

УДК 616.233-002.1-085-035.1:615.32

**О.І. Сміян<sup>1</sup>, О.П. Мощич<sup>2</sup>, Т.П. Бинда<sup>1</sup>, М.М. Дичко<sup>1</sup>**

## Ефективність використання Траумелю С у комплексному лікуванні гострого бронхіту у дітей

<sup>1</sup>Сумський державний університет, Україна<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.6(78):99-102; doi 10.15574/SP.2016.78.99

**Мета** — підвищення ефективності лікування дітей, хворих на гострий бронхіт, шляхом застосування комплексного біорегуляційного препарату Траумель С на тлі стандартної терапії.

**Пацієнти і методи.** 50 пацієнтів із діагнозом гострого бронхіту віком від 7 до 18 років були розподілені на дві групи по 25 дітей. В основній групі хворі отримували, окрім стандартної терапії, препарат Траумель С у разовій віковій дозі в/м 1 раз/день щоденно 7 днів, далі — через день ще 3 ін'єкції. Діти групи порівняння отримували тільки стандартну терапію. Для оцінки динаміки запального процесу та реактивності організму використовували протеїнограму, індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) та лімфоцитарний індекс (ЛІ).

**Результати.** У групі хворих, які отримували Траумель С, вже на 7-й день достовірно змінювалися в бік норми ІЗЛК та ЛІ, в той час як в групі порівняння достовірні зміни фіксувалися тільки на 14-й день лікування. Рівень  $\alpha$ -2 глобуліну достовірно відрізнявся ( $p < 0,05$ ) на 1-й і 14-й день госпіталізації тільки у дітей, які отримували додаткове лікування препаратом Траумель С, що може слугувати ознакою більш швидкої динаміки завершення запального процесу.

**Висновки.** Включення препарату Траумель С у схему лікування гострого бронхіту у дітей сприяє швидшому відновленню нормальної імунної реактивності та завершенню запального процесу.

**Ключові слова:** гострий бронхіт, Траумель С, біорегуляційна терапія, комплексний біорегуляційний препарат.

### Вступ

Проблема гострих бронхітів залишається актуальною у педіатричній практиці, у зв'язку зі значною поширеністю (250 випадків на 1000 дітей) і стабільним збільшенням кількості хворих (за 10 років у 3,6 рази) [12]. Підвищенню частоти гострих бронхітів сприяє порушення загального імунологічного стану дитячого організму, особливо клітинних факторів імунного захисту [7].

У 90% випадків етіологічний чинник гострого бронхіту в дітей — віруси, найбільш поширеними з яких є грип А, В, С, парагрип, аденовірус, респіраторно-синцитіальний вірус та риновірус. Серед бактеріальних збудників найбільше значення мають *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *H. influenzae* та *M. pneumoniae* [8].

Основою патогенезу гострого бронхіту є запалення, яке відіграє захисну роль незалежно від етіології. На ранніх етапах захворювання на рівні тканин воно супроводжується вазодилатацією, збільшенням проникності судин, ексудацією з наступним набряком міжклітинного простору, вивільненням медіаторів запалення, зміною секреції та активацією механізмів ерадикації збудника. За несприятливого перебігу запалення прогресує і стає патологічним — змінюється прохідність дихальних шляхів, знижується мукоциліарний кліренс, порушується утворення та склад слизу, частіше у бік гіперпродукції з накопиченням гістаміноподібних речовин, виникає стаз, що веде до скупчення продуктів розпаду тканин та мікроорганізмів. Це є чудовим поживним матеріалом для розмноження бактерій, чинником підтримки запального процесу та розвитку ускладнень — обструкції, набряку легень, нагноєння [15].

Незважаючи на те, що гострий бронхіт найчастіше має вірусну етіологію, 50–79% дітей при гострому бронхіті лікарі призначають антибіотики, з них у понад половині випадків — широкого спектра дії [1]. Клінічне спостереження доводить, що застосування антибіотиків не запобігає розвитку ускладнень, не прискорює зникнення

основних симптомів гострого бронхіту і не чинить істотного впливу на перебіг хвороби [12].

Ефективність лікувальних заходів у повній мірі залежить від раннього і цілеспрямованого впливу на хід запального процесу [19]. Для впливу на запалення нерідко призначають нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ). Проте слід пригадати, що за частотою побічних реакцій НПЗЗ займають третє місце [17]. Крім того, дана група лікарських засобів, блокуючи запалення, не вирішує задачу повноцінного завершення запального процесу і максимального розкриття його саногенетичного потенціалу. Відсутність корекції гіпоксії, енергодефіциту та інших патогенетичних механізмів запалення може призвести до розвитку ускладнень і хронізації запалення.

