

# Раціональне лікування гострого бронхіту за результатами міжнародного конгресу «Стоп антибіотикорезистентність!»



У рамках традиційного Всесвітнього тижня оптимального призначення антибіотиків (АБ) відбувся міжнародний конгрес «Раціональне використання антибіотиків у сучасному світі. Antibiotic resistance STOP!» (14-15 листопада). Провідні експерти з різних країн, представники різноманітних клінічних спеціальностей зустрілися в онлайн-форматі, щоб обмінятися думками щодо доцільності обмеження застосування АБ та обговорити сучасні можливості підвищення ефективності лікування за допомогою інших медикаментозних засобів.

Пропонуємо читачам ознайомитись з основними положеннями доповіді «Раціональний підхід до діагностики та лікування гострого бронхіту», яку представив член Королівського терапевтичного коледжу, професор Центру експериментальної медицини Університету Квінс (м. Белфаст, Ірландія) Лоркан Мак-Гарві. Свою доповідь професор Л. Мак-Гарві розпочав із розгляду типового клінічного випадку. На прийом до лікаря звернулася жінка 45 років зі скаргами на легку задишку, кашель із виділенням гнійної мокротини протягом 7 діб. З епідеміологічного анамнезу відомо, що пацієнтка не мала нещодавніх контактів з інфікованими SARS-CoV-2. Під час об'єктивного обстеження стан пацієнтки оцінений як відносно задовільний, температура тіла не перевищує 37 °С, сатурація киснем відповідає нормативним значенням; але при цьому має місце незначне тахіпноє, а над поверхню легень відзначаються розсіяні сухі хрипи. Найімовірнішим діагнозом у цьому випадку є гострий бронхіт (ГБ) вірусного генезу. Спікер запропонував розглянути алгоритм ведення цієї пацієнтки відповідно до положень чинних практичних настанов.

Професор Л. Мак-Гарві звернув увагу слухачів на дефініцію ГБ, яку запропонувала Американська колегія фахівців у галузі терапевтичної медицини (ACCP). Згідно з визначенням ACCP, ГБ є гострою інфекцією нижніх дихальних шляхів, що проявляється переважно кашлем з виділенням мокротини або без цього, тривалістю  $\leq 3$  тиж, інколи не має клінічних проявів, але супроводжується появою рентгенологічних ознак захворювання. За наявності симптомів тривоги (частота серцевих скорочень  $>100$  уд./хв, частота дихальних рухів  $>30$ /хв, температура в ротовій порожнині  $>37,8$  °С) необхідно провести диференційну діагностику з іншими захворюваннями: респіраторним дистрес-синдромом, гіпоксією, пневмонією, сепсисом.

Оцінюючи стан хворого, слід обов'язково зважати на його вік, наявність супутніх захворювань, імуносупресії, а також намагатися встановити можливий етіологічний чинник. Якщо ГБ спровокований вірусом грипу, то характерними ознаками будуть стрімкий початок захворювання з підвищенням температури тіла, ознобом, головним болем, кашлем. Грип-індукований ГБ часто супроводжується міалгією, міозитом, міоглобінурією

та підвищенням рівня м'язових ферментів у сироватці крові. Вірус парагрипу здатен спричинити епідемію, особливо серед осіб літнього віку, котрі перебувають у соціальних закладах. Інфікування респіраторно-синцитіальним вірусом відбувається зазвичай узимку/навесні; однією з типових ознак захворювання є оталгія. Перебіг аденовірус-індукованого ГБ клінічно подібний до такого при грипі з раптовим початком і значним підвищенням температури тіла, натомість при інфікуванні риновірусом можна очікувати легкого перебігу інфекції.

Не слід виключати можливість інфікування SARS-CoV-2: цей збудник сприяє виникненню тяжких респіраторних симптомів у пацієнтів літнього віку. Клінічний діапазон зумовленої цим вірусом патології значно варіює – від цілком безсимптомного перебігу до тяжкого респіраторного дистрес-синдрому з летальним наслідком. Спочатку найтипівішими симптомами інфікування SARS-CoV-2 вважали підвищення температури тіла, кашель, відчуття стиснення в грудній клітці, задишку, але тепер ранніми ознаками визнані втрата нюху та смакових відчуттів.

Встановлення діагнозу ГБ потребує виключення загострення хронічного бронхіту, бронхіальної астми, хронічного обструктивного захворювання легень, бронхоектатичної хвороби, злоякісного новоутворення. Тому пацієнтам із ГБ показані рентгенографія органів грудної клітки, спірометрія, вимірювання концентрації фракційного оксиду азоту у видихуваному повітрі (FeNO), виконання бронхопровокаційної проби. Доцільне проведення мікробіологічного аналізу спонтанної/індукованої мокротини, змивів / промивання бронхів, а також ПЛР-дослідження мазків із носа/горла, клінічного аналізу крові та сечі.

