

МНН, УПОМЯНУТЫЕ В АЛГОРИТМЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА У ВЗРОСЛЫХ

АМБРОКСОЛ

АЦЕТИЛЦИСТЕИН

ЗАНАМИВИР

ИБУПРОФЕН

ИБУПРОФЕН + ПАРАЦЕТАМОЛ

КАРБОЦИСТЕИН

ОСЕЛЬТАМИВИР

ПАРАЦЕТАМОЛ

ПАРАЦЕТАМОЛ + ФЕНИЛЭФРИН + ФЕНИРАМИН

ТИМЬЯНА ТРАВЫ ЭКСТРАКТ СУХОЙ + ПЕРВОЦВЕТА

КОРНЕЙ ЭКСТРАКТ СУХОЙ

ТИМЬЯНА ТРАВЫ ЭКСТРАКТ ЖИДКИЙ + ПЛЮЩА

ОБЫКНОВЕННОГО ЛИСТЬЕВ ЭКСТРАКТ ЖИДКИЙ

ЭРДОСТЕИН

ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ВЗРОСЛЫХ

Базовая структура инфографики соответствует следующим источникам:

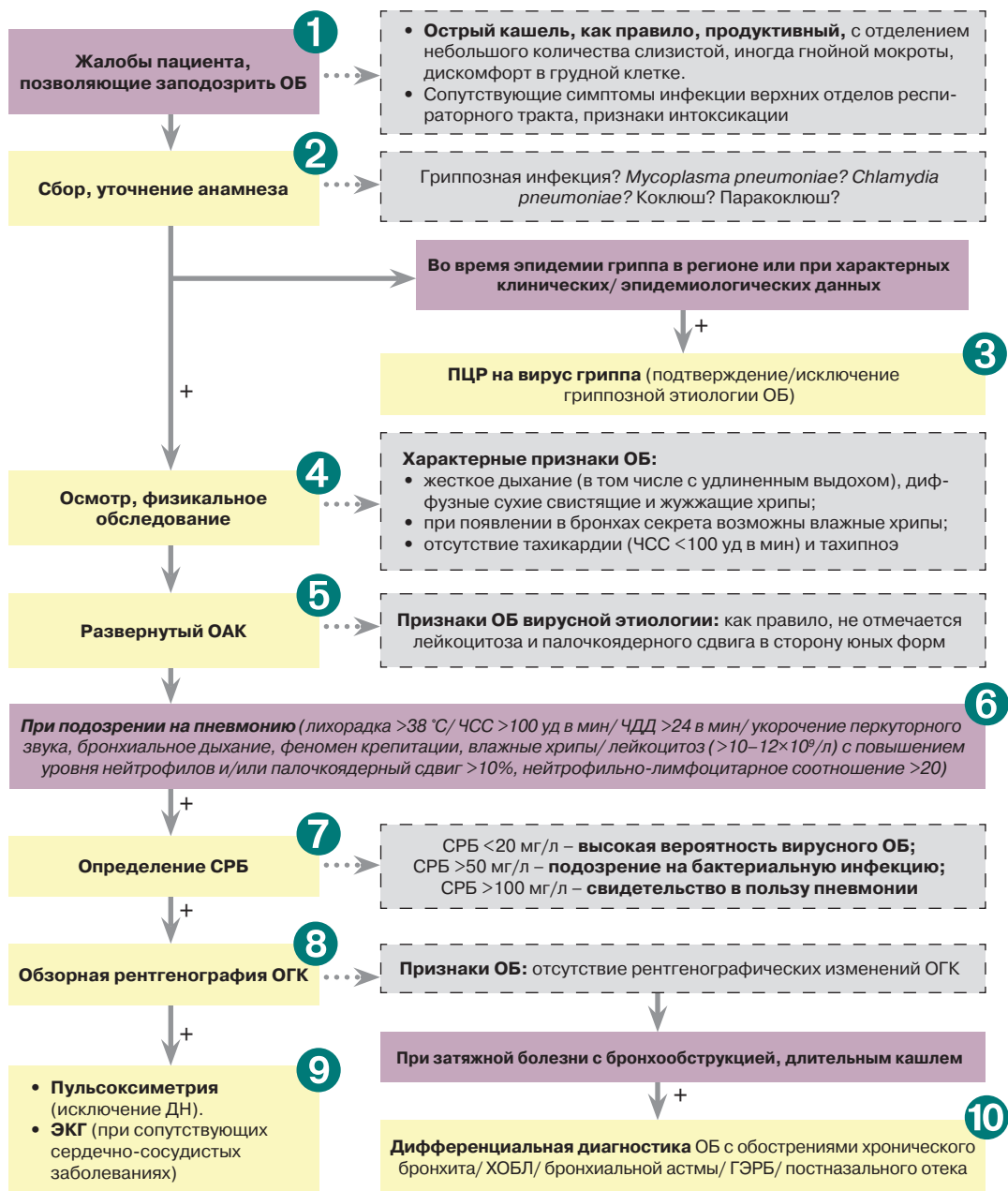
Острый бронхит у взрослых – проект клинических рекомендаций Российского респираторного общества, Российского научного медицинского общества терапевтов, Межрегиональной ассоциация специалистов респираторной медицины (авторская статья опубликована в официальном издании РНМОТ – журнале «Терапия», 2022, №5, стр. XX-XX).

