недостатков лишены экстракты, разработанные в соответствии с концепцией фитониринга. По своим клиническим эффектам они не уступают синтетическим, зачастую обладая более широким спектром действия.

Фитониринг (от *phyton* — растение и *engineering* разработка, технология) — новое направление фитотерапии, использующее современные методы получения стандартизованных экстрактов растений, на основе которых с помощью инновационных технологий разрабатывают и создают безопасные лекарственные препараты. Концепция фитониринга включает в себя ряд принципов:

- высокое качество сырья, выращиваемого на плантациях при строгом соблюдении принципов селекции и тщательного отбора семенного материала;
- стандартизированный процесс и сертифицированные технологии фармацевтического производства на протяжении всей производственной цепочки — от сырья до готовой лекарственной формы;
- щадящий процесс получения готового препарата без «температурного стресса» — низкотемпературная вакуумная экстракция в закрытом цикле, позволяющая избежать окисления и предотвратить качественные и количественные изменения действующих веществ;
- соблюдение принципов научной доказательности в отношении эффективности и безопасности лекарственных средств, проведение клинических исследований надлежащего дизайна с участием значительного количества пациентов, позволяющих получить статистически достоверные сравнительные данные о фармакотерапевтической ценности получаемых препаратов.

Благодаря фитонирингу — инновационной разработке в фитофармакологии — в настоящее время известны фитопрепараты с доказанной клинической эффективностью.

Таблица 3

Растительные средства, применяющиеся при заболеваниях органов дыхания

Растительное средство	Повышение секреции	Бронхолитическое действие	Противовоспалительное действие	Усиление моторики
Корень алтея	+	-	-	+
Корень ипекакуаны	+	-	-	++
Корень солодки	++	+	+	+
Лист мать-и-мачехи	-	-	+	+
Лист подорожника	-	-	+	+
Мята	+	+	-	-
Первоцвет весенний	+++	+	+	+++
Плод аниса	+	-	-	-
Плющ обыкновенный	++	+++	+	++
Термопсис	+	+	+	-
Терпингидрат	++	-	-	-
Чебрец обыкновенный	+++	+	+++	+++
Эвкалипт	+	-	+++	-

Таблица 4

Фармакологические эффекты активных компонентов препарата «Бронхипрет»

Название лекарственного растения	Фармакологические эффекты				
	Секретолитическое	Противовоспалительное	Противовирусное	Анти-микробное	Бронхолитическое
Трава тимьяна	+++	+++	++	+++	+
Листья плюща	++	-	-	+	+++
Корни первоцвета	+++	+	-	-	+

тью, не только не уступающие синтетическим препаратам, а часто и обладающие явными преимуществами.

Многие годы в лечении бронхита с успехом применяется фитопрепарат «Бронхипрет» («Бионорика АГ») в двух различных формах — сироп на основе жидкого экстракта тимьяна (BNO 1561) и жидкого экстракта плюща (BNO 1511), а также таблетки, содержащие сухой экстракт тимьяна (BNO 1018) и сухой экстракт корней первоцвета (BNO 1535). Препарату свойственны секретолитическое, бронхоспазмолитическое, противовоспалительное, антибактериальное и противовирусное действия (табл.4).

Особенно важно, что все экстракты в Бронхипрете выявляют ярко выраженное секретолитическое действие. Основными активными компонентами экстракта чабреца являются эфирные масла, особенно тимол. Данные вещества оказывают местное воздействие на легкие, так как выводятся из организма через дыхательные пути, обеззараживая их, уменьшая спазм бронхов и оказывая муколитическое действие (уменьшая вязкость мокроты). 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 (гастропульмональный рефлекс) и прямое воздействие на слизистую бронхов с разжижением слизи. Кроме того, плющ обладает спазмолитическими свойствами. Входящие в состав Бронхипрета растительные компоненты улучшают отхождение мокроты за счет стимуляции активности ресничек мерцательного эпителия.

