

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Вінницький національний медичний університет ім. Н.И. Пирогова

Острый бронхит у беременных: особенности клиники, диагностики, лечения

Острый бронхит (ОБ) принадлежит к числу наиболее распространенных заболеваний – ежегодно в мире им болевают около 5% взрослых. Респираторные инфекции, существенную часть которых составляет ОБ, достаточно часто встречаются у беременных, что делает проблему диагностики и лечения указанной патологии в период гестации актуальной.

В настоящее время не существует общепринятого определения ОБ. По мнению рабочей группы Европейского респираторного общества (2005), ОБ – острое заболевание, развивающееся у пациента в отсутствие хронической патологии легких, характеризующееся кашлем (продуктивным или непродуктивным), а также другими симптомами, указывающими на инфекцию нижних отделов дыхательных путей (отхождением мокроты, одышкой, хрипами в легких, дискомфортом или болью в грудной клетке). В отечественной пульмонологии чаще используется другое определение ОБ, согласно которому это остро или подостро возникающий воспалительный процесс в бронхах, проявляющийся кашлем (продуктивным или непродуктивным), склонный к самоограничению и продолжающийся не более 1-3 нед. У взрослых заболевание чаще встречается в молодом и среднем возрасте, что обуславливает возможность его развития у беременных. ОБ, протекающий без клинически выраженных признаков обструкции, обозначается как острый простой бронхит, или острый бронхит. В противном случае при остром обструктивном бронхите воспаление слизистой оболочки бронхов сопровождается сужением и/или закупоркой дыхательных путей за счет отека и гиперплазии слизистой оболочки, гиперсекреции слизи или развития бронхоспазма. При этом возможен и сочетанный характер бронхообструкции. Выделяют также рецидивирующий бронхит, при котором в течение года отмечается не менее 3 эпизодов ОБ. В основе рецидивирования ОБ лежит нарушение мукоцилиарного транспорта вследствие поражения мерцательного эпителия, повышенной вязкости слизи, изменения диаметра бронхов, увеличения резистентности респираторных путей. Клинически заболевание протекает в виде острого простого или обструктивного бронхита, реже – в виде эпизодов повторного бронхолита.

Этиология

Как правило, именно инфекционные агенты являются пусковым фактором для возникновения ОБ. Значимость того или иного патогена зависит от наличия/отсутствия эпидемии острых респираторных заболеваний, времени года, статуса иммунизации пациента от гриппа, принадлежности больного к определенной популяции. Чаще всего ОБ вызывают вирусы гриппа А и В, парагриппа, риновирусы, респираторно-синцитиальный вирус, реже – коронавирусы, аденовирусы, риновирусы, еще реже – бактериальная типичная или атипичная микрофлора. У больных, вакцинированных от гриппа, основным возбудителем ОБ является респираторно-синцитиальный вирус, при этом верификация возбудителя возможна лишь у 16-29% больных.

По данным И.Г. Березняка (2008), при микробиологическом исследовании мокроты у амбулаторных больных ОБ в 8-23% случаев обнаруживались вирусы, у 45% обследованных – типичные бактерии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*), в 0-25% случаев – атипичные микроорганизмы (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia*

pneumoniae) и *Bordetella pertussis*. Однако, по другим данным, приведенным в этой же работе, окрашивание мокроты по Граму, микробиологические исследования мазков из носоглотки, серологические исследования с целью идентификации вирусов не позволяют установить этиологию заболевания более чем у 2/3 пациентов, а доказательства бактериальной этиологии заболевания выявляются менее чем у 10% больных неосложненным ОБ. Среди неинфекционных причин ОБ наибольшее значение имеют ингаляции аллергенов на работе или дома, курение табака или легких наркотиков, вдыхание аммиака, других воздушных загрязнителей. В целом у пациентов с предположительным диагнозом ОБ не следует проводить вирусологические и серологические исследования, а также культуральное исследование мокроты, поскольку в рутинной клинической практике выделить возбудителей удается крайне редко. Более того, даже в случае идентификации патогенов полученные данные не оказывают влияния на лечение пациента. Необходимо также отметить, что в литературе отсутствуют данные относительно каких-либо особенностей этиологических факторов, вызывающих развитие ОБ у беременных.

