



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Мусаева Лола Жураевна¹

Акбарова Дилфуза Суратовна²

Содинова Самирахон Абдувалиевна³

¹⁻²⁻³Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7605064>

Резюме

К наиболее распространенным острым инфекционным заболеваниям относится внебольничная пневмония. Учитывая различные механизмы развития кашлевого синдрома при пневмонии, наиболее рациональным часто оказывается применение комбинированных муколитических средств. В работе представлены данные эффективности терапии мукоактивных препаратов растительного происхождения пульмостин и брощевин. При сравнительной оценке данных препаратов выраженных отличий в нашем исследовании не наблюдалось. На фоне проводимой терапии отмечена высокая клиническая эффективность в обеих группах, что проявлялось положительной динамикой со стороны клинических симптомов и укорочением сроков заболевания.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, терапия, муколитики, пульмостин, брощевин

Summary

The most common acute infectious diseases include community-acquired pneumonia. Given the various mechanisms for the development of cough syndrome in pneumonia, the most rational is often the use of combined mucolytic agents. The paper presents data on the effectiveness of therapy with mucoactive herbal preparations pulmostin and brocevin. In a comparative evaluation of these drugs, we did not observe any pronounced differences in our study. Against the background of the therapy, a high clinical efficacy was noted in both groups, which was manifested by positive dynamics in terms of the clinical symptoms and a shortening of the disease duration.

Keywords: community-acquired pneumonia, therapy, mucolytics, pulmostin, brocevin

Внебольничная пневмония (ВП) является значимой медикосоциальной проблемой и занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний в развитых странах мира, несмотря на доступные методы диагностики и лечения. По данным ВОЗ, пневмония занимает 4-е место в структуре причин смертности, в связи с чем повышение качества оказания помощи больным с внебольничной пневмонией является одной из приоритетных задач здравоохранения [3].

При ВП развивается мукостаз в слизистой бронхиального дерева, который сопровождается отеком, гиперсекрецией слизи, мукоцилиарной недостаточностью, что формирует порочный круг, затрудняя выведение секрета. Нарушение дренажной функции легких связано с избыточным образованием и повышением вязкости бронхиального секрета. При этом перистальтические движения мелких бронхов и

«мерцание» реснитчатого эпителия крупных бронхов и трахеи не в состоянии обеспечить адекватный дренаж бронхиального дерева. Застой бронхиального содержимого приводит к нарушению вентиляционно-респираторной функции легких, а неизбежное инфицирование — к развитию эндобронхиального или бронхолегочного воспаления.

Поэтому муколитические (или секретолитические) препараты в подавляющем большинстве случаев являются оптимальными при лечении пневмоний и хронических болезней органов дыхания [1,2]. При выборе отхаркивающих средств предпочтение всегда отдавалось препаратам растительного происхождения [4]. Учитывая различные механизмы развития кашлевого синдрома при пневмонии, наиболее рациональным часто оказывается применение комбинированных муколитических средств, что обеспечивает комплексное воздействие на респираторный тракт [6]. К таким препаратам относятся сироп пульмостин и бромгексин. Сироп пульмостин содержит пять активных компонентов (корень шток-розы розовой, корень солодки голой, листья подорожника большого, плоды шиповника, трава термопсиса) [5]. Сироп бромгексин содержит множество активных компонентов (мёд, экстракт тимьяна, экстракт роснянки, экстракт бальзама толуанского, экстракт корня алтея, экстракт корня солодки, экстракт почек чёрной смородины, эвкалипт (эфирное масло)).

Цель исследования: оценка клинической эффективности комбинированных препаратов пульмостина и бромгексина в лечении внебольничной пневмонии среднетяжелого течения.

Материалы и методы: Исследование проводилось в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. Были обследованы 30 больных с внебольничной пневмонией среднетяжелого течения. Средний возраст больных составлял 55,6 лет, большинство больных были женщины (около 67%). При отборе больных учитывались критерии включения и исключения, определенные протоколом исследования. У всех больных пневмония была подтверждена рентгенологически или по результатам МСКТ. Все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 15 пациентов, которые получали традиционную терапию (антибактериальную, противовоспалительную, антипиритическую, дезинтоксикационную), и в качестве отхаркивающего препарата - сироп пульмостин *per os* по 10 мл x 3 раза в сутки. Вторая группа – 15 пациентов получали также традиционную терапию и дополнительно сироп бромгексин *per os* по 10 мл x 2 раза в сутки. Оценка эффективности применения сиропов пульмостин и бромгексин оценивалась клинически, на основании анализа следующих показателей: характер, частота и интенсивность кашля; характера хрипов, переносимость препарата, наличие побочных явлений. Учет клинической симптоматики проводился в течение 10 дней наблюдения на 1, 3, 5, 7 и 10-й дни от начала мукоактивной терапии. Статистическую обработку клинических данных проводили с помощью специализированных компьютерных программ на базе Statistica 10.0. Определялись средняя арифметическая (M), средняя ошибка (m). Достоверность различий (p) рассчитывалась с использованием критерием t Стьюдента. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: При сравнительной оценке клинической эффективности пульмостина и бромгексина выраженных отличий в нашем исследовании мы не наблюдали. На фоне проводимой терапии отмечена высокая клиническая

