

И.М. Фуштей, д.м.н., профессор, С.Л. Подсевакина, к.м.н., Е.С. Чабанная, к.м.н., А.И. Паламарчук, к.м.н., О.А. Савченко, к.м.н., кафедра терапии, клинической фармакологии и эндокринологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Острый бронхит в пожилом возрасте: вопросы диагностики и лечения

Согласно статистическим данным, одной из самых распространенных причин обращения за амбулаторной медицинской помощью является остро возникший кашель. В подобных случаях наиболее часто диагностируется острый бронхит (ОБ).

ОБ – острое или подострое заболевание, основным клиническим признаком которого выступает продуктивный или непродуктивный кашель, продолжающийся не более 2-3 нед и сопровождающийся симптомами инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП). Ежегодная заболеваемость ОБ составляет 20-40%. Статистика свидетельствует, что ОБ поражает около 5% взрослого населения ежегодно, причем 82% случаев фиксируется в осенне-зимний период [1]. В ходе многочисленных культуральных, серологических и молекулярно-генетических исследований было установлено, что основными возбудителями ОБ являются различные респираторные вирусы, а именно аденовирусы, коронавирусы, коксакивирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный (РС)-вирус, риновирус. Доля специфических патогенов варьирует и зависит от многих факторов, в т.ч. от наличия эпидемии, времени года, уровня охвата населения соответствующей вакцинацией. Инфекции, вызванные парагриппом, энтеровирусом и риновирусом, наиболее часто развиваются осенью; грипп, РС-вирусная и коронавирусная инфекции – в зимний и весенний периоды. Чаще всего с ОБ ассоциируется вирус гриппа [4, 5].

Термин «острый бактериальный бронхит» в наше время считается некорректным, поскольку существовавшая долгое время гипотеза о том, что ОБ способны вызывать пневмококк, гемофильная палочка, золотистый стафилококк, моракселла и грамотрицательные бактерии, не нашла должного подтверждения. Исключением составляют больные, перенесшие хирургические манипуляции (трахеотомию) либо эндотрахеальную интубацию, во время которых возможна контаминация ВДП этими микроорганизмами [11].

Так называемого золотого стандарта диагностики инфекций нижних

дыхательных путей (ИНДП), в т.ч. ОБ, на данный момент не существует. Согласно рекомендациям Американской коллегии специалистов по заболеваниям органов грудной клетки (American College of Chest Physicians, ACCP), диагноз ОБ устанавливается только при отсутствии клинических или рентгенологических признаков пневмонии, а также при исключении ИВДП (в англоязычной литературе common cold), бронхиальной астмы или обострений хронического бронхита как причины кашля [3].

Поскольку причиной ОБ в абсолютном большинстве случаев является вирусная инфекция, обычно требуется только симптоматическое лечение (противокашлевые или муколитические средства, бронходилататоры, противовоспалительная терапия). Однако при лечении ОБ очень часто назначаются и антибактериальные препараты (АП), а именно в 50-79% случаев [2]. Больше чем в половине случаев это антибиотики широкого спектра. Кокрановский обзор 14 рандомизированных контролируемых исследований (2004) с участием >1,5 тыс. больных выявил умеренный позитивный эффект антибиотикотерапии (АБТ) у пациентов с ОБ или острым продуктивным кашлем без других очевидных причин [7].

Следует отметить, что гнойная мокрота как единственный признак не является показанием к АБТ у ранее здоровых пациентов при отсутствии физикальных признаков пневмонии [6]. Однако Американское общество по инфекционным болезням рекомендует применение АП при тяжелом или длительном (>14 дней) течении ОБ, а также при обоснованной вероятности наличия коклюша [12]. В рекомендациях Национального института здоровья и качества медицины (NICE) Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии указывается, что ОБ не следует лечить АП, за исключением случаев высокого риска тяжелых осложнений

вследствие коморбидных состояний. Прием АП рекомендован пациентам с острым кашлем в возрасте старше 65 лет с наличием ≥2 таких критериев: случаи госпитализации за последний год; сахарный диабет (СД); застойная хроническая сердечная недостаточность (ХСН); терапия глюкокортикоидами. Кроме того, АП рекомендованы всем пациентам в возрасте старше 80 лет с наличием ≥1 из вышеперечисленных признаков [9].

Критериями выбора АП являются его эффективность, безопасность, удобство применения и оптимальные фармакоэкономические параметры. При выборе АП для лечения ОБ в большинстве случаев основываются на статистических данных о наиболее частых возбудителях респираторных инфекций. Следует также учесть доказательную базу этих препаратов, т.е. подтвержденную в контролируемых клинических исследованиях эффективность при инфекциях известной этиологии. Не менее важным аспектом АБТ является ее безопасность. К наименее токсичным АП, в частности, относится азитромицин, эффективность которого при ИНДП изучалась в 29 крупных рандомизированных контролируемых исследованиях у 5901 больного, в т.ч. у 762 детей [8]. В сравнительных исследованиях макролидов была продемонстрирована сходная клиническая и бактериологическая эффективность азитромицина, кларитромицина, диритромицина, мидекамицина, мидекамицина ацетата, рокситромицина, джозамицина и эритромицина у взрослых и детей с ИНДП, в т.ч. ОБ, обострениями хронического бронхита, внебольничной пневмонией, включая микоплазменную. Отсутствие клинической эффективности азитромицина было обнаружено у 56 из 928 (6%) пациентов по сравнению с 72 из 746 (10%) больных, получавших АП сравнения.

