

# Антибіотикотерапія інфекційних обострень хронічного необрструктивного бронхіта: отечественному согласительному документу бути?

До настоящего времени лечение пульмонологических заболеваний регламентируется приказом № 128 от 19.03.2007 г. Министерства здравоохранения Украины. В минувшем году к обсуждению был представлен проект нового согласительного документа с уточнениями и изменениями, основанными на данных, накопленных за последние годы. Читатели «Медицинської газети «Здоров'я України» смогли одними из первых ознакомиться с содержанием проектов документа по лечению внебольничной и нозокомиальной пневмонии – они были опубликованы на страницах издания (№ 20-24 за 2011 г. и № 1, 3 за 2012 г. соответственно).

На вопросы, касающиеся предложенных дополнений и уточнений, в том числе относительно проведения антибактериального лечения обострений хронического простого (необрструктивного) бронхита, мы попросили ответить одного из членов экспертной группы, участвовавшего в разработке новой редакции документа, доцента кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидата медицинских наук Сергея Сергеевича Симонова.

– Какова структура нового документа? Врачи каких специальностей принимали участие в его создании?

– Группу экспертов, занимавшихся разработкой проекта, возглавлял главный специалист МЗ Украины по специальности «Фтизиатрия и пульмонология», академик Ю.И. Фещенко.

Отмечу, что данный документ является мультидисциплинарным: помимо пульмологов в работе принимали участие специалисты в области интенсивной терапии, инфекционных заболеваний.

Этот документ многосторонний, его структура неоднократно совершенствовалась, а перечень рассматриваемых нозологий изменялся: рекомендации по лечению туберкулеза выделены в отдельный документ. В настоящем проекте (уже 4-й по счету версии) представлены рекомендации относительно внебольничной и нозокомиальной пневмонии (добавлены новые главы, касающиеся пневмонии у беременных, пневмонии и гриппа), бронхиальной астмы (БА), хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ), муковисцидоза, интерстициальных заболеваний легких, хронического простого бронхита. Если документ будет одобрен, то впервые такому заболеванию, как хронический простой (необрструктивный) бронхит, будет посвящена отдельная глава.

Отмечу, что данное заболевание, на мой взгляд, незаслуженно обделено вниманием не только в украинских согласительных документах, но и в рекомендациях Российской Федерации, Европейского сообщества, Великобритании, стран Северной Америки; патология сравнительно реже является предметом научных изысканий, большинство существующих доказательных данных соответствует уровню доказательств D (мнения экспертов).

– Чем обусловлен низкий интерес медицинской общественности к проблеме хронического простого (необрструктивного) бронхита?

– По моему мнению, определенную роль играет тот факт, что заболевание (по сравнению с ХОЗЛ) ассоциируется с более низкими социально-экономическими потерями, значительно реже становится причиной инвалидизации, в меньшей степени влияет на продолжительность жизни больных; несмотря на регулярность обострений, их частота ниже таковой в случае ХОЗЛ, как и риск развития осложнений. В ряде случаев отсутствие согласительных документов, ограниченное количество статей, выступлений в рамках научно-практических конференций, конгрессов, симпозиумов обуславливают возникновение совершенно анекдотичных ситуаций: некоторые врачи ошибочно полагают, что при наличии у больного хронического кашля присутствует обструктивный компонент, и автоматически приравнивают его к ХОЗЛ. Прежде всего, хочу акцентировать внимание практических специалистов и четко обозначить: хронический простой (необрструктивный) бронхит – это отдельная нозология.

– В каких случаях устанавливают диагноз хронического простого бронхита? Перечислите, пожалуйста, основные факторы, провоцирующие его развитие.

– Определение хронического простого бронхита было принято несколько десятилетий назад – в 1958 г. – в рамках симпозиума, организованного компанией Ciba. Согласно этому определению под хроническим бронхитом понимают наличие продуктивного кашля не менее 3 мес в году в течение двух лет подряд при отсутствии других возможных причин (бронхоэктатической болезни, БА, новообразований легких, туберкулеза, ХОЗЛ и др.), что подтверждено с помощью доступных методов обследования (функциональных тестов, рентгенографии и др.). Это является основанием для установления диагноза хронического простого (необрструктивного) бронхита, который относится к диагнозам исключения.

