



Фиксированные комбинации мукоактивных препаратов в программе лечения кашля

И.Л. Клячкина, А.И. Синопальников

Обзор посвящен эффективному лечению кашля у пациентов с различными заболеваниями органов дыхания. Подчеркивается необходимость назначения комбинированных препаратов, что позволяет уменьшить количество и кратность приема лекарственных средств. Приводятся данные многочисленных исследований, согласно которым наиболее эффективной фиксированной комбинацией мукоактивных препаратов является фиксированная комбинация сальбутамола, бромгексина, гвайфенезина в составе сиропа Аскорил экспекторант и таблеток Аскорил.

Ключевые слова: кашель, мукоактивные препараты, фиксированная комбинация, Аскорил, Аскорил экспекторант.

Кашель принадлежит к числу симптомов, часто встречающихся во врачебной практике, и является 5-й по частоте причиной, заставляющей больных амбулаторно обращаться к врачу. А среди симптомов, обусловленных патологией респираторной системы, кашель занимает 1-е место [1, 2].

По длительности наличия кашель разделяют на острый, продолжительностью до 3 нед, и хронический, продолжительностью более 8 нед (табл. 1) [2, 3]. Впрочем, подобное деление в значительной степени условно, и эти характеристики кашля не являются взаимоисключающими. Например, развившийся при респираторной инфекции кашель (первоначально определяемый как острый) в некоторых случаях продолжается значительно дольше 2–3 нед в связи с тем, что вирусная инфекция может вызывать генерализованное воспаление слизистой бронхов, проявляющееся выраженной гиперреактивностью дыхательных путей (ДП) и гиперпродукцией бронхиального секрета (БС). Как правило, постинфекционный кашель продолжает беспокоить больного в течение длительного времени – до 8–9 нед (см. табл. 1) [4].

Продуктивность кашля определяется не только и не столько экспекторацией мокроты. Определяющим моментом является гиперпродукция БС при развитии воспалительного процесса в

слизистой ДП. Соответственно, непродуктивный кашель возникает при заболеваниях, не связанных с развитием воспалительного процесса в нижних ДП, и не сопровождается гиперсекрецией БС.

Продуктивный кашель, как правило, сопровождается экспекторацией мокроты. В таких случаях говорят о так называемом “влажном кашле”. Однако серьезные нарушения мукоцилиарного клиренса (МЦК), в том числе повышенная вязкость БС, гиперреактивность, бронхиальная обструкция и отек слизистой ДП, приводят к значительным затруднениям откашливания. Это свидетельствует о развитии неэффективного продуктивного “сухого кашля” (рис. 1).

Наиболее частой причиной острого кашля является инфицирование ДП вирусами гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальными вирусами и др.

При острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) кашель возникает либо вследствие развития воспалительного процесса в верхних ДП, богатых рецепторами кашлевого рефлекса, либо в результате механического раздражения рецепторных зон секретом из верхних отделов ДП (постназальный затек) и, по сути, является непродуктивным (см. рис. 1). Однако в отсутствие корректного своевременного лечения кашля прогрессирование воспалительного процесса (развитие постинфекционного кашля), десквамация реснитчатого эпителия могут способствовать присоединению бактериальной флоры и развитию таких осложнений, как пневмонии, тяжелые обострения бронхиальной астмы (БА),

Кафедра пульмонологии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва.
Ирина Львовна Клячкина – канд. мед. наук, доцент.
Александр Игоревич Синопальников – профессор, зав. кафедрой.



хронического бронхита (ХБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), нередко требующих госпитализации [5, 6].

Симптоматическое лечение при ОРВИ (гриппе) должно быть направлено на дезинтоксикацию, уменьшение лихорадки, болевого синдрома и дегидратации, а также на редукцию воспалительных изменений в носоглотке. Острый непродуктивный кашель при ОРВИ, развившийся при инфицировании верхних ДП, как правило, протекает доброкачественно. Лечение его в целом не является серьезной проблемой. Увлажнение воздуха в помещении, паровлажные ингаляции, домашние средства (например, мед, лимон), прием растительных настоев и/или отваров способствуют быстрому купированию симптомов непродуктивного сухого кашля.

Проблема возникает обычно при необходимости терапии острого кашля, связанного с развитием острого бронхита (ОБ), особенно у заболевших ОРВИ курильщиков. У таких больных кашель чаще всего продуктивный, сопровождается гиперреактивностью ДП, а нередко и бронхиальной обструкцией [7].