Группа ученых под руководством профессора Ханса Хеберляйна установила, что биологически активные вещества, содержащиеся в экстракте тимьяна, могут связываться с адренорецепторами легких. Их активация сопровождается образованием цАМФ, что приводит к снижению уровня кальция в клетке, в результате чего расслабляется гладкая мускулатура бронхиального дерева. Биологически активные вещества (сапонины, флавоноиды и фенолкарбоновые кислоты), содержащиеся в листьях плюща, способствуют повышению экспрессии бета-2-адренорецепторов на поверхности клеток. Доказано также влияние плюща на высвобождение гистамина. Таким образом, действующие молекулы экстракта тимьяна

находят больше возможностей для связывания с адренорецепторами, что обеспечивает более выраженный бронходилатирующий эффект при использовании комбинации этих двух растений, чем при монотерапии.

В основе антибактериального, антимуколитического и противовирусного действия экстракта тимьяна лежат, в частности, свойства тимола, к которому чувствительны *Klebsiella pneumoniae*, *Str. pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* и др. болезнетворные бактерии. Известен антибактериальный эффект такого составляющего вещества плюща, как фалкаринол.

Изучить противовоспалительную активность Бронхипрета помогло фармакологическое исследование в рамках модели «отека лапы крысы» — классической модели воспаления. В данном эксперименте капли Бронхипрета приводили к быстрой дозозависимой задержке отека в течение первых двух часов после его индукции. Особенно высокое противоотечное действие (52%) было у экстракта тимьяна в дозе 162 мг/кг. Максимальный эффект был 2 часа и соответствовал по эффективности действию эталонного вещества фенилбутазона (124,4 мг/кг). Также отмечено, что Бронхипрет обладает значительно лучшим соотношением польза/риск по сравнению с химическими муколитическими лекарственными средствами амброксолом и ацетилцистеином (Kotalla C. et al., 2003).

Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование (фаза IV) «Эффективность и переносимость комбинации экстрактов тимьяна и плюща в сравнение с плацебо у пациентов, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем» было проведено в 28 центрах Германии. Был отобран 361 амбулаторный пациент (не младше 18 лет) с клиническим диагнозом острого бронхита. 182 пациента получали сироп Бронхипрет, а 179 — сироп, содержащий плацебо. Полученные результаты свидетельствуют, что среднее число приступов кашля к 7–9-му дню на фоне терапии Бронхипретом уменьшилось на 68,7% против 47,6% при приеме плацебо (p<0,0001). Уменьшение количества приступов кашля на 50% в группе пациентов, получавших Бронхипрет, достигалось в среднем на 2 дня раньше по сравнению с группой плацебо. На 9-й день полностью избавились от кашля в 2 раза больше пациентов, получавших Бронхипрет, чем плацебо. Неже-

лательные побочные эффекты при приеме фитопрепарата возникали не чаще, чем при применении плацебо (Кеммерих Б. и соавт., 2006).

Фундаментальным является когортное клиническое исследование препарата «Бронхипрет» в сравнении с синтетическими муколитическими средствами (Хаим Измаил, Гунди Виллер, Хуберт Штайндль, 2004). В данном мультицентровом когортном исследовании приняли участие более 7 тысяч пациентов с острым неосложненным бронхитом. Среди них 1490 детей получали Бронхипрет, их средний возраст составлял $5,7 \pm 2,9$ года. В соответствии с методом сравнительной пары больным назначали одну из форм Бронхипрета либо синтетическое муколитическое средство (амброксол, ацетилцистеин). Результаты исследования доказывают, что клиническая эффективность Бронхипрета выше амброксола и ацетилцистеина.

Эффективность амброксола и ацетилцистеина в лечении остро неосложненного бронхита и хронических бронхитов была доказана в ходе проводимых ранее рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, поэтому их можно рассматривать как эталонные муколитики. Результаты же данного исследования доказывают, что клиническая эффективность Бронхипрета выше, чем амброксола и ацетилцистеина.

