ZU_COLLEKT_3_2015.qxd 26.02.2015 12:19 Page 28



# Гострий бронхіт: поради фахівця

**Про особливості клінічного перебігу, можливі наслідки та сучасні підходи до лікування гострого бронхіту (ГБ) кореспонденту «Медичної газети «Здоров'я України» розповів завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Юрій Михайлович Мостовой.**

Ю.М. Мостовой

**Якими є особливості виникнення та перебігу ГБ?**

– ГБ нагадує про себе восени та взимку, в період похолодання й активації різного роду респіраторних вірусів, у тому числі вірусу грипу.

Причиною захворювання в більшості випадків є віруси та активована ними бактеріальна флора. Гострий бронхіт прогресує як результат дії вірусно-бактеріальних асоціацій патогенів.

**Чи варто лікувати гострий бронхіт?**

– Якщо захворювання виникло в людини молодого чи середнього віку без супутньої патології, його перебіг характеризується субфебрильною температурою та кашлем без мокротиння, а також відсутністю задишки, то, ймовірно, має місце ГБ вірусного походження. Антибіотики в цьому випадку застосовувати не слід.

Якщо ГБ супроводжується лихоманкою, кашлем з виділенням гнійного мокротиння, обструктивним синдромом, безумовно, слід застосувати антибактеріальні препарати і якнайшвидше призначити бронходилатаційну терапію.

ГБ зазвичай ускладнює або обтяжує перебіг хронічних захворювань, особливо в пацієнтів віком понад 60 років.

В осіб, які страждають на гіпертонічну хворобу, можливе виникнення гіпертонічного кризу. У хворих на цукровий діабет слід очікувати непрогнозованих коливань рівня глюкози в крові. У пацієнтів із бронхіальною астмою ГБ у більшості випадків призводить до посилення нападів ядухи, збільшення їх частоти. Негативний вплив ГБ у пацієнтів з ішемічною хворобою серця реалізується збільшенням інтенсивності кардіалгії, задишкою; крім того, можуть з'являтися або посилюватися порушення ритму серця, недостатність кровообігу.

**Які антибактеріальні препарати слід застосовувати, якщо ГБ має бактеріальне походження?**

– Враховуючи те, що найчастіше причиною ГБ є традиційні респіраторні збудники, такі як пневмокок, гемофільна паличка, мораксела, мікоплазма, і відповідно до положень низки міжнародних рекомендацій лікування слід починати з антибіотиків пеніцилінового ряду та макролідів, оскільки вони впливають як на типову, так і на атипову флору.

Якщо за клінічними ознаками у лікаря більше аргументів на користь того, що збудником ГБ є пневмокок або гемофільна паличка, ефективними будуть захищені амінопеніциліни.

Перед призначенням антибіотиків необхідно отримати дані щодо попереднього досвіду їх застосування та зорієнтувати хворого, що приймати ліки слід не менше 7 днів.

**Наскільки часто ГБ ускладнюється обструктивним синдромом? Як діяти в цьому випадку?**

– Досвід показує, що приблизно в 30% дорослих ГБ супроводжується обструкцією. В популяції осіб віком понад 60 років частка таких пацієнтів буде ще більшою. При цьому люди середнього віку можуть не вказувати на задишку, дистанційні хрипи – класичні індикатори обструкції. Але при аускультації ви почуєте в них жорстке дихання, подовжений видих, розсіяні сухі хрипи, а це, як відомо, об'єктивні ознаки обструктивного синдрому.

За даними Г.Л. Юрєнєва (2012), що базуються не лише на клінічних показниках, а й на оцінці функції зовнішнього дихання, розповсюдженість обструкції при ГБ ще більша (рис.).

Обструкція суттєво обтяжує перебіг ГБ, погіршує санацію трахеобронхіального дерева, підвищує ризик виникнення пневмонії. В осіб похилого віку із супутніми захворюваннями обструктивний варіант ГБ негативно впливає на основне захворювання, насамперед це стосується пацієнтів з недостатністю кровообігу. Тому на обструктивний синдром слід реагувати якнайшвидше та найефективніше.