Адаптировано со ссылками на использованную литературу

Для цитирования: Острый бронхит. Алгоритмы диагностики и лечения.
Терапия. 2022; 5 (приложение): XX-XX.

Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2022.5suppl.XX-XX>

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО БРОНХИТА У ВЗРОСЛЫХ [1]



Примечания: ОБ – острый бронхит; ПЦР – полимеразная цепная реакция; t – температура тела; ЧДД – частота дыхательных движений; АД – артериальное давление; ЧСС – частота сердечных сокращений; ОАК – общий анализ крови; СРБ – С-реактивный белок; ОГК – органы грудной клетки; ДН – дыхательная недостаточность; ЭКГ – электрокардиография; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

ДИАГНОСТИКА
комментарии

- 1 • У всех больных с подозрением на острый бронхит (ОБ) рекомендуется провести оценку жалоб, социального статуса, собрать полный медицинский, эпидемиологический и профессиональный анамнез: уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В, уровень достоверности доказательств (УДД) – 4 [1].
 - В ряде случаев кашель при ОБ приобретает надсадный мучительный характер. Следует подчеркнуть, что кашель с отделением гнойной мокроты не является адекватным свидетельством бактериальной инфекции. Так, частота экспекторации гнойной мокроты при ОБ составляет порядка 48%, а при пневмонии – 65% [1].
 - К симптомам поражения верхних отделов респираторного тракта, которые нередко наблюдаются при ОБ, относятся заложенность носа, ринорея, нарушение носового дыхания, гиперемия ротоглотки. При инфекции, вызванной вирусом парагриппа, нередко наблюдается осиплость голоса. Для аденовирусной инфекции характерно развитие конъюнктивита. Симптомы интоксикации при ОБ могут включать повышение температуры тела (обычно до субфебрильных значений), головную боль, общую слабость и др. [1].

- 2 • Клиническая картина ОБ зависит от актуального возбудителя, и в ряде случаев можно выделить ряд характерных особенностей в течении болезни. Так, типичная гриппозная инфекция, как правило, начинается с резкого подъема температуры тела (38–40 °С), которому сопутствуют озноб, головокружение, боли в мышцах, головная боль и общая слабость. Температура достигает максимума к концу первых – началу вторых суток болезни. В большинстве случаев появляется сухой или малопродуктивный кашель, сопровождающийся болью за грудиной. Длительность лихорадочного периода составляет в среднем 3–5 дней, общая продолжительность заболевания – 7–10 дней. При снижении температуры тела происходит улучшение состояния пациента, однако явления постинфекционной астении могут сохраняться в течение 2–3 нед, что наиболее часто наблюдается у пожилых больных [1].
 - ОБ, обусловленный *Mycoplasma pneumoniae*, чаще всего встречается у молодых пациентов (16–40 лет); течение заболевания сопровождается фарингитом, общим недомоганием, слабостью, потливостью и длительным постоянным кашлем (более 4 нед). В то же время в случае остро развившегося кашля *M. pneumoniae* как верифицированный возбудитель возникшей инфекции дыхательных путей, по данным исследований, встречается менее чем в 1% случаев [1].
 - Хламидийная инфекция (*C. pneumoniae*) у взрослых пациентов с ОБ выявляется менее чем в 5% случаев. Ее клинические особенности описываются как сочетание симптомов бронхита, фарингита и ларингита. Пациенты наиболее часто отмечают хрипоту, осиплость голоса, субфебрильную лихорадку, першение в горле и, как следствие, постоянный малопродуктивный кашель с отхождением слизистой мокроты [1].
 - Возбудители коклюша и паракоклюша – *Bordetella pertussis* и *B. parapertussis* – определяются, по данным отдельных исследований, в среднем у 10% взрослых с кашлем продолжительностью более 2 нед. Основной жалобой пациентов в этом случае выступает надсадный «лающий» кашель. Следует отметить, что клиническая симпто-



матика коклюша у взрослых нередко остается не оцененной, а, возможно, и «стертой» вследствие приема больными противокашлевых средств. Так, в клиническом исследовании 153 взрослых пациентов с жалобами на кашель длительностью более 2 нед лабораторные признаки *B. pertussis* определялись у 12% больных, но при этом дифференциальный диагноз с коклюшем врачами не проводился ввиду отсутствия типичной клинической симптоматики [1, 2].