Интерес для педиатров представляют результаты исследования, проведенного О. Марцианом и соавт., в котором анализировалась в первую очередь безопасность Бронхипрета при применении у детей. В группу исследования вошли 1234 ребенка (623 мальчика и 611 девочек) в возрастных группах <2 лет ($n=12$), 2–5 лет ($n=372$), 6–11 лет ($n=438$) и 12–17 лет ($n=412$). Условием участия в исследовании были продуктивный кашель продолжительностью максимум 2 дня, минимум 10 приступов кашля в день до начала лечения (оценка родителей и подростков) и минимум 5 баллов по шкале тяжести бронхита. Основным параметром было изменение клинической симптоматики на основании шкалы тяжести бронхита. На фоне приема Бронхипрета средний индекс по шкале тяжести бронхита снизился с 8,8 балла до 4,8 на 4-й день и даже до 1,3 балла после лечения продолжительностью около 10 дней. Количество зафиксированных приступов кашля по сравнению с обследованием во время зачисления в исследование в среднем снизилось на 18,7 приступа (81,3%) на 10 день. Переносимость в 96,5% случаев была оценена врачами как очень хорошая и хорошая. У двух пациенток возникли нежелательные побочные эффекты на лекарственное средство (боли в желудке и легкая тошнота). Авторы исследования делают вывод, что острый бронхит с продуктивным кашлем у детей младшего возраста и подростков может быть безопасно и эффективно вылечен при помощи комбинации из плюща и тимьяна. 10-дневное лечение в дозировке согласно возрасту ведет к существенному улучшению симптомов и излечению при очень хорошей переносимости.

В педиатрическом исследовании (Аряев Н.Л., 2007) показана эффективность и безопасность препарата «Бронхипрет» в качестве противокашлевого средства в комплексной терапии заболеваний органов дыхания 42 детей с обструктивным бронхитом, острой пневмонией, обострением хронического бронхита, обострением бронхиальной астмы, обострением хронических очагов инфекции в возрасте от 6 месяцев до 14 лет (средний возраст — $7,25 \pm 3,8$).

Применение Бронхипрета у детей с рецидивирующим бронхитом в возрасте 6–11 лет позволило значительно ускорить темпы обратного развития основных клинических симптомов заболевания у детей, улучшить показатели функции внешнего дыхания, достигнуть морфологической ремиссии и, в целом, повысить эффективность восстановительного лечения в 1,4 раза (Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р., 2005).

В 2004–2005 гг. в России проводилось открытое исследование эффективности и безопасности применения сиропа Бронхипрет при лечении острых вирусных и бактериальных заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста. В исследование было включено 50 детей (от 3-х месяцев до 3-х лет). Установлено, что при приеме сиропа Бронхипрет на 3–4-й день заболевания отмечалось уменьшение кашля, кашель быстро становился продуктивным, происходило усиление отхождения мокроты. Сироп Бронхипрет у детей не вызывал негативной реакции и отказа от приема. Особо необходимо отметить, что в исследуемой группе были дети с атопическим дерматитом, аллергическими реакциями, однако у них не было отмечено побочных реакций и непереносимости фитопрепарата (Кешишян Е.С., Семина Г.Ю., 2006).

Фитопрепарат «Бронхипрет» имеет разнообразие лекарственных форм (сироп, капли, таблетки), высокий профиль безопасности, что позволяет применять его у детей различного возраста.

Выводы

Терапевтические схемы острого бронхита у детей должны включать этиотропную терапию и препараты, купирующие основные патогенетические механизмы с учетом тяжести состояния, возраста ребенка, анамнеза, преморбидного фона. Однако врачу следует помнить, что в подавляющем большинстве случаев при этом антибиототики не показаны. Рекомендации должны включать увлажнение воздуха в помещении, где находится ребенок, обильное питье, по показаниям жаропонижающие, а также лекарственные средства, влияющие на характер и интенсивность кашля, среди которых предпочтение следует отдавать стандартизованным фитопрепаратам. Анализ литературных данных, базирующихся на принципах доказательной медицины, свидетельствуют о целесообразности широкого применения в педиатрии препарата «Бронхипрет», обладающего секретолитическим, бронхоспазмолитическим, противовоспалительным действием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березняков И. Г. Кашель: диагностика и лечение : лекция для врачей / И. Г. Березняков // Клин. антибиотикотерапия. — 2000. — № 4(6). — С. 7–20.
2. Геппе Н. А. Муколитические и противокашлевые средства в практике педиатра / Н. А. Геппе, А. Б. Малахов // Детский доктор. — 1999. — № 4. — С. 42–45.
3. Геппе Н. А. Рациональная терапия бронхитов у детей / Н. А. Геппе, А. Н. Сафронова // Consilium Medicum. — 2002. — Т. 2, № 10.
4. Кешишян Е. С. Эффективность противокашлевого препарата «Бронхипрет» у детей раннего возраста / Е. С. Кешишян, Г. Ю. Семина // Весн. педиатрич. фармакол. и нутрициол. — 2006. — Т. 3.3.
5. Комплексная терапия заболеваний органов дыхания у детей / Аряев Н. Л., Старикова А. А., Кузьменко И. В. [и др.] // Здоров'я України. — 2007. — № 5/1. — С. 26.
6. Костроміна В. П. Сучасні підходи до лікування захворювань органів дихання у дітей (методичні рекомендації) / В. П. Костроміна, О. О. Речкіна, В. О. Усанова // Укр. пульмон. журнал. — 2005. — № 3. — С. 68–72.
7. Кривопустов С. П. Острый бронхит у детей: акцент на предупреждение полипрагмазии при лечении / С. П. Кривопустов // Рациональная фармакотерапия. — 2008. — № 3 (2).

