

Острый бронхит и антибиотикотерапия: за и против

Острый бронхит (ОБ) принадлежит к числу распространенных заболеваний, поскольку в мире им ежегодно болеет около 5% взрослых, чаще молодого или среднего возраста. В настоящее время не существует общепринятого определения понятия ОБ. Рабочая группа Европейского респираторного общества (ERS, 2005) определяет его как острое заболевание, развивающееся у пациента в отсутствие хронического заболевания легких и характеризующееся кашлем (продуктивным или непродуктивным), а также другими жалобами или симптомами, указывающими на инфекцию нижних отделов дыхательных путей (отхождение мокроты, одышку, хрипы в легких, дискомфорт или боли в грудной клетке), и не имеющее иного объяснения, как, например, синусит или бронхиальная астма.

В отечественной пульмонологии чаще используется другое определение ОБ, согласно которому он представляет собой остро или подостро возникающий воспалительный процесс в бронхах, проявляющийся кашлем (продуктивным или непродуктивным), склонный к самоограничению и продолжающийся не более 1-3 нед. Если ОБ протекает без клинически выраженных признаков обструкции, то он обозначается как острый простой бронхит, или острый бронхит. 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 снижение мукоцилиарного клиренса вследствие поражения мерцательного эпителия, повышенной вязкости слизи, изменения диаметра бронхов, увеличения резистентности респираторных путей, нарушения местной или общей противоинфекционной защиты. Клинически он протекает в виде острого простого или обструктивного бронхита, реже в виде эпизодов повторного бронхоолита.

Причиной ОБ чаще являются инфекционные агенты, реже – неинфекционные факторы. Значимость того или иного патогена зависит от наличия или отсутствия эпидемии острых респираторных заболеваний, времени года, вакцинации от гриппа, принадлежности больного к определенной популяции. При инфекционной природе заболевания в 90% случаев ОБ вызывается вирусами гриппа А и В, парагриппа, риновирусами, респираторными синцитиальными вирусами, коронавирусами, аденовирусами, риновирусами, а в 10% случаев – бактериальной (типичной или атипичной) микрофлорой. При этом роль типичной микрофлоры (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*,

S. aureus, *M. catarrhalis*) в возникновении ОБ имеет значение в основном у детей и пациентов с иммунодефицитными состояниями. Значительно более важную роль в развитии ОБ играет атипичная (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) микрофлора, а также *Bordetella pertussis* и *V. paracetussis*, что подтверждается результатами комплексного микробиологического и серологического исследований вне сезона эпидемии ОРВИ. В целом же у больных с предположительным диагнозом ОБ не рекомендуется проводить вирусологические, серологические исследования и культуральный анализ мокроты, поскольку в рутинной клинической практике идентифицировать возбудителей удается крайне редко (в 16-29% случаев). Однако даже в случае идентификации патогенов эти данные не оказывают практического влияния на характер лечения пациента.

В начальной фазе, особенно при вирусной этиологии ОБ, заболевание развивается быстро и может сопровождаться лихорадкой, мышечными болями, недомоганием, хотя нередко ОБ протекает и со скудной симптоматикой. При вирусных инфекциях инкубационный период обычно составляет 2-7 дней, а при заболеваниях, вызванных атипичными бактериями, он длится дольше. Постепенное начало, когда клиническая картина респираторной инфекции разворачивается в течение 2-3 дней или продолжается более 5-10 дней, характерно для ОБ бактериальной этиологии. Необходимо отметить, что в первые дни заболевания дифференциальная диагностика между ОРВИ и ОБ затруднена. Однако сохранение кашля более 5 дней указывает на наличие ОБ. Вследствие развития воспалительного процесса в бронхах может повышаться реактивность дыхательных путей, что обуславливает усиление кашля, появление одышки, затруднения дыхания и хрипов в легких при аускультации. Наличие гиперреактивности дыхательных путей подтверждается результатами изучения функции внешнего дыхания. Наиболее важным клиническим признаком

ОБ является кашель. В типичных случаях его длительность составляет до 10-20 дней. В случае же сохранения кашля у больного с ОБ более 3 нед следует думать о подостро развившемся постинфекционном кашле после перенесенной вирусной или бактериальной инфекции (например, вызванной *M. pneumoniae* или *C. pneumoniae*), при отсутствии изменений на рентгенограмме грудной клетки, что позволяет исключить у пациента пневмонию. При сохранении кашля более 8 нед диагноз постинфекционного кашля должен быть пересмотрен в пользу других заболеваний. Около половины пациентов откашливают гнойную мокроту, что часто заставляет врача подумать о наличии у пациента пневмонии, но диагностическая ценность этого признака невысока и составляет порядка 10%.