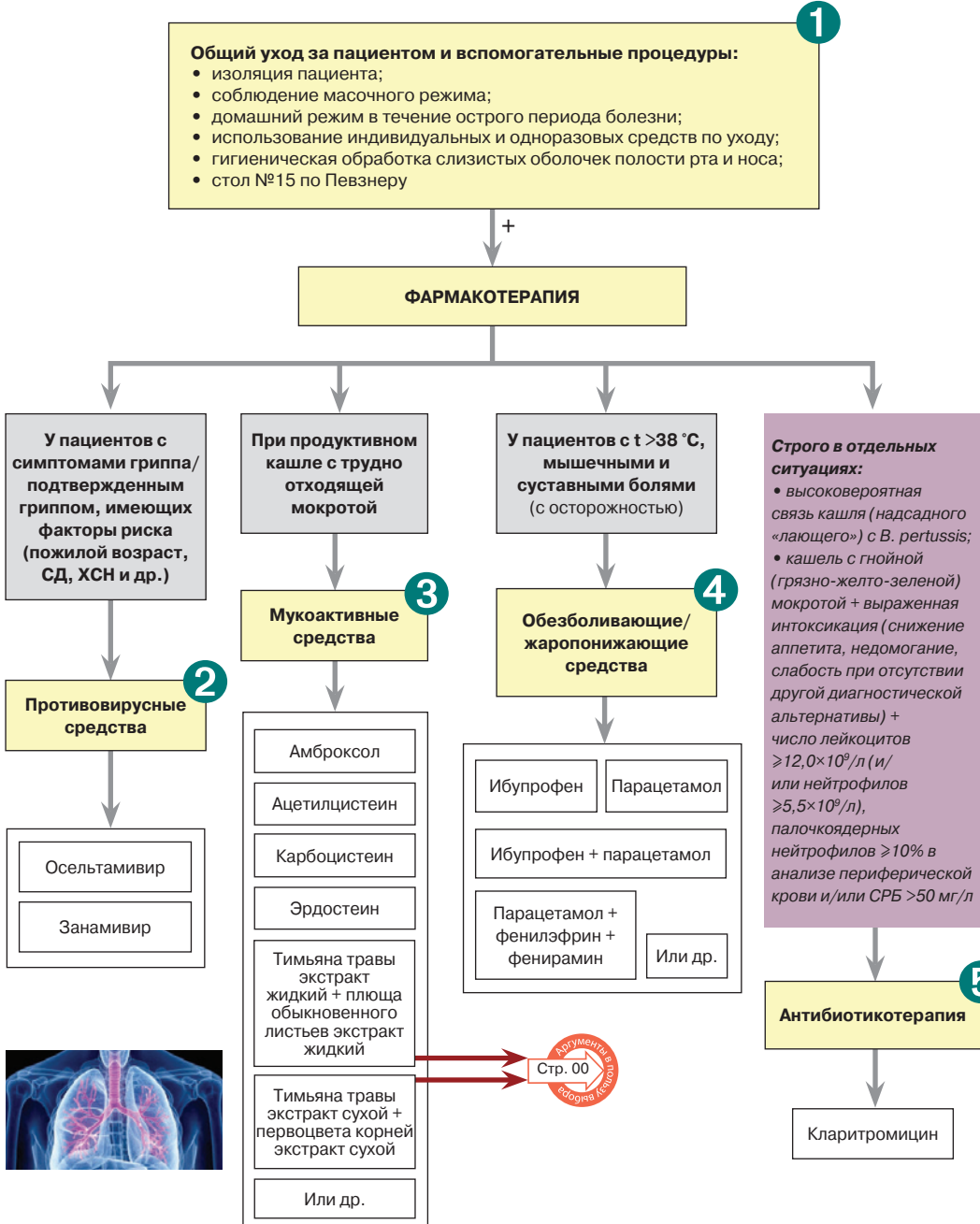
• Несмотря на определенные особенности в клинической картине и течении ОБ разной этиологии, каких-либо закономерностей, позволяющих с высокой степенью надежности предсказать возбудителя заболевания без дополнительных лабораторных методов исследования, в настоящее время не существует [1].

