

ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ ПРИ ГОСТРОМУ БРОНХІТІ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Національна медична академія післядипломної освіти імені Л. П.
Шупика
Кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги
Матюха Л. Ф., Титова Т. А., Тиш О.Б

Стаття розрахована на лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які проводять лікування гострого бронхіту в амбулаторних умовах.

Вступ. Відомо, що кашель є одним з найпоширеніх симптомів, який за класифікацією звернень ІСРС 2 кодується як (R71). Він займає п'яте місце серед причин, які змушують пацієнта звернутися до сімейного лікаря, а серед симптомів, обумовлених патологією респіраторної системи займає перше місце. Офіційна медична статистика свідчить, що в Україні близько 26 % населення працездатного віку хворіють на бронхо-легеневі захворювання, що обумовлює не тільки економічну, а і медичну значимість даної проблеми. Серед таких захворювань є і гострий бронхіт, початок розвитку якого часто пов'язаний з гострими респіраторними вірусними інфекціями. Від сімейного лікаря залежить вчасна діагностика і проведення ефективного лікування для уникнення хронізації процесу, найскорішого відновлення якості життя та працездатності пацієнта.

Але не завжди простим завданням для лікарів первинної ланки є вирішення клінічної проблеми не тільки діагностичної а і фармакотерапевтичної.

У патогенезі гострого бронхіту розрізняють 2 стадії. Перша стадія розвивається внаслідок прямої дії екзогенних збудників на епітелій слизової оболонки дихальних шляхів, яка призводить до активації медіаторів запалення: цитокінів, утворення метаболітів арахідонової кислоти (простагландинів, лейкотриєнів), і через 1-5 днів приєднуються ознаки загальної інтоксикації (гарячка, нездужання, біль у грудях, у м'язах, кашель). При другій стадії формується гіперчутливість бронхів,

яка посилює кашель та може триматися близько трьох тижнів. У розвитку гострого бронхіту грають велику роль такі місцеві патофізіологічні механізми, як активація α -адренорецепторів, H_1 -гістамінових рецепторів, зниження активності β -адренорецепторів. На цьому тлі відбувається збій захисних функцій респіраторної системи, зокрема процесів терморегуляції і зволоження повітря, яке вдихає пацієнт, рефлексів кашлю і порушення мукоциліарного транспорту. Першою реакцією на подразнення є стимуляція α_1 -адренорецепторів, які розташовані на слизових оболонках, першими реагують екзогенні чинники і мають захисний характер. В подальшому перебігу змінюється кількість та якість секрету; порушується співвідношення лізоциму, білка, зростання вмісту глікопротеїнів, що призводить до підвищення в'язкості секрету, збільшення його адгезивності, зниження функції війок миготливого епітелію та бактерицидного потенціалу. Зміна структури мокротиння стає сприятливим середовищем для росту патогенних мікроорганізмів, що теж призводить до порушення дренажної функції бронхів.

Наслідком запалення слизової оболонки на тлі зміни секреції є набряк підслизового шару, спазмування м'язового шару, що проявляється звуженням діаметру бронхів. Отже, лікування кашлю при гострому бронхіті важливо проводити лікарськими засобами, які діють на всі патофізіологічні ланки розвитку запального процесу.

Існує велика кількість протикашльових препаратів, які впливають на частоту, інтенсивність і характер кашлю. Разом з тим, не усі препарати мають достатню доказову базу для ефективного і безпечного застосування у клінічній практиці. Крім доведеного ефекту групи опіюїдних засобів, існують клінічні дані щодо позитивного впливу бромгексину та ацетилцистеїну при кашлі, пов'язаному з впливом інфекційних агентів на дихальні шляхи пацієнта.

Бромгексин - муколітичний засіб, який має віхаркуючу і протикашльову

дію, завдяки деполімеризації і руйнації мукопротеїнів і мукополісахаридів в мокротинні. Препарат також знижує адгезивність мокротиння, сприяє відхаркуванню, що призводить до покращення дихання.

