

Т.Р. Уманець, А.А. Буратинська, Л.Г. Куценок, В.В. Малахова, В.Ф. Лапшин

Досвід застосування комбінації сальбутамолу сульфату, бромгексину гідрохлориду, гвайфенезину, ментолу в дітей із гострим бронхітом

ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

Modern Pediatrics. Ukraine. (2026). 4(156): 43-49. doi: 10.15574/SP.2026.4(156).4349

For citation: Umanets TR, Buratynska AA, Kutsenok LA, Malahova VV, Lapshyn VF. (2026). Experience of using a combination of salbutamol sulphate, bromhexine hydrochloride, guaifenesin, menthol in children with acute bronchitis. Modern Pediatrics. Ukraine. 4(156): 43-49. doi: 10.15574/SP.2026.4(156).4349.

Мета – оцінити клінічну ефективність і переносимість застосування комбінованого препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей із гострим бронхітом.

Матеріали і методи. Проведено відкрите, проспективне, обсерваційне дослідження «до-після» у 50 дітей віком від 4 до 12 років із гострим бронхітом за період січень-березень 2026 року. Оцінено частоту, інтенсивність кашлю та кількість мокротиння за бальними шкалами лікарем і батьками пацієнтів на скринінгу та в динаміці лікування (на 3–4 та 8–10-ту добу). У дітей віком від 6 років проаналізовано показники спірометрії. Для оцінювання переносимості проведено реєстрацію всіх побічних ефектів, загальноклінічні аналізи, дані 12-канальної електрокардіографії.

Результати. Встановлено статистично значуще зменшення частоти, інтенсивності кашлю та зміну характеру кашлю на продуктивний на 3–4-ту добу лікування, повну нормалізацію аускультативних даних на 8–10-ту добу лікування, поліпшення показників легеневої функції та хорошу переносимість препарату «Аскоріл Експекторант». Серед небажаних явищ зареєстровано один епізод головного болю і легкого тремору пальців рук у дітей пубертатного віку.

Висновки. Застосування препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей із гострим бронхітом, який супроводжується частим малопродуктивним кашлем, є патогенетично обґрунтованим, призводить до швидкого регресу захворювання і має добру переносимість.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: гострий бронхіт, діти, Аскоріл Експекторант.

Experience of using a combination of salbutamol sulphate, bromhexine hydrochloride, guaifenesin, menthol in children with acute bronchitis

T.R. Umanets, A.A. Buratynska, L.A. Kutsenok, V.V. Malahova, V.F. Lapshyn

SI «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMN of Ukraine», Kyiv

Aim – to evaluate the clinical efficacy and tolerability of the combined preparation Ascoril Expectorant in children with acute bronchitis.

Materials and methods. An open-label, prospective, observational 'before-and-after' study was conducted involving 50 children aged 4 to 12 years with acute bronchitis between January and March 2026. The frequency, intensity of coughing and volume of sputum were assessed using scoring scales by the doctor and the patients' parents at screening and during the course of treatment (on days 3–4 and 8–10). Spirometry results were analysed for children over 6 years of age. Tolerability assessment included recording of all adverse effects, general clinical analyses, and 12-lead electrocardiography data.

Results. A statistically significant reduction in the frequency and intensity of coughing and a change in the nature of the cough to a productive one were observed on days 3–4 of treatment, with complete normalisation of auscultatory findings on days 8–10 of treatment, improvement in lung function parameters, and good tolerability of Ascoril Expectorant. Among adverse events, one episode of headache and mild tremor of the fingers was recorded in children of pubertal age.

Conclusions. The use of Ascoril Expectorant in children with acute bronchitis accompanied by frequent, unproductive cough is pathogenetically justified, leads to rapid regression of the disease and is well tolerated.

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Informed consent was obtained from the patients.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Keywords: acute bronchitis, children, Ascoril Expectorant.

Вступ

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) є однією з основних причин захворюваності та смертності серед дітей, особливо дошкільного і молодшого шкільного віку [7,13,15, 17]. Сучасні дослідження свідчать про зростання ролі сезонних вірусних інфекцій у формуванні структури дитячої респіраторної патології. У зимовий період підвищується циркуляція респіраторно-синцитіального вірусу, грипу, метапневмо-

вірусів та інших респіраторних патогенів, що супроводжується збільшенням кількості госпіталізацій дітей із тяжким перебігом захворювань органів дихання [15].