- 3** • Пациентам с подозрением на ОБ рекомендуется исследование респираторного образца (мокроты, мазка из носоглотки и задней стенки глотки и др.) на грипп методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) во время эпидемии этой инфекции в регионе или при наличии у больного соответствующих клинических и/или эпидемиологических данных: УУР – В, УДД – 4 [1]. Ранняя диагностика вирусов гриппа играет важную роль при выборе режима терапии ОБ [1].
 - Рутинное использование методов идентификации *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae* и других респираторных вирусов (кроме вирусов гриппа) при ОБ не рекомендуется: УУР – В, УДД – 4 [1]. Целесообразность выполнения исследований, направленных на выявление *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae*, должна определяться клиническими показаниями для конкретного пациента («семейный» анамнез, затяжное течение заболевания, бронхообструктивный синдром и др.) [1]. Клинические особенности ОБ, связанного с этими возбудителями, указаны в пункте 2.
- 4** • У всех больных с подозрением на ОБ рекомендуется провести общий осмотр, измерить показатели жизнедеятельности (частоту дыхательных движений, частоту сердечных сокращений, артериальное давление, температуру тела) и выполнить детальное обследование грудной клетки: УУР – В, УДД – 4 [1].
 - К настораживающим физикальным признакам у пациента с острым кашлем, требующим исключения пневмонии, относятся температура тела свыше 38 °С, частота сердечных сокращений (ЧСС) >100 в мин, частота дыхательных движений (ЧДД) >24 в мин, влажные хрипы на стороне поражения при аускультации [1]. При этом необходимо отметить, что данные, получаемые при физикальном обследовании, зависят от многих факторов, включая возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний и др. Это, опять же, диктует необходимость тщательного изучения анамнеза [1].
- 5** • Всем больным с подозрением на ОБ рекомендуется развернутый общий анализ крови (ОАК) с определением уровня лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы: УУР – С, УДД – 1 [1]. Данные ОАК не являются специфичными, однако при ОБ вирусной этиологии в общем анализе крови, как правило, не отмечается лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига в сторону юных форм [1].

- 6 Учитывая клинические проявления (продуктивный кашель, нередко с эспекторацией гнойной мокроты, интоксикация, дискомфорт в грудной клетке), дифференциальная диагностика ОБ должна проводиться прежде всего с внебольничной пневмонией. Так, **остро возникший кашель у пациента с субфебрильной температурой тела ($<38^{\circ}\text{C}$) и симптомами инфекции верхних дыхательных путей** (болью в горле, насморком) при отсутствии тахикардии (пульс <100 уд в мин), **тахипноэ и локальной физической симптоматики является клинической картиной, присущей вирусному ОБ**. Напротив, при наличии у пациента фебрильной лихорадки $>38^{\circ}\text{C}$, ознобов, гнойного характера откашливаемой мокроты с болью в груди, усиливающейся на вдохе/кашле, тахипноэ, а также локальной физической симптоматики (укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, феномен крепитации, влажных хрипов и др.) следует склониться в пользу диагноза пневмонии [1]. Добавим, что **лейкоцитоз ($>10-12 \times 10^9/\text{л}$) с повышением уровня нейтрофилов и/или палочкоядерный сдвиг $>10\%$, нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение >20 по данным ОАК указывают на высокую вероятность бактериальной инфекции**, что также требует дальнейшего обследования пациента с целью исключения пневмонии [1].
- 7 Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови рекомендуется при дифференциальной диагностике ОБ с пневмонией и для определения показаний к антибактериальной терапии: УУР – В, УДД – 3 [1]. При пороговом значении СРБ <20 мг/л в подавляющем большинстве случаев можно предположить вирусную этиологию ОБ и отказаться от приема антибиотиков. Напротив, уровень СРБ >50 мг/л подтверждает подозрение на бактериальную инфекцию, а концентрация этого биомаркера >100 мг/л свидетельствует в пользу пневмонии; в таких случаях рекомендовано обследование, направленное на исключение бактериального процесса [1, 3, 4]. При промежуточных значениях СРБ ($20-50$ мг/л) также целесообразны динамическое наблюдение и обследование, нацеленные на исключение бактериального процесса [1].
- 8
- Показания для проведения рентгенологического исследования органов грудной клетки (ОГК) у амбулаторных больных с жалобами на остро возникший кашель включают клинические (температура тела свыше 38°C , ЧСС >100 в мин, ЧДД >24 в мин, влажные хрипы на стороне поражения при аускультации) и/или лабораторные признаки (лейкоцитоз $>10-12 \times 10^9/\text{л}$ с повышением уровня нейтрофилов и/или палочкоядерный сдвиг $>10\%$, нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение >20 , СРБ >100 мг/л), позволяющие заподозрить пневмонию, с целью исключения этого заболевания. Помимо вышеперечисленного, целесообразно выполнять рентгенологическое обследование у больных пациентов пожилого и старческого возраста [1].
 - Обзорная рентгенография ОГК проводится в передней прямой и боковой проекциях (при неизвестной локализации воспалительного процесса целесообразно делать снимок в правой боковой проекции): УУР – В, УДД – 4 [1]. ОБ в этом плане может рассматриваться как «диагноз исключения», поскольку при его наличии каких-либо изменений на рентгенографии ОГК не наблюдается [1].