Эффективность муколитических средств при ОБ продолжает активно изучаться многими исследователями, однако обоснованных рекомендаций по их использованию на данный момент не существует [13]. Именно это и явилось основанием для авторского исследования эффективности



И.М. Фуштей

муколитика эрдостеина у больных с ОБ.

Эрдостеин представляет собой пролекарство, содержащее две блокированные тиоловые группы. Этот препарат начинает действовать после прохождения через печень, метаболизируясь до трех активных соединений. Свободная SH-группа в главном активном метаболите эрдостеина обуславливает многонаправленный механизм его действия: муколитический эффект (снижение вязкости мокроты, улучшение мукоцилиарного транспорта и клиренса); антибактериальное влияние (угнетение бактериальной адгезии к слизистой оболочке дыхательных путей, увеличение концентрации антибиотиков в мокроте); антиоксидантные и противовоспалительные свойства (увеличение содержания глутатиона в промывных водах бронхов, уменьшение продукции активных форм кислорода и перекисного окисления липидов, снижение уровня провоспалительных цитокинов в бронхиальном секрете) [10].

Целью авторского исследования стала оценка клинической эффективности и безопасности эрдостеина и азитромицина в комплексном лечении пожилых больных с ОБ и коморбидной патологией. В исследование было включено 36 пациентов в возрасте 65-75 лет (средний возраст – 69,4±1,5 года), у которых имелись признаки ОБ на фоне острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Больные были госпитализированы на 3-5-е сутки от начала ОРВИ в связи с ухудшением общего состояния и прогрессированием нарушений дыхания. Коморбидная патология у пациентов была представлена СД 2 типа (75%), ХСН III-IV функционального класса по NYHA (87%), артериальной гипертензией (АГ, 45%), хронической болезнью почек (ХБП, 29%). 36% участников исследования постоянно принимали глюкокортикоиды (ГК) для лечения сопутствующих заболеваний (бронхиальная астма, ревматоидный артрит и др.) (рис. 1). Стационарному лечению в течение последнего года подлежали 57% больных.

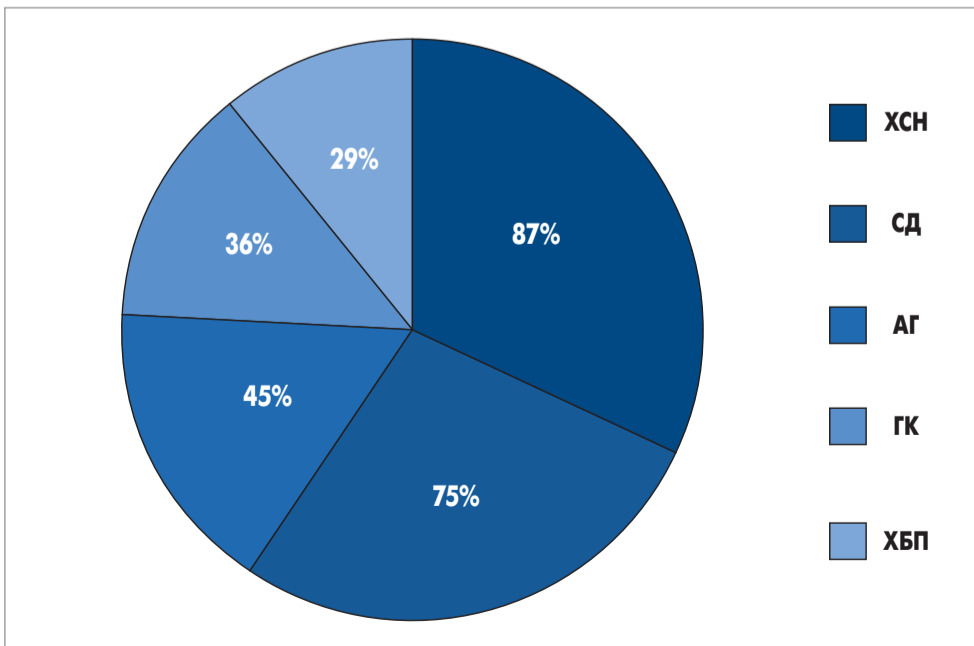


Рис. Коморбидная патология у пациентов с ОБ (%)

Показатель	Пациенты с ОБ (n=36)		
	Исходно	Через 5 дней	Через 14 дней
Кашель, баллов	3,95±0,02	1,44±0,06*	0,75±0,11**
Консистенция мокроты	3,41±0,07	2,06±0,04*	0,74±0,04**
Характер и количество мокроты	3,12±0,12	1,62±0,11*	0,62±0,14**
Одышка по mMRC, баллов	2,81±0,15	1,32±0,13*	0,53±0,15**
Хрипы в легких, баллов	2,79±0,08	1,61±0,09*	0,67±0,07**
ОФВ ₁ , %	78,5±3,16	79,3±4,23	78,2±3,52
САТ, баллов	19,12±0,25	15,56±0,34*	10,1±0,27**

Примечания: * различия достоверны по сравнению с исходными данными, ** различия достоверны по сравнению с данными через 5 дней ОБ.