Гвайфенезін відхаркувальний засіб, який стимулює секрецію бронхіального слизу, впливає на нейтрофільні мукополісахариди, підвищує активність циліарного епітелію бронхів і трахеї, також зменшує поверхневий натяг і адгезивні властивості мокротиння, його в'язкість, збільшує обсяг мокротиння і полегшує евакуацію його з дихальних шляхів.

Сальбутамол є селективним B₂ - агоністом, який блокує спазм м'язів бронхів, впливає на мукоциліарний кліренс.

Отже, при виборі лікарських інструментів для лікування такого важливого синдрому як кашель, важливо враховувати їх вплив на зниження адгезивних властивостей мокротиння і надлишкового тонуусу бронхів, зменшення запального та набрякового компонентів. Тому в залежності від клінічної картини, фаз розвитку запального процесу в бронхах необхідно застосувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта, спрямований на лікування і попередження загострень бронхо-легеневих захворювань і їх хронізації.

Мета дослідження: визначення терапевтичної ефективності та динаміку клініко-інструментальних показників на фоні комплексного лікування пацієнтів з гострим бронхітом при застосуванні лікарського препарату Аскоріл в амбулаторних умовах.

Матеріали і методи. Клінічне дослідження проводилось на базі КЗ «Києво-Святошинський ЦПМСД» Хотівська АЗПСМ в листопаді-грудні 2019 року.

Для встановлення діагнозу та призначення базисного лікування використовували рекомендації Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції» – наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 85.

Критерії включення: наявність письмової згоди на участь у дослідженні, можливість обстеження і лікування в амбулаторних умовах, наявність у хворого ознак гострого бронхіту, наявність понад 10 приступів кашлю вдень протягом останньої 1-1,5 доби перед візитами. За епізод кашлю приймали понад 3 безперервних кашльових поштовхи, що відбувались один за одним. Загальний бал за BSS шкалою (Bronchitis Severity Score) був понад 9 з 20 можливих.

Критерії виключення: стан який вимагав госпіталізації, встановлені раніше захворювання органів дихання (бронхіальна астма, ХОЗЛ, туберкульоз, саркоїдоз та ін), наявність супутньої патології (ІХС, аритмії, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, печінкова та ниркова недостатність, онкологічні захворювання), вагітність, грудне вигодовування, непереносимість компонентів препарату, виявлення інфільтративних змін в легенях на рентгенограмі.

У дослідженні взяли участь 40 пацієнтів з гострим бронхітом, віком від 23 до 48 років (у середньому $35,5 \pm 9,9$), у т.ч. жінок – 8 (20%), чоловіків – 32 (80%). Методом "закритих конвертів" пацієнти були поділені на 2 групи.

Пацієнтам першої групи - 30 осіб, було призначено комбінований препарат Аскоріл (виробництва Гленмарк Фармасьютикалз), який містить салбутамол 2 мг, бромгексин 8 мг, гвайфенезін 100 мг (по 1 таблетці 3 рази на день). Другій, контрольній групі – 10 осіб, було призначено комбінований муколітичний препарат Пульмобриз (виробництва Sava health care), який містить амброксол гідрохлорид 30 мг та ацетилцистеїн 200 мг (по 1 таблетці 3 рази в день). Групи достовірно не відрізнялись за досліджуваними показниками на початку лікування. Пацієнти приймали препарати по 7 днів. Дослідження проводилось у перший та 8 день. Протягом 2-7 днів усім пацієнтам було рекомендовано ведення щоденника.

Під час проведення дослідження пацієнти не отримували інші

муколітичні засоби, а також нестероїдні протизапальні препарати, кортикостероїди, м-холіноблокатори та антибіотики.

Обстеження. З метою оцінки стану якості життя, а саме фізичного компонента здоров'я усім пацієнтам було проведено аналіз суб'єктивних скарг шляхом анкетування з використанням модифікованого опитувальника "SF-36 Health Status Surve". Враховувалися показники фізичного стану пацієнта: фізична активність (ФА), виконання повсякденної роботи – рольове функціонування (РФ), суб'єктивний загальний стан здоров'я пацієнта (ЗС), життєвої активності (ЖА). Тяжкість симптомів бронхіту оцінювали за шкалою Bronchitis Severity Score (BSS), запропонованою в 1996 році L.Lome R. Schuster (2) Оцінка проводилася за 5-бальною шкалою від 0 (немає проявів) до 4 (сильно виражений прояв). Максимально можлива сума балів могла становити 20 у кожного пацієнта (Табл. 1). Дану шкалу пацієнти заповнювали вдома з 2 по 7 день та на 1-й і на 8-й день візиту в амбулаторію.