Острая респираторная вирусная инфекция, как правило, является наиболее частой причиной обострений ХБ/ХОБЛ. Эпизоды обострения заболевания при правильном лечении могут продолжаться менее 3 нед, хотя могут и повторяться неоднократно в течение года. В периоды ремиссий кашель может не быть, поэтому нередко обострения недиагностированного ранее ХБ расцениваются как эпизоды острого кашля – рецидивы ОБ. Частые рецидивы острого кашля в течение года свидетельствуют о развившемся ХБ. Согласно известному эпидемиологическому определению, ХБ – заболевание, ведущим клиническим признаком которого является продуктивный кашель, наблюдаемый суммарно 3 мес и

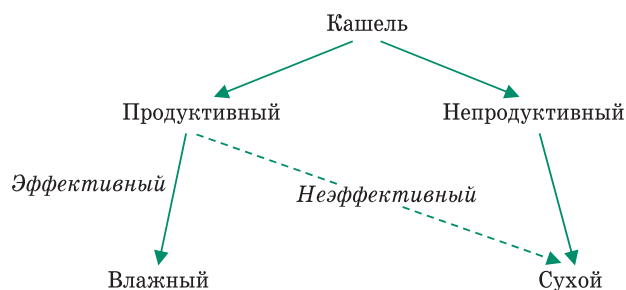


Рис. 1. Взаимосвязь продуктивного/непродуктивного и влажного/сухого кашля [2].

более в течение одного года на протяжении двух последовательных лет и более при исключении известных заболеваний сердечно-сосудистой или бронхолегочной систем [8].

Гиперпродукция вязкого БС нередко требует назначения нескольких мукоактивных препаратов с разными механизмами воздействия на БС, а сопутствующая гиперреактивность ДП и зачастую развивающаяся бронхиальная обструкция – назначения бронхолитических средств. Именно многообразие и взаимосвязь патогенетических механизмов мукостаза определяют необходимость применения одновременно нескольких препаратов, направленных на различные звенья патогенеза продуктивного кашля, часто сопровождающегося значительными затруднениями экспекторации мокроты. Необходимость одновременного приема нескольких лекарственных препаратов с соблюдением определенных условий (одновременно или раздельно, до или после еды и т.д.) заметно снижает комплаинс больных. Для исключения полипрагмазии желательнее применение комбинированных препаратов.

Назначение **комбинированных препаратов** позволяет уменьшить количество и кратность приема лекарственных средств. В настоящее

Таблица 1. Основные причины острого и хронического кашля [2]

Острый кашель (продолжительностью до 3 нед)	Хронический кашель (продолжительностью 8 нед и более)	Затяжной (подострый) кашель (продолжительностью более 3 нед)
А. Непродуктивный (сухой)		• Постинфекционный кашель (продолжительностью до 8 нед): – после ОРВИ, гриппа; – после коклюша • Кашель как единственный или превалирующий симптом тяжелого серьезного заболевания (туберкулез, онкология и т.д.) • Кашель, который впоследствии диагностируется как хронический (ХОБЛ, БА и т.д.)
ОРВИ, риниты и синуситы (аллергические и неаллергические), ТЭЛА, сердечная астма, сухой плеврит, наружный отит, перикардит, пневмоторакс, аспирация инородного тела, коклюш	БА (кашлевой вариант), ГЭРБ, хронические воспалительные заболевания носоглотки, интерстициальные болезни легких, прием ИАПФ, объемные процессы в средостении, невротический (психогенный) кашель	
Б. Продуктивный		
Острый бронхит, пневмония	ХБ, ХОБЛ, бронхоэктазии, БА, рак бронхов, муковисцидоз, застойная левожелудочковая недостаточность	
Обозначения: БА – бронхиальная астма, ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции, ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии, ХБ – хронический бронхит, ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.		



время в программе лечения заболеваний органов дыхания всё чаще используются фиксированные комбинации лекарственных средств. Однако фиксированная комбинация должна соответствовать определенным современным стандартам (British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, British National Formulary, London):

1) препарат должен содержать не более трех активных ингредиентов из разных фармакологических групп и не более одного активного ингредиента из каждой фармакологической группы;

2) каждый активный ингредиент должен присутствовать в эффективной и безопасной концентрации и способствовать лечению, для которого используется данный продукт;

3) должны учитываться возможные неблагоприятные реакции компонентов.

При лечении продуктивного кашля применяются различные фиксированные комбинации мукоактивных препаратов (ФКМП). Среди них наиболее эффективной является фиксированная комбинация сальбутамола, бромгексина, гвайфенезина в составе сиропа Аскорил экспекторант и таблеток Аскорил.