- 9 • Для выявления/исключения дыхательной недостаточности пациентам с подозрением на ОБ рекомендуется проведение пульсоксиметрии с измерением SpO₂: УУР – В, УДД – 4 [1]. ОБ обычно НЕ сопровождается дыхательной недостаточностью [1].
- Пациентам с ОБ, имеющим сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, **рекомендуется проведение электрокардиографии в стандартных отведениях**: УУР – С, УДД – 4 [1]. Данное исследование не несет в себе какой-либо специфической информации при ОБ. Однако, течение заболевания увеличивает риск декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний, развития нарушений ритма и острого коронарного синдрома [1].
- 10 • **Дифференциально-диагностические исследования** с целью исключения постназального затека, бронхиальной астмы, ХОБЛ, хронического бронхита, эзофагогастрального рефлюкса следует выполнять в случаях, когда по результатам врачебного осмотра выявляются особенности клинической картины определенной болезни, либо при наличии у пациента кашля продолжительностью более 4 нед: УУР – В, УДД – 4 [1].
- **В случае дифференциальной диагностики ОБ с обострением хронического бронхита** следует учитывать, что под последним в настоящее время понимают хроническое воспалительное заболевание бронхов, характеризующееся морфологической перестройкой их слизистой оболочки и проявляющееся кашлем с выделением мокроты в течение ≥ 3 мес в году на протяжении 2 последовательных лет. Важно, что гнойная мокрота при обострении хронического бронхита требует решения вопроса о назначении антибактериальной терапии, тогда как при ОБ ее наличие, как уже отмечалось, не свидетельствует в пользу бактериальной инфекции [1].
- **В целом, диагноз ОБ формируется синдромально** на основании характерных клинических симптомов острого поражения бронхиального дерева, данных лабораторных и инструментальных исследований при условии исключения хронической патологии бронхолегочной системы и острого инфекционного процесса с поражением легочной ткани. При формулировке диагноза ОБ учитывают особенности клинического течения заболевания (степень тяжести, период болезни) и приводят его обоснование. При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой для каждого из пунктов [1].

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА [1]



Примечания: СД – сахарный диабет; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; t – температура тела; СРБ – С-реактивный белок.





- 1 «Стол №15» подразумевает диету с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенную витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты) [1, 5].
- 2 У пациентов с ОБ и симптомами гриппа, имеющих факторы риска (пожилой возраст, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность и др.), рекомендовано назначение осельтамивира: УУР – С, УДД – 4 [1]. Целесообразность приема осельтамивира (или других противовирусных препаратов) определяется врачом индивидуально для каждого пациента [1].
- 3
 - Пациентам с ОБ рекомендовано назначение мукоактивных препаратов для разжижения и улучшения отхождения мокроты: УУР – С, УДД – 5 [1]. Мукоактивные препараты (амброксол, бромгексин, ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин, комбинированные растительные средства, содержащие плющ, тимьян, первоцвет, гвайфенезин или др.) применяются при наличии продуктивного кашля [1].
 - К мукоактивным препаратам растительного происхождения с внушительной доказательной базой при ОБ относятся фиксированные комбинации **травы тимьяна экстракта жидкого + плюща обыкновенного листьев экстракта жидкого и травы тимьяна экстракта сухого + первоцвета корней экстракта сухого**, сочетающие отхаркивающее, противовоспалительное, секретолитическое и бронхолитическое действие [6–9]. Так, в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании препарата, включающего **комбинацию жидких экстрактов травы тимьяна и листьев плюща обыкновенного** (360 взрослых пациентов с ОБ, 11 дней терапии), **частота приступов кашля в основной группе снизилась на 77,6%** по сравнению с исходной частотой, тогда как в группе плацебо аналогичный показатель составлял 55,9% ($p=0,0001$). К концу исследования количество пациентов, у которых **полностью купировались приступы кашля**, в основной группе было в 2 раза выше, чем в контрольной (28,6 и 14,6% соответственно; $p=0,0013$). При этом переносимость исследуемого фитопрепарата и плацебо была сопоставима [10, 11].
 - В свою очередь препарат, содержащий **комбинацию сухих экстрактов травы тимьяна и корней первоцвета**, в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании (360 взрослых пациентов с ОБ, 11 дней терапии) также более **значимо сокращал частоту приступов продуктивного кашля относительно исходного уровня** (на 73,7%) по сравнению с контролем (на 57,8%; $p < 0,0001$). **Уменьшение частоты приступов кашля на 50% по сравнению с исходной при лечении исследуемым препаратом достигалось на 5-й день**, что было примерно на 2 дня раньше, чем в группе плацебо. К концу исследования число пациентов, у которых не было кашля, в группе сухого экстракта травы тимьяна и корней первоцвета было более чем в 2 раза выше, чем в контрольной группе: 28,6% против 10,7% ($p < 0,0001$). При