Клиника

В начальной фазе, особенно при вирусной этиологии, заболевание развивается быстро и может сопровождаться лихорадкой, мышечными болями, недомоганием, хотя нередко протекает со скудной симптоматикой. При вирусных инфекциях инкубационный период ОБ обычно составляет 2-7 дней, а при заболеваниях, вызванных атипичными бактериями, длится дольше. Постепенное начало, когда клиническая картина разворачивается в течение 2-3 дней, более характерно для ОБ бактериальной этиологии. В первые дни заболевания дифференциальная диагностика между острой респираторной вирусной инфекцией и ОБ затруднена, однако сохранение кашля более 5 дней уже указывает на наличие ОБ. Вследствие развития воспалительного процесса в бронхах может повышаться реактивность дыхательных путей, что обуславливает усиление кашля, появление одышки, затрудненности дыхания и хрипов в легких при аускультации. Наличие гиперреактивности дыхательных путей подтверждается результатами изучения функции внешнего дыхания. Так, снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) <80% от должного было зарегистрировано у 40% взрослых пациентов с ОБ, у которых отсутствовали сопутствующие заболевания легких. Нормальная реактивность дыхательных путей у большинства пациентов регистрируется лишь через 5-6 нед.

Наиболее важным клиническим признаком ОБ является кашель. В типичных случаях его длительность составляет до 10-20 дней. Если кашель сохраняется у больного ОБ более 3 нед, следует думать о подостро развившемся постинфекционном кашле после перенесенной вирусной или вирусоподобной инфекции, например вызванной *M. pneumoniae* или *S. pneumoniae* (при отсутствии изменений на рентгенограмме грудной клетки, что позволяет исключить у пациента пневмонию).

При сохранении указанного симптома более 8 нед диагноз постинфекционного кашля должен быть пересмотрен. Приблизительно у половины пациентов наблюдается отхождение гнойной мокроты, что часто вызывает у врача подозрения относительно пневмонии, однако диагностическая ценность этого признака невысока и составляет около 10%.

Существуют некоторые особенности клинического течения ОБ у беременных. Так, легко протекавшие до гестации инфекции дыхательных путей часто становятся более тяжелыми, что связано с физиологическими изменениями в организме во время беременности и развитием физиологической иммуносупрессии. На течение беременности ОБ обычно существенного влияния не оказывает, однако на фоне заболевания возможно внутриутробное инфицирование плода. В этом случае ОБ становится серьезным фактором, негативно влияющим на развитие плода. У беременных преобладает ОБ вирусной этиологии, часто сочетающийся с ринитом, ларингитом и трахеитом. Заболевание чаще начинается с катаральных изменений в верхних дыхательных путях, что проявляется насморком, кашлем. Постепенно кашель усиливается, становится мучительным, сопровождается болями в грудной клетке. Мокрота в начале заболевания отсутствует, затем появляется в умеренном количестве, имеет слизистый или слизисто-гнойный характер и отделяется с трудом. При этом свойственное периоду беременности набухание слизистой оболочки бронхов в еще большей степени затрудняет отхаркивание мокроты. В первые дни болезни может отмечаться субфебрилитет, хотя нередко температура тела остается нормальной. Интоксикационный синдром проявляется слабостью, недомоганием, снижением трудоспособности. При обследовании органов дыхания перкуторный звук над легкими чаще не изменен, выслушивается везикулярное или жесткое дыхание, нередко с наличием рассеянных сухих свистящих хрипов. При исследовании периферической крови могут иметь место умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Заболевание продолжается обычно от 1 до 4 нед и заканчивается выздоровлением.

Диагностика

Заболевание обычно диагностируется на основании вышеперечисленных клинических признаков. На практике принципиальное значение имеет разграничение ОБ и внебольничной пневмонии. Такие симптомы, как кашель, отхождение мокроты, затрудненное дыхание, одышка, характерны для обоих заболеваний. На возможную пневмонию могут указывать следующие признаки: учащение пульса >100 уд/мин, температура тела >38 °С, одышка (>24 дыханий/мин), при аускультации – крепитация или звонкие влажные хрипы над ограниченным участком легочного поля. При их наличии рекомендуется немедленное рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Беременность в этой ситуации не является противопоказанием для указанного исследования, однако его необходимо проводить с экранизацией живота. Если перечисленные клинические симптомы отсутствуют, то необходимости в рентгенологическом исследовании обычно не возникает.

Следует отметить, что из всех клинических признаков пневмонии наибольшее значение имеют аускультативные. Так, согласно данным И.Г. Березняка (2008),



С.В. Зайков

в общей популяции больных с острым кашлем пневмония диагностируется у 5-10% пациентов, в то время как при наличии крепитации или звонких влажных хрипов над ограниченным участком легочного поля – у 39%. Напротив, при отсутствии очаговой аускультативной симптоматики вероятность пневмонии снижается до 2%. Гнойная мокрота не является убедительным признаком бактериальной инфекции. В частности, в одном из исследований было показано, что отхождение гнойной мокроты имело место у 48% больных ОБ и 65% пациентов с пневмонией. Следовательно, с учетом доли пневмоний в структуре внебольничных инфекций нижних дыхательных путей получается, что у 9 из 10 взрослых пациентов, которых на протяжении 1-3 нед беспокоит кашель с отхождением гнойной мокроты, пневмония отсутствует.