Особливу занепокоєність викликають ГРІ нижніх дихальних шляхів, таких як бронхіти та пневмонії, які формують значний тягар захворюваності серед дитячого населення [12,15,16].

Гострі бронхіти (ГБ) – одна з найчастіших причин візитів дітей до лікаря [2,4,14]. З сучасних



Проти кашлю

за допомогою АСКОРІЛУ

* ПРЕПАРАТ РОКУ 2014 – за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Панацея 2014» у групі R05CA АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютікалз ЛТД., в Україні посів першу позицію у номінації «Препарат року».

** ПРЕПАРАТ РОКУ 2017 – за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Панацея 2017» у групі R05CA АСКОРІЛ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютікалз ЛТД., в Україні посів першу позицію у номінації «Препарат року».

*** ПРЕПАРАТ РОКУ 2019 – за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Панацея 2019» у групі R05CA АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютікалз ЛТД., в Україні посів першу позицію у номінації «Препарат року».

Інформація про лікарський засіб для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. З повною інформацією можна ознайомитися в інструкціях для медичного застосування препаратів РП UA/8670/01/01 АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ. Відпускається за рецептом.

Інформацію підготовлено: 29 грудня 2025 р.

glenmark



ПРЕПАРАТ
РОКУ 2014

ПРЕПАРАТ
РОКУ 2017

ПРЕПАРАТ
РОКУ 2019

Інструкцію для медичного застосування лікарського засобу АСКОРІЛ та АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ можна завантажити за цими QR-кодами:



позицій ГБ розглядається як гостре запалення слизової оболонки бронхів (переважно великого і середнього калібру) без ознак ураження легеневої тканини. Хоча етіологічні чинники в дітей рідко ідентифікуються в рутинній клінічній практиці, до 90,0% випадків ГБ спричинені респіраторними вірусами. У дітей старшого віку посилюється значення бактеріальної інфекції (до 10%), таких як *Chlamydia pneumonia*, *Mycoplasma pneumonia*, *Bordetella pertussis* (у невакцинованих дітей). Респіраторні збудники пошкоджують бронхіальний епітелій, що призводить до продукування прозапальних медіаторів із розвитком запального процесу в респіраторному тракті, компонентами якого є набряк слизової, гіперсекреція в'язкого бронхіального секрету, що в частини дітей супроводжується порушенням прохідності бронхів і розвитком бронхоспазму [2,15].

Підвищення секреторної функції бронхіальних залоз і келихоподібних клітин унаслідок запалення супроводжується зміною в співвідношенні фукомуцинів і сіаломуцинів, що призводить до підвищення в'язкості слизу і порушення функціональних можливостей мукоциліарного апарату [2,3]. Зміна кількості і реологічних властивостей мокротиння спричиняє порушення дренажної функції бронхів. Тому однією зі складових ефективного лікування ГБ є патогенетична терапія, спрямована на нормалізацію слизоутворення і евакуацію бронхіального секрету із застосуванням мукоактивних препаратів.

Однак призначення при ГБ цієї групи лікарських засобів, що різняться між собою механізмом дії (відхаркувальні, муколітики, мукорегулятори, мукогідратанти), є дискусійним і обмеженим за віком. З іншого боку, обґрунтованість і безпечність призначення мукоактивного препарату має базуватися на персоналізованому підході до пацієнта, доведеній ефективності в рандомізованих клінічних дослідженнях.

Раціоналізація комбінованої мукоактивної терапії із застосуванням препарату «Аскоріл Експекторант» досліджена в ряді таких досліджень, у тому числі в дітей із гострими респіраторними захворюваннями, що супроводжуються продуктивним кашлем і бронхообструктивним синдромом [5,9,10].

До складу препарату «Аскоріл Експекторант» входять сальбутамолу сульфат, бромгексин гідрохлорид, гвайфенезин і ментол.

Сальбутамолу сульфат – β_2 -агоніст короткої дії, має бронхорозширювальну та спазмолітичну

дію; знешкоджує і попереджає спазм бронхів, знижує бронхіальний опір. Крім дозозалежної бронхорозширювальної дії, сальбутамол здатний безпосередньо впливати на мукоциліарний транспорт, стимулюючи β_2 -рецептори, присутні в мукоосекретуючих клітинах. Посилюючи коливання війкового епітелію бронхів, досягається евакуація мокротиння. Біодоступність перорально прийнятого сальбутамолу становить 50%.