Сальбутамол – селективный β_2 -агонист, один из самых безопасных бронходилататоров, оказывает бронхолитическое действие, предупреждает и купирует бронхоспазм, снижает сопротивление в ДП, увеличивает жизненную емкость легких. Отчетливо выражено мембраностабилизирующее действие – торможение выброса медиаторов из тучных клеток и базофилов, устранение антигензависимого подавления МЦК и выделения факторов хемотаксиса нейтрофилов. Помимо этого он стимулирует МЦК – секрецию серозного компонента БС и активность реснитчатого эпителия. Кроме того, препарат стимулирует митотическую активность и восстановление реснитчатого эпителия ДП. Следует отметить, что воздействие на МЦК является более выраженным при пероральном приеме, чем при ингаляционном введении, вследствие системного воздействия на слизистую ДП. Таким образом, препарат демонстрирует отчетливый мукокинетический эффект. При пероральном приеме хорошо всасывается. В плазме определяется спустя 30 мин, а через 2 ч достигает максимальной концентрации (30 нг/мл). Продолжительность циркуляции в крови на терапевтическом уровне составляет 3–9 ч, затем концентрация постепенно снижается. Связывание с белками плазмы равно 10%. Период полувыведения составляет 3,8 ч. Частично метаболизируется в желудочно-кишечном тракте и в печени с образованием соединений с минимальной адренергической ак-

тивностью. Выводится с мочой и желчью, преимущественно в неизмененном виде (90%) или в форме глюкуронида.

Бромгексина гидрохлорид – оказывает муколитическое и отхаркивающее действие посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Кроме того, стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов (клеток Клара) и пневмоцитов II типа, продуцирующих бронхиальный и альвеолярный сурфактант. Сурфактант обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания, защиту от неблагоприятных факторов, а также улучшение реологических свойств БС (уменьшение адгезивности, формирование двух фаз БС – слоев золь и гель), способствующих лучшей ее экспекторации. Следует отметить, что применение бромгексина в качестве монотерапии может усугубить гиперреактивность ДП, вызвать развитие бронхоспазма, а также выраженный противокашлевой эффект. При приеме внутрь полное всасывание (99%) происходит в течение 30 мин. Биодоступность при пероральном приеме составляет 80% вследствие эффекта первого прохождения через печень. В плазме препарат связывается с белками. Проникает через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры. В печени подвергается деметилированию и окислению. Часть образующихся метаболитов сохраняет активность. Период полувыведения достигает 15 ч вследствие медленной обратной диффузии из тканей. Экскретируется почками в виде метаболитов – 99%, в неизмененном виде – 1%.

Гвайфенезин – отхаркивающее средство. Стимулирует секрецию жидких частей БС (нейтральные мукополисахариды), повышает активность цилиарного эпителия ДП. Уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства БС, снижает его вязкость, увеличивает объем мокроты и облегчает эвакуацию из ДП. Кроме того, гвайфенезин потенцирует активность реснитчатого аппарата слизистой ДП. Важным дополнительным эффектом гвайфенезина является его мягкое успокаивающее действие. Гвайфенезин снижает тревожность, уменьшает психогенную вегетативную симптоматику. Всасывается в желудочно-кишечном тракте, быстро метаболизируется и выводится с мочой. Период полувыведения 1 ч. Основной метаболит – β -(2-метоксифенокси)молочная кислота.

Все компоненты оказывают синергичное действие, потенцируя мукоцилиарный клиренс, регулируя секрецию менее вязкого БС, улучшая его реологические свойства, снижая избыточный тонус бронхов (рис. 2).