По мнению экспертов, основным этиологическим фактором развития данного заболевания в большинстве стран мира, в том числе и в Украине, является курение. Исключение составляет Индия, где первое место в структуре причин хронического бронхита занимает дым от домашних очагов. Иногда диагноз хронического простого бронхита устанавливают некурящим. Причинными факторами заболевания выступают пассивное курение, курение матери в период беременности, работа на производстве. Вместе с тем в подавляющем большинстве случаев такой диагноз – врачебная ошибка, гиподиагностика БА.

Следует отметить, что не у всех злостных курильщиков (данном термином обозначаются пациенты, имеющие стаж курения более 20 пачко/лет; все чаще высказываются мнения о переводе в эту категорию больных, стаж курения которых составляет 10 пачко/лет) возникает хронический кашель и развивается хронический бронхит: считается, что приблизительно половина лиц с табачной зависимостью в силу генетических особенностей устойчивы к воздействию негативных факторов, риск развития данной патологии у них минимален. Однако данный факт не должен стать поводом для ложного оптимизма: вероятность возникновения у них других заболеваний, ассоциированных с потреблением табака (опухолей бронхолегочной системы, сердечно-сосудистой патологии и др.), существенно превышает соответствующий показатель в общей популяции.

У 17–25% злостных курильщиков развивается хронический обструктивный бронхит как составляющая ХОЗЛ; наряду с данной патологией выявляется эмфизема легких (процессы имеют сходный патогенез и, образно говоря, идут рука об руку).

С целью дифференциальной диагностики хронического простого бронхита используют модифицированный индекс Тиффно – оценивают процентное соотношение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ<sub>1</sub>) к формированной жизненной емкости легких (обычный индекс Тиффно определяется соотношением ОФВ<sub>1</sub> к жизненной емкости легких). Показатель <70% свидетельствует о наличии обструктивного компонента.

Для подтверждения диагноза ХОЗЛ и стадирования заболевания следует оценивать индекс Тиффно в межприступный период (в фазе ремиссии) и после воздействия бронхолитиков, поскольку в период обострения хронический простой бронхит также может сопровождаться обструкцией,

тогда как в интервале между приступами и после использования бронхолитиков показатель функции внешнего дыхания возвращается к нормальным цифрам.

– В каких ситуациях целесообразно назначение фармакотерапии? Использование каких антибактериальных препаратов для лечения хронического простого бронхита регламентируется согласительным документом?

– В настоящее время данных, подтверждающих эффективность базисной терапии (ежедневной, вне зависимости обострений) хронического простого бронхита, недостаточно, поэтому в предложенном проекте ее назначение не предусматривается. Несмотря на более низкую частоту развития осложнений хронического простого бронхита по сравнению с таковой при наличии ХОЗЛ, их купирование является достаточно сложной задачей для врачей первичного звена (семейных врачей, участковых терапевтов).

Обострение заболевания является показанием к назначению антибактериальных средств. Выбор антибиотика осуществляют с учетом возраста больного, наличия/отсутствия сопутствующей патологии, частоты обострений. Если пациент моложе 65 лет, сопутствующие заболевания не выявляются, частота обострений составляет 1–2 в год, показано назначение макролидов или пероральных аминопенициллинов (ампициллина или амоксициллина; применение последнего рекомендовано в силу более высокой биодоступности в сравнении с ампициллином). В случае развития следующего обострения в течение сезона рекомендуется так называемая тактика внутренней ротации – если для купирования первого использовали аминопенициллин, при повторном обострении следует выбрать макролид, и наоборот. Доказано, что описанный подход способствует клинически значимому снижению числа клинических неудач. Наиболее выраженной активностью в отношении гемофильной палочки – самого частого возбудителя обострений хронического простого бронхита – из макролидов характеризуется азитромицин, несколько уступает ему кларитромицин. Другими частыми этиологическими агентами обострений у больных этой группы выступают пневмококк, моракселла, реже – хламидии и микоплазмы.