Таблиця 1

Оцінка вираженості симптомів за шкалою BSS

Кашель	Немає	Легкий	Помірний	Виражений	Сильно виражений
Задишка (утруднене дихання)	Немає	Незначне	Помірна	Виражена	Сильно виражена
Відходження мокротиння	Немає	Незначний	Помірний	Виражений	Сильновиражений
Біль в грудях під час кашлю	Немає	Незначне	Помірне	Виражене	Сильна задишка
Хрипи	Немає	Поодинокі	Помірні	Виражені	Значно виражені
Бал	0	1	2	3	4

Також усім пацієнтам було проведено об'єктивне обстеження (вимірювання ЧСС, АТ, аускультация серця і легень), загальний аналіз крові та сечі; дослідження об'єму форсованого видиху (ОФВ1) і пікової швидкості видиху (ПШВ), пульсоксиметрію (SpO₂) - для оцінки наявності ДН, що слугувало виключенням з дослідження. Про наявність

ДН свідчили такі референтні значення: норма – $SpO_2 \geq 95\%$; I ступінь – $94\% \geq SpO_2 \geq 90\%$; II ступінь – $89\% \geq SpO_2 \geq 75\%$; III ступінь – $SpO_2 < 75\%$.

Ефективність препаратів щодо впливу на частоту кашльових нападів вираховували як частку від ділення середньої кількості нападів кашлю на 8 добу лікування на кількість нападів в перший день обстеження. Вплив препарату вважали ефективним якщо частота нападів кашлю на 8 добу лікування була $> 70\%$ меншою порівняно з першою добою.

Адаптована Інтегральна шкала медичних результатів лікування (IMOS) дала можливість дізнатися про самооцінку пацієнтом свого покращення чи погіршення самопочуття в динаміці, приклад наведено в таблиці 2.

Таблиця 2.

Оцінка результатів лікування за адаптованою інтегральною шкалою IMOS

Самооцінка пацієнта	1 візит на 1-1,5 день	3 день щоденник	2 візит 8 день
Повне одужання			
Значне покращення			
Помірне або незначне покращення			
Без змін			
Погіршення			

Результати дослідження та їх обговорення

При обстеженні пацієнтів обох груп встановлено, що усі хворі мали підвищену температуру тіла від $37,4$ до $38,0^\circ\text{C}$, напади кашлю протягом доби, виділення мокротиння. Усі пацієнти пройшли рентгенологічне обстеження і їм було виключено наявність пневмонії. У $16,67\%$ пацієнтів I групи та 20% II групи спостерігали присутність симптому “повітряної бронхографії” - нечіткість контурів коренів бронхів за рахунок набряку тканин, посилений судинний малюнок, що розцінювали

як наявність бронхіту. У решти пацієнтів рентгенологічна картина була без змін.

При оцінці важкості симптомів бронхіту за шкалою Bronchitis Severity Score (BSS) враховувалась вираженість наступних симптомів: кашель; виділення мокротиння; біль у грудях при кашлі; утрудненість дихання; хрипи при прослуховуванні та їх сумарний бал. На початку лікування тяжкість захворювання по симптомах у пацієнтів з рекурентним бронхітом за шкалою BSS була співставною в досліджуваних групах.