Другим активним компонентом препарату «Аскоріл Експекторант» є гвайфенезин. Це – унікальна речовина, яка поєднує в собі муколітичну і рефлекторну дію, подразнюючи рецептори шлунка і тим самим стимулюючи гастро-пульмональний рефлекс, збільшуючи секрецію бронхіальних залоз і активність війок мерехтливого епітелію. Ще однією властивістю гванфенезину є його здатність зменшувати поверхневий натяг структур бронхолегеневого апарату, стимулювати секреторні клітини слизової оболонки бронхів, які виробляють полісахариди. Він деполімеризує кислі мукосахариди, знижує в'язкість мокротиння. Цей різноплановий механізм дії гвайфенезину полегшує видалення мокротиння і сприяє переходу непродуктивного кашлю в продуктивний [1].

Третім компонентом препарату «Аскоріл Експекторант» є бромгексин – муколітичний засіб, який здійснює відхаркуючу дію. Бромгексин – «класичний», давно відомий муколітичний препарат, який є похідним алкалоїда вазицину. Його муколітичний ефект пов'язаний із деполімеризацією мукопротеїнових і мукополісахаридних волокон. Він збільшує серозний компонент бронхіального секрету, активує війки мерехтливого епітелію, знижує в'язкість мокротиння, збільшує її об'єм і поліпшує відхаркування. Одним із важливих властивостей бромгексину є стимулювання синтезу ендогенного сурфактанту і сприяння проникненню антибактеріальних засобів у легеневу тканину.

Четвертим компонентом є ментол. У його складі є ефірні масла, які мають заспокійливу, м'яку спазмолітичну і антисептичну дію.

Отже, препарат «Аскоріл Експекторант» є комбінацією засобів, які здійснюють одночасно бронхолітичну, відхаркувальну і муколітичну дію. Слід зазначити, що рецептура комбінованого препарату дає змогу зменшити разові дози активних лікарських речовин, що сприяє зменшенню як кількості небажаних явищ порівняно із застосу-

ванням монопрепаратів у стандартних дозах, так і фармакологічного навантаження.

Мета дослідження – оцінити клінічну ефективність і переносимість застосування комбінованого препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей із ГБ.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 50 дітей віком 4–12 років, які були на амбулаторному лікуванні в ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» з приводу ГБ. **Критерії залучення** пацієнтів до дослідження: діти віком 3–12 років зі встановленим діагнозом ГБ, від батьків яких отримано інформовану згоду на участь; частий малопродуктивний кашель. **Критерії вилучення:** тривалість кашлю понад 3 тижні; тяжкі супутні захворювання серцево-судинної системи, печінки, центральної нервової системи (ЦНС), виразка шлунка та дванадцятипалої кишки; пневмонія, бронхіальна астма; гіпертиреоз; дихальна недостатність; застосування інших муколітичних, відхаркувальних, бронхолітичних, антибактеріальних засобів; індивідуальна підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату.

Дизайн дослідження відповідав моделі відкритого, проспективного обсерваційного дослідження («до-після») і передбачав візити: скринінгу, лікувального періоду (на 3–4 і 8–10-ту добу лікування) та етапу спостереження протягом 2 тижнів. Дослідження проведено за період із січня по березень 2026 року.

Усім дітям призначено препарат «Аскоріл Експекторант» (сироп по 100 мл) відповідно до віку: дітям з 4 до 6 років – по 5 мл 3 рази на добу, від 6 до 12 років – по 10 мл 3 рази на добу протягом 8–10 днів залежно від стану пацієнта.

Для оцінювання ефективності препарату «Аскоріл Експекторант» в усіх досліджених дітей визначено основні параметри кашлю (частоту, інтенсивність, кількість мокротиння) до лікування, на 3–4 і 8–10-ту добу лікування як батьками дітей, так і лікарями установи (педіатром, дитячим алергологом і пульмонологом). Частоту й інтенсивність кашлю оцінено за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ, см), а кількість мокротиння – за такою бальною шкалою (0 – немає мокротиння, 1 – мінімальна, після кашлю, 2 – помірна, відходить кілька разів, 3 – значна, досить багато).

Дітям від 6 років, здатним виконати коректні дихальні маневри (n=23), проведено спірометричне дослідження на візиті скринінгу та наприкінці лікування.

Критерії ефективності проведеного лікування: регресія основних клінічних проявів хвороби (характеристик кашлю, аускультативних даних у легенях), динаміка показників спірометрії.

