

УДК: 616.24-053.2

Досвід використання комбінованого відхаркувального препарату при позалікарняній пневмонії у дітей дошкільного віку

Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Гостра пневмонія у дітей дошкільного віку часто потребує застосування комбінованих препаратів, що впливають на кашель. Однією з них є комбінація бромгексину, гвайфенезину і сальбутамолу, яка гарно зарекомендувала себе у дітей шкільного віку і дорослих. Про те дані щодо застосування такої комбінації у дітей дошкільного віку обмаль.

Мета спостереження: оцінювання клінічної ефективності та безпеки терапії Аскорілом Експекторантом у дітей 2–7 років з гострою позалікарняною пневмонією.

Матеріали та методи. Нами узагальнено досвід терапії 30 дітей віком 2–7 років, що хворіли на позалікарняну пневмонію середнього ступеня тяжкості. На тлі антибактеріальної терапії дітям призначали Аскоріл Експекторант протягом 9–12 днів. Проводили оцінювання загального стану пацієнтів, вираженості кашлю, задишки, виділення мокротиння, моніторинг небажаних ефектів, вимірювали частоту серцевих скорочень, систолічний та діастолічний тиск. Переносимість препарату вивчали за даними клінічного спостереження і за допомогою десятибальної візуально-аналогової шкали.

Результати. У всіх дітей до початку лікування були труднощі при відкашлюванні мокротиння. До 2–3-го дня лікування кашель ставав вологим. Симптоми нічного кашлю зникали на 5–6-й день лікування, денного – значно зменшувалися до 6–7-го дня. Клінічні ознаки вогнищевих змін у легенях персистували в усіх пацієнтів на 3-й і 5-й дні комплексної терапії та були відсутні у більшості пацієнтів через 10 днів від початку лікування. На 3-й день лікування інтенсивність кашлю зменшилась з 2,53 до 1,07 бала ($p < 0,001$). На 5-й день лікування інтенсивність кашлю зменшилась у 2,9 разу порівняно з даними на початку терапії, на 10-й день – у 5,9 разу. Добру переносимість (8–10 балів) відзначено у 43,3% дітей, в інших – задовільну. У жодної дитини не було поганої переносимості.

Заклучення. Включення у комплексне лікування хворих на позалікарняну пневмонію комбінованого мукоактивного препарату Аскоріл Експекторант приводить до швидкого полегшення захворювання і досягнення ефективного мукорегулювального ефекту при добрій переносимості препарату.

Ключові слова: пневмонія, діти, лікування, Аскоріл.

Experience of using a combined expectorant in community-acquired pneumonia in preschool children

Yu. V. Marushko, T. V. Hyshchak

Acute pneumonia in preschool children often requires the use of combined drugs that affect cough. One of them is a combination of bromhexine, guaifenesin and salbutamol, which has proven itself in school-age children and adults. However, there is insufficient data on the use of such combination in children.

The objective: of our observation was to evaluate the clinical efficacy and safety of Askoril Expectorant therapy in children 2–7 years with acute community-acquired pneumonia.

Materials and methods. We have summarized the experience of treatment of 30 children aged 2–7 years, suffering from community-acquired pneumonia of moderate severity. Askoril Expectorant was added to antibiotic therapy for 9–12 days. The general condition of patients, severity of cough, shortness of breath, sputum secretion, monitoring of side effects, heart rate, systolic and diastolic pressure were measured. Tolerability of the drug was studied according to clinical observations and using a ten-point visual-analog scale.

Results. All children before treatment had difficulty coughing up sputum. By the 2-3rd day of treatment, the cough became moist. Symptoms of nocturnal cough disappeared on the 5th–6th day of treatment, daytime – significantly decreased by the 6th–7th day of observation. Clinical signs of focal changes in the lungs persisted in all patients on 3–5 days of combination therapy and were absent in most patients within 10 days of treatment. On the third day of treatment the intensity of cough decreased from 2.53 to 1.07 points ($p < 0.001$). On the fifth day of treatment the intensity of cough decreased by 2.9 times compared with the data at the beginning of therapy, on the tenth day – by 5.9 times. Good tolerability (8–10 points) was observed in 43.3% of children, in others – satisfactory. No child had poor tolerability.

