

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

О.Я. Дзюблик, д.м.н., профессор, С.С. Симонов, к.м.н., ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

К вопросу о хроническом бронхите

В соответствии с определением экспертов Всемирной Организации здравоохранения больными хроническим бронхитом (ХБ) считают лиц, у которых имеет место кашель с мокротой не менее 3 мес в году в течение 2 лет при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких, способных вызвать эти симптомы.

ХБ — это воспалительное заболевание дыхательных путей, которое характеризуется диффузным неаллергическим воспалением бронхов; в большинстве случаев оно представляет собой серьезное повреждение бронхов, часто ведущее к прогрессирующим нарушениям функции дыхания и кровообращения, и является одним из самых распространенных заболеваний в мире.

Хронический бронхит у курильщиков возникает в 3-4 раза чаще, чем у некурящих. ХБ выявляют преимущественно у лиц старше 40 лет; большинство пациентов — мужского пола.

ХБ развивается почти у 50% среди пациентов с анамнезом курения более 20 пачко-лет, из них хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) обнаруживают у 15-20%, простой (необструктивный) бронхит — у 30-35% лиц.

Этиология и патогенез

Основной причиной ХБ является продолжительное влияние аэрополлютантов на слизистую оболочку бронхов. На первом месте по значению находится действие табачного дыма при курении, в том числе пассивном. Табачный дым не только содержит токсичные вещества, такие как формальдегид, бензопирен, винилхлорид, но и является «поставщиком» огромного количества свободных радикалов, запускающих процессы перекисного окисления липидов и ведущих к повреждению эпителия бронхов.

Огромное значение имеют поллютанты промышленного характера, наиболее выраженное воздействие которых проявляется в производственных условиях. Существенна для развития ХБ и роль климатических факторов: заболевание чаще развивается в условиях сырого и холодного климата, уменьшения количества солнечных дней; наибольшая частота обострений болезни наблюдается в холодное и сырое время года.

Неоднозначно оценивается влияние бронхиальной инфекции. Считается, что инфекция имеет ведущее значение при обострении уже имеющегося бронхита, вызванного хроническим раздражением бронхиального дерева, и не может быть причиной возникновения ХБ, так как здоровая слизистая бронхиального дерева служит надежной защитой от инфекции. Некоторую роль могут играть патология ЛОР-органов и изменение кондиционирующей функции носового дыхания, хронические очаги инфекции в верхних дыхательных путях, хронические воспалительные и нагноительные процессы в легких.

Определенное значение имеют злоупотребление алкоголем, которое приводит к снижению вентиляции легких, способствует угнетению фагоцитоза, антителообразования, подавлению функции альвеолярных макрофагов и сурфактанта, замедляет мукоцилиарный транспорт, а также социально-экономические факторы (чаще болеют люди с низким образовательным и социальным статусом).

К эндогенным (вероятным) факторам относят пол и возраст (чаще болеют мужчины и люди пожилого возраста), генетические и гуморальные факторы.

Изменение защитно-очистительной функции бронхов и наличие в них возбудителей инфекции определяют весьма большую возможность развития острых инфекционных процессов в легочной паренхиме, в частности пневмоний, которые у пациентов с ХБ наблюдаются значительно чаще, чем у лиц с неизменными бронхами, и нередко отличаются затяжным или осложненным течением.

Наиболее частыми причинами обострений ХБ являются бактериальные и/или вирусные инфекции; тем не менее в большинстве случаев этиология обострения не известна, и клинические особенности имеют ограниченную ценность в идентификации этиологии, в частности в дифференциации вирусных и бактериальных агентов. Несколько биомаркеров (например, прокальцитонин) были использованы для диагностики обострений ХБ вследствие бактериальной инфекции с целью снизить использование антибиотиков, но сегодня роль этих маркеров остается спорной и их использование в рутинной практике не рекомендуется.

Бактериальная инфекция играет ведущую роль при обострении ХОЗЛ, бактерии выявляют у 50-60% пациентов с обострением ХБ. Наибольшее значение имеют нетипируемые штаммы *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Streptococcus pneumoniae*. На поздних стадиях заболевания возрастает роль грамотрицательных микроорганизмов, главным образом *Pseudomonas aeruginosa*.

Атипичные микроорганизмы также играют роль в развитии обострения ХБ: *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* определяются в 15-20% случаев (часто в сочетании с другими возбудителями).

Вирусная инфекция может быть причиной до 30% обострений ХБ, причем наибольшее значение имеют вирусы гриппа А и В, а также риновирусы.

Для хронического бронхита характерно прогрессирующее течение. Патогенез связан с нарушением мукоцилиарного клиренса и задержкой мокроты в просвете бронхов, снижением местной гуморальной и клеточной защиты, развитием бронхообструктивного синдрома и суперинфекцией.

Клиника

Основными проявлениями ХБ являются кашель и выделение мокроты. На начальных этапах заболевания кашель отмечается только по утрам при вставании с постели — так называемый утренний туалет бронхов — с небольшим количеством мокроты. У некоторых больных кашель появляется только при обострении; усиление кашля может отмечаться в холодное, сырое время года. С течением времени этот симптом нарастает, может беспокоить в течение всего дня, даже ночью, усиливается в горизонтальном положении.