Из лабораторных признаков пневмонии наибольшее значение имеет лейкоцитоз и С-реактивный белок. Так, при увеличении числа лейкоцитов в периферической крови ($\geq 10,4 \times 10^9/\text{л}$) вероятность пневмонии возрастает в 3,7 раза, тогда как в отсутствие этого признака – снижается в 2 раза. Повышение содержания С-реактивного белка в крови ≥ 50 мг/л ассоциируется с увеличением вероятности пневмонии в 5 раз.

В ряде случаев у беременных проводится дифференциальная диагностика между ОБ и хроническими заболеваниями органов дыхания. Так, обострения бронхиальной астмы или хронического обструктивного заболевания легких могут протекать с симптоматикой, напоминающей ОБ, – с кашлем, выделением мокроты, одышкой. В ряде исследований было показано, что до 45% пациенток с первоначальным диагнозом ОБ и длительностью кашля свыше 2 нед в действительности страдали бронхиальной астмой или хроническим обструктивным заболеванием легких. Такие признаки, как хрипы в легких, удлиненный выдох, количество пачко-лет у курящих пациенток, наличие аллергических реакций в анамнезе, обладали существенной значимостью для диагностики вышеуказанных заболеваний. Поэтому у беременных с непродолжительным кашлем при наличии не менее двух из нижеперечисленных признаков (хрипов в легких, удлиненного выдоха, курения в настоящее время или в прошлом, симптомов аллергии) рекомендуется исследование функции внешнего дыхания. Заподозрить кашлевой вариант бронхиальной астмы можно у пациенток со стойким кашлем, который усиливается в ночное время, после физической нагрузки или пребывания на холоде. Уменьшение выраженности симптомов при использовании β_2 -агонистов подтверждает диагноз бронхиальной астмы.

Лечение

Для лечения ОБ применяют следующие методы, эффективность которых различна, а возможность применения во время беременности может отсутствовать:

- обильное теплое (лучше щелочное) питье;
- противовоспалительную (нестероидные противовоспалительные средства)

и гипосенсибилизирующую (антигистаминные препараты) терапию;

- муколитические и отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты;
- бронхолитики (при наличии признаков бронхообструкции);
- оксигенотерапию;
- вибрационный массаж, постуральный дренаж;
- противовирусную (в т. ч. индукторы интерферона) и антибактериальную терапию.

Отдельно можно выделить принципы терапии ОБ у беременных, к которым относятся:

- исключение приема препаратов, оказывающих неблагоприятное влияние на организм беременной и развитие плода;
- базисная терапия проявлений болезни, прежде всего кашля, безопасными препаратами под контролем состояния беременной и плода;
- мероприятия по профилактике рецидивов заболевания.

Несмотря на стремление врачей при том или ином заболевании назначить этиотропную терапию, возможности применения таковой при ОБ у беременных существенно ограничены. Так, использование противовирусных средств у беременных с ОБ в большинстве случаев противопоказано. Тилорон, римантадин, рибавирин, ганцикловир этой категории пациенток абсолютно противопоказаны. Ацикловир и валацикловир беременным можно назначать только по жизненным показаниям. Амизон противопоказан в I триместре беременности, а сведения о безопасности применения арбидола в период гестации отсутствуют.

Согласно данным, приведенным в работе И.Г. Березняка (2008), несмотря на отсутствие необходимости антибиотикотерапии в подавляющем большинстве случаев ОБ, от 65 до 80% пациентов получают их во время лечения, особенно при наличии сильного и длительно сохраняющегося кашля или выраженных симптомов интоксикации (включая лихорадку). Также более 90% курящих больных ОБ получают антибиотики, хотя не доказано, что эта категория пациентов нуждается в назначении противомикробных средств больше, чем некурящие пациенты.

