

Азитроміцин в комплексному лікуванні інфекційного загострення хронічного обструктивного захворювання легень

Перед сучасною медициною дедалі частіше постають питання, пов'язані з розвитком новітніх методик виявлення, профілактики та лікування пульмонологічної патології, спрямованих на забезпечення та всебічне сприяння реалізації програм діагностики, адекватної терапевтичної тактики та профілактики розвитку ускладнень [1-4].

В умовах несприятливої демографічної ситуації з негативним приростом населення питання збереження та продовження життя громадян набувають державного значення. Чільне місце серед проблем пульмонології посідає хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [1]. Частота цієї патології залишається високою; за прогнозами ВООЗ, до 2020 р. за соціально-економічними втратами ХОЗЛ посідає 5 місце [3]. Дослідження показують, що це захворювання діагностується приблизно в 4-6% дорослого населення [1, 3]; сьогодні у світі нараховується близько 600 млн хворих на ХОЗЛ [2].

За даними Національного інституту серця, легень та крові США, загальні витрати на лікування ХОЗЛ протягом року становлять 23,9 млрд доларів, причому ця сума втричі перевищує аналогічний показник для бронхіальної астми та більш ніж удвічі – для пневмоній [1, 3]. Смертність унаслідок цього захворювання у віковій групі 55-84 років коливається в межах 250-300 випадків на 100 тис. населення [3].

Основною причиною звернення хворих на ХОЗЛ за медичною допомогою є розвиток загострень захворювання, що часто вимагають не тільки призначення додаткової терапії, а й госпіталізації пацієнта. Відомо, що в 50-60% випадків загострення цього захворювання етіологічним фактором є інфекційний процес. Отже, вивчення складних мультисистемних процесів, що відбуваються в організмі під час інфекційного загострення ХОЗЛ, особливостей формування локального регенераторно-відновного потенціалу разом із покращенням комплексної медикаментозної корекції шляхом використання азитроміцину (Хемоміцину, «Хемофарм», Сербія) є актуальним і сприятиме розвитку сучасної науки та покращенню надання медичної допомоги населенню.

Важливе місце у складному ланцюгу взаємопов'язаних процесів і численних спеціалізованих систем забезпечення стабільності внутрішнього середовища організму належить імунній системі, у тісному функціональному зв'язку з якою знаходяться фактори місцевого неспецифічного захисту організму – лізоцим і секреторний імуноглобулін А (sIgA) [5-6].

Відомо, що лізоцим бере участь у регуляції імунних і метаболічних процесів, а також є загальною ланкою систем, які забезпечують мембраностабілізуючий ефект [5]. Крім того, лізоцим перешкоджає проникненню чужорідних

агентів до внутрішнього середовища організму шляхом стимуляції фагоцитозу, сприяє розпізнаванню антигенів, посилює кооперативні функції Т-популяції лімфоцитів, бактеріолітичні й антиадгезивні властивості sIgA [6, 7]. Секреторний імуноглобулін є одним з головних факторів гуморального імунітету слизових оболонок, що забезпечує пригнічення адгезії і колонізації цих оболонок патогенними і умовно-патогенними бактеріями та здатний нейтралізувати віруси, аглютинувати бактерії [6, 7]. Тому вивчення такого потужного антибактеріального бар'єру, як лізоцим і sIgA, може бути критерієм для встановлення фази загострення ХОЗЛ та визначення якості й ефективності проведеного лікування інфекційного загострення ХОЗЛ II стадії.

Метою дослідження є оцінка динаміки рівнів лізоциму та sIgA у бронхоальвеолярному вмісті у разі використання азитроміцину (Хемоміцину, «Хемофарм», Сербія) в комплексній терапії інфекційного загострення ХОЗЛ II стадії.

Матеріали та методи

Було обстежено 41 хворого з інфекційним загостренням ХОЗЛ II стадії. Для вивчення ефективності використання запропонованих програм лікування всі обстежені були розділені на групи: до 1-ї групи увійшли 20 пацієнтів, які поряд з комплексним лікуванням отримували пероральний амоксицилін у дозі 500 мг 2 р/добу курсом 7 днів; учасники 2-ї групи (n=21) у комплексному лікуванні отримували азитроміцин (Хемоміцину, «Хемофарм», Сербія) по 500 мг/добу перорально курсом 5 днів. Контрольну групу сформували з 13 практично здорових осіб. Верифікацію діагнозу та його формулювання проводили згідно з матеріалами наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» від 19.03.2007 № 128 [4]. Дослідження виконували до початку та на 14-й день лікування із використанням загальноприйнятих схем (відповідно до схем, передбачених зазначеним наказом МОЗ України) у поєднанні з етіотропною терапією. Хворим також призначали комплекс лікувальної дихальної гімнастики, інгаляції бронходилатуючих, відхаркувальних та антисептичних фітопрепаратів; відповідну дієту та режим.