эффективность в обеих группах, что проявлялось положительной динамикой со стороны клинических симптомов заболевания (быстрое купирование одышки, исчезновение кашля и хрипов в легких). Все пациенты поступали в стационар с кашлем, на фоне терапии сиропом пульмостин и броцевин отмечалась быстрая положительная динамика в обеих группах. На 4-й день заболевания при терапии пулмостином у 5 (33,2%) пациентов он уже отсутствовал, у 3 (20%) больных был минимально выражен. К 10-му дню заболевания практически у всех больных кашель был купирован. Среди пациентов, получавших сироп броцевин у 4 (26,7%) больных кашель отсутствовал на 3 день лечения, на 10-й день терапии кашель также отсутствовал полностью. В основном больные поступали с кашлем средней степени выраженности. В первой группе интенсивность кашля уменьшалась 5-й день терапии, тогда как во второй группе такие изменения отмечались на 4 день терапии. Так, на 6-й день терапии у 4 (26,7%) больных из первой группы еще отмечался переход из непродуктивного кашля во влажный, в отличие от второй группы, в которой данный симптом отсутствовал у всех больных к этому времени. Выявлено также, что на 8-й день лечения с включением сиропа пульмостин симптомы влажного кашля и степень продуцирования мокроты были минимальными, и особо не отличались от группы сравнения ($p < 0,001$). При анализе интенсивности кашля у пациентов, получавших сироп пульмостин, положительная динамика симптомов была более медленной. На 7–8-й день терапии у 40% пациентов сохранялся кашель средней степени выраженности. У пациентов первой группы, трансформация мокроты из трудно отделяемой в легко отделяемую происходила так же, как и у пациентов, получавших сироп броцевин, но кашель с легко отделяемой мокротой сохранялся дольше и на 7–8-й день терапии сиропом пулмостин у 10 (66,7%) пациентов имели влажный кашель с легко отделяемой мокротой. В ходе исследования было выявлено, что сиропы пульмостин и броцевин обладают положительным терапевтическим эффектом на симптомы влажного кашля, степень продуцирования мокроты, длительность и интенсивность влажных хрипов в легких, длительность сухих хрипов в легких, и различия в них статистически не значимы ($p > 0,01$).

Переносимость препаратов в обеих группах терапии была хорошей, побочных реакций не наблюдалось.

Таким образом, выявленные нами положительные сдвиги в первой и во второй группе возможны связаны с наличием множества активных растительных компонентов в составе пульмостина и броцевина.

Сироп корня солодки, входящий в состав пульмостина, содержит глицирризин. Глицирризин стимулирует активность реснитчатого эпителия, усиливает секреторную функцию слизистых оболочек верхних дыхательных путей и облегчает отхаркивание, оказывает противовоспалительное действие. Кроме того, входящие в состав сиропа пульмостин плоды шиповника, листья подорожника и трава термопсиса также оказывают противовоспалительное, антимикробное и отхаркивающее действие, тем самым усиливая синергизм действующих веществ.

Сироп броцевин также благодаря многокомпонентному составу обладает отхаркивающим, муколитическим и бронхолитическим эффектами. Входящий в состав броцевина мёд оказывает антиаллергическое, антиоксидантное, успокаивающее, общеукрепляющее действия. Толуанский бальзам обладает антибактериальным,

антисептическим, местно-раздражающим, ранозаживляющим и противовоспалительным эффектом, также оказывает фунгицидное, регенерирующее действия, улучшает дренажную функцию бронхов.

Выводы: учитывая высокую эффективность и безопасность, препараты пульмостин и брощевин могут широко применяться в комплексной терапии пневмоний. Препараты способствует более быстрому переходу непродуктивного сухого кашля в продуктивный влажный кашель, интенсивному отхождению мокроты и укорочению сроков клинических симптомов.

Литература:

1. Закирова А.М., Пикуза О.И., Волянюк Е.В., Рашитова Э.Л. Современные подходы к назначению муколитических и отхаркивающих препаратов в повседневной практике врача-педиатра // Медицинский совет. 2019;(17):122-128.
2. Зайцев А. А. Мукоактивная фармакотерапия: основы рационального выбора // Практическая пульмонология. 2019; 3: 77-82.
3. Ермакова О. А. Особенности внебольничной пневмонии у взрослых // Молодой ученый. 2019;5: 49-52.
4. Малахов А.Б., Шахназарова М.Д., Фарбер И.М. Современные фитопрепараты в комплексном лечении респираторных заболеваний у детей / // Лечебное дело. 2016;2: 22-27.
5. Миракилова Д.Б. Разработка состава и технологии отхаркивающего сиропа «пульмостин» // Фармацевтический журнал. 2017;2: 72-76.
6. Poole Phillippa, Sathananthan Kavin, Fortescue Rebecca. Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease // Cochrane Database of Systematic Review. 2019;5(5):CD001287.