В ходе опроса населения Украины о причинах самостоятельного приобретения и применения антибиотиков выяснилось, что среди наиболее распространенных оснований для подобного самолечения — кашель и бронхит. Столь разительное расхождение между мнением экспертов и рутинной клинической практикой побудило И.Г. Березняка (2008) рассмотреть вопрос о лечении ОБ с позиций доказательной медицины. Антибиотики у взрослых весьма умеренно улучшали большинство исходов при ОБ по сравнению с плацебо. Поскольку в случае антибактериальной терапии длительность симптоматики сокращалась в среднем менее чем на сутки, клиническая значимость этого результата для большинства пациентов была несущественной, так как они в любом случае выздоравливали, хотя и немного медленнее. Однако прием антибиотиков приводил к значимому повышению частоты побочных эффектов (тошноты, рвоты, головной боли, кожной сыпи, вагинита) терапии, а также к развитию резистентности у респираторных патогенов и повышению стоимости терапии. Кроме того, даже при наличии показаний в настоящее время не представляется возможным определить оптимальный антибиотик (или класс антибиотиков) для лечения больных ОБ.

Применение антибактериальных средств оправдано только в тех случаях, когда верифицирована или предполагается этиологическая значимость *B. pertussis* (например, у лиц, находившихся в тесном контакте с больным коклюшем, либо в периоды эпидемических вспышек заболевания). Препаратами выбора являются

макролиды (азитромицин, эритромицин или кларитромицин). Пользу от антибактериальной терапии можно ожидать и в случае ОБ, вызванного *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae*. К сожалению, быстрая идентификация этих пациентов невозможна, более того, остается неясным, влияет ли антибактериальная терапия на исходы ОБ у них. В этом случае рекомендуется 5-дневная терапия азитромицином или доксициклином либо лечение пациента без использования антибиотиков. Последние не следует применять для лечения больных с постинфекционным кашлем ввиду отсутствия доказательств роли бактериальной инфекции в патогенезе этого симптома.

Особенно осторожным врачу следует быть при назначении антибиотиков беременным, поскольку прием ряда препаратов (аминогликозидов, тетрациклинов, фторхинолонов) при беременности противопоказан. Нежелательно также назначать беременным карбапенемы (имипенем), некоторые макролиды (кларитромицин, рокситромицин), гликопептиды (ванкомицин), сульфаниламиды (сульфаметоксазол/триметоприм).

Таким образом, профилактическое использование антибиотиков в терапии ОБ, как правило, не оказывает позитивного влияния на процесс выздоровления, а в ряде случаев просто вредит. В связи с вышеуказанным большинству пациентов с остро возникшим кашлем — основным симптомом ОБ — требуется назначение лишь симптоматической терапии, к которой относится использование отхаркивающих, муколитических и противокашлевых средств.

В Украине официально зарегистрированы следующие препараты для симптоматического лечения кашля:

- отхаркивающие средства (гвайфенезин, препараты растительного происхождения, в т. ч. препараты плюща, алтея, подорожника, тимьяна, мать-и-мачехи, аниса, багульника, солодки, девясила, душицы, фиалки);
- муколитические средства (ацетилцистеин, карбоцистеин, бромгексин, амброксол);
- противокашлевые средства (декстрометорфан, кодеин, окселадин, бутамират, преноксдиазин, леводропропизин, глауцин);
- комбинированные препараты, содержащие противокашлевые средства и экспекторанты.

При надсадном сухом кашле пациентам с ОБ обычно назначают противокашлевые средства центрального и периферического действия, а при продуктивном — отхаркивающие и муколитические препараты. Однако необходимо отметить, что при остром и непродолжительном кашле противокашлевого эффекта декстрометорфана и препаратов, содержащих кодеин, минимален. И напротив, эффект данных препаратов очевиден при длительном кашле или ОБ, развившемся на фоне хронических бронхолегочных заболеваний. При кашле с отхождением вязкой мокроты используют муколитические средства: амброксол, ацетилцистеин. Механизм их действия основан на удалении бронхиального секрета из дыхательных путей за счет снижения его вязкости, при этом увеличивается объем мокроты. Отхаркивающие препараты усиливают секрецию слизи за счет рефлекторного раздражения желез слизистой бронхов. В частности, амброксол наряду с бронхосекретолитическим оказывает также секретомоторное действие. Йодиды и ряд растительных препаратов (тимьян, роснянка, термopsis и др.) оказывают прямое действие на секреторные бронхиальные клетки и выделяются в просвет бронхиального дерева, усиливая при этом секрецию слизи и увеличивая ее объем. Кроме того, они активируют моторную функцию бронхов и реснитчатого эпителия слизистой бронхов. Обычно длительность приема муколитиков при ОБ составляет не более 3-4 дней.