Conclusions. The inclusion in the complex treatment of patients with community-acquired pneumonia of the combined mucoactive drug Askoril Expectorant leads to rapid relief of the disease and the achievement of an effective mucoregulatory effect with good tolerability of the drug.

Key words: pneumonia, children, treatment, Askoril.

Опыт применения комбинированного отхаркивающего препарата при внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста

Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак

Острая пневмония у детей дошкольного возраста часто требует применения комбинированных препаратов, влияющих на кашель. Одной из них является комбинация бромгексина, гвайфенезина и сальбутамола, которая хорошо зарекомендовала себя у детей школьного возраста и взрослых. Однако данных о применении такой комбинации у детей дошкольного возраста мало.

Цель наблюдения: оценивание клинической эффективности и безопасности терапии Аскорилом Экспекторант у детей 2–7 лет с острой внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Нами обобщен опыт терапии 30 детей 2–7 лет, которые болели внебольничной пневмонией средней степени тяжести. На фоне антибактериальной терапии детям назначали Аскорил Экспекторант в течение 9–12 дней. Проводили оценку общего состояния пациентов, выраженности кашля, одышки, выделения мокроты, мониторинг побочных эффектов, измеряли частоту сердечных

сокращений, систолическое и диастолическое давление. Переносимость препарата изучали по данным клинического наблюдения и с помощью десятибалльной визуально-аналоговой шкалы.

Результаты. У всех детей до начала лечения были трудности при откашливании мокроты. Ко 2–3-му дню лечения кашель становился влажным. Симптомы ночного кашля исчезали на 5–6-й день лечения, дневного – значительно уменьшались до 6–7-го дня. Клинические признаки очаговых изменений в легких персистировали у всех пациентов на 3-й и 5-й дни комплексной терапии и отсутствовали у большинства пациентов через 10 дней от начала лечения. На 3-й день лечения интенсивность кашля уменьшилась с 2,53 до 1,07 балла ($p < 0,001$). На 5-й день лечения интенсивность кашля уменьшилась в 2,9 раза по сравнению с данными в начале терапии, на 10-й день – в 5,9 раза. Хорошую переносимость (8–10 баллов) отмечено у 43,3% детей, у других – удовлетворительную. Ни у одного ребенка не было плохой переносимости.

Заключение. Включение в комплексное лечение больных внебольничной пневмонией комбинированного мукоактивного препарата Аскорил Экспекторант приводит к быстрому облегчению заболевания и достижению эффективного мукорегулируемого эффекта при хорошей переносимости препарата.

Ключевые слова: пневмония, дети, лечение, Аскорил.

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) – одна із найбільш частих причин звернення до лікаря дорослих і дітей. Найбільш загрозливим проявом ГРЗ є пневмонія, адже вона має тривалий і часто тяжкий перебіг, схильність до ускладнень і навіть летальні наслідки. Сучасні настанови інформують про те, що в середньому 3,5–4% дітей віком до 5 років та близько 1,5% дітей старше 5 років мають рентгенологічно підтверджену пневмонію [10]. Статистичні дані свідчать, що пневмонія є причиною смерті 15% дітей віком до 5 років. Саме діти дошкільного віку є найбільш уразливими щодо тяжкого перебігу пневмонії. Це пов'язане з особливостями імунного реагування на бактеріальні інфекції і незрілістю мукоциліарного кліренсу, а також іншими анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання, які сприяють тривалій персистенції і поширенню інфекції в легеневій тканині.

За останні роки накопичено значний досвід застосування різноманітних протикашльових препаратів, проте й досі в наукових і практичних колах ведуться суперечки щодо їхнього застосування. Дослідження останніх років свідчать, що не слід переоцінювати їхню роль у лікуванні, проте і недооцінювати цю групу препаратів також не можна. У разі поширення інфекції на паренхіму легень необхідність у застосуванні препаратів, що впливають на кашель, виникає на певному етапі захворювання майже у всіх пацієнтів. Слід лише диференційовано підходити до їхнього використання, враховуючи патогенетичну роль при запаленні.

