

Л.В. Юдина, к.м.н., кафедра фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Современные стратегии лечения острого бронхита бактериальной этиологии

30-31 октября в г. Киеве состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Настоящее и будущее семейной медицины». Среди обсуждаемых тем особое внимание было уделено клиническим вопросам фтизиатрии и пульмонологии в амбулаторно-поликлинической практике, что стало предметом обсуждения в рамках секционного заседания.



Людмила Владимировна Юдина, кандидата медицинских наук

Вопросы выбора антибактериального препарата при лечении острого бронхита бактериальной этиологии рассматривались в докладе доцента кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидата медицинских наук Людмилы Владимировны Юдиной.

— В настоящее время под острым бронхитом понимают острое, склонное к самоизлечению заболевание нижних дыхательных путей. Наиболее значимым клиническим проявлением острого бронхита, на основании которого устанавливается диагноз, является кашель, возникший остро и длящийся в типичных случаях не более 3 нед вне зависимости от наличия мокроты. Важный диагностический критерий — отсутствие признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля. Поэтому в большинстве случаев острый бронхит является диагнозом исключения, он базируется на выявлении кашля, реже — отхождения мокроты, одышки и затрудненного дыхания.

В этиологии острого бронхита ведущую роль играет вирусная инфекция. Наиболее частыми возбудителями данного заболевания являются вирусы гриппа А и В, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы. Менее 10% случаев острого бронхита имеют бактериальную этиологию (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae*, *Bordetella pertussis*), что требует назначения антибактериальных препаратов.

Основными клиническими признаками, указывающими на присоединение бактериальной инфекции к вирусной, являются снижение температуры тела до субфебрильных цифр или нормальных показателей с повторным ее повышением, появление слизистой или слизисто-гноющей мокроты, интоксикация, изменение физикальных данных и лабораторных показателей (общего анализа крови).

Кроме того, нередко на основании клинических особенностей можно определить предполагаемый возбудитель инфекционного процесса. Так, например, микоплазменные бронхиты чаще возникают у лиц молодого возраста; в этом случае в клинической картине заболевания, кроме лихорадки, отмечаются симптомы фарингита, миалгия, астения, развиваются внегочные осложнения. Зачастую бронхиты, вызванные атипичной микрофлорой, начинаются не остро, а постепенно, с продромальным периодом не менее 2 нед. Они могут разрешаться спонтанно без применения этиотропной терапии или характеризоваться затяжным течением с развитием выраженных нарушений. Для клинической картины хламидийных бронхитов и фарингитов характерны осиплость голоса, субфебрилитет, постоянный кашель, который в большинстве случаев име-

ет непродуктивный характер. Примечательно, что в случае хламидийных и микоплазменных бронхитов гнойная мокрота выявляется очень редко. Хламидийные инфекции у больных бронхиальной астмой в ряде случаев приводят к учащению приступов удушья.

Назначение антибактериальных препаратов при остром бронхите целесообразно в следующих ситуациях:

- при выделении *B. pertussis*;
- у лиц в возрасте старше 65 лет при наличии сопутствующих заболеваний в связи с высоким риском развития осложнений;
- у детей дошкольного возраста с острым бронхитом, у которых на протяжении 1 нед не наступило клиническое улучшение;
- у взрослых пациентов с тяжелым общим состоянием, частыми приступами продуктивного кашля в течение нескольких дней.

В настоящее время в лечении острого бронхита бактериальной этиологии препаратами первого ряда являются макролиды, второго — β-лактамы (амоксциллин, амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины II и III поколений) в таблетированных формах (табл.).

Высокая эффективность макролидов при инфекциях дыхательных путей обусловлена несколькими факторами. Препараты данного класса оказывают прямое антибактериальное действие в отношении атипичной микрофлоры, обладают широким спектром антимикробной активности как в отношении грамположительных (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*), так и грамотрицательных микроорганизмов и анаэробов. Неантибактериальная активность данных препаратов реализуется за счет противовоспалительного и иммуномодулирующего эффектов. Важным моментом является наличие постантибиотического эффекта. Преимущества действия макролидных антибиотиков при остром бактериальном бронхите заключаются в их активности в отношении ключевых возбудителей, благоприятном фармакокинетическом и фармакодинамическом профиле, а также доказанных в многочисленных исследованиях эффективности и безопасности.

В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины присутствует несколько десятков зарегистрированных препаратов азитромицина. Недавно арсенал врачей пополнил препарат Азибиот® —

азитромицин производства компании KRKA. Препарат в первую очередь активен в отношении атипичной флоры (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Bordetella pertussis* и др.), а также грамположительных аэробных микроорганизмов (*Staphylococcus aureus*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*). Среди грамотрицательных аэробных микроорганизмов к Азибиоту чувствительны *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *M. catarrhalis*. Известно, что по активности в отношении *H. influenzae* и *M. catarrhalis* азитромицин превосходит другие макролиды. Препарат воздействует на анаэробных возбудителей. Благодаря широкому спектру антибактериального действия азитромицин (Азибиот®) может использоваться не только в терапии острого бронхита, но и при лечении его хронической формы, а также в случае легкого течения хронического обструктивного заболевания легких. Азитромицин оказывает выраженное бактерицидное действие как против типичных (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*), так и атипичных (*Chlamydia spp.*, *M. pneumoniae*, *Legionella spp.*) респираторных патогенов, имеет способность проникать и создавать высокие концентрации в бронхах, легочной ткани и альвеолярной жидкости. Кроме того, препарат обладает способностью накапливаться внутриклеточно — в лейкоцитах (гранулоцитах) и моноцитах/макрофагах, с которыми он транспортируется в очаги инфекции, вследствие чего концентрация антибиотика в очаге поражения в 50 раз выше по сравнению с интактными тканями и плазмой крови. Для азитромицина характерен длительный период полувыведения (до 68 ч), что обеспечивает продолжительный постантибиотический эффект, поэтому назначение препарата при остром бронхите в дозе 500 мг 1 р/сут в течение 3 дней является оправданным. Азибиот® имеет низкую токсичность и хорошую переносимость. Препарат биоэквивалентен оригинальному азитромицину, его главными преимуществами служат европейское качество, высокая эффективность и безопасность.

Таким образом, составляющими эффективности азитромицина (препарата Азибиот®) являются широкий спектр антимикробного действия, создание высоких концентраций в очаге поражения, которые в 50 раз превышают концентрацию в плазме крови, низкая резистентность основных патогенов к азитромицину (уровень устойчивости пневмококка к азитромицину в настоящее время не превышает 6%), а также неантибактериальные эффекты. С учетом этого можно считать оправданным применение Азибиота в лечении острого бронхита бактериальной этиологии.

Таблица. Схема лечения острого бронхита бактериальной этиологии

Этиология	Лечение	Антибиотики I ряда	Антибиотики II ряда
Вирусы	Симптоматическая терапия		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mycoplasma pneumoniae</i> • <i>Chlamydophila pneumoniae</i> • <i>Bordetella pertussis</i> • <i>S. pneumoniae</i> • <i>H. influenzae</i> • <i>S. aureus</i> • <i>M. catarrhalis</i> 	Антибиотики системные	Макролиды Доксициклин	Амоксициллин Амоксициллин/клавуланат Цефалоспорины II и III поколений
Как правило, антибиотики при лечении острого бронхита назначаются перорально			
Другие факторы	Симптоматическая терапия		
Наников В.Е. Concilium Medicum. 2008; 8 (8).			