В последние годы в медицине все большее значение приобретает фармацевтическая опека пациентов, которая особенно важна при беременности. И.А. Зупанец и Н.В. Бездетко (2002) проведена оценка особенностей применения и безопасности большинства лекарственных препаратов, применяемых при кашле, и были сделаны следующие выводы:

- бромгексин и амброксол могут повышать активность трансаминаз печени (т. е. возможно гепатотоксическое действие);
- бромгексин и амброксол несовместимы со щелочными растворами, препаратами, содержащими кодеин, холинолитиками;
- амброксол увеличивает проникновение антибиотиков в бронхиальный секрет и слизистую бронхов;
- амброксол и бромгексин противопоказаны в I триместре беременности;
- бромгексин не назначают детям до 3 лет;
- лечение ацетилцистеином следует начинать с небольших доз (100-200 мг), т. к. эффект больших доз бывает непредсказуемым и может приводить к выраженной гиперсекреции (возможно развитие бронхоспазма);
- ацетилцистеин может вызывать легочные кровотечения, нарушать функцию печени и почек, а у больных бронхиальной астмой спровоцировать бронхоспазм;
- ацетилцистеин и карбоцистеин противопоказаны в I триместре беременности, в дальнейшем применяются только по строгим показаниям и под наблюдением врача;
- при терапии ацетилцистеином антибиотика следует принимать через 2 ч после приема препарата;
- карбоцистеин не рекомендуется назначать лицам с эрозивно-язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта;
- протеолитические ферменты и муколитики синтетического происхождения эффективно разжижают вязкую мокроту, однако ферментные белковые препараты являются потенциальными аллергенами и могут сенсibilизировать плод;
- противокашлевые препараты замедляют освобождение дыхательных путей от секрета и ухудшают аэродинамику респираторного тракта, что диктует необходимость крайне взвешенного подхода при их использовании, а при бронхообструкции они вообще противопоказаны;
- кодеин и декстрометорфан противопоказаны в период беременности вследствие угнетения дыхательного центра плода;
- бутамират противопоказан в I триместре беременности, а далее может использоваться под строгим контролем врача;
- преноксдиазин может назначаться беременным, но с особой осторожностью;
- окселадин не рекомендован во время беременности и лактации;
- такие препараты резорбтивного действия, как калия йодид, ряд фитопрепаратов (тимьян, термopsis, ипекакуана и др.) усиливают секрецию слизи и значительно увеличивают объем мокроты, повышают рвотный и кашлевой рефлекс, что нежелательно при беременности;
- йодиды абсолютно противопоказаны при беременности вследствие тератогенного и фетотоксического действия на плод;
- анис, солодка и душица имеют достаточно выраженный слабительный эффект, что ограничивает возможность их применения при беременности; кроме того, у беременных с аллергическими заболеваниями неочищенные растительные экстракты могут спровоцировать обострение аллергического процесса, что также ограничивает их использование;
- осторожного отношения требует использование комбинированных препаратов, поскольку в некоторых из них сочетаются противоположные по своему действию медикаменты (антигистаминные и отхаркивающие);

• антигистаминные препараты, часто используемые в лечении аллергических заболеваний, подсушивают слизистую бронхов, поскольку обладают атропиноподобным эффектом, усиливая при этом непродуктивный кашель, что небезопасно при наличии вязкой мокроты; эти препараты, особенно I поколения, противопоказаны или нежелательны при беременности.

С учетом всего вышесказанного становится понятным, что врач при назначении лекарственных средств беременным с ОБ всегда испытывает трудности в выборе препаратов, которые наряду с высокой эффективностью обладали бы также и хорошим профилем безопасности. В связи с этим при лечении кашля у беременных фитотерапия занимает особое место. Биологически активные вещества растительного происхождения более естественно влияют на обмен веществ в организме человека, чем синтетические лекарственные препараты. Именно поэтому они обладают лучшей переносимостью и при их применении значительнее реже развиваются побочные эффекты. Кроме того, уровень развития современной фарминдустрии позволяет выпускать фитопрепараты высокого качества, которые содержат строго дозированное количество действующего вещества (стандартизированные экстракты).

Е. Bedir и соавт. (2000) была изучена сопроводительная документация более чем 50 фитопрепаратов для лечения кашля, зарегистрированных и применяемых в Украине. Доказательную базу большинства этих средств можно оценить как низкую. Только крайне ограниченное число препаратов имеет высокую доказательную базу. Таким препаратом является Проспан, содержащий сухой экстракт листьев плюща в концентрации 5-7,5:1. Проспан относится к эффективным и безопасным препаратам с доказанным клиническим эффектом, не имеет возрастных и физиологических ограничений для применения, может использоваться у грудных детей и беременных. В препарате Проспан содержится сухой экстракт листьев плюща *Hedera helix L.*, эффективность и безопасность которого подтверждены результатами двойных слепых рандомизированных клинических исследований. Препарат сочетает в себе отхаркивающие свойства (секретомоторные и муколитические), противовоспалительное действие и выраженную бронхолитическую активность. Так, в ряде исследований показано, что Проспан обладает муколитическим, мукокинетическим, бронхолитическим и мягким противокашлевым эффектами за счет входящих в его состав сапонинов, фитостеролов, флавоноидов, эфирных масел и проч. Препарат угнетает синтез медиаторов воспаления (в частности, обратимо блокирует гиалуронидазу и эластазу), оказывает антиэкссудативное, ангиопротекторное и противовоспалительное действие при заболеваниях дыхательных путей, а также проявляет противомикробный и противогрибковый эффекты. Это позволяет в ряде случаев избежать назначения соответствующих лекарственных средств, что особенно важно при беременности.