ОБ обычно диагностируется на основании вышеперечисленных клинических признаков. Принципиальное значение имеет разграничение ОБ и внебольничной пневмонии (ВП). Такие симптомы, как кашель, отхождение мокроты, затрудненное дыхание, одышка, характерны для обоих заболеваний. На возможную ВП могут указывать такие признаки, как учащение пульса свыше 100 уд/мин, лихорадка (температура тела $>38^{\circ}\text{C}$), одышка более 24/мин, при аускультации – крепитация или звонкие влажные хрипы над ограниченным участком легочного поля. В этих случаях рекомендуется рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Отхаркивание мокроты желтого или зеленого цвета не всегда свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции, поскольку может быть обусловлено выделением отторгнутого эпителия дыхательных путей. Из лабораторных признаков ВП 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 ВП возрастает в 3,7 раза, тогда как в отсутствие этого признака она снижается в 2 раза. Повышение же содержания С-реактивного белка в крови ≥ 50 мг/л ассоциируется с увеличением вероятности ВП уже в 5 раз.



С.В. Зайков

Выделяют следующие методы лечения ОБ, эффективность которых различна и далеко не всегда подкреплена доказательной базой: обильное (лучше щелочное) питье; противовоспалительная (нестероидные противовоспалительные средства) и гипосенсибилизирующая (антигистаминные препараты) терапия; муколитические и отхаркивающие препараты; противокашлевые препараты; бронхолитики (при наличии признаков бронхообструкции); оксигенотерапия; вибрационный массаж, постуральный дренаж; противовирусная и антибактериальная терапия. При этом необходимо подчеркнуть, что, несмотря на отсутствие необходимости использования антибиотиков в терапии подавляющего большинства больных с ОБ, от 65 до 80% пациентов получают их во время лечения, в особенности при наличии сильного и затянувшегося кашля или выраженных симптомах интоксикации (включая лихорадку). Также более 90% курящих больных в случае заболевания ОБ получают антибиотики, хотя нет никаких доказательств, что они нуждаются в назначении антимикробных средств больше, чем некурящие пациенты. В ходе опроса немедицинского населения Украины (И.Г. Березняков, 2008) о причинах самостоятельного приобретения антибиотиков выяснилось, что в перечень пяти самых распространенных из них вошли кашель и бронхит, причем кашель уступил по популярности только высокой температуре и простуде, а бронхит замкнул первую пятерку. Столь разительное расхождение между мнением экспертов и рутинной клинической практикой побудило автора рассмотреть вопрос о лечении ОБ с позиций доказательной медицины. Так, по его данным, антибиотики весьма умеренно улучшали большинство исходов при ОБ по сравнению с плацебо. Однако, поскольку в случае антибиотикотерапии

длительность симптоматики сокращалась в среднем меньше чем на сутки, то клиническая значимость этого результата для большинства больных была несущественной, так как пациенты в любом случае выздоравливали, хотя и несколько медленнее. При этом прием антибиотиков приводил к значимому повышению частоты побочных эффектов (тошнота, рвота, головная боль, кожная сыпь, вагинит), а также развитию резистентности у респираторных патогенов и повышению стоимости терапии.