этом переносимость исследуемого препарата, как и в предыдущем исследовании, оказалась сравнимой с плацебо [10, 12].

• **Применение противокашлевых (антитуссивных) препаратов при ОБ, сопровождающемся продуктивным кашлем, НЕ рекомендовано:** УУР – С, УДД – 5 [1]. Это обусловлено тем, что назначение средств, подавляющих кашель, может сопровождаться нарушением мукоцилиарного клиренса [1, 13]. Тем не менее, в отдельных случаях при сухом мучительном кашле, значительно нарушающем качество жизни (сопровождающемся болью, нарушением сна), можно рассмотреть назначение противокашлевого средства (бутамирата, леводропропизина и т.п.) коротким курсом [1].

4 • Пациентам с ОБ и гипертермией выше 38 °С, мышечными и суставными болями рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) с целью достижения жаропонижающего, болеутоляющего и противовоспалительного действия: УУР – С, УДД – 5 [1].

• **Назначение НПВП длительным курсом нецелесообразно. Кроме того, с практической точки зрения следует помнить о том, что назначение препаратов этого класса может дезориентировать врача в оценке эффективности проводимой терапии.** Среди средств обезболивающим и жаропонижающим эффектом наиболее рекомендованы парацетамол 325 мг до 3 раз/сут (максимальная суточная доза 1500 мг.), ибупрофен 400 мг 3 раза/сут (максимальная суточная доза 1200 мг), фиксированные комбинации этих двух лекарственных средств, а также парацетамол в сочетании с фенилэфрином и фенирамином [1].

• **Пациентам младше 18 лет не рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты и селективных НПВП** вследствие возможных побочных явлений: УУР – С, УДД – 5 [1].

5 • За исключением случаев, указанных в схеме лечения, при ОБ применение анти-микробных препаратов не рекомендовано: УУР – А, УДД – 1 [1]. В целом ряде рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) был сделан вывод о том, что антибиотики не оказывают никакого влияния на улучшение состояния пациентов с ОБ [1, 14, 15]. В то же время, сообщается о высокой частоте нежелательных явлений, которые сопутствуют антибиотикотерапии [1, 15, 16]. Другая проблема неоправданного назначения противомикробных средств при ОБ – рост устойчивости актуальных респираторных патогенов к этим препаратам [1].

• В клинических ситуациях, требующих назначения антибиотиков, предпочтение отдается макролидам (кларитромицину) в связи с их высокой активностью против *B. pertussis*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, которые наиболее часто являются возбудителями бактериальной инфекции при ОБ [1].



- **НЕ рекомендовано при ОБ рутинное применение бронхолитиков;** использование этой группы лекарственных средств оправдано только у пациентов с неотвязным кашлем и признаками бронхиальной гиперреактивности: УУР – В, УДД – 4 [1, 17]. По данным РКИ, потенциальные положительные эффекты от приема β_2 -агонистов сомнительны по сравнению с наличием у данных средств нежелательных явлений, наблюдаемых в процессе лечения [1, 18]. При этом в случае ОБ с продуктивным кашлем и бронхообструктивным синдромом, согласно данным отдельных РКИ, прием комбинированных средств, содержащих амброксол/бромгексин, гвайфенезин и бронхолитик сальбутамол, сопровождается более быстрым регрессом кашля [13, 19–21].
- **Применение ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС) при ОБ также не рекомендовано:** УУР – В, УДД – 4 [1]. По результатам отдельных РКИ, использование ингаляционных ГКС у пациентов с ОБ может сопровождаться снижением интенсивности кашля, но для подтверждения этого эффекта требуется проведение дальнейших клинических исследований. В связи с этим рутинное назначение данного класса препаратов при ОБ в настоящее время не рекомендовано [1, 22].