Нові можливості вирішення цього питання пропонує біорегуляційний підхід і створені на його принципах комплексні біорегуляційні препарати (КБП). Їх надмалі дози сприяють активації детоксикації та відновленню саногенетичних процесів саморегуляції [3,6]. Важлива властивість КБП — відсутність фармакокінетики. Це пов'язано з тим, що надмалі дози діючих речовин не метаболізуються в організмі. По суті, це інша фармакологія — «фармакологія малих / надмалих доз», на відміну від традиційних лікарських засобів — «фармакології великих доз». Слід зазначити, що ці дві фармакології прекрасно поєднуються і доповнюють одна одну за умови своєчасного і правильного застосування та поєднання [9].

Базовим препаратом у терапії запальних процесів серед КБП є добре відомий лікарям різних спеціальностей Траумель С (виробництва компанії «Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ») [17], який складається з 14 рослинних та мінеральних компонентів у гомеопатичних дозах. Траумель С сприяє відновленню балансу системи регуляції, яка контролює перебіг запального процесу. Це відбувається завдяки допоміжній імунологічній реакції, яка ініціюється надмалими дозами компонентів препарату через активацію роботи регуляторних лімфоци-

Таблиця 1

Клінічні прояви гострого бронхіту у дітей

Симптом	Усі хворі (n=50)		Основна група (n=25)		Група порівняння (n=25)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кашель	50	100	25	100	25	100
Виділення мокротиння під час кашлю	13	26	6	24	7	28
Біль у грудній клітці при кашлі	5	10	2	8	3	12
Хрипи при аускультції	50	100	25	100	25	100
Задишка	5	10	3	12	2	8
Гіпертермія	16	32	8	16	8	16
Загальна слабкість	15	30	7	28	8	32
Підвищена втомлюваність	11	22	5	20	6	24
Зниження апетиту	35	70	18	72	17	68

тив (Th3-лімфоцитів). Останні, синтезуючи TGF-β, який регулює активність Т-хелперних клітин (Th-1, Th-2), контролюють баланс прозапальних та протизапальних цитокінів. Така дія сприяє завершенню запалення з відновленням функції та структури тканини, попереджує розвиток ускладнень і зводить до мінімуму можливість хронізації процесу.

**Мета** дослідження – підвищення ефективності лікування дітей, хворих на гострий бронхіт, шляхом застосування комплексного біорегуляційного препарату Траумель С на тлі стандартної терапії.

**Матеріал і методи дослідження**

У дослідженні взяли участь 50 пацієнтів із верифікованим діагнозом гострого бронхіту віком від 7 до 18 років, які проходили лікування у інфекційному відділенні №2 КУ «Сумської міської дитячої клінічної лікарні Св. Зінаїди». Залежно від схеми терапії хворих розподілили на дві групи, що були однорідними за клінічною картиною захворювання та віком. 25 хворих основної групи на тлі стандартної терапії гострого бронхіту отримували лікування Траумелем С (розчин для ін'єкцій) у разовій віковій дозі в/м 1 раз/день щоденно протягом 7 днів, далі – через день ще три ін'єкції. Група порівняння складалася з 25 дітей, які отримували тільки стандартну терапію.

Відбір хворих ґрунтувався на діагностичних критеріях, що затверджені наказом МОЗ України №18 від 13.01.2005 р. «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія»».

Для діагностики бронхітів як основний метод використовували клінічне обстеження. Ступінь прояву інтоксикації, комплексну оцінку активності запального процесу та реактивності організму вивчали на підставі показників лейкоцитарної формули і швидкості осідання лейкоцитів із подальшим обчисленням гематологічних показників.

У дослідженні використано гематологічні індекси, оскільки на сучасному етапі розвитку медичної науки встановлено, що комплексна оцінка результатів аналізу крові більш інформативна, ніж вивчення простої гемограми. Вона дозволяє оцінити розвиток, важкість, перебіг запального процесу та ендогенної інтоксикації, ефективність проведеної терапії та визначити стратегію подальшої корекції лікування для досягнення максимального (терапевтичного) ефекту [13]. Серед гематологічних індексів вираховували наступні: індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) [13], лімфоцитарний індекс (ЛІ) [11].