Клінічні дані свідчать, що при запальних змінах у бронхолегеневій системі найбільш ефективними є препарати, які поєднують у собі декілька патогенетичних властивостей [4, 8]. На нашу думку, в цьому плані дуже вдалою є комбінація бромгексину, гвайфенезину і салбутамолу. На фармацевтичному ринку така комбінація давно добре зарекомендувала себе завдяки швидкому ефекту і безпеці застосування [17].

Бромгексин сприяє полегшенню виведення мокротиння за рахунок покращення його реологічних властивостей і посилення евакуаторної функції бронхів [7]. Гвайфенезин працює як муколітичний, так і відхаркувальний засіб рефлекторної дії. Він знижує в'язкість харкотиння шляхом деполімеризації кислих мукополісахаридів [17]. Важливим додатковим ефектом гвайфенезина є його м'який заспокійливий ефект. Гвайфенезин знижує тривожність і психогенну вегетативну симптоматику. Салбутамол як β_2 -адреноміметик приводить до розслаблення м'язів бронхів, попереджуючи або припиняючи бронхіальну обструкцію. Крім цього, салбутамол знижує проникність капілярів, що особливо актуально для педіатричної практики через значну васкуляризацію слизової оболонки бронхів у дітей і значних проявів запального набряку. Салбутамол гальмує викид медіаторів запалення із лаброцитів і базофілів, що також попереджує і ліквідує набряк.

Доведено, що при застосуванні такої комбінації засобів зменшувалася тривалість захворювання і застосування антибіотиків при пневмонії та інших респіраторних захворюваннях [7, 16]. У 2014 році були опубліковані дані, які демонструють, що на тлі приймання комбінації бромгексину, гвайфенезину і салбутамолу у складі препарату Аскорил достовірно нормалізувався

лейкоцитоз бронхіального секрету, зменшувалася гнійність харкотиння і удвічі швидше підвищувався рівень неспецифічного захисту слизових оболонок порівняно з прийманням амброксолу, знижуючи таким чином ризик вторинної бактеріальної інфекції і скорочуючи строки лікування захворювання [7].

Більшість авторів наголошують, що Аскорил слід застосовувати при комбінованому патогенетично обумовленому симптоматичному лікуванні продуктивного кашлю при різних захворюваннях органів дихання, що супроводжується утворенням в'язкого харкотиння [8, 14, 17].

У пацієнтів, які приймали цей препарат, достовірно швидше, ніж при лікуванні амброксолом або іншими муколітиками зменшувалися прояви як нічного, так і денного кашлю, поліпшувалося загальне самопочуття і якість життя [3, 6, 7, 12].

У дітей з двох років застосовується лікарська форма Аскорилу Експекторанту. Це сироп, у 10 мл міститься 2 мг салбутамолу, 4 мг бромгексину, 100 мг гвайфенезину і 1 мг ментолу. У дітей старше 6 років і дорослих застосовують препарат у формі таблеток. Додавання ментолу до складу препарату сприяє посиленню дії основних компонентів препарату, оскільки він м'яко стимулює секрецію бронхіальних залоз, має антисептичні властивості та відновлює функцію миготливого епітелію слизової оболонки бронхів.

Аскорил Експекторант одночасно впливає практично на всі ланки патогенезу кашлю, що супроводжується утворенням густого бронхіального секрету при гострих і хронічних бронхолегеневих захворюваннях [8, 15, 17]. Його застосування набуває особливої актуальності в умовах, коли проведення інгаляційної терапії ускладнене або неможливе, що особливо актуально для дітей дошкільного віку [4].

За даними спостережень щодо ефективності і безпеки Аскорилу Експекторанту, проведених в Україні і за кордоном, у пацієнтів з різними захворюваннями органів дихання була відзначена висока ефективність препарату (78–96%) [4, 5, 11, 15, 16]. У міжнародному багацинтральному клінічному дослідженні, що включало 16 312 пацієнтів, 91% лікарів характеризували препарат як високоєфективний [11].