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Зайцев А.А., Лешенко И.В., Малявин А.Г. Острый бронхит: клинические рекомендации (проект). *Терапия*. 2022; 5: XX–XX. [Zaitsev A.A., Leshchenko I.V., Malyavin A.G. Acute bronchitis: clinical guidelines (a project). *Terapiya = Therapy*. 2022; 5: XX–XX (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2022.5.XX-XX>.
2. Nennig M., Shinefield H., Edwards K. et al. Prevalence and incidence of adult pertussis in an urban population. *JAMA*. 1996; 275(21): 1672–74.
3. Woodhead M., Blasi F., Ewig S. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – full version. *Clin Microbiol Infect*. 2011; 17 Suppl 6 (Suppl 6): E1–59. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1469-0691.2011.03672.x>.
4. Зайцев А.А., Овчинников Ю.В., Кондратьева Т.В. Биологические маркеры воспаления при внебольничной пневмонии. *Consilium Medicum*. 2014; 11: 36–41. [Zaitsev A.A., Ovchinnikov Yu.V., Kondrateva T.V. Biological markers of inflammation in community-acquired pneumonia. *Consilium Medicum*. 2014; 11: 36–41 (In Russ.)].
5. Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Доступ: <https://base.garant.ru/12132439/> (дата обращения – 04.06.2022). [Order of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation dated August 5, 2003 No. 330 «On measures to improve therapeutic nutrition in medical institutions of the Russian Federation» (as amended). URL: <https://base.garant.ru/12132439/> (date of access – 04.06.2022) (In Russ.)].

6. Методические рекомендации «Особенности течения Long-COVID-инфекции. Терапевтические и реабилитационные мероприятия». Терапия. 2022; 1 (Приложение): 1–147. [Methodological recommendations «Features of Long-COVID infection clinical course. Therapeutic and rehabilitation measures». Terapiya = Therapy. 2022; 1 (Suppl): 1–147 (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2022.1suppl.1-147>.
7. А.Г. Малявин. Возможности лечения ОРВИ фитопрепаратами в рутинной клинической практике. Терапия. 2021; 10: 169–177. [Malyavin A.G. Possibilities of acute respiratory viral infections treatment with herbal medicinal products in routine clinical practice. Terapiya = Therapy. 2021; 10: 169–177 (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2021.10.169-177>.
8. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Бронхипрет (сироп). РУ: ЛС-000181. Доступ: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=c7759680-6ce8-42c0-a353-f559f20117e2 (дата обращения – 04.06.2022). [Patient information leaflet for use of the drug for medical application Bronchipret (syrup). Registration certificate: ЛС-000181. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=c7759680-6ce8-42c0-a353-f559f20117e2 (date of access – 04.06.2022) (In Russ.)].
9. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Бронхипрет ТП (таблетки). РУ: ЛС-001464. Доступ: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=98ef21dd-d6ff-4855-99ba-48c6df479191 (дата обращения – 04.06.2022). [Patient information leaflet for use of the drug for medical application Bronchipret TP (tablets). Registration certificate: ЛС-001464. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=98ef21dd-d6ff-4855-99ba-48c6df479191 (date of access – 04.06.2022) (In Russ.)].
10. Шулькин А.В. Современные подходы к фармакотерапии острого бронхита. Преимущества фитотерапии. Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2019; 5: 30–34. [Shchulkin A.V. Modern approaches to acute bronchitis pharmacotherapy. Benefits of herbal medicine. Russkiy meditsinskiy zhurnal. Meditsinskoye obozreniye = Russian Medical Journal. Medical Review. 2019; 5: 30–34 (In Russ.)].
11. Кеммерих Б., Эберхардт Р., Штамммер Х. Эффективность и переносимость комбинации травы тимьяна и плюща в виде жидкого экстракта против плацебо у пациентов, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем. Проспективное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование. Русский медицинский журнал. 2008; 20: 1333–1340. [Kemmerich B., Eberhardt R., Stammer H. Efficacy and tolerability of thyme herb and ivy herb liquid extract combination versus placebo in patients with acute bronchitis with productive cough. Prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Russkiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal. 2008; 20: 1333–1340 (In Russ.)].
12. Кеммерих Б. Оценка эффективности и переносимости готовой комбинации сухих экстрактов травы тимьяна и корня первоцвета у взрослых, страдающих острым бронхитом с