Проведенные исследования показали, что Проспан сочетает эффективность синтетических муколитиков, наиболее часто используемых при лечении респираторных заболеваний (амброксола, бромгексина, ацетилцистеина), с доказанной высокой безопасностью. Получены данные, свидетельствующие о наличии у данного препарата выраженного бронхолитического действия. Высокая эффективность и безопасность применения Проспана при ОБ, бронхиальной астме и обострении хронического бронхита продемонстрирована в 4 рандомизированных двойных слепых перекрестных исследованиях и 2 постмаркетинговых клинических исследованиях. В этих работах отмечена не только

Продолжение на стр. 46.

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Острый бронхит у беременных: особенности клиники, диагностики, лечения

Продолжение. Начало на стр. 44.

эффективность Проспана в качестве муколитического, мукокинетического и противокашлевого средства, но и доказаны его выраженные бронхолитические свойства. Так, у пациентов на фоне приема препарата уменьшалась выраженность клинических (кашля, одышки, затрудненности дыхания, хрипов в легких при аускультации) и функциональных (по данным реоплетизмографии и спиррографии) признаков бронхообструктивного синдрома. При этом бронхолитический эффект Проспана наступал уже через 3 ч после приема препарата и по выраженности был аналогичен таковому при ингаляции 2 доз β_2 -симпатомиметика фенотерола. Доказано, что α -гедерин препятствует повреждению и разрушению β_2 -адренорецепторов, в результате чего увеличивается их активная площадь на поверхности клетки и повышается ее чувствительность к адреналину. Это приводит к уменьшению концентрации внутриклеточного кальция в мышцах бронхов и к их расслаблению. Одновременно с этим процессом в результате стимуляции β_2 -активности эпителиальные альвеолоциты II типа продуцируют большее количество сурфактанта, что, в свою очередь, способствует уменьшению вязкости слизи и лучшему отхождению мокроты при кашле.

В исследовании группы немецких ученых у больных бронхиальной астмой наблюдалось достоверное улучшение бронхиальной проводимости (снижение сопротивления потоку, увеличение дыхательного объема, уменьшение остаточного объема и увеличение ОФВ₁). Именно благодаря двойному механизму действия, наличию отхаркивающего и бронхолитического эффектов Проспан по динамике редукции основной симптоматики достоверно превосходил такие известные муколитики, как амброксол, бромгексин и ацетилцистеин. Практически полное отсутствие противопоказаний и побочных эффектов в сочетании с высокой эффективностью делает этот препарат наиболее предпочтительным среди прочих отхаркивающих лекарственных средств. Результаты других исследований подтвердили, что Проспан в комплексном лечении хронического бронхита по муколитическому эффекту был сопоставим с амброксолом, но превосходил последний по показателям «уменьшение кашля» и «облегчение отхождения мокроты», а также по влиянию на показатели функции внешнего дыхания.

Эффективность и безопасность экстракта из листьев плюща (Проспана) изучена в многоцентровом постмаркетинговом исследовании у 5181 ребенка в возрасте от 0 до 14 лет с ОБ и 4476 взрослых с острым или хроническим бронхитом. Спустя 7 дней лечения улучшение или полное отсутствие симптомов (кашля, отхождения мокроты, одышки, боли в грудной клетке и др.) установлено в 95,1% случаев, причем эффективность терапии у детей и взрослых была одинаковой. Хорошая и очень хорошая переносимость Проспана была зарегистрирована в 96,6% наблюдений.

Сходные результаты были получены и у 1350 больных хроническим бронхитом в возрасте от 1 до 98 лет при 4-недельной терапии Проспаном. Ко времени завершения лечения позитивная динамика кашля (исчезновение + улучшение) по сравнению с началом терапии установлена у 92,2% больных, отхождения мокроты — у 94,2%, одышки — у 83,1% пациентов, болей в грудной клетке — у 86,9% обследованных; нежелательные эффекты зарегистрированы всего в 0,2% случаев. В дополнение

к этому M. Hecker, F. Runkel, A. Voelp (2002), В.Г. Майданник, К.Д. Дука, О.С. Качалова (2003), К. Kraft (2004) также отметили высокую эффективность (в 96% случаев) и очень хорошую переносимость (в 98% случаев) препарата у больных ОБ.