З метою оцінювання переносимості препарату «Аскоріл Експекторант» в обстежених дітей проведено загальноклінічні аналізи, оцінено дані 12-канальної електрокардіографії (ЕКГ) і реєстровано всі небажані явища.

Дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) виконано на спірографі BTL Type № 2003110660 на основі Micro Quark. За допомогою спірографії вивчено загальноприйняті статистичні (легеневі об'єми) і функціональні показники легеневої вентиляції. Показники реєстровано у відсотках від належних значень згідно з нормативом Європейського респіраторного товариства (1993), що обчислювалось автоматично комп'ютерною програмою спірографа. Нормальними прийнято показники, які становили понад 90% від належних.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснено за допомогою програми «STATISTICA 13.0» (StatSoft Inc., серія № ZZS9990000099100363DEMO-L) і з використанням програмного забезпечення «Microsoft Excel» (Microsoft Office 2013 Professional Plus, ліцензійна угода (EULAID:O15_RTM_VL1_RTM_RU)). Показники наведено у вигляді середнього значення і стандартного відхилення ($M \pm SD$). Статистично значущими прийнято відмінності за $p < 0,05$.

Дослідження проведено відповідно до основних положень GCP ICH, принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджено Комісією з біоетики та деонтології установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків і дітей.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальноклінічну характеристику дітей, залучених до дослідження, наведено в таблиці 1.

Серед обстежених дітей переважали хлопчики (52,0%), за віком – діти 7–12 років (54,5%). Середній вік дітей, залучених до дослідження, становив $7,12 \pm 2,73$ року.

У значної більшості (84,0%) пацієнтів відзначалися типові катаральні явища (біль у горлі, не-

Таблиця 1

Клінічна характеристика обстежених дітей, $M \pm SD$

Показник	Кількість дітей (n=50)
Середній вік дітей, роки	7,12±2,73
Діти віком 4–6 років, абс. (%)	23 (46,0)
Діти віком 7–12 років, абс. (%)	27 (54,0)
Дівчата, абс. (%)	24 (48,0)
Хлопці, абс. (%)	26 (52,0)
Середній вік дітей, дівчата	7,29±2,42
Середній вік дітей, хлопці	6,96±3,03

значні прозорі виділення з носа). У 68,0% дітей реєструвалася субфебрильна температура тіла в перші 2–3 доби хвороби, тоді як у 32,0% випадків показники були в межах норми. Усіх дітей турбував частий малопродуктивний кашель, переважно в денні години, і лише в 36,0% він спостерігався і вночі. При аускультатії легень досліджуваних дітей на тлі жорсткого дихання вислуховувалися сухі та вологі хрипи в 44,0% випадків, а лише сухі – у 30,0% пацієнтів.

За результатами оцінювання загального аналізу крові дітей, реєструвалося незначне підвищення лімфоцитів (у 38,0%), моноцитів (у 18,0%), швидкість осідання еритроцитів становила 15–18 мм/год (у 64,0%).

На тлі застосування препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей достовірно зменшилася частота та інтенсивності кашлю на 3–4-ту добу лікування (табл. 2). У 26,0% пацієнтів частота та інтенсивність кашлю зменшилася вже на 2-гу добу терапії.

Про зміну характеру кашлю на продуктивний свідчили результати вірогідної позитивної динаміки бальної оцінки кількості мокротиння, що реєструвалися, як батьками, так і лікарями, відповідно на 3–4-ту добу терапії ($p < 0,01$) (рис. 1).

При аускультатії легень у більшості (78,0%) дітей вислуховувалися одиничні великопухирчасті хрипи, які не вислуховувалися після відкашлювання.

Аналіз вищезазначених характеристик кашлю в досліджуваних пацієнтів на 8–10-ту добу лікування свідчив про повний регрес симптомів ГБ. Лише в 11 (22,0%) хворих реєструвався епізодичний, вологий кашель. При цьому не виявлено аускультативних змін у легенях у досліджуваній групі дітей. Слід зазначити, що не визначено вірогідної різниці в оцінці характеристик кашлю між батьками і лікарем ($p > 0,05$).