- продуктивным кашлем. Проспективное двойное слепое плацебо-контролируемое много-центровое клиническое исследование. Русский медицинский журнал. 2009; 19: 1234–1241. [Kemmerich B. Evaluation of the efficacy and tolerability of a ready-made combination of dry extracts of thyme herb and primrose root in adults suffering from acute bronchitis with a productive cough. Prospective, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial. Russkiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal. 2009; 19: 1234–1241 (In Russ.)].
13. Зайцев А.А., Оковитый С.В., Крюков Е.В. Кашель. Практическое пособие для врачей. М.: Медиа Сфера. 2015; 60 с. [Zaitsev A.A., Okovity S.V., Kryukov E.V. Cough. A practical guide for doctors. Moscow: Media Sfera. 2015; 60 pp. (In Russ.)], ISBN: 9-785-89084-039-5.
14. Lior C., Moragas A., Bayona C. et al. Effectiveness of anti-inflammatory treatment versus antibiotic therapy and placebo for patients with non-complicated acute bronchitis with purulent sputum. The BAAP Study protocol. BMC Pulm Med. 2011; 11: 38. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2466-11-38>.
15. Smith S.M., Fahey T., Smucny J., Becker L.A. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 6(6): CD000245. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000245.pub4>.
16. Wark P. Bronchitis (acute). BMJ Clin Evid. 2015; 2015: 1508.
17. Лещенко И.В. Острый бронхит. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2019; 96 с. [Leshchenko I.V. Acute bronchitis. Moscow: GEOTAR-Media. 2019; 96 pp. (In Russ.)]. ISBN: 978-5-9704-4827-4.
18. Smucny J., Flynn C., Becker L., Glazier R. Beta2-agonists for acute bronchitis. Cochrane Database Syst. Rev. 2004; 1: CD001726. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001726.pub2>.
19. Купаев В.И., Щелкунова Л.А., Гущина Ю.М. с соавт. Мукоактивная терапия острого бронхита: что лучше назначить в реальной общей врачебной практике? Доктор.Ру. 2017; 5: 47–20. [Kupayev V.I., Shchelkunova L.A., Gushchina Yu.M. et al. Mucoactive therapy for acute bronchitis: what should general practitioners choose in real clinical practice? Doctor.Ru. 2017; 5: 47–50 (In Russ.)].
20. Prabhu Shankar S., Chandrashekharan S., Bolmall C.S., Baliga V. 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. 2010; 108(5): 313–14, 316–18, 320.
21. Клячкина И.Л. Лечение кашля при острых респираторных вирусных инфекциях и гриппе у пациентов группы риска. Военно-медицинский журнал. 2009; 7: 40–45. [Klyachkina I.A. Treatment of cough in conditions of acute respiratory virus infections and of grippe by the patients of group of risk. Voenno-meditsinskiy zhurnal = Military Medical Journal. 2009; 7: 40–45 (In Russ.)].
22. El-Gohary M., Hay A.D., Coventry P. et al. Corticosteroids for acute and subacute cough following respiratory tract infection: A systematic review. Fam Pract. 2013; 30(5): 492–500. <https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmt034>.

При кашле и бронхите

Растительный лекарственный препарат

Бронхипрет®

Рег. уд., ЛС-001464 от 30.12.2011,
ЛС-000181 от 05.04.2010



- ❧ Снижает интенсивность и частоту приступов кашля¹
- ❧ Способствует уменьшению воспаления^{2,3}
- ❧ Облегчает выведение мокроты⁴



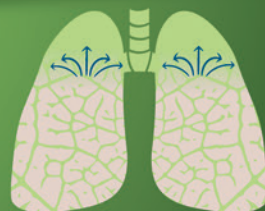
Природа. Наука. Здоровье.

Бронхипрет®
при простудном
кашле оказывает

противовоспалительное

бронхолитическое

отхаркивающее
действие



с эффектом ингаляции изнутри**



** Активный компонент эфирного масла в экстракте тимьяна – тимол оказывает местное воздействие на легкие, так как выводится через дыхательные пути¹

* Бронхипрет® (сироп) – для взрослых и детей от 1 года; Бронхипрет® ТП (таблетки) – для взрослых и детей старше 12 лет. 1. Измаил Х. и соавт. Бронхипрет® и синтетические муколитики при остром бронхите: сравнительное когортное исследование. Фарматека. 2005. №19 (114). С. 86–90. 2. Seibel J. et al. Bronchipret® syrup containing thyme and ivy extracts suppresses bronchoalveolar inflammation and goblet cell hyperplasia in experimental bronchoalveolitis. Phytomedicine 22(2015); 1172–1177. 3. Seibel J. et al. Clinical Phytoscience (2018) 4:4. DOI 10.1186/s40816-018-0062-2. 4. Инструкция по медицинскому применению Бронхипрет® сироп / Бронхипрет® ТП.

Производитель: «Бионорика СЕ»: Германия, 92318, Ноймаркт, Кершенштайнерштрассе, 11–15.
Организация, принимающая претензии потребителей: ООО «Бионорика». 119619, г. Москва,
6-я ул. Новые сады, д. 2, корп. 1, тел./факс (495) 502-90-19, info@bionorica.ru



www.bronchipret.com

РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.