Проводилось і біохімічне дослідження крові з визначенням загального білка і його фракцій, рівня аланімі-

нотрансферази, аспартатамінотрансферази, С-реактивного білка. Для уточнення діагнозу застосовували рентгенографію органів грудної клітки, яку провели 4 (16%) дітям основної групи і 6 (24%) дітям групи порівняння. Комплексне обстеження проводили при госпіталізації хворих – до початку курсу лікування (1-й день), на 7-й день захворювання і на 14-й день після проведеного лікування.

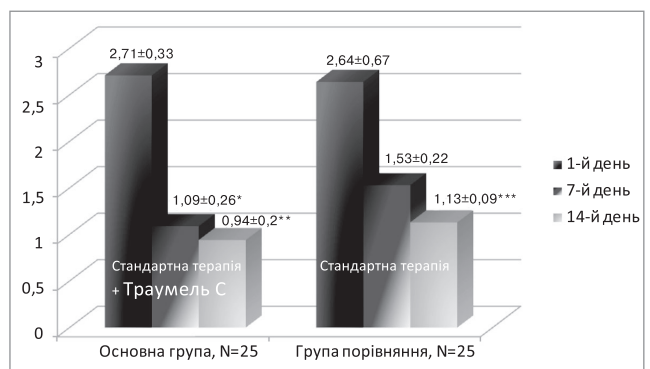
Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою стандартного пакету прикладних програм Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10 на ПК із процесором Pentium. За допомогою t-критерію Стьюдента визначали достовірність різниці (p) порівнюваних величин у досліджуваних групах.

**Результати дослідження та їх обговорення**

На початку захворювання провідними синдромами гострого бронхіту у дітей були катаральний та інтоксикаційний. Достовірної різниці в клінічній картині між групами не спостерігалось (табл. 1).

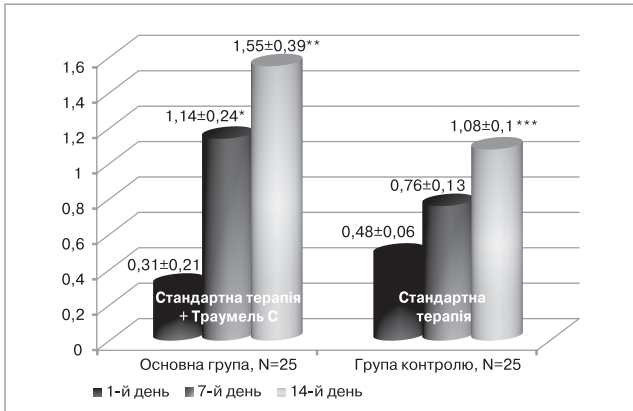
У всіх обстежених захворювання починалося гостро. Головною скаргою був кашель, який на початку захворювання мав сухий, нав'язливий характер (у 37 хворих – 74%), а на тлі лікування ставав продуктивним і поступово зникав. Ознаки дихальної недостатності у вигляді задишки із залученням допоміжної дихальної мускулатури були поодинокими (у 5 дітей – 10%). Симптоми інтоксикації на початку захворювання фіксувалися у дітей зі значною гіпертермією (16 осіб – 32%).

Для оцінки ступеня прояву інтоксикації та загального реактивного потенціалу у хворих на гострий бронхіт були



Примітка: \* – p<0,001 між хворими основної групи у 1-й і 7-й дні лікування; \*\* – p<0,001 між хворими основної групи у 1-й і 14-й дні лікування; \*\*\* – p<0,05 між хворими групи порівняння у 1-й і 14-й дні лікування

**Рис. 1.** Динаміка індексу зсуву лейкоцитів крові у дітей, хворих на гострий бронхіт



Примітки: \* –  $p < 0,05$  між хворими основної групи у 1-й і 7-й дні лікування; \*\* –  $p < 0,01$  між хворими основної групи у 1-й і 14-й дні лікування; \*\*\* –  $p < 0,001$  між хворими групи порівняння у 1-й і 14-й дні лікування.

