

С. В. Тришина, Н. И. Самисова, Н. Н. Усова, И. В. Синцова, С. В. Тришин, И. Н. Николенко  
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь

# Патогенетические аспекты эффективности препарата Атма в процессе лечения обструктивных заболеваний легких у детей

Болезни бронхолегочной системы в структуре заболеваний детского возраста занимают одно из первых мест. Как известно, наиболее распространенной нозологической формой являются острые респираторные заболевания (ОРЗ), которые дети переносят неоднократно в течение года. Отличительная черта современного течения ОРЗ – наличие бронхообструктивного синдрома [1, 4]. Нередко ОРЗ у детей является предтечей развития обструктивного бронхита (ОБ), который в ряде случаев приходится ретроспективно квалифицировать как дебют более грозного заболевания – бронхиальной астмы. При бронхообструктивном синдроме у детей часто обнаруживают респираторносинцитиальные и аденовирусы в сочетании с *H. influenzae*. Помимо этого, в ряде случаев регистрируется монотонная циркуляция антипневмококковых антител при отсутствии выраженной клинической симптоматики. Последнее свидетельствует о тенденции к формированию хронического воспалительного процесса [4]. Однако уже на этом этапе у детей с ОБ

развиваются нарушения мукоцилиарного клиренса, напрямую связанные с патоморфологической перестройкой бронхолегочной ткани и угнетением активности факторов локальной защиты. Одним из важных аспектов патогенеза ОБ у детей является аллергия [3].

Все вышесказанное создает серьезные проблемы для результативного лечения таких больных. В настоящее время в Украине разработаны и утверждены соответствующие стандарты лечения детей с ОБ, позволяющие эффективно бороться с болезнью и ее осложнениями. Однако регламентированный прием базисных препаратов часто неадекватен по фармакологической нагрузке, в связи с чем возникают трудности с адаптацией к предлагаемым дозам у детей различного возраста. Возникает риск побочных эффектов развития резистентности к используемым препаратам, а также проблемы достижения комплаенса [2, 5]. Для оптимизации контроля за течением ОБ в последнее время предлагается препарат Атма (производитель «Рихард Биттнер АГ»), в состав которого входят натуральные

компоненты: *Sambucus nigra* (бузина черная), *Dulcamara* (паслен сладко-горький), *Natrium sulfuricum* (сульфат натрия), *Arsenicum album* (арсеникум белый), *Tartarus emeticus* (тартарус эметикус).

Целесообразность использования в лечении вышеуказанного препарата обусловлена тем, что Атма обладает бронхоспазмолитическим, секретолитическим, противокашлевым, десенсибилизирующим, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием на дыхательные пути. В современной литературе имеются сведения об успешном применении в лечении препарата Атма у больных с обструктивным синдромом.

Целью данного исследования была сравнительная оценка эффективности препарата Атма и бромгексина с позиций их бронхолитического действия у детей с ОБ.

#### Материалы и методы исследования

На базе пульмонологического отделения Республиканской детской клинической больницы г. Симферополя под наблюдением было 64 ребенка в возрасте от 6 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу ОБ. Средний возраст детей составил 10,2 года. Среди них 75 % – школьного возраста, 25 % – дети дошкольного возраста. Давность заболевания составляла от 2 до 7 лет, в среднем – 5,3 года. Начало эпизодов ОБ в первые годы жизни отмечено у 10 (15,6 %) детей. В процессе аллергологического обследования выяснилось, что подавляющее число детей с ОБ имели те или иные аллергические заболевания. Структура последних выглядела следующим образом: аллергический ринит – 11 %, пищевая аллергия – 30 %, атопический дерматит – 15 %, хронический тонзиллит – 35 %, хроническая патология пищевого канала – 52 %. В значительной мере вышеуказанные цифры обусловлены тем, что детей с отягощенной наследственностью по аллергии было 56 %. О высоком аллергеном фоне говорит значительный процент положительных скарификационных проб (42 %). Наличие сопутствующего аллергического ринита подтверждалось эозинофилией носового секрета (67 %). Наконец, у 65 %

обследованных детей регистрировался высокий уровень общего иммуноглобулина Е (IgE) в сыворотке крови, который был повышен по сравнению с возрастной нормой в 2–9 раз.

У всех детей диагностирован ОБ, в связи с чем они получали традиционное лечение (бронхолитики, муколитики, метилксантины, физиопроцедуры: магнитотерапия на грудную клетку, ингаляции с 3 % NaCl, аэронизация, лазероакупунктура по биологически активным точкам, массаж грудной клетки, спелеотерапия). Больные были распределены на две опытные группы. Первую опытную группу составили 20 детей с ОБ, в стандартный комплекс лечения которых с целью улучшения мукоцилиарного клиренса был включен бромгексин в дозе 4 мг 3 раза в сутки на протяжении 10 дней. Во вторую опытную группу вошли 22 ребенка с аналогичным диагнозом, которым вместо бромгексина был назначен в составе комплексного лечения гомеопатический препарат Атма в соответствующих дозировках согласно инструкции. Разовая доза: подростки – 10 капель, дети 5–12 лет – 5–7 капель, до 5 лет – 1 капля на год жизни. Препарат принимали за 30 минут до еды или через 1 час после еды 3 раза в сутки. Лечение продолжалось 10 дней. Побочных реакций зарегистрировано не было. Контрольную группу составили 24 здоровых ребенка соответствующего возраста.