Денна кількість нападів кашлю від 12 до 30 за добу відзначали усі пацієнти в обох групах (в I групі в середньому 13,83 нападів, в II – 14,0 нападів). 90 % пацієнтів відмітили порушення нічного сну і часті просинання в результаті нападів кашлю. У пацієнтів I групи епізоди порушення нічного сну становили від 6 до 11, в II, контрольній групі, від 4 до 10. На початку лікування продуктивність кашлю у пацієнтів I і II групи становила 0-3 бали, тобто кашель був здебільшого сухий і мокрота була або практично відсутньою, або виділялась до 30 мл. Що стосується болю у грудях під час кашлю, то у пацієнтів I групи біль мав місце у 21 особи (70 %), а в II групі – у 6 пацієнтів (60 %). Утруднення дихання спостерігалось у 28 осіб (93,33 %) I групи та у 9 пацієнтів (90 %) II групи. При аускультії практично у всіх пацієнтів вислуховували сухі хрипи різної звучності на фоні посиленого везикулярного дихання. У 18 пацієнтів I групи та 6-и контрольної (загалом у 60 % пацієнтів) сумарний бал був вище 10, що свідчило про гостроту симптомів. Це в подальшому дало можливість використати ці показники для оцінки впливу комплексного лікування в динаміці. Сумарні дані за показниками вираженості симптомів бронхіту за шкалою BSS перед початком лікування представлені у табл. 3.

Таблиця 3

Вираженість симптомів бронхіту у пацієнтів обох груп (BSS), у балах

Показник	Кашель	Виділення мокротиння	Біль у грудях при кашлі	Утрудненість дихання	Хрипи під час прослуховування	Сумарний бал
Група 1	2,84±0,21	2,14±0,22	0,72±0,21	1,32±0,21	2,56±0,20	9,58±0,52
Група 2 (контрольна)	2,67±0,15	1,98±0,22	0,56±0,18	1,62±0,22	2,64±0,22	9,47±0,75

Наступний крок: Пацієнти отримували комплексну терапію відповідно до протоколу. Додатково пацієнтам 1-ої групи був призначений комбінований препарат з бронхолітичною і відхаркувальною дією Аскоріл, пацієнтам II-ої (контрольної) групи - комбінований препарат муколітичної дії Пульмобрис. Дозування препаратів становило одна таблетка тричі на день. Період спостереження склав 7 днів. Хворим також проводилося клініко - інструментальне обстеження в умовах сільської амбулаторії сімейної медицини. Моніторинг клінічних симптомів гострого бронхіту проводили за анкетами, які пропонували заповнювати пацієнтам з 1 по 8 день включно. Визначалась щоденна температура тіла, головний біль, ломота у тілі, м'язовий біль, слабкість, частота серцевих скорочень (симптоми інтоксикації), АТ; також оцінювалася вираженість симптомів бронхіту за шкалою BSS.

Після терапії, в умовах амбулаторії на 8 день проведено повторне клінічне обстеження пацієнтів, дослідження ОФВ1, ПШВ, SpO₂, оцінка ведення щоденника, заповнення пацієнтами анкет.

Отримане лікування сприяло покращанню стану пацієнтів обох груп. Так, мала місце нормалізація температури тіла, зникла утрудненість дихання, біль у грудях при кашлі, збільшилось

відходження мокротиння. Аналіз динаміки клінічних симптомів за анкетами, насамперед кашлю, у двох групах хворих на тлі терапії показав, що у 1-ої групи пацієнтів, які приймали Аскоріл, інтенсивність кашлю до початку терапії була $2,84 \pm 0,21$ бали. Починаючи з 3-го дня лікування препаратом Аскоріл відзначалося достовірне зниження інтенсивності кашлю до $1,74 \pm 0,42$ балів. На 8-й день контролю відмічено повне зникнення кашлю у 85 % пацієнтів, і показник кашлю знизився до $1,22 \pm 0,16$ балів, що достовірно відрізнялось від показника в 2 групі на 8 день терапії. При контрольному дослідженні ПШВ на 8-й день лікування спостерігалось її збільшення на 17,2 %. Ступінь бронхіальної обструкції при дослідженні ОФВ1 в динаміці на 8-й день лікування збільшилася на 9,1 % від вихідного, а показник SpO₂ зріс 4,2 %. Після проведеного комплексного симптоматичного лікування відмічено покращення фізичного компоненту здоров'я за анкетуванням. Так, ФА збільшилася на 10 %, а виконання РФ - на 25 %. Показник ЗС пацієнтів покращився на 27,5 %, а життєва активність зросла на 30 %, що свідчить про поліпшення психологічного компоненту здоров'я.