Результати та обговорення

На момент госпіталізації, обумовленої інфекційним загостренням, у хворих на ХОЗЛ II стадії спостерігалось майже двократне зниження рівнів лізоциму

Таблиця 1. Динаміка рівнів лізоциму в бронхоальвеолярному вмісті (мг/мл), $M \pm m$

Група дослідження	Рівні лізоциму бронхоальвеолярного вмісту		p
	до лікування	після лікування	
1-ша, n=20	6,42±0,29	7,8±0,7	<0,05
2-га, n=21	6,42±0,29	9,87±0,12	<0,05
Контрольна =13	11,16±0,87		<0,05

Таблиця 2. Динаміка рівнів sIgA в бронхоальвеолярному вмісті (мг/мл), $M \pm m$

Підгрупа дослідження	Рівні sIgA бронхоальвеолярного вмісту		p
	до лікування	після лікування	
1-ша, n=20	1,31±0,45	1,42±0,32	<0,05
2-га, n=21	1,31±0,45	1,97±0,45	<0,05
Контрольна, n=13	2,12±0,45		<0,05

бронхоальвеолярного вмісту: 6,42±0,29 мг/мл порівняно з таким у практично здорових осіб 11,16±0,87 мг/мл та дефіцит sIgA у бронхоальвеолярному вмісті, що становив 1,31±0,45 г/л за відповідного показника в учасників групи контролю 2,12±0,45 г/л (табл. 1, 2).

Після проведеного лікування з призначенням комплексної терапії згідно з чинними положеннями в поєднанні з амоксициліном спостерігалася така динаміка рівнів цих показників: рівень лізоциму бронхоальвеолярного вмісту підвищився до 7,8±0,7 мг/мл ($p < 0,05$), натомість рівень sIgA залишився практично без змін і становив 1,42±0,32 г/л ($p > 0,05$). У випадку застосування в комплексному лікуванні азитроміцину ми спостерігали більш позитивну динаміку досліджуваних показників: так, відмічалось зростання рівня лізоциму бронхоальвеолярного вмісту до 9,87±0,12 г/л та показника sIgA бронхоальвеолярного вмісту до 1,97±0,45 г/л (табл. 1, 2).

Проведені дослідження встановили, що у пацієнтів із ХОЗЛ у разі інфекційного загострення спостерігається достовірне зменшення рівнів лізоциму та sIgA бронхоальвеолярного вмісту.

Відомим є факт, що у хворих на ХОЗЛ тривале переваження фагоцитуючих клітин антигенними стимулами та продуктами запального процесу призводить до розладів у системі альвеолярних макрофагів, сурфактанту легень, клітинному та гуморальному імунітеті [1, 6, 7]. Вищевказані причини призводять до зриву синтезу поліморфноядерними та мононуклеарними фагоцитуючими клітинами лізоциму [5], наслідком чого є розлади захисних бар'єрних механізмів респіраторного тракту, що сприяють генерації фази загострення ХОЗЛ [2, 3].

Наведені дані свідчать, що комплексне лікування із застосуванням азитроміцину (Хемоміцину, «Хемофарм», Сербія) мало більш виражений ефект щодо відновлення

лізоциму та sIgA в бронхоальвеолярному вмісті порівняно зі схемою, в рамках якої як етіотропну терапію застосовували амоксицилін. Застосування азитроміцину (Хемоміцину, «Хемофарм», Сербія) у комплексній терапії епізодів інфекційного загострення у хворих на ХОЗЛ сприяло кращому відновленню ключових локальних функціональних ланок захисту органів дихання – лізоциму та sIgA.

Висновки

1. Інфекційне загострення ХОЗЛ II стадії супроводжувалось дефіцитом лізоциму та sIgA у бронхоальвеолярному вмісті.
2. Визначення рівнів цих показників можна використовувати для встановлення фази загострення ХОЗЛ II стадії.
3. Застосування Хемоміцину в комплексному лікуванні інфекційного загострення ХОЗЛ II стадії сприяло швидшому відновленню локальних бар'єрних факторів захисту слизових оболонок бронхів.

Література

1. Фещенко Ю.І. Хронічні обструктивні захворювання легень: проблемні питання // Нова медицина. – 2005. – № 1. – С. 18-20.
2. Фещенко Ю.І. Новые подходы в лечении и диагностике хронического обструктивного бронхита // Матеріали III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України, Київ 25-28 травня 2003 р. – Укр. пульмон. журн. – 2003. – № 2. – С. 7-13.
3. Фещенко Ю.І. Хронические обструктивные заболевания легких. – К.: Книга, 2002. – 60 с.
4. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».
5. Tilroney S. The antibacterial function of the lung // Am. Rev. Resp. Dis. – 1997. – Vol. 142. – P. 723-727.
6. Zagorouloko A.K., Nikitina N.V., Askary T.A. Surfactant replacement therapy with Suzacrin for bronchial asthma in children // In. Appl. Cardiopulm. Pathophysiol. – 2000. – Vol. 9, № 3. – 317 p.
7. Tomioka Yoneda K. Lung alveolar surfactant in the respiratory diseases // Europ. J. Resp. Dis. – 1992. – Vol. 63. – P. 45-48.