Почему же, несмотря на очевидные факты о вирусном происхождении подавляющего большинства случаев ОБ, пациентам так часто и, как правило, совершенно необоснованно назначаются антибиотики? Обычно врачи говорят следующее: «Больные настаивают на применении антибиотиков» или «Я стараюсь, чтобы больной был удовлетворен встречей с врачом»; или «Мне легче и быстрее выписать антибиотик, чем не сделать этого». Больные говорят другое: «Я должен поправиться как можно быстрее, так как я не имею возможности пропускать работу», «Доктор прописывал антибиотик прошлый раз, когда у меня были похожие проблемы» или «Давайте попробуем антибиотик, по крайней мере, он предотвратит более тяжелое заболевание в дальнейшем».

Все это приводит к тому, что возникает особая категория врачебных ошибок – неоправданное применение антибактериальных препаратов в тех ситуациях, когда их назначение не показано. При этом ошибки могут быть обусловлены как неправильной трактовкой симптоматики (врач принимает ОРВИ за бактериальную бронхолегочную инфекцию в виде пневмонии, бронхита, плеврита), так и стремлением предотвратить бактериальные осложнения ОРВИ. При всех трудностях принятия решения в подобных ситуациях необходимо отдавать себе отчет в том, что антибактериальные препараты не оказывают влияния на течение вирусной инфекции и, следовательно, их назначение при ОРВИ не оправдано. В то же время предполагаемая возможность предотвращения бактериальных осложнений вирусных инфекций с помощью назначения антибактериальных препаратов не находит себе подтверждения в клинической практике. Кроме того, очевидно, что широкое неоправданное применение антибактериальных препаратов при ОРВИ чревато формированием лекарственной устойчивости и повышением риска возникновения побочных реакций. В связи с этим показанием для назначения антибактериального препарата должна быть диагностированная или предполагаемая бактериальная инфекция. Так, применение антибиотиков оправдано в тех случаях, когда верифицирована или предполагается этиологическая значимость в развитии ОБ атипичных (*M. pneumoniae*,

S. pneumoniae) или типичных (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*) патогенов, а также *V. pertussis*, например, у лиц, находившихся в тесном контакте с больным коклюшем либо в периоды эпидемических вспышек этого заболевания.

К сожалению, на существующем уровне доказательной медицины в нашей стране практический врач до сих пор не имеет четких критериев для того, чтобы определить, кто из пациентов с ОРВИ выиграет от назначения антибиотика, а кто нет. Однако использование антибиотиков для лечения обычной ОРВИ является грубой ошибкой. Показания к применению антибактериальной терапии – развитие бактериальных осложнений ОРВИ (острый средний отит, острый синусит, постгриппозная пневмония и пр.) или ОБ бактериальной этиологии (чаще это *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae*). К сожалению, быстрое выявление таких пациентов малореально. Более того, остается неясным, влияет ли антибактериальная терапия в этих случаях на исходы ОБ. Профилактическое же назначение антибактериальных препаратов при ОРВИ не предупреждает развитие бактериальных осложнений, а при ОБ вирусной этиологии, как правило, не оказывает позитивного влияния на процесс выздоровления и в ряде случаев становится просто вредным. В связи с вышеуказанным большинству пациентов с остро возникшим кашлем – основным симптомом ОБ – требуется назначение лишь симптоматической терапии, к которой относится использование средств, влияющих на кашель. При этом антибиотики не следует применять для лечения больных с постинфекционным кашлем ввиду отсутствия доказательств роли бактериальной инфекции в патогенезе этого симптома.

Как указывалось выше, показанием для назначения антибиотиков при ОБ является обоснованное подозрение на бактериальную этиологию заболевания, что бывает не более чем в 10% случаев ОБ. Диагностировать бактериальную природу бронхита может помочь учет клинических особенностей заболевания. Так, микоплазменные бронхиты чаще развиваются в молодом возрасте и характеризуются лихорадкой, фарингитом, миалгиями, астенией и внелегочными осложнениями. Заболевание может разрешаться спонтанно в течение 1-2 нед, но может продолжаться и до 4-6 нед, включая кашель с выделением слизистой мокроты. Для клинической картины хламидийного бронхита, кроме типичных проявлений, характерны фарингит, ларингит, осиплость голоса, субфебрилитет, длительный сухой или малопродуктивный кашель с выделением слизистой мокроты. При таком нетипичном течении ОБ (нормальная или субфебрильная температура тела, отсутствие отчетливой интоксикации и одышки, невыраженные физикальные данные со стороны легких, наличие сухого или