У даній клінічній ситуації часи теофілінів, на мою думку, минули. Ці лікарські засоби мають вузький терапевтичний діапазон, нерідко призводять до виникнення небажаних ускладнень, таких як аритмії (одне з найнебезпечніших), тривога, безсоння, що суттєво погіршують якість життя хворих. Також терапія теофілінами асоціюється з низкою гастроінтестинальних змін, а саме нудотою, блюванням. Теофіліни слід рекомендувати пацієнтам із хронічним обструктивним захворюванням легень, бронхіальною астмою як допоміжні препарати, що позитивно впливають на динамічні м'язи. У разі ГБ застосування представників цього класу є необґрунтованим.

Сьогодні на часі небулайзерна терапія. Саме небулізація бронхолітиком здатна ефективно та швидко ліквідувати обструкцію, не викликаючи при цьому ускладнень. У міжнародних погоджувальних документах наголошується, що саме небулізація бронхолітиками наразі є першим і найбільш виправданим кроком у лікуванні обструкції як при гострих станах, так і при загостреннях бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень.

І ще кілька застережень. Якщо кашель (а саме він є найбільш яскравою ознакою ГБ) на тлі прийому антибіотиків не вщухає, протягом більш ніж 3 діб зберігається підвищення температури тіла, пацієнту слід обов'язково виконати рентгенографію органів дихання, щоб виключити пневмонію.

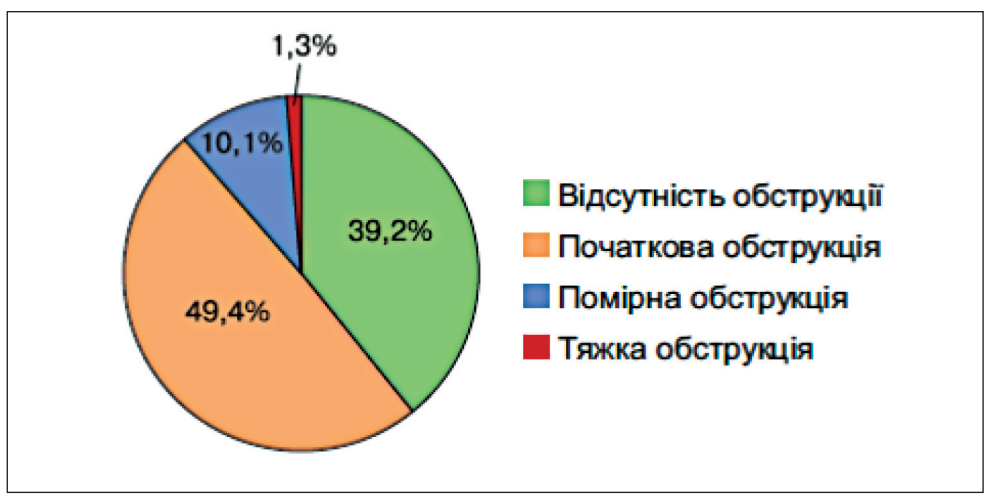


**Рис. Обструктивні порушення при гострому бронхіті (n=589)**

Також хочу зауважити, що після перенесеного ГБ у деяких пацієнтів покашлювання, дихальний дискомфорт можуть зберігатися тривалий час. Найчастіше це пов'язано із синдромом гіперреактивності бронхів. Останній слід лікувати, застосовуючи бронхолітичні препарати, а інколи й інгаляційні глюкокортикоїди.

**Якому з бронхолітиків слід надати перевагу, якщо в пацієнта має місце ГБ з обструктивним синдромом?**

– Спектр сучасних бронхолітичних препаратів не такий вже й великий. Це наші давні знайомі теофіліни, $\beta_2$-агоністи короткої дії, а саме сальбутамол, фенотерол, і комбіновані препарати, зокрема Беродуал, до складу якого входять холінолітик короткої дії іпратропію бромід та $\beta_2$-агоніст короткої дії фенотерол.