Если возраст больного превышает 65 лет, присутствуют сопутствующие заболевания (клинически значимая сердечная недостаточность, печеночная или почечная недостаточность, заболевания ЦНС, истощение, алкогольная зависимость, прием системных кортикостероидов), частота обострений ≥3 в год, этиологическая структура обострений несколько изменяется: наряду с гемофильной палочкой, пневмококком и моракселлой возрастает роль грамотрицательных энтеробактерий (кишечной палочки, протей, клебсиеллы и др.), метициллинчувствительного стафилококка. Пациентам этой группы рекомендуется назначение пероральных антибактериальных средств – защищенных аминопенициллинов (амоксициллина/клавулата или ампициллина/сульбактама (последний менее предпочтителен), цефалоспоринов II поколения (например, цефуроксима аксетила) или респираторных фторхинолонов (левофлоксацина, моксифлоксацина, гатифлоксацина и гемифлоксацина). Во второй группе также оправдан принцип внутренней ротации. Больных первой и второй групп желательно лечить амбулаторно.

В третью группу относят пациентов, у которых отмечается деформация бронхиального дерева, резко снижена эффективность мукоцилиарного клиренса за счет морфологических изменений в бронхах. Нередко у таких пациентов обострение может наблюдаться в течение всего зимнего периода, а в бронхах персистируют такие микроорганизмы, как синегнойная палочка, метициллинрезистентный стафилококк, ацинетобактер, энтеробактерии, продуцирующие β-лактамазы расширенного спектра. Особенности тактики при выборе антибиотикотерапии в этой группе являются выполнение бактериологического исследования (на основании эмпирических подходов достаточно сложно «попасть в цель» ввиду большой широты, разнообразия и сложного профиля резистентности причинных микроорганизмов), проведение лечения в условиях стационара, предпочтение антибиотиков, обладающих антисинегнойной активностью. Доказанную активность в отношении синегнойной палочки имеют ципрофлоксацин и левофлоксацин; следует помнить, что в настоящее время они используются в несколько повышенных дозировках (в частности левофлоксацин в дозе 750 вместо 500 мг).

Практически вся линейка антибактериальных препаратов, используемых в лечении обострений хронического простого бронхита, представлена на украинском рынке крупнейшим производителем антибиотиков в западных странах – компанией «Сандоз». В ее портфеле присутствуют амоксициллин (Оспамок), амоксициллин/клавулат в форме порошка для приготовления суспензии, раствора для внутривенных инфузий, таблеток и диспергируемых таблеток в различных дозировках (Амоксиклав®, Амоксиклав® 2X, Амоксиклав® Квиктаб), азитромицин (Азитро САНДОЗ®), шифрофлоксацин (Ципро САНДОЗ®), подтвердившие свою эффективность и безопасность при многолетнем практическом применении. Кроме того, препараты доступны по стоимости, что немаловажно для большинства украинских пациентов.

– Препараты каких классов рекомендуются как альтернатива в случае отсутствия эффекта при проведении антибиотикотерапии?

– В согласительном документе возможные терапевтические подходы расписаны не до конца. Например, если в течение 2–3 дней не достигнуто улучшение состояния при лечении пациентов первой группы, на усмотрение врача используют тактику внутренней ротации, либо один из антибиотиков, рекомендованных больным второй группы; врач делает выбор на собственное усмотрение. Что касается продолжительности антибактериальной терапии, то доказано, что срок лечения обострения хронического простого бронхита может быть меньше по продолжительности такового в случае пневмонии – в среднем 5 и 7 дней соответственно (за исключением 3-дневной терапии азитромицином).

– С помощью каких мероприятий можно снизить риск развития обострений хронического простого бронхита?

– Для профилактики обострений можно принимать препарат Бронхо-мунал® в течение 10 дней в каждом из трех месяцев подряд (в аналогичный период). Доказательные данные свидетельствуют хоть о клинически небольшом, но статистически значимом эффекте препарата в отношении снижения частоты обострений. Вторым – более действенным, но и более сложным для воплощения в жизнь – является отказ от курения. Если пациент продолжает курить, прогрессирование заболевания неизбежно. Кроме того, у части больных присоединяется обструктивный компонент, хронический простой бронхит может трансформироваться в ХОЗЛ.

Подготовила Ольга Радучич

4-26-АМВ-РЕЦ-0312

