

Рецидивирующий бронхит у детей: дискуссионные вопросы диагностики и лечения

6-7 апреля 2017 г. в г. Киеве при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины, Государственного учреждения (ГУ) «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Ассоциации педиатров Украины и общественной организации «Движение за здоровье нации» состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы и практические аспекты детской пульмонологии и аллергологии: стандарты медицинской помощи». В рамках этого профессионального форума обсуждался широкий спектр вопросов современной детской пульмонологии и аллергологии. Традиционно в центре внимания специалистов находилось рассмотрение практических нюансов ведения детей с таким распространенным респираторным заболеванием, как острый бронхит (ОБ), – этой тематике было посвящено отдельное пленарное заседание. Следует отметить, что недавно в Украине была разработана и принята новая клиническая классификация этого заболевания, которая отражает изменения, произошедшие в последние десятилетия в понимании патофизиологии и течения ОБ, и, безусловно, заслуживает пристального внимания всех практикующих педиатров. В частности ведущие отечественные эксперты предлагают сохранить в ней термин «рецидивирующий бронхит» для обозначения заболевания бронхов с повторением ОБ 2-3 раза в год на протяжении 1-2 лет на фоне острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) без признаков бронхообструкции.

Значительный интерес участников конференции вызвал доклад, посвященный дискуссионным вопросам диагностики и лечения рецидивирующего бронхита у детей, подготовленный группой авторов под руководством академика НАМН Украины, директора ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», президента Ассоциации педиатров Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Геннадиевича Антипкина и представленный главным внештатным специалистом МЗ Украины по специальности «Детская пульмонология», руководителем научной группы по проблемам аллергии и иммунореабилитации детей отделения заболеваний органов дыхания и респираторных аллергозов у детей ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктором медицинских наук, профессором Владимиром Федоровичем Лапшиным.

Новая клиническая классификация ОБ была рекомендована в октябре 2016 г. резолюцией XIII Съезда педиатров Украины (таблица). Из нее исключены понятия «острый облитерирующий бронхит» и «рецидивирующий обструктивный бронхит», а вместо них предложено использовать термины «острый бронхиолит» и «рецидивирующий бронхит» соответственно.

Длительные клинические наблюдения и научные исследования, проведенные на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», показали, что рецидивирующий бронхит – это особая нозологическая единица, которая требует внимательного подхода со стороны педиатров и врачей общей практики, поскольку является фактором риска последующего развития ряда хронических заболеваний органов дыхания. Распространенность рецидивирующего бронхита довольно высока: 2,5 на 1000 детей. Это заболевание диагностируют примерно у 3% детей в возрасте до 3 лет, и его частота закономерно возрастает в старшем дошкольном и школьном возрасте.

Что же касается исходов рецидивирующего бронхита, то они не всегда однозначны: во многих случаях (70-80%) наступает спонтанное выздоровление, однако у некоторых детей он может трансформироваться в бронхиальную астму или выступать переходной формой к развитию хронического бронхита.

В настоящее время выделяют следующие основные критерии диагностики рецидивирующего бронхита:

- Повторяемость симптомов острого простого бронхита – 3 раза в год и более;
- Длительность периода обострения – 2 недели и более;
- Отсутствие внешних признаков бронхоспазма, бронхообструкции, дыхательной недостаточности;
- Повышение температуры тела до субфебрильной;
- Среди клинических признаков – длительное доминирование разного по характеру кашля;
- Общее состояние удовлетворительное;
- Перкуторный тон над легкими не изменен, может быть укороченным в прикорневом участке;
- Аускультативно дыхание может быть жестким, с присутствием какого-либо вида хрипов, разных по характеру и локализации;

- Длительность кашля больше, чем длительность сохранения хрипов в легких;

- Рентгенологически отмечается расширение корней легких, усиление бронхо-сосудистого рисунка без инфильтративных изменений.