Для лікування ГБ можуть застосовуватись АБ, кортикостероїди, бронходилататори, протикашльові засоби / муколітики, фітопрепарати. Професор Л. Мак-Гарві детально розглянув переваги та недоліки застосування зазначених ліків для терапії ГБ. Згідно з чинними рекомендаціями ACCP, АБ не є рутинним засобом для лікування осіб із гострим кашлем, спричиненим ГБ, за умов відсутності системних захворювань або високого ризику розвитку ускладнень. Нині не підтримується попередня рекомендація (2008) щодо доцільності відтермінованого призначення АБ. Доповідач підкреслив, що необхідно пояснити пацієнту відсутність потреби в застосуванні протимікробного засобу. Відповідно до практичних рекомендацій NICE (2019), слід негайно призначати АБ лише за наявності ознак пневмонії, мастоїдиту, паратонзиллярного абсцесу, інтраорбітальних/внутрішньочерепних ускладнень. Антибіотикотерапія може бути показана при тяжких супутніх захворюваннях (серцева, легенева, ниркова, печінкова або нервово-м'язова патологія), імуносупресії, муковісцидозі і в старечому віці. Показаннями для призначення АБ є виникнення гострого кашлю в осіб похилого ( $>65$  років) та старечого ( $>80$  років) віку за наявності в анамнезі даних щодо стаціонарного лікування протягом року, коморбідного цукрового діабету, застійної серцевої недостатності, поточного застосування пероральних кортикостероїдів, значного ризику розвитку ускладнень. Доводом на користь

недоцільності рутинного призначення АБ при ГБ є відсутність впливу цих препаратів на швидкість одужання. Ще одним аргументом щодо обмеження використання АБ є швидке зростання антибіотикорезистентності. «Стійкість до протимікробних засобів є однією з найсерйозніших загроз для нашого здоров'я», – наголосив спікер.

Іншою групою препаратів, які можуть застосовуватись при ГБ, є кортикостероїди. Утім, результати багатоцентрового рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження (РКД) не довели доцільності їх використання.

Систематичний огляд та метааналіз 6 РКД за участю дітей із гострими інфекціями верхніх і нижніх дихальних шляхів **не довели клінічної значимості призначення муколітиків ацетилцистеїну та карбоцистеїну**. Комітет з вивчення захворювань грудної клітки NICE (2020) ухвалив рішення, що муколітики не слід призначати дорослим і дітям із гострим кашлем.

Таким чином, сучасні погляди на лікування ГБ в імунокompетентних дорослих в амбулаторних умовах полягають у **непризначенні АБ як рутинної практики, відмові від застосування протівірусної терапії, протикашльових засобів, інгаляційних  $\beta_2$ -агоністів, антихолінергічних препаратів і кортикостероїдів**. Альтернативними засобами для лікування ГБ є фітопрепарати. Згідно з клінічними настановами Німецького респіраторного товариства з діагностики та лікування дорослих із гострим, підгострим і хронічним кашлем (2020), доцільним є застосування комплексного фітопрепарату, який у формі сиропу містить рідкі екстракти трави чебрецю (BNO 1561), листя плюща (BNO 1511), а у вигляді таблеток – сухі екстракти трави чебрецю (BNO 1018) та кореня первоцвіту (BNO 1535). (На вітчизняному фармацевтичному ринку цей препарат відомий під торговою назвою Бронхипрет®.) Такий висновок ґрунтується на здатності зазначеного медикамента посилювати місцеву протизапальну дію, поліпшувати діяльність слизової бронхів, нормалізувати відходження мокротини та на наявності антибактеріальної активності. Зазначені властивості Бронхипрету підтверджені в ході низки досліджень *in vivo* та *in vitro*. Професор Л. Мак-Гарві представив результати клінічного дослідження, котре було виконане під його керівництвом. Встановлено, що застосування рідких і сухих екстрактів трави чебрецю, листя плюща або коренів первоцвіту (Бронхипрет®) забезпечує достовірне зменшення частоти кашлю при ГБ: значення середньої стандартизованої частоти нападів кашлю при застосуванні цього фітопрепарату статистично відрізнялися від такого при використанні плацебо.

Професор Л. Мак-Гарві підкреслив, що вже **з 5-ї доби лікування Бронхипретом кількість нападів кашлю достовірно зменшувалася на 34,5%**. Появу зазначеного позитивного ефекту доповідач пояснив комплексним впливом препарату, якому притаманна секретолітична, протизапальна, протівірусна, антимікробна та бронхолітична активність. Комбінований фітопрепарат Бронхипрет® може сприяти одужанню та зникненню симптомів ГБ.

Підготувала **Тетяна Можина**

**Кашель? Бронхіт? Бронхипрет®**

- полегшує відкашлювання<sup>1</sup>
- усуває запалення<sup>2</sup>
- зменшує напади кашлю<sup>3</sup>

**Розкриваючи силу рослин**

корінь первоцвіту | трава чебрецю | листя плюща