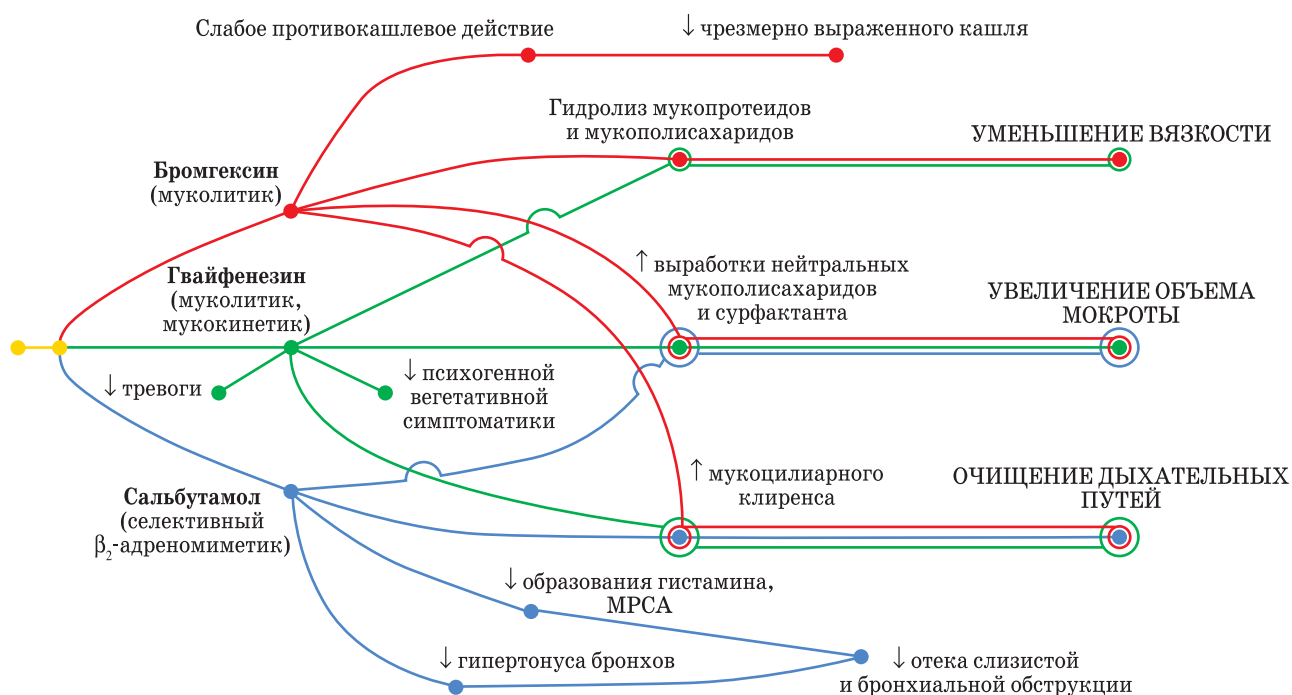


Рис. 2. Основные пути реализации эффектов Аскорила. Синергичное действие компонентов. МРСА – медленно реагирующая субстанция анафилаксии.

В результате происходит быстрое очищение ДП от измененного БС и уменьшение/прекращение кашля.

В состав сиропа Аскорил экспекторант входит как вспомогательное средство левоментол. Отсутствие левоментола в составе основных ингредиентов уравнивает по основным механизмам действия сироп и таблетки Аскорил. Следует, однако, отметить, что все известные нам и описываемые в данной статье исследования проводились с применением Аскорила в виде сиропа.

Левоментол – оказывает спазмолитическое действие, мягко стимулирует секрецию жидкой части БС, обладает антисептическими свойствами и восстанавливает функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки бронхов. Кроме того, оказывает противовоспалительное и местное смягчающее действие на воспаленную слизистую оболочку верхних ДП. Противомикробная активность проявляется неизбирательным поражением микробных клеток. Раздражающий (отвлекающий) эффект способствует снижению болевых ощущений. Местнораздражающее средство, оказывает коронародилатирующее рефлекторное, вентонизирующее, антиангинальное, анальгетическое и противовоспалительное местное действие. Эффект левоментола обусловлен в основном рефлекторными реакциями, связанными с раздражением чувствительных рецепторов слизистых оболочек ДП, и стимуляцией образования и высвобождения эндогенных биологически

активных веществ (энкефалинов, эндорфинов, пептидов, кининов), участвующих в регуляции болевых ощущений, проницаемости сосудов и других процессах, что обеспечивает его обезболивающее и отвлекающее действие при развитии воспалительных процессов в глотке при ОРВИ.

Таким образом, Аскорил экспекторант одновременно воздействует практически на все звенья патогенеза кашля, сопровождающегося образованием трудноотделяемого вязкого БС при острых и хронических бронхолегочных заболеваниях: ОБ, БА, ХБ/ХОБЛ, пневмонии, коклюше и др. Его применение приобретает особую актуальность в условиях, когда затруднено или невозможно проведение ингаляционной терапии.

По данным исследований по эффективности и безопасности препарата Аскорил экспекторант, проведенных в России и за рубежом, у пациентов с различными заболеваниями органов дыхания (ОБ, БА, ХБ/ХОБЛ, пневмония) была отмечена высокая эффективность препарата (78–96%) [7, 9–15]. Особенно четко этот эффект прослеживался у больных с обострениями ХОБЛ, что выражалось в достоверном улучшении бронхиальной проходимости, уменьшении интенсивности кашля, облегчении экспекторации мокроты [13]. Начало действия препарата зарегистрировано уже к концу первого дня приема. Как правило, не отмечалось серьезных побочных эффектов от приема препарата, у 6–8% пациентов наблюдались кратковременное сердцебиение и тремор рук при



Асманекс®
Твистхейлер® 400 мкг
(мометазона фуруат порошковый ингалятор)

Асманекс®
Твистхейлер® 200 мкг
(мометазона фуруат порошковый ингалятор)

- Эффективный контроль астмы при применении 1 раз в сутки¹
- Доставка оптимального размера частиц в дыхательные пути²
- Регистрация применения каждой дозы и исключение использования пустого ингалятора³
- Включен в перечни ЖНВЛП и ОНЛС⁴

ЖНВЛП — Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

ОНЛС — Обеспечение необходимыми лекарственными средствами

Ключевая информация по безопасности

Противопоказания: Детский возраст (до 12 лет). Повышенная чувствительность к компонентам препарата (мометазона фуруат и лактоза). С осторожностью: Активный или латентный туберкулез легких, грибковые, бактериальные или системные вирусные инфекции, герпетическое поражение глаз (Herpes simplex), беременность, период лактации. Побочные эффекты: Наиболее часто — кандидоз полости рта, фарингит, дисфония, головная боль. Редко: сухость во рту и в горле, диспепсия, прибавка массы тела, сердцебиение. При применении ИГКС для лечения астмы возможно развитие бронхоспазма и увеличение количества хрипов в легких сразу после ингаляции; могут возникать также системные побочные эффекты (особенно при применении в высоких дозах и в течение продолжительного времени). Эти эффекты включают в себя угнетение функции коры надпочечников, задержку роста у детей и подростков, деминерализацию костной ткани, глаукому, повышение внутриглазного давления, развитие катаракты.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем.