Следует отметить, что при обследовании детей с рецидивирующим бронхитом нередко допускаются диагностические ошибки. В частности, это заболевание не всегда диагностируют вовремя, а в ряде случаев – наоборот имеет место его гипердиагностика на начальном этапе обследования. По данным нашего исследования, проведенного на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», у части детей, поступающих с диагнозом «рецидивирующий бронхит», после углубленного клинико-лабораторного обследования были выявлены такие заболевания, как бронхиальная астма, врожденные аномалии трахеобронхиального дерева, муковисцидоз, первичный иммунодефицит, аспирационный синдром (на фоне гастроэзофагеального рефлюкса и ахалазии кардии) и даже такая редкая патология, как первичный хронический бронхит.

Поскольку эпизоды рецидивирующего бронхита развиваются на фоне ОРВИ, в этиопатогенезе этого заболевания важнейшее значение отводится респираторным вирусам, а также бактериальным патогенам. Запоздалый «старт» иммунной системы, особенно характерный для детей раннего возраста, а также известные анатомо-физиологические особенности респираторного тракта у детей способствуют персистенции возбудителей и формированию недостаточности мукоцилиарной и сурфактантной системы. В результате этого в слизистой оболочке бронхов создаются условия для поддержания воспалительного процесса, который, в свою очередь, приводит к изменению количества и реологических свойств мокроты, а также к нарушению дренажной функции бронхов.

Следует отметить, что именно нарушение мукоцилиарного клиренса является ключевым механизмом, способствующим рецидивированию бронхита.

Наши клинические исследования подтверждают, что нарушение мукоцилиарного клиренса у детей с рецидивирующим бронхитом сопровождается изменениями вязкости и эластичности бронхиального секрета, усилением



В.Ф. Лапшин

секреторной функции бронхиальных желез и бокаловидных клеток, изменением соотношения нейтральных и кислых гликопротеидов мокроты и как следствие – приводит к развитию мукостаза, еще более усугубляющего имеющиеся нарушения функции реснитчатого эпителия бронхов. Нами установлено, что у детей с рецидивирующим бронхитом даже в период ремиссии имеют место нарушения клеточного состава индуцированной мокроты. В частности, у них отмечаются такие цитоморфологические изменения, как коррелирующее с бактериальной колонизацией мокроты увеличение количества эффекторных клеток (нейтрофилы, лимфоциты, эозинофилы), снижение активности макрофагальных реакций, значимое увеличение количества дистрофически измененных клеток реснитчатого эпителия бронхов. Кроме того, у детей с рецидивирующим бронхитом имеет место нарушение показателей местного иммунитета: снижение уровня секреторного иммуноглобулина (Ig) А и лизоцима в слюне. Все эти патологические изменения нарушают защитные свойства бронхиального дерева, приводят к ухудшению дренажной функции бронхов и в итоге способствуют рецидивированию воспалительного процесса. О роли в патогенезе рецидивирующего бронхита инфекционно-аллергического воспаления свидетельствуют результаты проведенных нами спирографических исследований (с выполнением пробы с ацетилхолином), которые продемонстрировали, что скрытый бронхоспазм имеет место у 31% детей с данной патологией, а обструктивный тип вентиляционной недостаточности – у 21%.

С учетом указанных этиопатогенетических механизмов формирования рецидивирующего бронхита у детей основные задачи лечения заключаются в обеспечении эвакуации бронхиального секрета, подавлении воспаления, борьбе с вирусной и бактериальной инфекцией, а также в устранении бронхоспазма (при его наличии).

Важнейшим фактором, определяющим прогноз течения заболевания, является рациональный выбор стартовой терапии на первичном этапе оказания медицинской помощи. Поскольку основным клиническим симптомом рецидивирующего бронхита является длительно сохраняющийся кашель, педиатрам и врачам общей практики необходимо уметь правильно оценить его характер и придерживаться современных рекомендаций по его лечению. В Украине это регламентировано положениями Клинического руководства «Кашель» (2015), в основу которого положены современные зарубежные рекомендации, в частности – соответствующие руководства Американского общества специалистов в области торакальной медицины (АТС) и Европейского респираторного общества (ЕРС). В этом документе подчеркивается, что для правильного лечения кашля обязательно необходимо учитывать фармакологические характеристики противокашлевых средств. Сегодня на фармацевтическом рынке Украины в широком ассортименте представлены противокашлевые средства различных групп: препараты, стимулирующие отхаркивание, муколитики, мукорегуляторы, мукогидранты, бронхоройки, а также комбинированные препараты. Необходимо помнить, что в начале острого воспалительного процесса в бронхах, сопровождающегося сухим кашлем, показаны препараты, стимулирующие секрецию мокроты, при непродуктивном влажном кашле – препараты, разжижающие мокроту, а при продуктивном кашле – мукорегуляторы, нормализующие слизеобразование и состав секрета.