В клиническом наблюдении изучены терапевтическая эффективность и безопасность применения препарата Проспан у беременных с ОБ. Наблюдение проходило в 2006-2008 гг. в поликлинике № 19 г. Харькова и городской больнице № 3 г. Донецка. Под наблюдением находились 90 пациенток с ОБ, из них в I триместре беременности — 40%, во II — 30%, в III — 30%. Длительность приема препарата составила в среднем 7±2 дня. К концу лечения улучшение или полное отсутствие симптомов (кашля, отхождения мокроты, одышки, болей в грудной клетке и др.) установлено в 96,2% случаев, при этом хорошая и очень хорошая переносимость Проспана была зарегистрирована в 97,2% наблюдений. Побочных эффектов при приеме препарата выявлено не было. В дальнейшем беременность у всех пациенток завершилась родами и не сопровождалась развитием осложнений (вес новорожденного в среднем составил 3,4±0,7 кг, оценка по шкале Апгар — 7-9 баллов).

Таким образом, эффективность и безопасность Проспана при коротком (7 дней) и длительном (4 нед) применении в разных лекарственных формах (сироп и таблетки шипучие форте) подтверждены в исследованиях, в т. ч. у беременных с острым и хроническим бронхитом. Препарат может быть рекомендован в качестве лекарственного средства для стартовой терапии как продуктивного, так и непродуктивного кашля при остром простом и обструктивном бронхите, а также при обострениях хронического бронхита, хронического обструктивного заболевания легких и бронхиальной астмы.

Выводы

1. ОБ вирусной, реже бактериальной этиологии — достаточно частое заболевание у беременных.

2. В ряде случаев ОБ может негативно влиять на течение беременности и развитие плода.

3. Неоправданное применение антибактериальных препаратов сопряжено с риском развития осложнений течения беременности и нарушений развития плода.

4. Назначение антибиотиков при ОБ у беременных оправдано лишь при предполагаемом или документированном инфицировании В. pertussis, M. pneumoniae и S. pneumoniae. В подобных клинических ситуациях беременным следует назначать азитромицин или спирамицин.

4. С целью лечения ОБ у беременных наиболее целесообразным может быть назначение симптоматических средств, имеющих высокую доказательную базу безопасности и эффективности.

5. Проспан (сухой экстракт листьев плюща *Hedera helix* L., 5-7,5:1) может быть рекомендован в качестве препарата для стартовой терапии ОБ у беременных, в том числе сопровождающемся развитием бронхообструктивного синдрома.

6. Эффективность и безопасность Проспана при заболеваниях органов дыхания доказаны в клинических исследованиях и подтверждены многолетним опытом его применения.

Список литературы находится в редакции.



Отношения «врач—пациент» в правовом поле

На вопросы читателей отвечает адвокат, специалист в области медицинского права
Ярослав Бабич



Я работаю дерматологом в частной клинике, но условия работы таковы, что ни отпуск, ни больничные работодатель не оплачивает. На какие социальные гарантии может рассчитывать врач в частном медицинском учреждении?

Ваши права и возможности во многом зависят от того, каким образом оформлены ваши трудовые отношения с работодателем. Возможны два варианта: трудовой договор с оформлением по трудовой книжке или так называемый гражданско-правовой договор (контракт). Действующее законодательство не устанавливает (и не должно устанавливать!) разницы в трудовых правоотношениях в зависимости от того, является ли вашим работодателем государство, частная фирма или физическое лицо. Таким образом, все сотрудники, работающие на основании трудового договора (т. е. трудовой книжки), имеют право на ежегодный оплачиваемый отпуск, другие виды отпуска, социальные выплаты, обеспечение безопасных условий труда и проч. Согласно ст. 175 Уголовного кодекса Украины безосновательная невыплата гражданам заработной платы, стипендии или иной социальной выплаты, установленной законом (больничного листа, оплачиваемого отпуска), является преступлением. Отстаивая свои права, вы имеете все основания обратиться с заявлением о таком правонарушении в районную прокуратуру по месту государственной регистрации предприятия.

Если трудовые отношения оформлены гражданско-правовым договором или контрактом (не путать с трудовым контрактом), это позволяет работодателю экономить на социальных выплатах, освобождает от обязанности предоставлять ежегодный отпуск и т. д. Впрочем, сегодня и такие гражданско-правовые договоры налоговой инспекция часто трактует как трудовые, поэтому при желании вы также можете обратиться в прокуратуру. Чтобы избежать в будущем неприятностей, изначально требуйте надлежащего оформления отношений с работодателем и отстаивайте свои трудовые права.