Проведеними спірометричними дослідженнями встановлено, що в 47,8% пацієнтів на початку

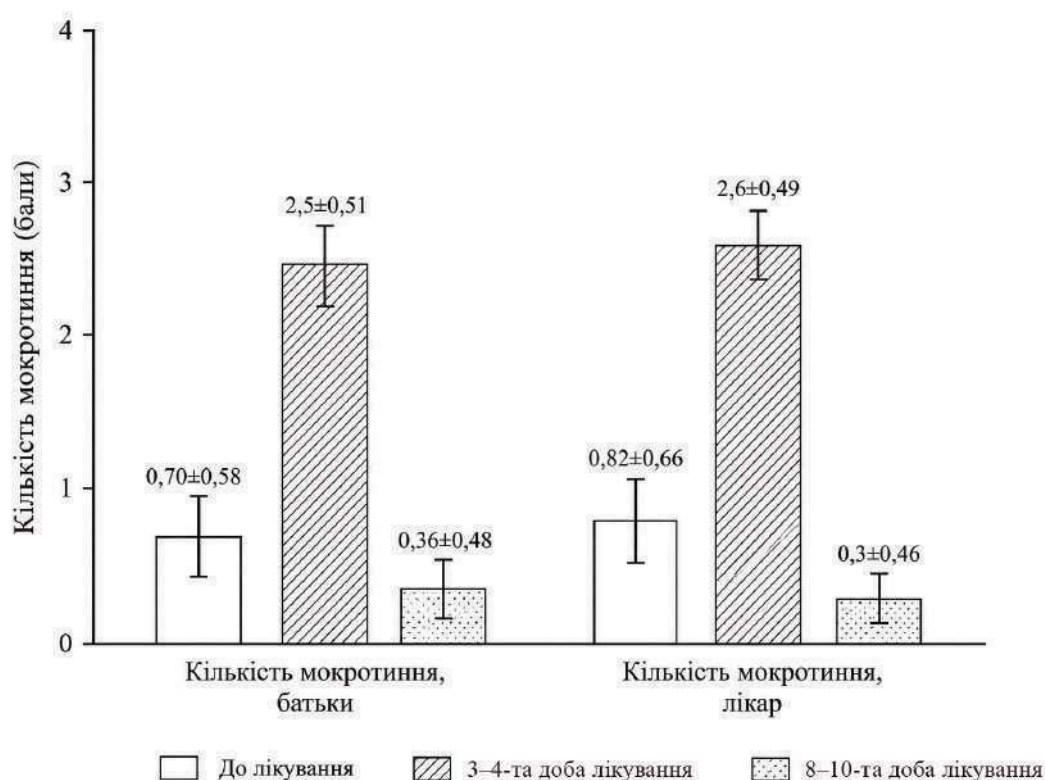


Рис. 1. Динаміка виділення мокротиння на тлі застосування «Аскоріл Експекторант» у дітей із гострим бронхітом (бали)

Таблиця 2

Динаміка характеристик кашлю на тлі застосування препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей із гострим бронхітом, ВАШ (см)

Параметр	Оцінка характеристик кашлю досліджуваних дітей (n=50), M±SD			
	частота		інтенсивність	
	батьками	лікарем	батьками	лікарем
До лікування	7,80±1,26 ^{*1,3}	7,78±1,16 ^{*1,3}	8,18±1,12 ^{*1,3}	7,86±0,81 ^{*1,3}
На 3–4-ту добу лікування	3,7±0,91 ^{*1,2}	3,68±0,81 ^{*1,2}	4,36±0,98 ^{*1,2}	4,04±0,78 ^{*1,2}
На 8–10-ту добу лікування	1,78±0,87 ^{*2,3}	1,58±0,78 ^{*2,3}	1,34±0,72 ^{*2,3}	1,32±0,55 ^{*2,3}

Примітки: ^{*1,2} – різниця достовірна порівняно з показниками дітей до та на 3–4-ту добу лікування; ^{*1,3} – різниця достовірна порівняно з показниками дітей до та на 8–10-ту добу лікування; ^{*2,3} – різниця достовірна порівняно з показниками дітей на 3–4-ту добу та 8–10-ту добу лікування.

лікування реєструвалися легкі вентиляційні порушення за змішаним типом, у решти дітей були нормальні показники ФЗД. Бронходилатаційна проба із сальбутамолом (200 мкг) у дітей із вентиляційними порушеннями показала позитивну відповідь, що свідчило про порушення бронхіальної прохідності за рахунок латентного бронхоспазму. Адекватністю проведеного лікування в обстежених дітей була позитивна динаміка показників ФЗД (рис. 2).