У 2 групі пацієнтів, які приймали Пульмобриз, інтенсивність кашлю до початку терапії становила $2,67 \pm 0,15$ бала, на 3-й день лікування інтенсивність кашлю зберігалася - показник в групі зменшився, але не достовірно $2,01 \pm 0,13$, разом з тим збільшилося виділення мокротиння. На 8-й день контролю лише у 4 пацієнтів відзначалося зникнення кашлю, а показник знизився до $1,94 \pm 0,32$ балів. Ступінь бронхіальної обструкції при дослідженні ОФВ1 в I групі покращилася на 9,1 % від вихідного показника, а ПШВ в цій групі збільшилася на 13,5 %. На 8-й день контролю фізичний компонент здоров'я поліпшився по обмеженню навантаження на 10 %, виконанню повсякденної роботи - на 20 %, показник стану здоров'я (ЗС) - на 25 %. Психологічний компонент здоров'я, а саме життєва активність збільшилася на 25 %.

В обстежених пацієнтів зазначались певні зміни (підвищення кількості

лейкоцитів, ШОЕ тощо), але ці показники були у межах референтних значень. Під час та наприкінці лікування вони не викликали негативних змін у жодного пацієнта.

Результати порівняльного аналізу динаміки клінічних симптомів і інструментальних методів (ОФВ1, ПШВ) на тлі використання протикашльових препаратів у складі комплексної терапії при лікуванні хворих з гострим бронхітом представлені в таблиці 4.

Таблиця 4

Порівняння динаміки досліджуваних показників до і після лікування

Показники	І група		ІІ група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Кількість пацієнтів	30	30	10	10
Фізична активність (ФА)	80±1,5%	90±1%	80±1%	90±2%
Рольове функціонування (РФ)	25±2%	50±3%	25±2%	45±2,5%
Загальний стан здоров'я (ЗС)	50±1%	77,5±1%	50±1,5%	75±2%
Життєва активність (ЖА)	40±4%	70±2%	40±5%	65±3%
Симптоми інтоксикації	++	-	++	-
ЧСС уд\хв	84±10	63±8	88±12	65,1±4
ПШВ л\хв,	211,6±17,5	228,8±13,5	210,9±15,2	220,9±15,1
ОФВ1 % від д.в.	79,3±12,9	88,4±12,9	78,1±10,9	84,1±10,9
SpO ₂	95,4%±0,22	99,6±0,32	95,4%±0,24	96,8±0,32

З таблиці видно, що при прийомі лікарських засобів комбінованої дії через 7 днів у всіх пацієнтів мала місце: відсутність симптомів інтоксикації, покращення загального стану, збільшення сил і енергії для виконання домашньої роботи.

В табл. 5 представлена динаміка вираженості симптомів бронхіту у балах за шкалою BSS.

Таблиця 5

Динаміка вираженості симптомів бронхіту у балах за шкалою BSS.

Показники	У балах Likert за шкалою BSS			
	Пацієнти, які приймали Аскоріл		Пацієнти, які приймали Пульмобриз	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Кашель	2,84±0,11	1,22±0,16*	2,67±0,15	1,94±0,12
Виділення мокротиння	2,14±0,12	1,24±0,22	1,98±0,22	1,44±0,62
Біль у грудях при кашлі	0,72±0,21	0,00	0,56±0,18	0,00
Утрудненість дихання	1,32±0,21	0,52±0,12	1,62±0,22	0,92±0,60 *
Хрипи під час прослуховування	2,56±0,20	0,42±0,16	2,64±0,22	0,88±0,32 *
Сумарний бал	9,58±0,52	3,96±0,42 **	9,47±0,75	6,05±0,56 *

** достовірно < 0,001; * достовірно < 0,05

Як видно з таблиці, всі показники, на фоні комплексного лікування з застосуванням Аскоріла пацієнтами першої групи та препарату Пульмобриз другою групою протягом 7 днів, мали позитивну динаміку. Разом з тим, достовірно позитивно змінились на 8 день після лікування за шкалою BSS показники кашлю, виділення мокротиння, наявності аускультатиних хрипів, утрудненість дихання. Отримані результати за станом вираженості симптомів гострого бронхіту свідчили про істотну перевагу в групі пацієнтів, які приймали Аскоріл. Значна регресія характеру кашлю, як основного клінічного симптому при гострому бронхіті відмічалася у першої групі пролікованих пацієнтів в порівнянні з другою групою. Треба також відмітити, що показники фізичного і психічного компонентів здоров'я були кращими в першій групі пацієнтів, яка отримувала Аскоріл. Показники бронхіальної обструкції кращими були на тлі лікування Аскорілом.