Обследование клинических симптомов у детей с ОБ проводили с помощью разработанной анкеты. Критериями оценки клинических симптомов были: 0 – симптом отсутствует; 1 – симптом незначительно выражен, единичные непостоянные проявления; 2 – симптом умеренно выражен; 3 – симптом ярко выражен. У всех исследуемых детей была изучена функция внешнего дыхания на аппарате «Spirosift 3000» фирмы «Fucuda Denshi CO» (Япония) с определением жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ<sub>1</sub>), пиковой скорости выдоха (ПСВ), максимальных объемных скоростей (МОС 25, 50, 75 %).

Динамика показателей функции внешнего дыхания у детей с ОБ

Таблица

Показатель спирометрии	Здоровые дети	До начала лечения		10-й день лечения	
		Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
ЖЕЛ, %	99,19 ± 2,32	76,28 ± 3,12	74,87 ± 3,05	82,34 ± 3,78	95,11 ± 3,96
ФЖЕЛ, %	98,12 ± 3,28	63,15 ± 2,56	61,58 ± 2,89	85,15 ± 2,56	92,36 ± 2,67
ОФВ <sub>1</sub>	89,31 ± 3,32	69,23 ± 3,84	65,13 ± 3,15	82,15 ± 3,43	90,33 ± 3,05
ПСВ	92,27 ± 2,39	59,18 ± 3,01	53,97 ± 3,08	81,78 ± 3,01	91,97 ± 2,98
МОС 25 %	94,29 ± 3,84	75,19 ± 3,04	71,14 ± 3,69	91,19 ± 3,14	95,14 ± 2,71
МОС 50 %	95,38 ± 3,56	58,24 ± 2,59	61,79 ± 2,84	89,24 ± 2,89	97,75 ± 3,21
МОС 75 %	101,35 ± 3,64	54,78 ± 2,67	58,14 ± 2,23	91,78 ± 2,49	99,23 ± 3,03

Кроме того, изучались показатели гемограммы, концентрация IgE, общий анализ мочи, анализ мокроты.

### Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ клинической симптоматики у обследованных детей свидетельствует, что до начала лечения проявления, присущие ОБ, были практически идентичными в обеих группах. После 10-дневной терапии ситуация изменилась. В частности, в группе детей, принимавших препарат Атма, уменьшилась распространенность сухих хрипов – как относительно первичного показателя, так и по сравнению с показателем у пациентов, леченных бромгексином. До начала лечения сухие хрипы отмечались у всех больных детей (100 %). После лечения в первой опытной группе количество таких детей сократилось до 28 %, тогда как во второй группе детей этот показатель оказался

на 11,4 % меньше и составил 16,6 % ( $p < 0,01$ ). Похожие пропорции отмечались после лечения относительно числа больных детей с жестким дыханием и экспираторной одышкой. Различия по динамике этих показателей и сравнении их друг с другом были достоверны ( $p < 0,05$ ).

При сопоставлении показателей гемограммы, общего анализа мочи и анализа мокроты существенных различий выявить не удалось.

Характер изменения показателей функции внешнего дыхания у детей с ОБ в процессе терапии вышеуказанными препаратами представлен в таблице.

Из приведенных в таблице данных следует, что до начала лечения у всех обследуемых детей снижены ОФВ<sub>1</sub>, ПСВ, МОС. Обследование, проведенное по окончании терапии, свидетельствует, что вышеуказанные показатели восстанавливаются до нормы. Вместе с тем, у детей,

получавших препарат Атма, эти показатели оказываются более динамичными, поскольку достоверность различий относительно исходного уровня в этой группе была максимальной ( $p < 0,001$ ).

Учитывая вышесказанное, можно говорить о том, что включение препарата Атма в комплекс терапевтических мероприятий у детей с ОБ приводило к более быстрому регрессу воспалительного процесса и бронхообструкции по сравнению с группой больных детей, получивших бромгексин.

### Выводы

1. Лечение препаратом Атма потенцирует эффективность стандартной терапии, за счет чего достигается более быстрая нивелировка патологической симптоматики заболевания и сокращаются сроки лечения.

2. Препарат Атма обладает более быстрым и выраженным секретолитическим эффектом по сравнению с бромгексином, что обусловлено полипотентными возможностями препарата.

3. Высокая эффективность лечения в сочетании с безопасностью препарата, поскольку осложнений зафиксировано не было, позволяют рекомендовать Атму для оптимизации лечения обструктивного бронхита у детей.

### Литература

1. *Зайцева, О. В.* Дифференцированные подходы к терапии бронхообструктивного синдрома у детей [Текст] / О. В. Зайцева // Здоровье Украины. – 2010. – №3 (14). – С. 11–12.
2. *Костромина, В. П.* Рациональная муколитическая терапия в лечении заболеваний органов дыхания [Текст] / В. П. Костромина, П. Б. Ярошук // Укр. мед. вісник. – 2006. – №8. – С. 21–22.
3. *Майданник, В. Г.* Кашель у детей: механизмы диагностики и лечения [Текст] / В. Г. Майданник // Современная педиатрия. – 2009. – №3. – С. 111–117.
4. *Федосеев, Г. Б.* Механизмы обструкции бронхов. [Текст] / Г. Б. Федосеев. – СПб., 1995. – 223 с.
5. *Юдина, Л. В.* Роль современных муколитиков в лечении нижних дыхательных путей [Текст] / Л. В. Юдина // Здоровье Украины. – 2010. – №8. – С. 34–35.

\*\*\*