Моніторинг клініко-біохімічних, ЕКГ показників на тлі лікування із застосуванням препарату «Аскоріл Експекторант» у досліджуваних дітей не виявив достовірно значущих змін. За результатами аналізу всіх небажаних явищ встановлено, що лише в однієї дитини віком 12 років

реєструвався головний біль і в однієї дитини віком 10 років – відчуття легкого тремору пальців рук (після зменшення дози з 10 мл до 5 мл 3 рази на добу в дитини зникли ознаки тремору, і дитина продовжила лікування). Отримані дані частоти побічних реакцій свідчили про добру переносимість і безпечність цього препарату. Всі діти відзначили добру толерантність щодо смакових властивостей сиропу.

Отримані результати дослідження щодо ефективності й безпечності застосування препарату «Аскоріл Експекторант» збігаються з великим когортним міжнародним багатоцентровим неінтервенційним клінічним дослідженням, у якому взяли участь 16 312 пацієнтів, у тому числі діти від 3 років із ГБ [10]. Виявлено значний терапев-

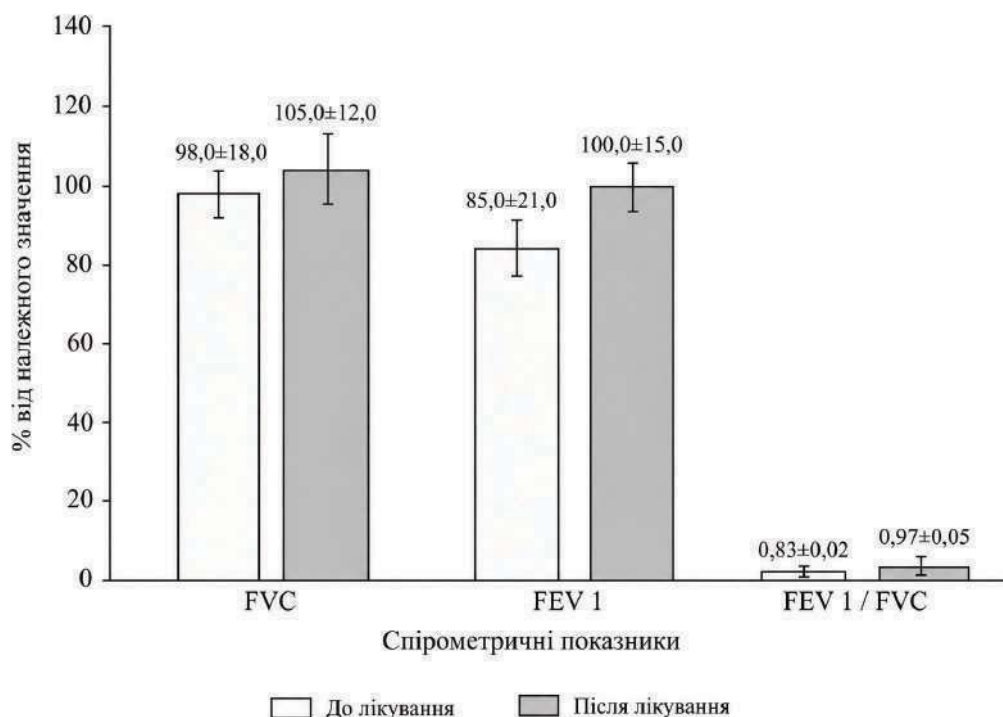


Рис. 2. Динаміка показників функції зовнішнього дихання на тлі застосування препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей із гострим бронхітом (відсоток від належних значень)

тичний ефект вже протягом першої доби застосування препарату, а 91,0% лікарів охарактеризували клінічну ефективність як «високу» або «дуже високу» при низькій частоті небажаних явищ.

Найбільш цитованим у наукових базах даних є багатоцентрове проспективне рандомізоване подвійне сліпе дослідження S. Prabhu Shankar та співавт. (2010 р.), у якому порівнювали фіксовану комбінацію «сальбутамол + бромгексин + гвайфенезин» (Аскоріл) із двокомпонентними схемами [11]. Результатами цього дослідження доведено, що в групі потрібної комбінації (Аскоріл) спостерігався значно швидший початок дії щодо зниження частоти і тяжкості кашлю, а також більша позитивна динаміка в змінах реологічних властивостей мокротиння. При цьому 44,4% пацієнтів групи Аскорілу оцінили ефективність як «відмінну» порівняно з 14,6% і 13,0% інших двокомпонентних груп, відповідно.