Оперуючи логічними категоріями, можна зробити висновок, що застосування комбінованого препарату є більш виправданим, ніж використання ліків, які впливають лише на один з механізмів обструкції.

У виникненні бронхообструктивного синдрому беруть участь різні відділи нервової системи: симпатичний ($\beta_2$-рецептори) і парасимпатичний ($M_1$- і $M_3$-рецептори). Досить часто клінічно важко визначити, що саме переважає в механізмі бронхообструкції – недостатня адренергічна стимуляція чи надмірна вагусна іннервація. У такому випадку оптимальним є призначення комбінації $\beta_2$-агоніста короткої дії фенотеролу і М-холінолітика іпратропію броміду (препарату Беродуал).

*Чому слід надавати перевагу саме Беродуалу?*

Аргументація така:

• фенотерол як $\beta_2$-агоніст короткої дії забезпечує швидку бронходилатацію шляхом стимуляції $\beta_2$-адренорецепторів;

• іпратропію бромід як холінолітик швидкого реагування послаблює вплив парасимпатичної нервової системи, що опосередковується ацетилхоліном, і виявляє бронходилатаційну дію; а крім того, знижує секреторну діяльність слизових залоз.

Таким чином, бронхолітична дія Беродуалу досягається за рахунок поєднаного впливу на різні механізми обструкції. При цьому Беродуал є безпечним препаратом стосовно дії на кардіоваскулярну систему і дуже рідко викликає небажані ефекти з боку інших органів та систем.

В осіб із синдромом гіперреактивності бронхів Беродуал продемонстрував гарний ефект.

Особисто я надаю перевагу Беродуалу в розчині для небулізації.

**Розкажіть більш детально про дозування Беродуалу при його небулізації.**

– Це дуже важливе з практичної точки зору питання. Лікарі, призначаючи препарат, не завжди звертають увагу на деталі та нюанси, а хворі самотужки не можуть в цьому розібратися. При неправильному використанні, порушенні дози препарату, техніки інгаляції ефективність терапії стає мінімальною. Отже, завдяки некоректному застосуванню формується негативна думка щодо препарату, яка є хибною.

При бронхоспазмі легкого та середнього ступеня для дорослих пацієнтів слід використовувати 20 крапель Беродуалу в 3-4 мл фізіологічного розчину, а при бронхоспазмі важкого ступеня – до 50 крапель у 3-4 мл фізіологічного розчину.

Максимальна разова доза Беродуалу не повинна перевищувати 80 крапель.

Інгаляції Беродуалу слід робити до стійкого зникнення бронхообструкції (при ГБ зазвичай 3-5 днів). Ознакою зникнення обструкції буде відсутність жорсткого дихання, подовженого видиху та хрипів.

Хочу зауважити, що цей препарат при обструктивному синдромі можливо застосовувати і в дозованому аерозолі (Беродуал Н). Я рекомендую робити 2 вдохи препарату з інтервалом 5 хв і при цьому дуже детально пояснюю пацієнтові, як користуватися інгалятором, акцентуючи увагу хворого на синхронізації маневрів «вдих – натискування на дно балончика». Також зазначаю, що слід ознайомитися з рекомендаціями щодо застосування препарату.

А лікарям даю пораду: щоб хворі правильно робили інгаляцію, під час консультації доцільно зімітувати процедуру інгаляції, сфокусувавши увагу хворого на тому, що натискувати на інгалятор слід тоді, коли робиться вдих, адже саме синхронізація забезпечує надходження розпилених ліків у дихальні шляхи. Покращення слід очікувати через 5 хв, при необхідності інгаляцію можна повторити. За добу можна зробити 3-4 інгаляції (інтервал між ними – щонайменше 3 год; кількість інгаляцій не може перевищувати 12 на добу).

**ГБ – тільки на перший погляд безпечне захворювання. У багатьох випадках його перебіг не дуже дошкуляє пацієнту, але насправді ГБ може мати неприємні наслідки, тому потребує від лікаря максимальної уваги і своєчасного й індивідуального підходу при призначенні терапії.**

*Підготувала* ***Марія Маковецька***