Данная информация предоставлена МСД в качестве информационной поддержки врачам.

Компания МСД не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

1. D'Urzo A. Mometasone furoate dry-powder inhaler for the control of persistent asthma. Expert Opin. Pharmacother. 2007; 8(16): 2871-2884.

2. Berger R., Berger W.E. Particle size and small airway effects of mometasone furoate delivered by dry powder inhaler. Allergy Asthma Proc. 2013; 34: 52-58.

3. Асманекс. Инструкция по применению, 2012.

4. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, на 2015 год.

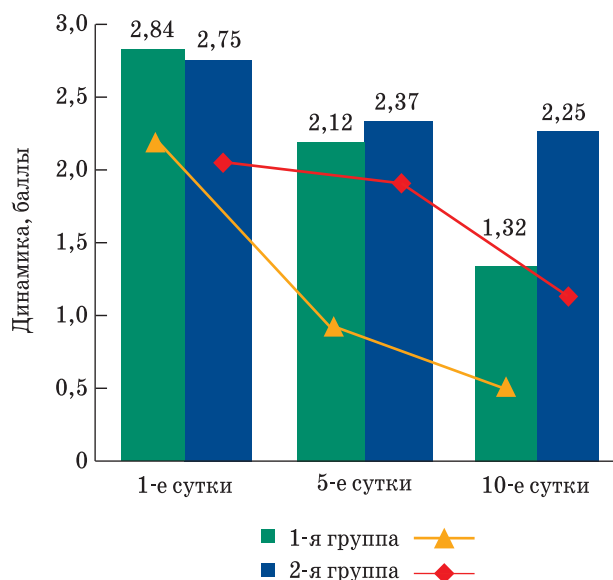


Рис. 3. Динамика количества мокроты и затруднения ее экспекторации (оранжевая и красная линии) у больных с нетяжелым обострением ХОБЛ [14].

приеме дозы 30 мл/сут, при снижении дозы препарата эти явления проходили [7, 13]. К тому же была отмечена фармакоэкономическая выгода использования Аскорила экспекторант в сравнении с комбинацией муколитика и бронхолитика [13].

Открытое сравнительное рандомизированное исследование по оценке клинической эффективности и безопасности применения комплексного препарата Аскорил экспекторант (“Гленмарк”, Индия) и стандартной терапии ОРВИ у курильщиков, протекающей с кашлем и явлениями гиперреактивности ДП, было проведено в марте-мае 2008 г. [7]. В исследование было включено 60 амбулаторных пациентов в возрасте от 23 до 72 лет, отобранных согласно критериям включения/исключения. Все пациенты получали лекарственные препараты, общепринятые при терапии ОРВИ (гриппа), – жаропонижающие, противовоспалительные средства, деконгестанты и т.д. Для назначения мукоактивных препаратов пациенты методом случайной выборки были рандомизированы в две группы: одна получала Аскорил экспекторант (группа А, 31 пациент), другая – стандартную терапию ОРВИ + любой из известных отхаркивающих или муколитических препаратов (бромгексин, ацетилцистеин, амброксол, растительные отхаркивающие средства и др.) (группа СТ, 29 пациентов).

Эффективность терапии оценивали на основании изучения динамики выраженности дневного и ночного кашля, характера и количества откашливаемой мокроты, затруднений при экспекторации. У больных группы А на фоне при-

ема Аскорила экспекторанта к 5–6-му дню степень выраженности, частота и интенсивность дневного кашля были достоверно ниже, чем у пациентов группы СТ, настолько, что примерно 70% больных самостоятельно прекратили прием препарата. В то же время более 80% больных группы СТ продолжали лечение 9–10 дней. Ночной кашель на фоне приема Аскорила экспекторанта прекратился уже в 1-е сутки, больные группы СТ страдали от ночного кашля гораздо дольше. Увеличение объема мокроты, облегчение экспекторации отметили почти все больные группы А (96,7%). И наконец, по сведениям, полученным от врачей поликлиники, ни один из пациентов группы А не предъявлял жалоб на развитие постинфекционного кашля. Таким образом, Аскорил облегчает течение ОРВИ, положительно влияя на динамику симптомов, а также защищает от перехода заболевания в затяжную и более тяжелую форму.