Таблица. Новая клиническая классификация бронхитов у детей, принятая на XIII Съезде педиатров Украины

Формы бронхита	Группы бронхитов	Характер воспаления	Период течения
Острый простой Острый обструктивный Острый бронхиолит Рецидивирующий Хронический	Первичный Вторичный	Катаральный Катарально-гнойный Атрофический	Обострение Ремиссия

 В последние годы все более широкое применение в амбулаторной педиатрической практике находят именно комбинированные противокашлевые препараты, в состав которых включено сразу несколько действующих веществ с различными механизмами действия, облегчающими выведение мокроты из бронхов. Бесспорным преимуществом комбинированных противокашлевых препаратов является сочетание отхаркивающих, муколитических и противовоспалительных свойств — благодаря этому они обеспечивают одновременное воздействие практически на все основные звенья патогенеза кашля.

Возможность применения одного препарата вместо нескольких крайне важна в педиатрической практике, поскольку позволяет свести к минимуму кратность приема лекарств ребенком. Благодаря тщательно подобранному составу активных компонентов и их доз современные комбинированные противокашлевые препараты характеризуются высоким профилем безопасности. Именно таким лекарственным средством, хорошо зарекомендовавшим себя в отечественной педиатрической практике, является сироп Аскорил Экспекторант. В его состав входит три действующих вещества: сальбутамол сульфат (2 мг/10 мл), бромгексина гидрохлорид (4 мг/10 мл) и гвайфенезин (100 мг/10 мл). Сальбутамол обеспечивает расслабление гладких мышц бронхов, что особо важно при скрытом бронхоспазме, а также улучшает мукоцилиарный транспорт и препятствует высвобождению медиаторов воспаления. Бромгексин стимулирует активность ресничек эпителия бронхов, расщепление мукополисахаридных связей мокроты, стимулирует синтез сурфактанта и потенцирует эффект антибиотиков. Гвайфенезин, помимо улучшения мукоцилиарного транспорта, рефлекторно стимулирует выделение жидкой части бронхиального секрета и снижает адгезивные свойства мокроты.

 Таким образом, активные компоненты препарата Аскорил Экспекторант обеспечивают бронхолитическое, мукокинетическое и муколитическое действие, а также дополнительный эффект экспекторации, что в комплексе обуславливает целесообразность его использования в качестве средства стартовой терапии респираторной патологии (в том числе – рецидивирующего бронхита) у детей с 2-летнего возраста на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи.

Эффективность и безопасность препарата Аскорил Экспекторант подтверждается данными литературы, результатами соответствующих клинических исследований и многолетним опытом успешного клинического применения. Так, наш клинический опыт применения препарата Аскорил Экспекторант насчитывает уже более 10 лет, а его эффективность и безопасность оценена в ходе клинических наблюдений, в том числе у детей с рецидивирующим бронхитом как в период обострения, так и в период ремиссии. Помимо стандартных методов клинико-лабораторного обследования детей с рецидивирующим бронхитом, мы также проводили исследование функции внешнего дыхания, цитоморфологическое, бактериологическое и вирусологическое исследования индуцированной мокроты, оценивали показатели иммунограммы и факторы местного иммунитета (секреторный IgA, лизоцим). О клинической эффективности лечения детей с рецидивирующим бронхитом препаратом Аскорил Экспекторант убедительно свидетельствовала быстрая положительная динамика частоты и характера кашля, оценивавшаяся по балльной шкале. Результаты цитоморфологического исследования индуцированной мокроты на фоне лечения сиропом Аскорил Экспекторант продемонстрировали благоприятные изменения ее клеточного состава: уменьшение количества эффекторных клеток, снижение активности эозинофильного воспаления и повышение активности макрофагальных реакций. У детей с рецидивирующим бронхитом также выявлено положительное влияние терапии препаратом Аскорил Экспекторант на состояние местного иммунитета (отмечено повышение уровней секреторного IgA и лизоцима в слюне) и микробный спектр (снижение обсемененности бронхов *Streptococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumonia*). За счет бронходилатирующего действия сальбутамола терапия сиропом