Пацієнтам обох груп було запропоновано на 3 день терапії відповісти на питання анкети за адаптованою інтегральною шкалою IMOS щодо загального стану здоров'я: погіршення, без змін, помірне або незначне покращення, значне покращення, одужання. На 1 візиті і на 8 день закінчення терапії пацієнти відповіли на ті ж запитання, оцінивши свій стан. (Див. табл.6).

Таблиця 6

Оцінка результатів лікування за адаптованою інтегральною шкалою IMOS

Самооцінка пацієнта	1 візит на 1-1,5 день захворювання		3 день щоденник		2 візит 8 день	
	I група %	II група %	1 група %	2 група %	1 група %	2 група %
Повне одужання					-	-
Значне покращення			20		90	70
Помірне або незначне покращення			80	60	10	30
Без змін				40		
Погіршення	100	100				

Як видно з таблиці, пацієнти обох груп, які звернулись зі скаргами через 1 чи 1,5 доби після початку захворювання мали погіршення загального стану та ознаки, що свідчили про наявність гострого бронхіту. На 3 добу лікування 80 % пацієнтів I групи та 60 % II групи мали помірне, або незначне покращення. На 8 день (на 2 візиті) 90 % пацієнтів першої групи, яка в комплексній терапії отримувала Аскоріл, відмітили значне покращення; а 10 % помірне покращення. 70 % пацієнтів контрольної групи, які отримували Пульмобриз відмітили, на останньому візиті, а 30 % помірне, або незначне покращення.

Ефективність препаратів щодо впливу на симптом кашлю вираховували шляхом ділення середньої кількості нападів кашлю на 8 добу лікування

на кількість нападів які пацієнт записав в щоденник у перший день візиту через 1-1,5 після захворювання. Таким чином частка в I групі становила 4,15 (13,83 : 3,33) та 3,68 (14:3,89) у другій групі. Відповідно до цього вплив Аскорілу на кількість нападів кашлю в I групі пацієнтів виявився ефективним, оскільки частота нападів на 8 день контролю була на 75,92 % меншою порівняно з першою добою, а в другій, яка приймала Пульмібриз – на 70 % меншою відповідно.

Таким чином, коротке, протягом 7 днів дослідження комплексної терапії з застосуванням Аскорілу (I група) та препарату Пульмобриз (II, контрольна група) дозволило засвідчити в порівняльному аспекті про достовірний вплив препаратів на компоненти проявів гострого бронхіту (шкала BSS), разом з тим, сприяння більш швидкому впливу на симптом кашлю вже на 3 добу при застосуванні препарату Аскоріл порівняно з контролем. Також вплив Аскорілу на кількість нападів кашлю в I групі пацієнтів виявився більш ефективним, оскільки частота нападів після лікування зменшилась на 75,92 % на 8 день порівняно з першою добою, а в другій групі, яка приймала Пульмібриз – була на 70 % меншою відповідно.

Вочевидь, усі компоненти препарату створили синергічну дію, покращуючи мукоциліарний кліренс, регулюючи секрецію бронхіальної слизу і її реологічні властивості, знижуючи надмірний тонус бронхів. В результаті відбулося швидке очищення бронхів від зміненого бронхіального секрету, зменшення або припинення кашлю, зняття обструктивного синдрому, покращення бронхіальної прохідності і загального стану пацієнтів.

Висновки

1. Встановлено, що класичним проявом гострого бронхіту є поєднання катарального і запального синдромів. Згідно показників шкали тяжкості проявів бронхіту (BSS) найбільш вираженою ознакою був кашель, а максимально регресуючими ознаками - біль в грудній клітці при

кашли ($0,72 \pm 0,21$ (1 група) та $0,56$ (2 група) – в гострому періоді, до $0,00$ в період реконвалесценції в обох групах); хрипи при аускультатії та утруднення дихання.