**Рис. 2.** Динаміка лімфоцитарного індексу у хворих на гострий бронхіт

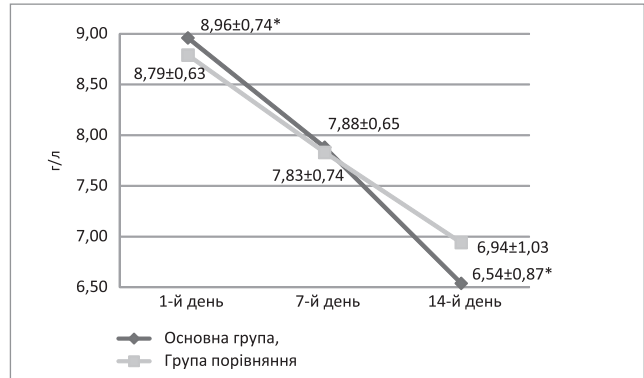
використані інтегральні гематологічні коефіцієнти. Індекс зсуву лейкоцитів крові є маркером реактивності організму при гострому запальному процесі. Підвищення ІЗЛК свідчить про активний запальний процес і порушення імунологічної реактивності [13]. У наших пацієнтів на початку лікування ІЗЛК був вищим за норму і достовірно не відрізнявся в обох групах (рис. 1).

На 7-й день лікування в основній групі (з використанням препарату Траумель С) ІЗЛК зменшився у 2,5 рази, вірогідність різниці цього показника з першим днем госпіталізації достовірна ( $p < 0,001$ ), в той час як у групі, у якій застосовувалася лише стандартна схема лікування, зміна в 1,7 рази ІЗЛК була недостовірною ( $p > 0,05$ ). На 14-й день лікування у хворих основної групи та у дітей групи порівняння ІЗЛК достовірно відрізнялися від початкових:  $0,94 \pm 0,2$  порівняно з  $2,71 \pm 0,33$  ( $p < 0,001$ ) і  $1,13 \pm 0,09$  порівняно з  $2,64 \pm 0,67$  ( $p < 0,05$ ) відповідно. Це свідчить, що Траумель С сприяє швидшому відновленню нормальної імунологічної реактивності організму при гострому запаленні.

Іншим інтегральним гематологічним коефіцієнтом, що ми використали, був ЛІ, який можна розглядати як показник збалансованості реакції клітин крові у відповідь на активний запальний процес. Зниження ЛІ є негативним моментом за наявності запалення. Особливо має насторожувати значне (менше 0,25) зниження ЛІ як закономірне відображення вже наявної лімфопенії (відносної і/або абсолютної). Цей тип реакції адаптації визначається як «стресовий» [11].

У всіх дітей ЛІ на початку захворювання був дещо зниженим, в основній групі цей показник навіть виявився у 1,5 рази нижчим, ніж у контрольній (рис. 2).

У процесі лікування ЛІ підвищувався у дітей обох груп, але на 7-й день його величина у пацієнтів, які приймали препарат Траумель С, була достовірно вищою (у 3,7 рази), ніж у день госпіталізації до стаціонару ( $1,14 \pm 0,24$  порівняно з  $0,31 \pm 0,21$  ( $p < 0,05$ ) відповідно). У дітей, яким була призначена стандартна схема лікування, спостерігалось не таке суттєве підвищення ЛІ (у 1,6 рази) та вірогідність різниці виявилась недостовірною. На 14-й день лікування у всіх дітей ЛІ достовірно відрізнявся від такого при поступленні ( $1,55 \pm 0,39$  порівняно з  $0,31 \pm 0,21$  ( $p < 0,01$ ) і  $1,08 \pm 0,1$  ( $p < 0,001$ ) відповідно), причому в 1,4 рази він виявився вищим у хворих основної групи, ніж у дітей групи порівняння. Отримані дані свід-



Примітка: \* –  $p < 0,05$  між хворими основної групи у 1-й і 14-й дні лікування.

**Рис. 3.** Динаміка змін α-2 глобуліну у хворих на гострий бронхіт

чать про більш швидке збалансування відповіді клітин крові на активний запальний процес при прийомі лікарського засобу Траумель С.

Протеїнограма також може відобразити стан організму. У наших хворих спостерігалися зміни в різних фракціях глобулінів. У пацієнтів обох груп визначалась різниця в динаміці змін саме α-2 глобуліну. Збільшення цього показника свідчить про запальний процес (норма – 5,1–8,5 г/л). Рівень α-2 глобуліну достовірно відрізнявся (рис. 3) на 1-й і 14-й день госпіталізації тільки у дітей, які отримували додаткове лікування препаратом Траумель С ( $8,96 \pm 0,74$  г/л у порівнянні з  $6,54 \pm 0,87$  г/л ( $p < 0,05$ ) відповідно), у той час як при стандартній терапії відбувалося не таке швидке зниження цієї фракції глобуліну, і різниця між хворими у відповідні дні не була достовірною ( $8,79 \pm 0,63$  г/л порівняно з  $6,94 \pm 1,03$  г/л ( $p > 0,05$ ), відповідно). Отримані дані можуть слугувати ознакою більш швидкої динаміки завершення запального процесу у пацієнтів, які приймали препарат Траумель С.