Аналогічні результати отримані в ряді публікацій вітчизняних авторів у дітей різних вікових груп із рецидивним бронхітом і пневмоніями [6,8]. Так, застосування Аскорілу в дітей з рецидивним бронхітом позитивно впливало на клінічний перебіг захворювання, сприяло швидшому регресу основних клінічних проявів захворювання, що пов'язано з нормалізуючим впливом на мукоциліарний кліренс, показники неспецифічних факторів місцевого захисту, а також із мукокінетичним і непрямим протизапальним ефектом [6]. Введення в комплексне лікування дітей дошкільного віку з позалікарняною пневмонією комбінованого мукоактивного препарату «Аскоріл Експекторант» сприяло швидкому полегшенню симптомів перебігу захворювання, досягненню ефективного мукокорегулювального ефекту та добрій переносимості препарату за оцінкою ВАШ [8].

В існуючих клінічних дослідженнях оцінено не тільки ефективність препарату, але й безпечність його застосування, особливо в аспекті кардіоваскулярних ризиків. Авторами встановлено добру переносимість і безпечність застосування потрібної комбінації в лікуванні дітей і дорослих із малопродуктивним кашлем, обструктивними ста-

нами в пацієнтів із ГБ і хронічним бронхітом [5,6,9–11]. Найбільш доцільним видається застосування такої комбінації на етапі захворювання за наявності відносно невеликої кількості мокротиння та утрудненого відкашлювання. У цій ситуації експекторант дає змогу збільшити кількість і гідратацію мокротиння, не порушуючи прохідність бронхів, мукокінетик – нормалізувати в'язкість, адгезивність і мукоциліарний кліренс, β 2-адреноміметик – збільшити частоту биття війок миготливого епітелію та швидкість мукоциліарного кліренсу. Застосування такої комбінації набуває особливої актуальності в умовах, коли проведення інгаляційної терапії ускладнене або неможливе.

Отже, аналіз наукових публікацій і власний досвід застосування комбінованого препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей із ГБ вказує на патогенетичну доцільність, ефективність і хорошу переносимість у дітей дошкільного і шкільного віку.

Висновки

Застосування препарату «Аскоріл Експекторант» у дітей із ГБ, який супроводжується частим малопродуктивним кашлем, є патогенетично обґрунтованим і сприяє швидшому полегшенню симптомів захворювання, на що вказують вірогідне зменшення частоти, інтенсивності, зміна характеру кашлю на продуктивний на 3–4-ту добу лікування, нормалізація аускультативних даних на 8–10-ту добу лікування, поліпшення показників легеневої функції.

Терапевтичний ефект препарату «Аскоріл Експекторант» пов'язаний із муколітичним, відхаркувальним і бронхолітичним ефектами.

Висока ефективність і хороша переносимість препарату «Аскоріл Експекторант» в обстежених дітей дає змогу рекомендувати його дітям молодшого та шкільного віку для застосування в клінічній практиці в лікуванні ГРІ нижніх дихальних шляхів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Albrecht HH, Dicipinigitis PV, Guenin EP. (2017). Role of guaifenesin in the management of chronic bronchitis and upper respiratory tract infections. Multidiscip Respir Med. 12: 31. doi: 10.1186/s40248-017-0113-4.
2. Antipkin YuG, Lapshin VF, Umanets TR, Zadorozhnaya TD, Bondarenko YuM. (2025). Clinical and morphological characteristics of bronchitis in children. Kyiv: Creative Media: 256. [Антипкін ЮГ, Лапшин ВФ, Уманець ТР, Задорожна ТД, Бондаренко ЮМ. (2025). Клініко-морфологічна характеристика бронхітів у дітей. Київ: Кріейтив Медіа: 256].
3. Balsamo R, Lanata L, Egan CG. (2010). Mucoactive drugs. Eur Respir Rev. 19(116): 127-133. doi: 10.1183/09059180.00003510.