Початок дії препарату зафіксовано вже до кінця першого дня вживання [4]. При ГРЗ верхніх дихальних шляхів тривалість застосування препарату у дітей зазвичай становить 3–7 днів [11].

В одному із досліджень проведено порівняльну характеристику ефективності і переносимості різних компонентів Аскорилу на динаміку стану хворих на бронхіт дорослих. Обстежено 426 пацієнтів із продуктивним кашлем. Хворих було розподілено на три групи:

- перша група – пацієнти отримували 7-денне лікування комбінацією салбутамолу 2 мг + бромгексин гідрохлориду 8 мг + гвайфенезину 100 мг,
- друга група – салбутамолу 2 мг + 100 гвайфенезину,
- третя група – салбутамолу 2 мг + бромгексину 8 мг тричі на день.

У першій групі спостерігалася поліпшення симптомів у більшій кількості пацієнтів і зменшення частоти та вираженості кашлю відбулося раніше порівняно з іншими двома групами. Більшість пацієнтів першої групи повідомили про

Клінічна характеристика пацієнтів

Клінічна ознака	Частота клінічної ознаки, n (%)
Фебрильна лихоманка	30 (100)
Інтоксикаційний синдром	30 (100)
Малопродуктивний кашель	26 (86,7)
Продуктивний кашель	4 (13,3)
Задишка	9 (30,0)
Локально притуплення перкуторного тону	30 (100)
Локальне ослаблене дихання при аускультатії	30 (100)
Вологі середньопухирчасті хрипи	19 (63,3)
Локально вологі дрібнопухирчасті хрипи або крепітація	28 (93,3)

відмінну ефективність (44,4%) порівняно з 14,6% у другій і 13% у третій групі [16].

За даними Н.А. Геппе і співавт. [1], застосування Аскорілу Експекторанту у дітей у віці від 2 до 10 років з легким або середньотяжким перебігом ГРВІ (фарингіт, трахеїт, бронхіт) надавало виражений позитивний вплив на перебіг захворювання за оцінюванням лікарів, а також за результатами анкетування батьків. Тривалість лікування становила 7–10 днів. У дітей старше 6 років оцінювали функцію зовнішнього дихання за даними спірографії. Усім дітям проводили бронхофонографію. Зменшення симптомів кашлю супроводжувалося поліпшенням сну, збільшенням активності дітей, поліпшенням емоційного стану. Сумарна бальна оцінка клінічних симптомів на тлі лікування продемонструвала більш швидкий ефект Аскорілу Експекторанту відносно групи порівняння. У дітей, які отримували комбінований препарат (Аскоріл), порівняно з контрольною групою дітей, які отримували лише муколітик (бромгексин), спостерігалася більш швидка позитивна динаміка. У дітей, які отримували Аскоріл Експекторант, зникнення симптомів кашлю відзначали на 3–4 дні раніше, ніж у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$). Важливим є факт зникнення симптомів нічного кашлю на 1–2 дні швидше. Позитивна динаміка клінічних симптомів супроводжувалася достовірним поліпшенням показників бронхофонографії і спірографії, які свідчать про нормалізацію бронхіальної прохідності. Переносимість Аскорілу була доброю у всіх вікових групах.

Важливим аспектом застосування препарату є його добра переносимість, у тому числі у дітей [6, 11]. Під час спостережень було виявлено, що вплив Аскорілу на частоту серцевих скорочень не відрізнявся від впливу плацебо [7, 9, 13]. За даними добового моніторингу ЕКГ, на сьому добу терапії не зареєстровано достовірного збільшення частоти серцевих скорочень, аритмій чи посилення ішемії міокарда [2]. Вкрай рідко (у 1 із 28 пацієнтів, менше 4% відсотків) відзначали тремор і серцебиття, що проходили одразу після відміни препарату або зменшення дози [12]. Ці побічні ефекти обумовлені насамперед салбутамолом, що входить до комбінованого препарату. У зв'язку з цим Аскоріл слід з обережністю призначати пацієнтам, які приймають метилксантини, інгібітори моноаміноксидази і трициклічні антидепресанти (ймовірність виникнення тахіаритмії, падіння артеріального тиску).