Окрім ефективності, лікарські засоби, особливо ті, які застосовуються в педіатрії мають володіти гарним профілем безпеки. Так, у жодної дитини при використанні препарату Траумель С не спостерігалось побічних ефектів.

У літературі описано результати застосування препарату Траумель С у лікуванні патології бронхів. Так, В.П. Костроміна і Л.Б. Ярошук, дослідивши 90 дітей, дійшли висновку, що проведення монотерапії антигомотоксичними препаратами (у складі яких є Траумель С) за своєю ефективністю не поступається стандартній схемі терапії рецидивуючого бронхіту [10]. У дослідженнях Ю.М. Мостового було визначено, що включення антигомотоксичних препаратів (у тому числі Траумель С) у комплексне лікування хворих на ХОЗЛ та персистуючої бронхіальної астми веде до посилення клінічних ефектів базисних препаратів, достовірно швидкого регресу клінічних симптомів захворювання, зниження доз бронхолітиків, покращення функції зовнішнього дихання та покращення її стабілізації загального стану пацієнтів [2]. О.А. Стрельнікова, О.С. Паршева повідомили про успішний досвід застосування препарату Траумель С у лікуванні гострого гнійного бронхіту [14].

Яким же чином Траумель С здатен покращувати перебіг гострого бронхіту? Клінічна ефективність Траумель С обумовлена комплексною дією його компонентів. Aconitum D2 показаний у випадку лихоманкових станів при розвитку застудних захворювань. Bellis perennis D2 викликає зменшення виразності ескудації, стазу і набряку тканини. Arnica D3 і Hamamelis D4 стримують

надмірний розвиток порушення проникності судинної стінки та мікроциркуляції. *Echinacea angustifolia* D2 і *Echinacea purpurea* D2 сприяють активації функції нейтрофілів і зниженню виразності локального нагноєння. *Nepar sulphuris* D6, *Mercurius solubilis* Hahnemannі D6 забезпечують видалення гною із вогнища запалення та організму. *Calendula* D2 і *Symphytum* D6 сприяють активному перебігу репаративних процесів у пошкоджених і запалених тканинах [4].

Ефекти Траумелю С виникають внаслідок дії потенційованих (в надмалих дозах) органічних протеїнів, які входять до складу цього препарату і сприяють лікуванню завдяки допоміжній імунологічній реакції, відкритій та запатентованій у Німеччині професором Хартмуном Хайне у 1998 році [5]. Допоміжна імунологічна реакція полягає в наступному. Th-3 клітини шляхом вивільнення цитокінів (особливо TGF- $\beta$ ) можуть інгібувати синтез прозапальних цитокінів (фактор некрозу пухлини (TNF- $\alpha$ ), інтерферону-гамма (IFN- $\gamma$ ), інтерлейкіну-1 (IL-1)). У результаті цього починається ремоделювання тканини, в якій беруть участь і Th-2 лімфоцити, що вивільнюють IL-4 і IL-10. Ці інтерлейкіни підтримують функціональну активність TGF- $\beta$  і в результаті відбувається завершення запалення і відновлення тканини [16].

Необхідно пам'ятати про те, що запалення є проявом фізіологічно доцільних захисних механізмів. Препарат Траумель С не блокує природний процес лікування.

Основний акцент у його дії належить регуляції балансу між запаленням і відновленням тканини [14].

### Висновки

1. У результаті клінічного дослідження встановлено, що завдяки біорегуляційній дії препарату Траумель С («Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ») відбувається суттєва позитивна динаміка перебігу гострого бронхіту у дітей.

2. При використанні лікарського засобу Траумель С на 7-й день лікування достовірно знижувався ІЗЛК ( $p < 0,001$ ) та ЛІ ( $p < 0,05$ ), в той час як при лікуванні тільки стандартними препаратами достовірної різниці даних показників не спостерігалось. Це свідчить про те, що Траумель С сприяє швидшому відновленню нормальної реактивності організму при гострому запаленні.

3. Рівень  $\alpha$ -2 глобуліну достовірно відрізнявся ( $p < 0,05$ ) на 1-й і 14-й день госпіталізації тільки у дітей, які отримували додаткове лікування препаратом Траумель С, що може бути ознакою швидшої динаміки завершення запального процесу.