4. Chin T. (2024). Acute Bronchitis in Childhood. In *Bronchitis in Children – Latest Developments*. IntechOpen. URL: <https://doi.org/10.5772/intechopen.111493>.
5. Jayaram S, Desai A. (2000) Efficacy and safety of Ascoril expectorant and other cough formula in the treatment of cough management in paediatric and adult patients – a randomised double-blind comparative trial. *J Indian Med Assoc.* 98(2): 68-70.
6. Lapshyn VF, Umanets TR. (2014). Mucolytic therapy in children with recurrent bronchitis. *Perinatologiya i Pediatriya.* 3(59): 36-40. [Лапшин ВФ, Уманець ТР. (2014). Муколітична терапія в дітей з рецидивним бронхітом. *Перинатологія і педіатрія.* 3(59): 36-40]. doi: 10.15574/PP.2014.59.36.
7. Li Y, Wang X, Blau DM et al. (2022). Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet.* 399(10340): 2047-2064. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00478-0.
8. Marushko YuV, Gishchak TV. (2020). Experience in using a combined expectorant drug for community-acquired pneumonia in preschool children. *Family Medicine.* 4(89): 82-86. [Марушко ЮВ, Гищак ТВ. (2020). Досвід використання комбінованого відхаркувального препарату при позалікарняній пневмонії у дітей дошкільного віку. *Сімейна медицина.* 4(89): 82-86].
9. Matyuha LF, Tytova TA, Tysh OB. (2020). Approaches to the Treatment of Cough in Acute Bronchitis in an Outpatient Setting. *Family Medicine.* (3): 67-74. [Матюха ЛФ, Титова ТА, Тиш ОБ. (2020). Approaches to the Treatment of Cough in Acute Bronchitis in an Outpatient Setting. *Family Medicine.* (3): 67-74]. <https://doi.org/10.30841/2307-5112.3.2020.211948>.
10. Nurgozhin TS, Guliaev AE, Ermekbaeva BA, Zhaugasheva SK, Abuova GT, An EA. (2013). Results of international multicentre non-interventional clinical study of the effectiveness and safety of ascoril expectorant for the treatment of cough in Kazakhstan and Uzbekistan. *Klinicheskaya meditsina.* 91(6): 50-55.
11. Prabhu Shankar S, Chandrashekhara S, Bolmall CS, 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.* 108(5): 313-314, 316-318, 320.
12. Sarfo JO, Amoado M, Gyan TB et al. (2023). Acute lower respiratory infections among children under five in Sub-Saharan Africa: a scoping review of prevalence and risk factors. *BMC Pediatr.* 23(1): 225. doi: 10.1186/s12887-023-04033-x.
13. Schot MJC, Dekker ARJ, van Werkhoven CH et al. (2019). Burden of disease in children with respiratory tract infections in primary care: diary-based cohort study. *Fam Pract.* 36(6): 723-729. doi: 10.1093/fampra/cmz024.
14. Singh A, Avula A, Zahn E. (2024). Acute Bronchitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448067/>.
15. Sirota S, Bender R, Dominguez R et al. (2025). Global burden of lower respiratory infections and aetiologies, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet Infectious Diseases.* 26: 343-361. doi: 10.1016/S1473-3099(25)00689.
16. Trusinska D, Zin ST, Sandoval E, Homaira N, Shi T. (2024). Risk Factors for Poor Outcomes in Children Hospitalized with Virus-associated Acute Lower Respiratory Infections: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J.* 43(5): 467-476. doi: 10.1097/INF.0000000000004258.
17. WHO. (2026). Child mortality (under 5 years). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-under-5-mortality-in-2020>.

Відомості про авторів:

Уманець Тетяна Рудольфівна – д.мед.н., проф., гол.н.с. відділення імунозалежних станів, ревматичних та респіраторних хвороб у дітей ДУ «ВЦМД НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 483-90-94. <https://orcid.org/0000-0001-9058-7383>.

Буратинська Антоніна Анатоліївна – д.філос., ст.н.с. відділення імунозалежних станів, ревматичних та респіраторних хвороб у дітей ДУ «ВЦМД НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8. <https://orcid.org/0000-0003-3790-0419>.

Куценко Людмила Геннадіївна – лікар дитячий пульмонолог вищої категорії Консультативної поліклініки для дорослих та дітей ДУ «ВЦМД НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

Малахова Вікторіна Віталіївна – лікар педіатр вищої категорії, зав. Консультативної поліклініки для дорослих та дітей ДУ «ВЦМД НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 483-92-73.

Лапшин Володимир Федорович – д.мед.н., проф., гол.н.с. відділення імунозалежних станів, ревматичних та респіраторних хвороб у дітей ДУ «ВЦМД НАМН України».

Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38(044) 483-87-60. <https://orcid.org/0000-0003-1896-1865>.

Стаття надійшла до редакції 17.03.2026 р., прийнята до друку 12.05.2026 р.