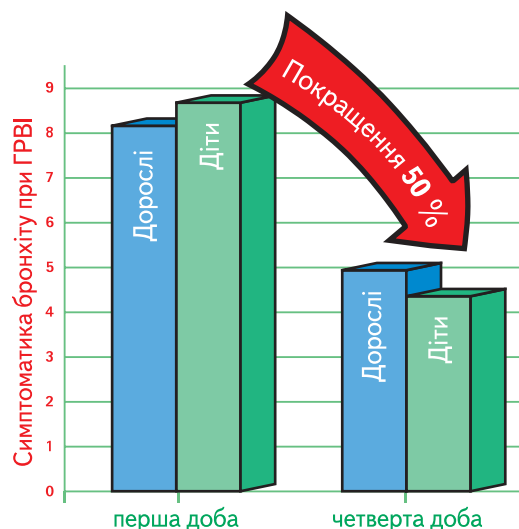
phytoneering

Розкриваючи силу рослин

Бронхипрет®

лікування кашлю та бронхіту

Динаміка симптомів
гострого бронхіту у
дітей та дорослих



- Доведена клінічна ефективність
- Не поступається синтетичним секретолітикам
- Для пацієнтів будь-якої вікової групи*

* з одного року



BIONORICA®
The phytoneering company

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 (кранли)
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 СЕ (Німеччина)

ТОВ "БІОНОРИКА"
Україна: 02094, м. Київ, вул. Мініна, 9 Офісний поверх.
тел.: 8 (044) 296-22-03 (04, 05); факс: 8 (044) 451-83-09
e-mail: office@bionorica.com.ua