4. У нашому дослідженні у дітей, які отримували Траумель С, не виявлено побічних ефектів препарату.

5. Отримані результати обґрунтовують важливість широкого застосовування Траумель С у складі комплексної терапії у дітей із гострим бронхітом з метою відновлення нормальної реактивності організму та регуляції запалення.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бабушкина А. В. Острый бронхит: современные представления / А. В. Бабушкина // Український медичний часопис. — 2010. — № 6 (80). — С. 70—75.
2. Єрмакова О. В. Хронічні обструктивні захворювання легень у професійній патології / О. В. Єрмакова // Український журнал з проблем медицини праці. — 2010. — № 1 (21). — С. 61—73.
3. Катеренчук І. П. Траумель С — біорегуляційний підхід в терапії запалення / І. П. Катеренчук, С. В. Попович // Новості медицини і фармації. — 2016. — № 1 (561). — С. 8—9.
4. Клинико-Информационный отдел: Образ Траумель С, как универсального противовоспалительного препарата // Биологическая Терапия. — 2006. — № 1. — С. 22—23.
5. Костромина В. П. Заболевания органов дыхания: взгляд на проблему с точки зрения гомеостатологии и возможности антигемостатической терапии в лечении заболеваний дыхательной системы / В. П. Костромина, Л. Б. Ярошук // Український пульмонологічний журнал. — 2006. — № 2. — С. 21—23.
6. Мартынюк А. А. Траумель С — біорегуляційний підхід при травмах і запаленні / А. А. Мартынюк, С. В. Попович // Травма. — 2016. — № 2. — С. 13—17.
7. Марушко Ю. В. Ефективність сиропу первоцвіту в лікуванні гострих бронхітів у дітей / Ю. В. Марушко, О. Д. Московенко, Т. С. Брюзгіна // Современная педиатрия. — 2013. — № 5 (53). — С. 80—84.
8. Марушко Ю. В. Цефподоксиму проксетил у лікуванні гострих бронхітів бактеріальної етіології в дітей / Ю. В. Марушко, Т. В. Гишак // Здоровье Ребенка. — 2014. — № 5 (56). — С. 29—33.
9. Остапенко О. И. Биорегуляционные возможности препаратов Вибуркол и Лимфомиозот в акушерстве и гинекологии / О. И. Остапенко // Здоровье женщины. — 2016. — № 2 (108). — С. 49—52.
10. Попович С. В. Лимфомиозот — біорегуляційний підхід в терапії дитячих захворювань / С. В. Попович // Здоровье ребенка. — 2015. — № 7 (67). — С. 64—68.
11. Сакович А. Р. Гематологические лейкоцитарные индексы при остром гнойном синусите / А. Р. Сакович // Медицинский журнал. — 2012. — № 4 (42). — С. 88—91.
12. Сміян О. І. Гострий бронхіт у структурі захворювань дихальної системи у дітей раннього віку та деякі аспекти раціональної антибактеріальної терапії / О. І. Сміян, В. В. Гринишин // Вісник СумДУ. — 2008. — № 2. — С. 104—109.
13. Сперанский И. И. Общий анализ крови — все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения эндогенной интоксикации, ее осложнений и эффективности проводимого лечения / И. И. Сперанский, Г. Е. Самойленко, М. В. Лобачева // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2009. — № 6 (19). — С. 51—57.
14. Стрельникова О. А. Опыт парентерального применения препарата «Траумель С» при ОРЗ, осложнившимся острым гнойным бронхитом / О. А. Стрельникова, С. С. Паршина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. — 2013. — Т. 3, № 1. — С. 21—22.
15. Стриж В. О. Гострий бронхіт у дітей: сучасні аспекти протизапальної терапії / В. О. Стриж, В. П. Костромина // Современная педиатрия. — 2010. — № 1 (29). — С. 96—99.
16. Хайне Х. Значение антигемостатической терапии в регуляторной медицине // Биологическая Медицина. — 2004. — № 2. С. 4—9.
17. Шамугия Б. К. Возможности препарата Траумель С / Б. К. Шамугия, М. В. Тимошков // Мистецтво лікування. — 2013. — № 2—3 (98—99). — С. 44—49.
18. Шамугия Б. К. Основы патогенетической биорегуляционной терапии / Б. К. Шамугия, В. Г. Клименко // Биорегуляционная терапия. — 2012. — № 12 (75). — С. 72—74.
19. Юдина Л. В. Острый бронхит — лечить или не лечить / Л. В. Юдина // Семейная медицина. — 2014. — № 4 (54). — С. 63—66.