Отже, дані літератури свідчать, що призначення Аскорілу Експекторанту у дітей скорочує тривалість респіраторних вірусних захворювань, зменшує прояви бронхіальної обструкції, сприяє швидшому клінічному одужанню і має гарний профіль безпеки.

Мета спостереження: оцінювання клінічної ефективності та безпеки терапії Аскорілом Експекторантом у дітей віком 2–7 років з гострою позалікарняною пневмонією.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами узагальнено досвід терапії 30 дітей віком 2–7 років (середній вік – $4,13 \pm 0,30$ року), що хворіли на позалікарняну пневмонію середнього ступеня тяжкості. Застосовували

метод «випадок-контроль». Серед пацієнтів було 18 (60%) хлопчиків і 12 (40%) дівчаток. Термін від початку захворювання до участі у спостереженні становив не більше 4 днів. Дев'ять (30%) дітей до початку спостереження отримували антибактеріальну терапію, однак без ефекту.

Клінічна характеристика пацієнтів наведена у табл. 1.

У клінічній картині дітей переважали фебрильна лихоманка та інші симптоми інтоксикації. У третини хворих спостерігалася дихальна недостатність I–II ступеня. У 4 (13,3%) дітей пневмонія супроводжувалася бронхообструктивним синдромом. Клінічно вогнищеве ураження легеневої паренхіми було встановлене у пацієнтів за наявності локальних перкуторних (притуплення) та аускультативних (ослаблення дихання, наявність дрібнопухирчастих хрипів або крепітації) звуків. Усім пацієнтам було проведено рентгенографію органів грудної клітки. У 23 (76,7%) дітей із пневмонією було виявлено вогнищеві інфільтративні зміни легеневої тканини, а у 7 (23,3%) хворих – сегментарне залучення. У всіх випадках зміни були односторонніми.

У загальному аналізі крові у 19 (63,3%) дітей виявлено лейкоцитоз у межах $11-14 \times 10^9$ /л, в інших 37,7% рівень лейкоцитів був у межах $7-10 \times 10^9$ /л. У 26 (86,7%) дітей спостерігали зсув формули крові ліворуч, у 21 (70,4%) дитини відбувалося підвищення швидкості осідання еритроцитів у межах 19–38 мм/год.

Хворі на позалікарняну пневмонію отримували відповідно до рекомендацій антибактеріальну терапію напівсинтетичними пеніцилінами з клаулановою кислотою, 19 (63,3%) осіб – терапію цефтріаксоном протягом 2–4 днів із подальшим переходом (за умови стабільно позитивної динаміки захворювання) на пероральне вживання цефподоксиму проксетилу. За показаннями застосовували антипіретичну терапію ібупрофеном або парацетамолом за потреби. Аскоріл Експекторант призначали по 5 мл 3 рази на добу 9–12 днів залежно від динаміки стану пацієнтів. На тлі лікування динаміку стану пацієнтів оцінювали на 3-й, 5-й та 10-й дні від початку лікування.

Оцінювали вираженість кашлю, задишки, виділення мокротиння. Клінічні симптоми оцінювали в балах (0 – відсутні, 1 – слабо виражені, 2 – помірно виражені, 3 – сильно виражені). Протягом усього періоду спостереження проводили моніторинг небажаних ефектів, пов'язаних з використанням препарату, вимірювали частоту серцевих скорочень, систолічний та діастолічний тиск до вживання препарату і через 20 і 60 хв після приймання у перший день лікування і на 7–10-й день терапії. На перший день нормалізації температури тіла і на 7–10-й день терапії оцінювали показники ЕКГ.

Вивчення переносимості препарату проводили за даними клінічного спостереження і за допомогою анкетування батьків, яким пропонували оцінити переносимість препарату дитиною за десятибальною візуально-аналоговою шкалою:

- гарна – від 8 до 10 балів,
- задовільна – 4–7 балів,
- погана – 1–3 балів.