Аскорил Экспекторант ожидаемо приводила к устранению скрытого бронхоспазма. В комплексе реализация всех перечисленных терапевтических эффектов препарата Аскорил Экспекторант обеспечивала более быстрое выздоровление детей.

Интересным аспектом выполненного нами клинического наблюдения эффективности препарата Аскорил Экспекторант стало изучение внутренней картины болезни (то есть механизмов психологической адаптации личности к болезни) у детей с рецидивирующим бронхитом, а также влияния лечения на их психологическое состояние и качество жизни. Динамика психогаммы у детей с рецидивирующим бронхитом, которые получали комплексную терапию с включением сиропа Аскорил Экспекторант, показала, что на фоне его приема соматическая картина болезни нормализовалась быстрее, чем у детей группы сравнения, получавших амброксол. Помимо улучшения психологической адаптации детей к болезни, на фоне лечения препаратом Аскорил Экспекторант нами также зафиксировано улучшение показателей качества жизни пациентов.

Таким образом, эпизоды рецидивирующего бронхита у детей характеризуются воспалительными изменениями в слизистой оболочке бронхов, ослаблением факторов местной защиты, легкими обструктивными нарушениями и скрытым бронхоспазмом, а также

цитоморфологическими изменениями клеточного состава индуцированной мокроты (в первую очередь — увеличением количества основных эффекторных клеток и дистрофией реснитчатого эпителия).

 **Применение в качестве средства стартовой терапии** комбинированного препарата Аскорил Экспекторант положительно влияет на клиническое течение рецидивирующего бронхита у детей и ускоряет выздоровление, что обусловлено его нормализующим влиянием на мукоцилиарный клиренс, неспецифические факторы местной иммунной защиты слизистой оболочки бронхов, а также мукокинетическим и непрямым противовоспалительным эффектом.

Высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость препарата Аскорил Экспекторант, подтвержденная результатами проведенных на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» наблюдений и многолетним опытом клинического применения, позволяют рекомендовать его для широкого применения в практике педиатров и семейных врачей, прежде всего, на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи детям с респираторной патологией.