8. Лапшин В. Ф. Обґрунтування ефективності фітопрепарату Бронхіпрет у лікуванні та реабілітації дітей з бронхолегеневими захворюваннями / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец // Здоров'я України. — 2005. — № 110.
9. Майданник В. Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний верхних дыхательных путей у детей / В. Г. Майданник. — К. : Аспект-Полиграф, 2003. — 177 с.
10. Марциан О. Лечение острого бронхита у детей и подростков / О. Марциан // Совр. педиатрия. — 2009. — № 4 (26). — С. 72–76.
11. Практическая пульмонология детского возраста / под ред. В. К. Таточенко. — М. : Медицина, 2001. — 268 с.
12. Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія»: наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005 р. [Електронний документ]. — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
13. Хаим Измаил. Когортное исследование препарата Бронхипрет® в сравнении с синтетическими муколитическими средствами / Хаим Измаил, Гунди Виллер, Хуберт Штайндль // Здоров'я України. — 2004. — № 86.
14. Adremont A., Corpet D., Courvalin P. Antibiotikaresistenz. Spektrum der Wissenschaft. — 1997. — P. 50–57.
15. Antiinflammatory effects in the rat-paw edema model: comparison of herbal preparations and chemically defined substances used in respiratory tract infections / Kotalla C. [et al.]. — Publikation in Vorbereitung, 2003.
16. Behandlungsprobleme Husten und Bronchitis. Teil II: Auswurfördernde und krampfösende Mittel // Zeitschrift für Phytotherapie. — 2006. — Vol. 27. — P. 27–30.
17. Beta 2 agonists for acute bronchitis / J. Smucny, C. Flynn, L. Becker [et al.] // The Cochrane Library, Issue 2, 2005. — Chichester: John Wiley & Sons.
18. Bionorica AG: Fachinformation Bronchipret® Saft. Status Juli 2002. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., Fachinfo_Service.
19. De Lozier J. E., Gagnon R. O. National Ambulatory Care Survey: 1989 Adv. Data No 203 Hyattsville Md: US Nat. Center Health Stat. 1989.
20. Ernst E. A controlled multi-centre study of herbal versus synthetic secretolytic drugs for acute bronchitis / E. Ernst, R. Marz, C. H. Sieder // Phytomedicine. — 1997. — Vol. 4.
21. Gonzales R. Uncomplicated acute bronchitis / R. Gonzales, M. A. Sande // Ann Intern Med. — 2000. — Vol. 133.
22. Hamm R. M. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met / R. M. Hamm, J. H. Hicks, D. A. Bemben // J. Fam. Pract. — 1996. — Vol. 43. — P. 56–62.
23. Hueston W. J. Antibiotics: neither cost effective nor «Cough» effective / W. J. Hueston // J. Fam. Pract. — 1997. — Vol. 44. — P. 261–265.
24. Kemmerich B. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial / B. Kemmerich, R. Eberhardt, H. Stammer // Arzneim.-Forsch. Drug Res. — 2006. — № 56. — P. 652–660.
25. Petty Th. L. The National Mucolytic Study / Th. L. Petty // Chest. — 1990. — Vol. 97. — P. 75–83.
26. Rationaler einatz oraler antibiotika in der praxis / Naber K. G., Vogel F., Scholz H. [et al.] // MMW. — 1998. — Vol. 140. — P. 30–45.
27. Schroeder K. Over the counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings / K. Schroeder, T. Fahey // The Cochrane Library. — Issue 2.- Chichester : John Wiley & Sons, 2005.
28. Smucny J. Beta2-agonists for acute bronchitis / J. Smucny, L. Becker, R. Glazier // Cochrane Database Syst. Rev. — 2006. — Oct 18; (4): CD001726.
29. Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchitis : Diagnosis and management of bronchitis // Pediatrics. — 2006. — Vol. 118.
30. Ventresca G. P. Acetylcysteine / G. P. Ventresca, V. Cicchelti, V. Ferrari // Drugs in Bronchial Mucology; Braga P. C., Allegra L. (Hrsg.). — New York : Raven press, 1989.
31. Volkl K. P. Therapy of respiratory tract diseases with N-acetylcysteine. An open therapeutic observation study of 2.512 patients / K. P. Volkl, B. Schneider // Fortschr. Med. — 1992. — Vol. 110(18). — P. 346–350.
32. Zavattini G. Ambroxol / G. Zavattini, G. B. Leproux, S. Daniotti // Drugs in Bronchial Mucology; Braga P. C., Allegra L. (Hrsg.). — New York : Raven press, 1989.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТУ «БРОНХІПРЕТ» В ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

В.В. Бережний, Н.П. Гляделова

Резюме. Аналіз літературних даних, що ґрунтуються на засадах доказової медицини, свідчить про доцільність широкого застосування у педіатрії фітопрепарату «Бронхіпрет», що має секретолітичні, бронхоспазмолітичні та протизапальні властивості, є високоефективним і безпечним у застосуванні.

Ключевые слова: гострий бронхіт, фітотерапія, Бронхіпрет.

THE USE OF «BRONCHIPRET» PHYTOPREPARATION IN THE TREATMENT OF ACUTE BRONCHITIS IN CHILDREN

Berezhnyi V.V., Glyadelova N.P.

Summary. Analysis of published data based on the principles of evidence-based medicine testifies to viability of wide use of «Bronchipret» phytopreparation in pediatrics which is have secretolytic, bronhospasmolytic, anti-inflammatory properties and is highly effective and safe to use.

Key words: acute bronchitis, herbal medicine, Bronchipret.