При гнойном бронхите гнойная мокрота появляется сначала при обострении, в последующем ее гнойный характер может стать постоянным. В этих

случаях в клинической картине заболевания, особенно при обострении, появляются признаки интоксикации: слабость, потливость, быстрая утомляемость, лихорадка.

Типичной чертой является сезонность (ранняя весна, поздняя осень) обострений, причем фазы обострения и ремиссии при этом варианте бронхита довольно четко разграничены. Появление одышки в период между обострениями отражает возникновение вентиляционных (обструктивных) нарушений.

При осмотре больного на начальных этапах болезни изменений может не быть (при необструктивных формах); голосовое дрожание не изменено или равномерно ослаблено; перкуторный звук не изменен.

Выслушивание легких при ХБ выявляет, как правило, жесткое дыхание и наличие сухих хрипов (гудящих, жужжащих, свистящих). Хрипы обычно определяются в обе фазы дыхания, могут выслушиваться и влажные хрипы разного калибра. Для влажных хрипов при ХБ характерно отсутствие постоянной их локализации и изменчивость калибра.

Для ХБ характерна выраженная потливость, особенно при физической нагрузке и по ночам. Усиление потливости особенно свойственно для обострения заболевания. Диагностика обострения ХБ нередко вызывает значительные трудности, так как температура тела при этом может быть нормальной, а показатели периферической крови не изменяются или меняются незначительно. В этих ситуациях проявлением обострения заболевания могут быть такие клинические признаки: усиление кашля, увеличение количества и изменение характера мокроты, появление или усиление одышки, потливость верхней половины туловища, немотивированная слабость, озноб. Показателем активного воспаления может быть тахикардия, не соответствующая уровню температуры тела (особенно при нормальной или субфебрильной температуре).

Дифференциальная диагностика

Диагностику хронического бронхита проводят по принципу исключения других заболеваний. Дифференциальный диагноз при ХБ проводится с большим количеством заболеваний, проявляющихся кашлем, выделением мокроты и одышкой. Отличительная особенность ХБ — диффузный характер поражения бронхов, отсутствие поражения альвеолярной легочной ткани.

В период обострения хронический бронхит дифференцируют с пневмонией, бронхоэктатической болезнью, недостаточностью левого желудочка, раком легкого, тромбоэмболией легочной артерии.

Методы лечения

Лечение хронического бронхита обычно амбулаторное. В терапии крайне важны отказ от курения, устранение воздействия других факторов, раздражающих бронхи (например, смена работы или места жительства).

Показанием к госпитализации является о обострение бронхита, характеризующееся усилением одышки, кашля или отхождения мокроты, а также наличием любого из следующих критериев, как-то:

- неэффективность лечения в амбулаторных условиях;
- нарастание симптомов заболевания, невозможность самостоятельного передвижения (для мобильных лиц);



О.Я. Дзюблик

- невозможность принимать пищу или спать вследствие одышки;
- угрожающая гипоксемия;
- возникновение или нарастание гиперкапнии;
- решение семьи и/или врача о том, что пациент не может лечиться в домашних условиях ввиду отсутствия возможности оказания неотложной помощи;
- высокая вероятность сопутствующих легочных и внелегочных заболеваний;
- психические нарушения;
- возникновение или прогрессирование легочного сердца, несмотря на проводимое амбулаторное лечение;
- сочетание ХБ с другими заболеваниями, сопровождающимися ухудшением легочной вентиляции;
- плановая инвазивная хирургическая или диагностическая процедура с применением лекарственных средств, угнетающих дыхательный центр, например наркотических анальгетиков.

Показаниями к госпитализации в отделение интенсивной терапии является наличие одного из таких признаков, как тяжелая одышка, не купируемая в общей палате терапевтического отделения; спутанность сознания; парадоксальные сокращения диафрагмы; нарастающие гипоксемия и гиперкапния; потребность в искусственной вентиляции легких.

Критериями выписки из стационара считаются отсутствие одышки в покое и при умеренной физической нагрузке (больной может свободно перемещаться и обслуживать себя), контроль бронхиальной проходимости при амбулаторном лечении, стабильный газовый состав крови.

Немедикаментозные методы лечения бронхита направлены преимущественно на облегчение отхождения мокроты (проводят на фоне лечения отхаркивающими средствами, обильного щелочного питья). Применяют позиционный дренаж — периодическое откашливание с помощью глубокого форсированного выдоха в положении, оптимальном для отхождения мокроты. Из медикаментозных методов используют противомикробную терапию, бронходилататоры и др.

Антибактериальные препараты должны получать пациенты с ХБ:

- при обострении I типа по Anthonisen;
- при обострении II типа по Anthonisen, если увеличение гнойного компонента в мокроте является одним из двух симптомов;
- при тяжелом обострении, требующем инвазивной или неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Антибиотики, как правило, не рекомендуются использовать при II типе обострения по Anthonisen без увеличения гнойного компонента в мокроте и при III типе обострения (наличие ≤ 1 из перечисленных выше симптомов).

Комбинацию препаратов разных групп назначают при тяжелом течении хронического бронхита.