В открытом сравнительном исследовании (2007–2008 годы) оценивали клиническую эффективность применения двух схем бронхолитической и муколитической терапии у 49 больных с нетяжелым обострением ХОБЛ [14]. Больные были разделены на две группы: в 1-й группе ($n = 25$) пациенты получали комбинированный препарат Аскорил экспекторант по 10 мл 3 раза в день внутрь и ингаляции сальбутамола по потребности; во 2-й группе ($n = 24$) пациенты одновременно принимали два препарата – сальбутамол 600 мкг/сут (по 2 ингаляции 3 раза в день) и бромгексин 8 мг 3 раза в день, лечение проводилось в течение 10 дней. Оценка эффективности терапии проводилась по динамике клинических симптомов (кашель дневной и ночной, характер и количество мокроты, затруднения ее экспекторации (в баллах), выраженность одышки, динамика объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) и утренней пиковой скорости выдоха ($ПСВ_{утр}$), количество ингаляций сальбутамола по потребности).

У пациентов 1-й группы на фоне лечения статистически достоверно увеличились $ОФВ_1$ и $ПСВ_{утр}$, а 80% пациентов прекратили использовать сальбутамол по потребности, в то время как во 2-й группе все пациенты продолжали использовать 1–2 дополнительные ингаляции сальбутамола в день.

В результате лечения отмечено уменьшение интенсивности и частоты дневного и, особенно, ночного кашля в обеих группах. Эти изменения были достоверно более значительными в группе Аскорила экспекторанта. Количество отделяемой мокроты, ее цвет и затруднения экспекторации оставались более выраженными у пациентов



2-й группы (рис. 3). Так, 48% больных 1-й группы не предъявляли жалоб на затруднения экспекторации, 68% пациентов 1-й группы откашливали до 5 мл мокроты (1 балл), а у 48% пациентов мокрота была бесцветной. При этом во 2-й группе практически не отмечалось облегчения экспекторации мокроты, а также снижения ее количества и улучшения характера (см. рис. 3).

В 2011–2012 годах было проведено международное многоцентровое неинтервенционное исследование в поликлиниках и семейных врачебных амбулаториях Республики Казахстан (Астана, Алма-Ата, Караганда, Шымкент, Актюбинск) и поликлиниках Республики Узбекистан (Ташкент) [15].

В исследовании приняло участие 16 312 больных ОРВИ, ОБ, пневмонией, с обострениями ХБ, ХОБЛ, БА с наличием/усилением кашля и экспекторацией мокроты. Все взрослые больные и дети старше 12 лет принимали Аскорил экспекторант в дозе 10 мл 3 раза в день, дети в возрасте до 6 лет – в дозе 5 мл 3 раза в день, в возрасте 6–12 лет – в дозе 5–10 мл 3 раза в день. Эффективность терапии оценивали на основании динамики общего состояния пациентов, температуры тела, интенсивности кашля и объема мокроты, продолжительности приема препарата.

В Республике Казахстан в исследовании приняло участие 9312 пациентов в возрасте от 18 до 79 лет. Эффективность препарата можно оценить по продолжительности его приема при различных заболеваниях, сопровождающихся влажным продуктивным кашлем. Так, при ОРВИ ($n = 6345$) средняя продолжительность приема Аскорила экспекторанта составила $3,9 \pm 0,3$ дня, при ОБ ($n = 1998$) – $5 \pm 0,2$ дня, а при обострении ХБ/ХОБЛ ($n = 884$) – $7,3 \pm 0,9$ дня.

В Республике Узбекистан в исследовании приняло участие 7000 пациентов, в том числе 1349 детей (до 7 лет – 616 человек и от 7 до 16 лет – 733). Результаты использования Аскорила экспекторанта отдельно анализировались по таким критериям, как “тяжесть кашля” и “объем мокроты”, независимо от возраста пациента и диагноза. Применение Аскорила экспекторанта значительно изменило характер кашля, причем у 84% пациентов приступы кашля днем и у 82% ночью к концу лечения прекратились, а мокрота перестала выделяться у 94% пациентов.

Врачи на амбулаторном приеме заполняли специально разработанные для этого исследования анкеты, внося данные дважды – при назначении Аскорила экспекторанта и при его отмене. Врачи Узбекистана преимущественно отметили очень высокую эффективность препарата – зна-

чительное уменьшение кашля с 1-го дня его приема с полным прекращением кашля на 3-й день, отсутствие субъективных жалоб и нормализацию аускультативных данных.

Таким образом, Аскорил экспекторант в стандартных дозах является высокоэффективным симптоматическим мукоактивным препаратом для лечения продуктивного кашля. Большинство пациентов отмечают облегчение состояния, уменьшение выраженности дневного и ночного кашля в 1-е сутки лечения (84 и 82% соответственно). Большинство врачей (91%), назначавших Аскорил, оценивают этот препарат как высокоэффективный. После окончания лечения пациенты, как правило, не предъявляли жалоб на “постинфекционный кашель”. Применение препарата в стандартных дозах хорошо переносится больными и не сопровождается развитием нежелательных явлений.