Динаміка клінічної картини у дітей з позалікарняною пневмонією на тлі комплексного лікування із застосуванням Аскорілу Експекторанту

Клінічна ознака	Частота клінічної ознаки, n (%)			
	До лікування	На 3-й день лікування	На 5-й день лікування	На 10-й день лікування
Фебрильна лихоманка	30 (100)	0	0	0
Субфебрильна лихоманка	0	28 (93,3) ^{***1-2}	21 (70) ^{***1-3; *2-3}	0 ^{*** 3-4}
Інтоксикаційний синдром	30 (100)	21 (70) ^{***1-2}	14 (46,7) ^{***1-3}	0 ^{*** 3-4}
Малопродуктивний кашель	26 (86,7)	6 (20) ^{***1-2}	0 ^{***1-3; *2-3}	0
Продуктивний кашель	4 (13,3)	24 (80) ^{***1-2}	30 (100) ^{***1-3; *2-3}	11 (36,7) ^{***3-4}
Задишка	9 (30,0)	0 ^{**1-2}	0	0
Локально притуплення перкуторного тону	30 (100)	29 (96,7)	21 (70,4) ^{**1-3; 2-3}	0 ^{*** 3-4}
Локальне ослаблене дихання при аускультатії	30 (100)	29 (96,7)	20 (66,7) ^{***1-3; **2-3}	0 ^{*** 3-4}
Локально вологі дрібнопухирчасті хрипи або крепітація	28 (93,3)	28 (93,3)	27 (90)	3 (10,0) ^{*** 3-4}

Примітки: * - p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.

Таблиця 3

Інтенсивність скарг при застосуванні Аскорілу експекторанту у дітей з пневмонією

Клінічна ознака	Вираженість клінічної ознаки у балах, (M±m)			
	До лікування	На 3-й день лікування	На 5-й день лікування	На 10-й день лікування
Кашель	2,53±0,09	1,07±0,13 ^{***1-2}	0,87±0,09	0,43±0,09 ^{***2-4; **3-4}
Задишка	1,9±0,23	0 ^{***1-2}	0	0
Виділення мокротиння	1,17±0,17	1,5±0,11	1,2±0,07 ^{*2-3}	0,8±0,07 ^{***3-4}

Примітки: * - p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.

При цьому враховували реакцію дитини на вживання препарату (охоча, індивідуальна, відмова від застосування), негативні емоційні реакції на вживання, диспепсичні прояви (нудота, відрижка) безпосередньо після приймання препарату.

У спостереження не включали пацієнтів, які приймали бронхолітичні, муколітичні препарати, інгаляційні та системні глюкокортикостероїди, інші протикашльові препарати протягом попередніх 10 днів.

Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою пакета прикладних програм Microsoft Excel 2010. Ураховуючи нормальний розподіл даних оцінювання достовірності відмінностей між середніми величинами проводили параметричними методами за допомогою критерію Стьюдента. Відмінності вважалися значущими при вірогідності помилки не більше 5% (p<0,05).

РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі хворі пройшли терапію із включенням антибіотиків, Аскорілу та симптоматичних препаратів, відмов не було. На тлі комбінованої терапії із включенням Аскорілу Експекторанту у хворих спостерігалася позитивна динаміка клінічних симптомів (табл. 2).

Дані табл. 2 свідчать, що у всіх дітей на 3-й день лікування температура тіла знижувалася до субфебрильних цифр. У 70% дітей субфебрильна температура тіла зберігалася до 5 днів, а на 10-й день нормалізувалася у 100% дітей.

Паралельно із нормалізацією температури тіла зникав інтоксикаційний синдром. Статистично достовірне його зменшення відбувалося на 3–4-й день терапії і вже на 5-й день помірно виражена інтоксикація спостерігалася у менш ніж половини дітей.

Клінічні ознаки вогнищевих змін у легенях персистували в усіх пацієнтів на 3-й і 5-й дні комплексної терапії та були відсутні у більшості пацієнтів через 10 днів від початку лікування.

Через 10–12 днів комплексної терапії відхилень у загальному аналізі крові хворих на пневмонію не спостерігалось.

У всіх дітей до початку лікування були труднощі при відкашлюванні мокротиння. До 2–3-го дня лікування кашель ставав вологим. Симптоми нічного кашлю зникали на 5–6-й дні лікування, денного – значно зменшувалися до 6–7-го дня спостереження. Зниження вираженості симптомів кашлю супроводжувалося поліпшенням сну, збільшенням активності дітей, поліпшенням їхнього емоційного стану.