### **Эффективность использования Траумель С в комплексном лечении острого бронхита у детей**

*А.И. Смиян<sup>1</sup>, А.П. Мощич<sup>2</sup>, Т.П. Бында<sup>1</sup>, М.М. Дичко<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Сумской государственной университет, Украина

<sup>2</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

**Цель** — повышение эффективности лечения детей, больных острым бронхитом, путем применения комплексного биорегуляционного препарата Траумель С на фоне стандартной терапии.

**Пациенты и методы.** 50 пациентов с диагнозом острого бронхита в возрасте от 7 до 18 лет были разделены на две группы по 25 детей. В основной группе больные получали, кроме стандартной терапии, препарат Траумель С в разовой возрастной дозе в/м 1 раз/день 7 дней далее — через день еще 3 инъекции. Дети группы сравнения получали только стандартную терапию. Для оценки динамики воспалительного процесса и реактивности организма использовали протеинограмму, индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) и лимфоцитарный индекс (ЛИ).

**Результаты.** У больных, которые получали Траумель С, уже на 7-й день достоверно изменялись в сторону нормы ИСЛК и ЛИ, в то время как в группе сравнения достоверные изменения фиксировались только на 14-й день лечения. Уровень  $\alpha$ -2 глобулина достоверно отличался ( $p < 0,05$ ) на 1-й и 14-й день госпитализации только у детей, получавших дополнительное лечение препаратом Траумель С, что может служить признаком более быстрой динамики завершения воспалительного процесса.

**Выводы.** Включение препарата Траумель С в схему лечения острого бронхита у детей способствует более быстрому восстановлению нормальной иммунной реактивности и завершению воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** острый бронхит, Траумель С, биорегуляционная терапия, комплексный биорегуляционный препарат.

---

### **Efficiency of Traumeel S in treatment of acute bronchitis in children**

*A.I. Smeyan, A.P. Moschich, T. P. Bynda, M.M. Dychko<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Sumy State University, Ukraine

<sup>2</sup>Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

**The aim** of this study is improvement of the treatment of children with acute bronchitis using complex bio-regulatory drug Traumeel S on background of standard therapy.

**Materials and methods.** 50 patients diagnosed with acute bronchitis aged 7 to 18 years were divided into two equal groups of 25 children. In the study group patients received, in addition to standard therapy, the drug Traumeel S, intramuscular injections, age-specific dose 1 time per day during 7 days, daily, followed by another 3 injections once per two days. The children of comparison group received standard therapy. To assess the dynamics of inflammation and organism reactivity were used proteinogram, shift of leucocytes index (SLI) and lymphocytic index (LI).

**Results.** In the group which received Traumeel S SLI and LI significantly changed towards normal rates at the 7th day, while in the comparison group significant changes were recorded only after 14 days of treatment. The levels of  $\alpha$ -2 globulin was significantly different ( $r < 0,05$ ) on the 1st and the 14th day of hospitalization only in children who received additional treatment with Traumeel S, which can serve as a sign of faster dynamics of inflammation completion.

**Conclusions.** The inclusion of the drug Traumeel S in the treatment regimen of acute bronchitis in children promotes more rapid restoration of normal immune reactivity and inflammation completion.

**Key words:** acute bronchitis, Traumeel S, bio-regulatory therapy, complex bio-regulatory drug.

---

### **Сведения об авторах:**

А.И. Смиян

А.П. Мощич

Т.П. Бында

М.М. Дичко

Статья поступила в редакцию

Комплексное биорегуляционное действие при воспалении 1-4



## Показания

**В комплексном лечении воспалительных процессов различной локализации 3-8:**

дыхательной системы (трахеит, бронхит, бронхолит, пневмония и др.) 3,5,7,8

ЛОР-органов, в т.ч. синуситов 3,5

пищеварительной системы 4,5

нефрологических заболеваний 6

- Комплексный состав и действие
- Механизм действия, отличный от НПВП 2
- Не вызывает побочных эффектов, свойственных НПВП 2
- Хороший профиль переносимости и безопасности 2-5
- Применяется с рождения 2,4
- Длительный прием не вызывает привыкания и синдрома отмены 2,3,5
- Сочетается с другими препаратами 2-6