Особый интерес представляет применение ФКМП при лечении острых респираторных инфекций ДП у детей. Следует отметить, что наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями имеет место у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы.

Особенностью острых респираторных инфекций детского возраста является частое развитие бронхообструктивного синдрома (БОС) с последующими рецидивами. Нарушение бронхиальной проходимости – одна из наиболее частых проблем в педиатрической практике. Причинами этого могут служить разнообразные факторы, но наиболее часто бронхиальная обструкция возникает при ОРВИ, которые в раннем возрасте могут быть значительно более важным фактором риска бронхиальной обструкции, чем атопия. Известно, что тяжелая вирусная инфекция может приводить к длительной бронхиальной обструкции у ранее здорового ребенка [16]. Предрасполагающими факторами развития БОС у детей раннего возраста являются анатомо-физиологические особенности строения ДП [17].

Учитывая разнообразие клинических симптомов и различную их выраженность, при лечении детей с ОРВИ используются препараты, воздействующие на различные компоненты патологического процесса. При наличии бронхиальной обструкции независимо от причин ее возникновения основными симптоматическими препаратами для лечения являются β_2 -агонисты короткого действия, которые могут назначаться как в виде ингаляций, так и перорально [16]. К современным тенденциям относится применение комбинированных препаратов разнонаправленного, но взаимодополняющего действия. У детей



Таблица 2. Эффективность и безопасность применения фиксированной комбинации мукоактивных препаратов (сальбутамол + бромгексин + гвайфенезин)* при лечении кашля у детей

Источник	Группа пациентов	Препараты сравнения	Результаты лечения	
			основная группа	группа сравнения
Мещеряков В.В. и др., 2003 [19]	60 детей (5–15 лет) с легкими/средней тяжести обострениями БА	(Сальбутамол + бромгексин + гвайфенезин)* vs1 сальбутамол + бромгексин vs2 плацебо	Бронхолитическое действие	
			Ко 2–4-му дню	vs1 – к 5–6-му дню vs2 – к 7–8-му дню
Коршунова Е.В., Сорока Н.Д., 2009 [17]	29 детей (3–16 лет) с ОПБ, ООБ, пневмониями, осложненными БОС	(Сальбутамол + бромгексин + гвайфенезин)*	Бронхолитическое действие	
			Ко 2–4-му дню	–
			Улучшение отхождения мокроты	
			Ко 2–4-му дню	–
			Обратная динамика аускультативных данных	
			Ко 2–4-му дню	–
			Улучшение показателей ФВД	
Геппе Н.А. и др., 2009 [18]	65 детей (2–10 лет) с ОРВИ	(Сальбутамол + бромгексин + гвайфенезин)* vs бромгексин: 7–10 дней	Уменьшение дневного кашля	
			К 3–4-му дню	К 6–7-му дню
			Уменьшение ночного кашля	
			К 4–5-му дню	К 7–8-му дню
			Улучшение отхождения мокроты	
Геппе Н.А. и др., 2010 [20]	40 детей (2–5 лет) с ОРВИ	(Сальбутамол + бромгексин + гвайфенезин)*: 7–10 дней	Ко 2–3-му дню	К 4–5-му дню
			Уменьшение дневного кашля	
			К 3–4-му дню	–
			Уменьшение ночного кашля	
			К 4–5-му дню	–
			Улучшение отхождения мокроты	
			В 93% случаев на 2–3-й день	–
			Положительная динамика одышки, количества мокроты	
			К 3–4-му дню	–

* Аскорил экспекторант (“Гленмарк”, Индия).
Примечание. Нежелательных явлений ни в одном исследовании не отмечено.
Обозначения: ООБ – острый обструктивный бронхит, ОПБ – острый простой бронхит, РБ – рецидивирующий бронхит, ФВД – функция внешнего дыхания.

раннего возраста при тяжелой и среднетяжелой обструкции продемонстрирована эффективность ингаляционного применения комбинации бронхолитика и муколитика. Возможно добавление к этой комбинации ингаляционного глюкокортикоидов [18].

Однако в педиатрической практике ингаляционный путь применения препаратов не всегда возможен. Затруднения в выполнении дыхательного маневра у детей раннего возраста (особенно до 3–5 лет), необходимость покупки спейсеров, небулайзеров, дороговизна средств доставки служат препятствиями к использованию этого вида лечения [17]. При этом немалое значение имеет и необходимость приема нескольких мукоактивных препаратов в дополнение к бронхолитикам. Назначение сложных комбинаций терапии снижает комплайнс у детей и родителей.

В табл. 2 представлены результаты ряда открытых сравнительных исследований, которые

проводили педиатры с применением известного ФКМП (Аскорила экспекторанта) [17–20].