Подготовили **Марина Титомир** и **Елена Терещенко**



АСКОРІЛ®

Комбінований засіб,
що застосовується при кашлю
та застудних захворюваннях



ПРЕПАРАТ РОКУ 2014



СКОРОЧЕНІ ІНСТРУКЦІЇ для медичного застосування препаратів

акосорі екстракт (ASCORIL EXTRACTOR), Львівська фірма. Сироп. **Склад:** *жовті розчини*: 10 мл містить сальбутамолу сульфату еквівалентно 2 г сальбутамолу, гідроксид парохлориду 40 мг, гваїфенезину 100 мг, ментолу 1 мг, допоміжні речовини: сахароза, натрію бензоат (Е 211), лимонної кислоти моногідрат, розчин сорбітолу 70 г (Е 420), гліцерин, пропілгліколі, мислота сорбінова, смакові домішки анастас та смородинової кислоти Е 12158, барвник жовтий жовтий FCF (Е 110), вода очищена. **Показання:** Симптоматична терапія при захворюваннях дихальних шляхів, що супроводжуються бронхоспазмом та утворенням в'язкого секрету, що важко відділяється; при трахеобронхіті, хронічному обструктивному захворюванні легень, бронхіальній астмі, еміфиземі легень. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, броміду, гваїфенезину та до допоміжних речовин препарату. **Применення:** Дітям віком від 12 років по 1 чайній ложці 3 рази на день. Тривалість лікування визначається лікарем індивідуально. **Побічні реакції:** 3-гоку мусної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, сформірагенний набряк, синдром Лайелла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя. 3-гоку травного тракту: диспепсія, нудота, блювання, діарея, біль у животі, застосування виразкової хвороби шлунка/виразки кишечника, гастрит, неприємний присмак у роті. 3-гоку нервової системи: тремор, мігрені, головний біль, гіперактивність, дислексія, запам'ятовування, неспокій, безсоння, парестезія розгрітості. 3-гоку серцево-судинної системи: тахікардія, периферична вазодилатація, порушення серцевого ритму, високочастотна фібриляція, парасинусна тахікардія та екстрасистоли; потенція або зменшення швидкості серцебиття. 3-гоку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамол може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. **Ніш:** судомі, жовті, відцідити туди у м'язі: гіпертермія, озноб, мідріаз, атонія сечового міхура, підвищена пітливість, тромбоцитопенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія. У деяких пацієнтів може розвинутися транзиторне підвищення рівня аміотрансфераз у крові, спринчене броміконом. Метилпарагідроксифенілол (Е 216) може спричинити алергічні реакції (кошмар, уповільнення). **Категорія вилучення:** За речотом. **Виробник:** Генмакар Фармацевтичальна ПП, Сторожинська, Львівська область, Україна. **Місцевий розповсюдник:** Сторожинська, Львівська область, Україна. **Рестрація посвідчення:** № UA18/07/01/18 26.07.2013 по 26.07.2018 АСКОРІЛ (ASCORIL) Львівська фірма. Таблетки. **Склад:** *жовті розчини*: 1 таблетка містить сальбутамолу сульфату еквівалентно сальбутамолу 2 мг, броміду парохлориду 80 мг, гваїфенезину 100 мг, допоміжні речовини: аскорбіл дигідрофосфат, кромаль кукурудзяний, метилпарагідроксифенілол (Е 216), пропілпарагідроксифенілол (Е 216), таналь, кремнію діоксид колоїдний безводний, магію стеаринової кислоти. **Показання:** Симптоматичне лікування продуктивного кашлю при різних захворюваннях органів дихання, що супроводжуються бронхоспазмом. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, броміду, гваїфенезину та до будь-якого з інших компонентів препарату. Коронарна недостатність, аритмія, інші тяжкі серцево-судинні захворювання, гіпертермія, тяжкі порушення функцій печінки, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. **Применення:** Дітям віком від 12 років по 1 таблетці 3 рази на день. Тривалість лікування визначається лікарем індивідуально. **Побічні реакції:** 3-гоку мусної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, сформірагенний набряк, синдром Лайелла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя. 3-гоку травного тракту: диспепсія, нудота, блювання, діарея, біль у животі, застосування виразкової хвороби шлунка/виразки кишечника, гастрит, неприємний присмак у роті. 3-гоку нервової системи: тремор, мігрені, головний біль, гіперактивність, дислексія, запам'ятовування, неспокій, безсоння, парестезія розгрітості. 3-гоку серцево-судинної системи: тахікардія, периферична вазодилатація, порушення серцевого ритму, високочастотна фібриляція, парасинусна тахікардія та екстрасистоли; потенція або зменшення швидкості серцебиття. 