Вираженість симптомів кашлю у пацієнтів з пневмонією поступово зменшувалася протягом лікування (табл. 3, рис. 1).

На третій день лікування інтенсивність кашлю зменшилась з 2,53 до 1,07 бала (p<0,001), надалі спостерігалася щоденна позитивна динаміка, у результаті якої інтенсивність кашлю на 5-й день зменшилась у 2,9 рази порівняно з даними на початку терапії, на 10-й день – у 5,9 рази.

На початку терапії спостерігалася тенденція до збільшення виділення мокротиння, проте дані були недостовірні, і вже на 5-й день можна було спостерігати зворотну реакцію у кількості мокротиння.

За візуально-аналоговою шкалою переносимості середня кількість балів становила 7,50±0,31. Добру переносимість (8–10 балів) відзначено у 43,3% дітей, в інших пацієнтів переносимість Аскорілу Експекторанту батьки охарактеризували як задовільну. У жодної дитини не було поганої переносимості (рис. 2).

В однієї дитини на 9-й день лікування спостерігалася алергічна реакція у формі плямисто-папульозної висипки зі свербіжем, що зникла після відміни препарату.

Після вживання Аскорілу Експекторанту не відзначалося достовірної зміни частоти серцевих скорочень (у 3 (10%) дітей фіксували недостовірне збільшення частоти серцевих скорочень (p>0,05), систолічного і діастолічного тиску. У хворих не спостерігалось змін показників ЕКГ (частоти серцевих скорочень, інтервалу PQ).

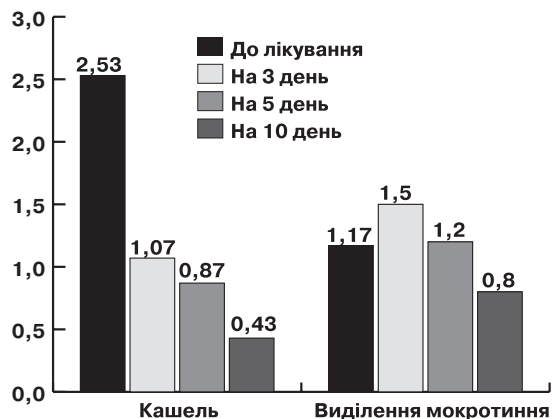


Рис. 1. Динаміка вираженості кашлю і виділення мокротиння при застосуванні препарату Аскорілу Експекторанту у дітей з пневмоніями (бали)

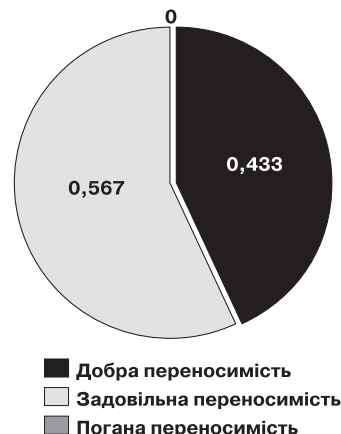


Рис. 2. Переносимість Аскорілу за візуально-аналоговою шкалою

Спостереження продемонструвало, що Аскоріл Експекторант є безпечним препаратом і може бути застосований у комплексному лікуванні пневмонії середнього ступеня тяжкості у дітей дошкільного віку.

Отже, включення у комплексне лікування хворих на позалікарняну пневмонію комбінованого мукоактивного препарату Аскоріл Експекторант приводить до швидкого полегшення симптомів перебігу захворювання, ефективного мукорегулювального ефекту та попередження ускладнень.

ВИСНОВКИ

1. Згідно з аналізом даних літератури, мукоактивна терапія захворювань нижніх дихальних шляхів у дітей до-

шкільного віку із пероральним застосуванням бромгексину, гвайфенезину і салбутамолу є патогенетично обґрунтованою, має комплементарний до антибіотикотерапії вплив, нормалізує реологічні властивості бронхіального секрету, стимулює мукоциліарний кліренс, покращує перебіг хвороби.