Можно ли вести медицинскую документацию (истории болезней, выписки, оформление других документов) на русском языке?

Согласно ст. 17 Закона Украины «О языках...», в Украине во всех сферах обслуживания граждан используется украинский либо другой язык, приемлемый для сторон. Иначе говоря, языком «по умолчанию» является украинский. Но если пациент просит оформить документ на русском языке и нет видимых причин для отказа, вы вполне можете удовлетворить его просьбу.

Главному врачу предъявили обвинение в вымогательстве 100 грн за обслуживание в поликлинике иногороднего пациента. Есть свидетели факта внесения больного добровольного взноса в указанной сумме в больничную кассу. Однако согласно жалобе у пациента вымогали деньги, а после того как он заплатил, велели прийти только через 3 дня, тогда как, с его слов, он нуждался в срочной медицинской помощи. Карточки больного в поликлинике нет, к какому врачу он обращался — не ясно, кто ему пригрозил отказом в обслуживании, если он не заплатит, тоже не известно. В поликлинике все добровольные платежи не превышают 20-30 грн. Но на главного врача завели уголовное дело. Грозит ли ему уголовная ответственность?

Согласно ст. 6 Основ законодательства Украины «Об охране здоровья» (далее — Основы), каждый пациент имеет право на свободный выбор врача и медучреждения на всей территории Украины. В соответствии

с действующим законодательством отказать в постановке на учет могут только в случае непрофильности лечебного заведения. Часть 1 ст. 52 Основ устанавливает, что медицинские работники обязаны предоставлять медицинскую помощь больному, находящемуся в критическом для жизни состоянии, в полном объеме, причем предоставление такой помощи не зависит от прописки пациента и его платежеспособности. Предполагаю, что главврачу предъявили обвинение не в вымогательстве, а в непредоставлении медицинской помощи. Ответственность за это предусмотрена в ст. 139 Уголовного кодекса (УК) Украины. Следует подчеркнуть, что врач несет ответственность даже в том случае, если тяжкие последствия не наступили. Имеет значение лишь одно: осознавал ли врач, что непредоставление помощи может привести к тяжким последствиям. Принципиальное значение в ходе расследования уголовного дела будут иметь ответы на ряд вопросов о том, было ли состояние пациента критическим и понимал ли это врач. Эти и другие обстоятельства устанавливаются при помощи экспертизы, изучения медицинских документов, исследования иных доказательств.

Подскажите, какая ответственность существует для родителей, которые халатно относятся к здоровью своих детей, не своевременно обращаются за медицинской помощью, а потом пытаются через суд переложить вину на врача? Куда следует сообщать о таких фактах?

Украинское законодательство предусматривает ответственность (вплоть до уголовной) родителей, которые халатно относятся к здоровью своих детей. К примеру, в ст. 135 УК Украины «Оставление в опасности» говорится о том, что «...умышленное непредоставление помощи лицу, которое находится в опасном для жизни состоянии и лишено возможности принять меры к самосохранению по причине малолетства, старости, болезни или другого беспомощного состояния... карается ограничением свободы сроком до 2 лет или лишением свободы на тот же срок». Те же действия, совершенные матерью в отношении новорожденного ребенка, если состояние матери не было обусловлено родами, караются ограничением свободы сроком до 3 лет или лишением свободы на тот же срок. Деяния, предусмотренные частями первой или второй этой статьи, если они повлекли смерть лица или другие тяжкие последствия, караются лишением свободы на срок от 3 до 8 лет. Отмечу, что медицинские работники, которые оказывают профессиональную помощь детям или престарелым пациентам и при этом выявляют халатное отношение к здоровью пациентов со стороны их родственников или опекунов, должны ставить об этом в известность органы социальной защиты. К сожалению, в связи с огромной нагрузкой на медицинский персонал никто не составляет соответствующие акты и не передает их в вышестоящие инстанции и контролирующие органы. Но если вы все же оформите акт о халатном отношении родителей к здоровью ребенка, а контролирующие органы не примут мер, то согласно ст. 137 УК «Ненадлежащее выполнение обязанностей по охране жизни и здоровья детей» ответственность за вред здоровью и угрозу жизни ребенка будут нести органы социальной защиты.

Подготовила **Виктория Куриленко**

Уважаемые читатели! Свои вопросы в рубрику «Юридическая консультация» отправляйте по адресу: zu@health-ua.com.