малопродуктивного коклюшеподобного навязчивого кашля), а также при затяжном течении ОБ показана антибактериальная терапия. Препаратами выбора являются современные макролиды (азитромицин или кларитромицин), что обусловлено тем, что спектр их антимикробной активности включает основные респираторные как типичные (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*), так и атипичные (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) патогены, а также наличием у антибиотиков этой группы благоприятных фармакокинетических свойств (хорошее проникновение в мокроту, слизистую оболочку бронхов, бронхиальные железы, паренхиму легких, высокая концентрация в очагах воспаления, накопление внутри клеток и пр.).

В последние годы в пульмонологии все чаще используется азитромицин, что связано с рядом его преимуществ: активностью в отношении типичных и атипичных респираторных патогенов; более высокой активностью в отношении *H. influenzae*; низкой резистентностью патогенов к азитромицину; накоплением препарата в высокой концентрации в клетках и тканях; уникальным механизмом доставки антибиотика в очаг воспаления с помощью фагоцитов; однократным приемом; высокой эффективностью и безопасностью; возможностью

терапии короткими (3-5 дней) курсами в связи с длительным постантибиотическим (до 50 ч) действием; наличием важных неантибактериальных (иммуномодулирующее, противовоспалительное, бронходилатирующее) свойств; возможностью ступенчатой терапии. Всем этим характеристикам отвечает препарат Азитро Сандоз® в таблетках по 250 и 500 мг для перорального применения. В большинстве случаев Азитро Сандоз® назначается по 500 мг 1 раз в сутки на протяжении 3 дней или 500 мг 1 раз в сутки в 1-й день лечения и по 250 мг 1 раз в сутки в последующие 4 дня.

Таким образом, для проведения антибиотикотерапии больных с ОБ бактериальной природы рекомендуются современные макролиды (азитромицин). Высокоэффективными, безопасными и доступными их представителями являются препараты компании САНДОЗ, располагающей одним из самых больших перечней антибиотиков и являющейся лидером их производства в странах Западной Европы и Северной Америки. Азитро Сандоз® имеет доказанную терапевтическую эквивалентность оригинальному азитромицину и внесен в «Оранжевую книгу» FDA (США).

4-04-АЗД-РЕЦ-0213



Азитро САНДОЗ®

Азитромицин ВІД ЛІДЕРА®

ЄВРОПЕЙСЬКА ЯКІСТЬ

ТЕПЕР ЩЕ ДОСТУПНІША!

Азитро САНДОЗ®

Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг № 3
Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг № 6

Азитромицин – макролідний антибіотик широкого спектру дії, активний щодо багатьох мікроорганізмів. Азитромицин зберігається в бактеріцидній концентрації у місці запалення протягом 5–7 днів після прийому останньої дози, що дозволяє проводити короткі (3 та 5-денні) курси лікування. **Показання:** інфекції, спричинені бактеріями, чутливими до азитромицину: верхніх дихальних шляхів (синусит, фарингіт, тонзиліт, гострий середній отит), нижніх дихальних шляхів (бронхіт, пневмонія), шкіри та м'яких тканин (бешхто, імпетиго, вторинно інфіковані дерматози), уретрит, цервіцит (у тому числі, спричинені хламідіями).

*www.sandoz.com
Відпускється за рецептом. Лікарський засіб має побічні реакції. Для докладної інформації дивись інструкцію для медичного застосування препарату. Якщо маєте повідомити про побічні реакції або відсутність ефективності лікарського засобу, будь ласка, зв'яжіться за адресою або телефоном представництва.

Представництво Сандоз д.д. в Україні: вул. Азовська 12, м. Київ, 03080; тел. +38 (044) 495 28 66.
Інформація для професійної діяльності медичних працівників.
Азитро САНДОЗ® РІ МОЗ України UA/4764/02/01, UA/4764/02/02, UA/11332/01/01, UA/11332/01/02.
Не для продажу.
4-03-АЗД-РЕЦ-0213

SANDOZ
Здорові рішення