3-гоку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамол може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. **Ніш:** мислам, судомі, жовті, відцідити туди у м'язі: гіпертермія, озноб, мідріаз, атонія сечового міхура, підвищена пітливість, гіперлікемія, тромбоцитопенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія. У деяких пацієнтів може розвинутися транзиторне підвищення рівня аміотрансфераз у крові, спринчене броміконом. Метилпарагідроксифенілол (Е 216) може спричинити алергічні реакції (кошмар, уповільнення). **Категорія вилучення:** За речотом. **Виробник:** Генмакар Фармацевтичальна ПП, Сторожинська, Львівська область, Україна. **Місцевий розповсюдник:** Сторожинська, Львівська область, Україна. **Рестрація посвідчення:** № UA18/07/01/18 26.07.2013 по 26.07.2018 АСКОРІЛ (ASCORIL) Львівська фірма. Таблетки. **Склад:** *жовті розчини*: 1 таблетка містить сальбутамолу сульфату еквівалентно сальбутамолу 2 мг, броміду парохлориду 80 мг, гваїфенезину 100 мг, допоміжні речовини: аскорбіл дигідрофосфат, кромаль кукурудзяний, метилпарагідроксифенілол (Е 216), пропілпарагідроксифенілол (Е 216), таналь, кремнію діоксид колоїдний безводний, магію стеаринової кислоти. **Показання:** Симптоматичне лікування продуктивного кашлю при різних захворюваннях органів дихання, що супроводжуються бронхоспазмом. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, броміду, гваїфенезину та до будь-якого з інших компонентів препарату. Коронарна недостатність, аритмія, інші тяжкі серцево-судинні захворювання, гіпертермія, тяжкі порушення функцій печінки, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. **Применення:** Дітям віком від 12 років по 1 таблетці 3 рази на день. Тривалість лікування визначається лікарем індивідуально. **Побічні реакції:** 3-гоку мусної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, сформірагенний набряк, синдром Лайелла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя. 3-гоку травного тракту: диспепсія, нудота, блювання, діарея, біль у животі, застосування виразкової хвороби шлунка/виразки кишечника, гастрит, неприємний присмак у роті. 3-гоку нервової системи: тремор, мігрені, головний біль, гіперактивність, дислексія, запам'ятовування, неспокій, безсоння, парестезія розгрітості. 3-гоку серцево-судинної системи: тахікардія, периферична вазодилатація, порушення серцевого ритму, високочастотна фібриляція, парасинусна тахікардія та екстрасистоли; потенція або зменшення швидкості серцебиття. 3-гоку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамол може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. **Ніш:** мислам, судомі, жовті, відцідити туди у м'язі: гіпертермія, озноб, мідріаз, атонія сечового міхура, підвищена пітливість, гіперлікемія, тромбоцитопенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія. У деяких пацієнтів може розвинутися транзиторне підвищення рівня аміотрансфераз у крові, спринчене броміконом. Метилпарагідроксифенілол (Е 216) може спричинити алергічні реакції (кошмар, уповільнення). **Категорія вилучення:** За речотом. **Виробник:** Генмакар Фармацевтичальна ПП, Сторожинська, Львівська область, Україна. **Місцевий розповсюдник:** Сторожинська, Львівська область, Україна. **Рестрація посвідчення:** № UA18/07/01/18 26.07.2013 по 26.07.2018 АСКОРІЛ (ASCORIL) Львівська фірма. Таблетки. **Склад:** *жовті розчини*: 1 таблетка містить сальбутамолу сульфату еквівалентно сальбутамолу 2 мг, броміду парохлориду 80 мг, гваїфенезину 100 мг, допоміжні речовини: аскорбіл дигідрофосфат, кромаль кукурудзяний, метилпарагідроксифенілол (Е 216), пропілпарагідроксифенілол (Е 216), таналь, кремнію діоксид колоїдний безводний, магію стеаринової кислоти. **Показання:** Симптоматичне лікування продуктивного кашлю при різних захворюваннях органів дихання, що супроводжуються бронхоспазмом. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, броміду, гваїфенезину та до будь-якого з інших компонентів препарату. Коронарна недостатність, аритмія, інші тяжкі серцево-судинні захворювання, гіпертермія, тяжкі порушення функцій печінки, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. **Применення:** Дітям віком від 12 років по 1 таблетці 3 рази на день. Тривалість лікування визначається лікарем індивідуально. **Побічні реакції:** 3-гоку мусної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, сформірагенний набряк, синдром Лайелла; рідко при пероральному застосуванні с

* – за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Панacea 2014» у групі R 05C A АСКРІЛ ЕКСПЕКТОРАЛ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютикалс ЛТД., у АСКРІЛ посів першу позицію у номінації «Препарат року».