2. Включення у комплексне лікування хворих на позалікарняну пневмонію комбінованого мукоактивного препарату Аскоріл Експекторант приводить до швидкого полегшення симптомів перебігу захворювання та досягнення ефективного мукорегулювального ефекту. Оцінка 7,23 бала за візуально-аналоговою шкалою свідчить про добру переносимість препарату.

Сведения об авторах

Марушко Юрий Владимирович – Кафедра педиатрии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г.Шевченко, 13; тел.: (068) 024-22-39. E-mail: iurii.marushko@gmail.com
ORCID ID:0000-0001-8066-9369

Гицак Татьяна Витальевна – Кафедра педиатрии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г.Шевченко, 13; тел.: (067) 501-67-48. E-mail: tgischak@i.ua
ORCID ID:0000-0002-7920-7914

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Гепле Н.А., Селиверстова Н.А., Утошева М.Г. (2011) Современные методы лечения кашля при острых респираторных заболеваниях у детей «Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология». 2:46-54.
- Григорьева Н.Ю. (2013) Оценка клинической эффективности и безопасности комбинированного препарата Аскорил у больных с коморбидной бронхолегочной и сердечно-сосудистой патологией. РМЖ. 26:1475-1481.
- Клячкина И.Л. (2012) Лечение кашля при ОРВИ и гриппе. РМЖ. 6:278-281.
- Клячкина И.Л., Синопальников А.И. (2015) Фиксированные комбинации мукоактивных препаратов в программе лечения кашля. 1:74-82.
- Клячкина И.Л., Дмитриев Ю.К. (2012) Лечение нетяжелых обострений хронической обструктивной болезни легких. Клин. Мед. 3:69-73.
- Крамарьев С.О., Євтушенко В.В., Марков А.І. (2015) Досвід застосування комбінованого препарату Аскоріл при гострих респіраторних інфекціях у дітей. Здоровье ребенка. 4: (64):85-91.
- Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р. (2014) Муколітична терапія у дітей з рецидивним бронхітом. Перинатологія і педіатрія. 3(59):36-39.
- Марушко Ю.В., Крамарев С.А., Марушко Т.В., Шеф Г.Г. (2017) Избранные вопросы детской пульмонологии (для семейных врачей). Киев:148.
- Мизерницький Ю.Л., Мельникова І.М. (2013) Муколітична і отхаркивающая фармакотерапія у дітей. М.: Медпрактика-М:66.
- Настанова 00620. Пневмонія у дітей:

http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918_id=ebm00620&format=pdf.

- Нургожин Т.С., Гуляев А.Е., Ермебаева Б.А., Жаугашева С.К., Абуова Г.Т., Ан Э.А. (2013) Результаты международного многоцентрового неинтервенционного клинического исследования эффективности и безопасности аскорила экспекторанта при лечении кашля, проведенного в республике Казахстан и в республике Узбекистан. Клин. Мед.6:50-55.
- Перцева Т.А., Киреева Т.В., Кравченко Н.К. (2013) Кашель: патогенетически обоснованный выбор терапии. Ліки України. 6:50-56.
- Синопальников А.И., Клячкина И.Л. (2013) Кашель М.: Медицинское информационное агентство: 151-152.
- Титова Т.А. (2019) Ефективність

і контроль лікування гострого кашлю Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 15-16:460-461.

- Юдіна Л.В. Комбінована мукоактивна терапія: погляд пульмонолога. (2017) Ліки України. Medicine of Ukraine. 6 (212):16-20.
- Prabhu Shankar S., Chandrasheharan S., Bolmall C.S., Baliga V. (2010) Efficacy, safety and tolerability of salbutamol + guaiphenesin + bromhexine (Ascoril) expectorant versus expectorants containing salbutamol and either guaiphenesin or bromhexine in productive cough: a randomised controlled comparative study. J Indian Med Assoc. 08 (5):313-320.
- Shmeleva N.M. Use of the Mucoregulator Ascoril for Respiratory Diseases. Ter Arkh. 2012;84(10):86-90.

Статья поступила в редакцию 20.08.2020