### Использованная литература:

1. Клименко В.Г.: Основные положения патогенетического биорегуляционного подхода в общей терапевтической практике // Биологическая терапия. — №1. — 2013. — С. 8—11.
2. Пересадина Н.А., Дьяченко Т.В.: Комплексное лечение и реабилитация пациентов с хроническими заболеваниями ЛОР-органов и дыхательной системы: современные методологические аспекты использования антигомотоксических средств у часто болеющих лиц // Биологическая терапия. — 2004. — № 1. — С. 24—27.
3. Мойсеенко В.А. Хронічні гастрити та дуоденіти: проблема лікування/вилікування; перспективи використання препаратів антигомотоксичної терапії // Биологическая терапия. — 2003. — № 1. — С. 25—29.
4. Шаумгия Б.К.; Тимошук М.В.: Возможности препарата Траумель С в терапии воспаления // Мистецтво лікування. — №2-3 (98-99). — 2013. — С. 44—49.
5. Ковальчук И.А.; Стрижак В.В.; Шкода-Ульянова Н.В.: Опыт использования комплексных антигомотоксических препаратов Traumeel S, Echinacea compositum S и Lymphomyosot для лечения больных с хроническим пиелонефритом // Биологическая терапия. — №3. — 1999. — С. 6—8.
6. Крамарев С.А., Палатная Л.А., Шаумгия Б.К. Альтернативные методы лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у детей // Методические рекомендации МОЗ Украины. — 2006. — 37с.
7. Сміян О.І. Ефективність використання Траумелю С у комплексному лікуванні гострого бронхіту в дітей / О.І. Сміян, О.П. Мошчич, Т.П. Бинда, М.М. Дичко // Современная педиатрия. — 2016. — №6.

**Траумель С, р-р для инъекций.** Р.С. № UA/5934/03/01 от 01.02.13 г. Состав. Действующие вещества: Achillea millefolium D3, Aconitum napellus D2, Arnica montana D2, Atropa belladonna D2, Bellis perennis D2, Calendula officinalis D2, Echinacea D2, Echinacea purpurea D2, Hamamelis virginiana D1, Hepar sulfuris D6, Hypericum perforatum D2, Matricaria recutita D3, Mercurius solubilis Hahnemanni D6, Symphytum officinale D6. Побочные действия: препарат обычно хорошо переносится, но в очень редких случаях у лиц с повышенной чувствительностью к растениям семейства сложноцветных могут наблюдаться реакции гиперчувствительности.

**Траумель С, таблетки.** Р.С. № UA/5934/02/01 от 01.02.13 г. Состав. Действующие вещества: Achillea millefolium D3, Aconitum napellus D3, Arnica montana D2, Atropa belladonna D4, Bellis perennis D2, Calendula officinalis D2, Echinacea D2, Echinacea purpurea D2, Hamamelis virginiana D2, Hepar sulfuris D8, Hypericum perforatum D2, Matricaria recutita D3, Mercurius solubilis Hahnemanni D6, Symphytum officinale D8. Побочные действия: препарат обычно хорошо переносится, но в очень редких случаях у лиц с повышенной чувствительностью компонентам препарата могут возникать гиперсаливация; аллергические реакции.

**Траумель С, мазь.** Р.С. № UA/5934/01/01 от 23.02.12 г. Состав. Действующие вещества: Achillea millefolium O, Aconitum napellus D1, Arnica montana D3, Atropa belladonna D1, Bellis perennis O, Calendula officinalis O, Echinacea O, Echinacea purpurea O, Hamamelis virginiana O, Hepar sulfuris D6, Hypericum perforatum D6, Matricaria recutita O, Mercurius solubilis Hahnemanni D6, Symphytum officinale D4. Побочные действия: в единичных случаях могут возникать реакции гиперчувствительности или местные аллергические реакции.

**Траумель С ГЕЛЬ, гель.** Р.С. № UA/5934/04/01 от 28.03.12 г. Состав. Действующие вещества: Achillea millefolium O, Aconitum napellus D1, Arnica montana D3, Atropa belladonna D1, Bellis perennis O, Calendula officinalis O, Echinacea O, Echinacea purpurea O, Hamamelis virginiana O, Hepar sulfuris D6, Hypericum perforatum D6, Matricaria recutita O, Mercurius solubilis Hahnemanni D6, Symphytum officinale D4. Побочные действия: изредка могут возникать реакции гиперчувствительности или местные аллергические реакции. Производитель: «Биолиге Хайльмитель Хель ГмбХ», Германия.

Информация о лекарственных средствах предназначена для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников. Полная информация о препаратах и полный перечень возможных побочных эффектов указаны в инструкциях по медицинскому применению.