2. Визначено, що максимально стійким за шкалою BSS виявився симптом кашлю (достовірне зменшення показника в I групі з $2,84 \pm 0,11$ в гострий період до $1,22 \pm 0,16$ та з $2,67 \pm 0,15$ до $1,98 \pm 0,12$ відповідно – в 2 групі). Виявлено, що в I групі (на фоні комплексної терапії з застосуванням Аскорілу) динаміка показника симптому кашлю ($2,84 \pm 0,11$ – в гострий період до $1,22 \pm 0,16$ – в період реконвалесценції) мала достовірну відмінність від такого показника в 2 групі контрольній групі ($2,67 \pm 0,15$ та $2,02 \pm 0,12$ відповідно) на 8 день контролю. Отже, редукція кашлю, як основного симптому гострого бронхіту, була достовірно швидшою при прийомі Аскорілу.

3. На фоні терапії з застосуванням препарату Аскоріл реєструвалось достовірне зменшення ($p < 0,001$) з $9,58 \pm 0,12$ до $3,96 \pm 0,42$ сумарного балу за шкалою BSS в період реконвалесценції порівняно з гострим періодом.

4. Спостерігалась відсутність симптомів інтоксикації, покращення загального стану, збільшення сил і енергії для виконання домашньої роботи, а отже і якість життя за модифікованим опитувальником “SF-36 Health Status Surve”, яка в період реконвалесценції була більш виражена в 1 групі, що можна пояснити синергічною дією компонентів, які входять до складу комбінованого препарату Аскоріл.

5. За оцінкою результатів лікування згідно адаптованої інтегральної шкали IMOS встановлено значне покращення стану 20% пацієнтів та помірне покращення 80 % I групи на 3 добу лікування, в той же час як в II групі незначне покращення спостерігалось у 60% пацієнтів, а у 40 залишалось без змін, що свідчить про більш швидку локалізацію симптомів гострого бронхіту на фоні комплексної терапії з застосуванням Аскорілу.

6. Вплив Аскорілу на кількість нападів кашлю в І групі пацієнтів виявився ефективним, оскільки частота нападів на 8 день контролю була на 75,92 % меншою порівняно з першою добою, а в другій групі, яка приймала Пульмібріз – на 70 % меншою відповідно.

Джерела.

1. Бенца Т. М. Фармакотерапія острого бронхита / Т. М. Бенца // Ліки України. - 2018. – С. 19–22
2. Шкала тяжкості бронхіту BSS. Інтернет. Доступно <http://medtraveonline.com/JLPRI/JLPRR>
3. The effect of N-acetylcysteine on biofilms: Implications for the treatment of respiratory tract infections / F. Blasi, C. Page, G. M. Rossolini [et al.] // Respiratory Medicine. – 2016. – № 117. – P. 190–197.
4. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections / Q. Hao, Z. Lu, B. R. Dong [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2011.
5. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections / D. King, B. Mitchell, C. P. Williams, G. K. Spurling // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015.
6. Efficacy and Safety of an Oral Ambroxol Spray in the Treatment of Acute Uncomplicated Sore Throat / C. de Mey [et al.] // Drug Res. – 2015. – № 65. – P. 658–667.
7. Якимова С.С. Острый бронхит в амбулаторной практике особенности терапии. Медицинский совет. – 2012. – № 2. – С. 32-35.
8. М. Н. Кочуева, И. И. Грек, Г. И. Кочуев, А. В. Рогожин Современный взгляд на муколитическую терапию. // Ліки України. - 2019. - № 7 (233). - С. 33-38.
9. Игнатова Г.Л., Белевский А.С. Важные особенности лечения острого

бронхита // Практическая пульмонология. – 2016. – № 2. – С. 80-84.

10. рушенко Н.В., Белевский А.С. Этиотропная терапия острого бронхита. // Практическая пульмонология. – 2017. – № 2. – С. 37-48.

11. Ю.П. Мизепницкий, И.М. Мельникова. Роль комбинированной муколитической терапии. // Медицинский совет. - 2019. - № 11. - С. 56-60.