Следует отметить, что ни в одном исследовании во время приема препарата не было отмечено нежелательных явлений. Это свидетельствует о высокой безопасности ФКМП [17–20].

Таким образом, ФКМП одновременно воздействует практически на все звенья патогенеза острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся образованием трудноотделяемого вязкого БС: ОРВИ, трахеобронхита, ОБ и ХБ, БА, пневмонии и др.

Применение ФКМП позволяет уменьшить количество одновременно принимаемых препаратов, а минимальные концентрации действующих веществ в их составе позволяют снизить и риск развития нежелательных явлений. Пероральный прием ФКМП приобретает особую актуальность в условиях, когда невозможно проведение ингаляционной терапии.

Эффективная терапия кашля при ОРВИ* у детей и взрослых^{1,3}

АСКОРИЛ®



* Острая респираторная вирусная инфекция

1. Н. А. Геппе, Н. А. Селиверстова, В. С. Малышев, Н. Г. Машукова, Н. Г. Колосова. Причины бронхиальной обструкции у детей и направления терапии. РМЖ № 22, 2011, 1371-1374.
2. А. А. Зайцев, С. В. Оковитый. Кашель: дифференциальный диагноз и рациональная фармакотерапия. Терапевтический архив № 12, 2014, 1450-1457.
3. И. Л. Клячкина. Лечение кашля при ОРВИ и гриппе. РМЖ № 1, 2012, 278-285.
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Аскорил®.

Краткая инструкция по применению препарата Аскорил®

Торговое название препарата: Аскорил экспекторант/Аскорил. Фармакотерапевтическая группа: отхаркивающее комбинированное средство. Лекарственная форма: сироп 100 и 200 мл, таблетки № 10, № 20, № 50. Состав: сальбутамола сульфат: 2 мг, бромгексина гидрохлорид: 4 мг (в таблетке 8 мг), гвайфенезин 100 мг. Фармакологические свойства: оказывает бронхолитическое, отхаркивающее и муколитическое действие. Предупреждает или устраняет спазм бронхов, снижает сопротивление в дыхательных путях, увеличивает жизненную емкость легких. Активирует реснички мерцательного эпителия, снижает вязкость мокроты, увеличивает ее объем. Показания к применению: в составе комбинированной терапии острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся образованием трудноотделяемого вязкого секрета, трахеобронхит, обструктивный бронхит. Противопоказания: тахикардия, нарушения ритма сердца, повышенная чувствительность к компонентам препарата, таблетки — детский возраст до 6 лет. Особые указания: в период беременности применять не рекомендуется. Побочное действие: головная боль, головокружение, нарушение сна, тремор. Рег. уд. сироп: ПН № 015290/01. Рег. уд. таблетки: ЛСР № 003332/09.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной медицинской инструкцией по применению.



Список литературы

1. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. М., 2012.
2. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Кашель. М., 2013.
3. Morice A.H. et al.; British Thoracic Society Cough Guideline Group // *Thorax*. 2006. V. 61. Suppl. 1. P. i1.
4. Braman S.S. // *Chest*. 2006. V. 129. Suppl. 1. P. 138S.
5. Бартлетт Дж. Инфекции дыхательных путей. Пер. с англ. М., 2000.
6. Зайцев А.А., Синопальников А.И. // *Рус. мед. журн.* 2008. № 22. С. 1494.
7. Клячкина И.Л. // *Воен.-мед. журн.* 2009. № 7. С. 40.
8. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. // *Справ. поликлин. врача.* 2011. № 12. С. 23.
9. Prabhu Shankar S. et al. // *J. Indian Med. Assoc.* 2010. V. 108. P. 313, 316, 320.
10. Ainapure S.S. et al. // *J. Indian Med. Assoc.* 2001. V. 99. P. 111, 114.
11. Jayaram S., Desai A. // *J. Indian Med. Assoc.* 2000. V. 98. P. 68.
12. Федосеев Г.Б. и др. // *Нов. СПб. врач. ведомости.* 2002. № 1(19). С. 69.
13. Федосеев Г.Б. и др. // *Нов. СПб. врач. ведомости.* 2002. № 2(20). С. 64.
14. Клячкина И.Л., Дмитриев Ю.К. // *Клин. мед.* 2012. № 3. С. 69.
15. Нургажин Т.С. и др. // *Клин. мед.* 2013. № 6. С. 50.
16. Геппе Н.А. и др. // *Рус. мед. журн.* 2011. Т. 19. № 22. С. 1371.
17. Коршунова Е.В., Сорока Н.Д. // *Terra Medica Nova. Педиатрия.* 2009. № 4–5. С. 17.
18. Геппе Н.А. и др. // *Вопр. практ. педиатр.* 2009. № 4. С. 20.
19. Мещеряков В.В. и др. // *Педиатрия.* 2003. № 6. С. 68.
20. Геппе Н.А. и др. // *Вопр. практ. педиатр.* 2010. № 5. С. 89.