

С. С. Симонов
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ
С ОБОСТРЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

ГУ «Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины»

В соответствии с определением экспертов ВОЗ, к больным хроническим бронхитом (ХБ) относят лиц, у которых имеется кашель с мокротой не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и лёгких, способных вызвать эти симптомы.

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

Распространённость

Среди курящих ХБ возникает в 3–4 раза чаще, чем среди некурящих. Возраст — обычно старше 40 лет, преобладающий пол — мужской.

Из числа злостных курильщиков (более 20 пачко-лет) ХОЗЛ обнаруживают у 15–20 %, а ХБ — у 30–35 %.

Классификация хронического бронхита предусматривает выделение степени тяжести, фазы заболевания, осложнений болезни.

В отличие от ХОЗЛ, при ХБ *вентиляционная способность легких в период между обострениями не нарушена, то есть показатель $FEV_1/FVC > 70\%$* .

Степень тяжести — тяжелое и нетяжелое течение

Фазы течения — обострение и ремиссия.

К осложнениям хронического бронхита относятся эмфизема легких, кровохарканье, пневмония.

Проводится также оценка по характеру воспалительного процесса: оценивается по виду мокроты: простой (*катаральный*) — с выделением слизистой мокроты, *гнойный* — при выделении гнойной мокроты постоянно или только при обострении.

Этиология

Основной причиной хронического бронхита является продолжительное влияние на слизистую оболочку бронхов аэрополлютантов.

Первое место по значению занимает действие табачного дыма при курении, в том числе при пассивном курении.

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 хронического бронхита, так как здоровая слизистая бронхиального дерева служит надежной защитой от инфекции.

Бактериальная инфекция играет ведущую роль при обострении ХБ. Бактерии выявляются у 50–60 % больных с обострением ХБ. Наибольшее значение имеют нетипируемые штаммы *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Moraxella (Branchamella) catarrhalis* и *Streptococcus pneumoniae*.

На поздних стадиях заболевания возрастает роль грамотрицательных микроорганизмов и, главным образом, *Pseudomonas aeruginosa*.

“Атипичные” микроорганизмы также играют роль в развитии обострения ХБ — *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydothila* (прежнее название *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.

Симптомы и диагностика

ХБ развивается постепенно, его прогрессирование зависит от частоты обострений. В течение ряда лет пациент не обращается к врачу с такими жалобами, как покашливание, продолжительный кашель с мокротой уже после разрешения очередного простудного заболевания, снижение толерантности к физическим нагрузкам.

В период обострений ХБ могут наблюдаться повышение количества лейкоцитов и увеличение СОЭ. Рентгенологические данные обычно малоинформативны. Иногда выявляется тяжесть и сетчатость легочного рисунка, как правило в нижних отделах, обеднение рисунка и повышенная прозрачность за счет сопутствующей эмфиземы.

Нормальные значения параметров лёгочной вентиляции при повторном обследовании исключают диагноз ХОЗЛ и при наличии соответствующих данных в анамнезе приводят к диагнозу ХБ.

Методы лечения ХБ

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

Немедикаментозные методы лечения

Немедикаментозные методы лечения бронхита направлены преимущественно на облегчение изгнания мокроты (проводят на фоне лечения отхаркивающими средствами, обильного щелочного питья).

Позиционный дренаж — периодическое откашливание с помощью глубокого форсированного выдоха в положении, оптимальном для отхождения мокроты.

Противомикробная терапия

Можно выделить наиболее простые и доступные в клинической практике критерии, позволяющие диагностировать инфекционное обострение ХБ: усиление кашля; увеличение количества отделяемой мокроты; изменение характера мокроты на гнойный или усиление гнойного компонента. При наличии всех трёх кардинальных симптомов обострение относят к первому типу (по N. Anthonisen), двух — ко второму типу и, наконец, если у больного только один из вышеприведённых симптомов, то такое обострение относят к третьему типу.

Таким образом, следующие пациенты с обострением хронического бронхита должны получать антибиотики: 1) пациенты со всеми тремя из следующих симптомов: усиление

или появление одышки, увеличение объема отделяемой мокроты и усиление гнойного компонента в мокроте (тип I обострения по Anthonisen); 2) пациенты только с двумя из трех вышеперечисленных симптомов (тип II обострения по Anthonisen), если увеличение гнойного компонента в мокроте является одним из двух симптомов; 3) пациенты с тяжелым обострением, которое требует инвазивной или неинвазивной искусственной вентиляции легких. Антибиотики, как правило, не рекомендуется использовать при втором типе обострения по Anthonisen без увеличения гнойного компонента в мокроте и при III типе обострения (один или ни одного из перечисленных выше симптомов).

С учётом факторов риска, возраста, функциональных особенностей больных предлагается классификационная схема, предназначенная для выбора эмпирической антибактериальной химиотерапии. Классификация позволяет с наибольшей вероятностью предположить этиологический фактор и снизить вероятность неэффективности терапии.

Пациенты с клинической симптоматикой бронхита подразделяются на следующие группы

Простой неосложненный ХБ. Тип обострения определяется как 1 или 2 согласно классификации N. Anthonisen. Функция лёгких сохранена, отсутствуют факторы риска неэффективности терапии. Для данной группы характерны возраст менее 65 лет, < 4 обострений в год, нет сопутствующих хронических заболеваний. Основными возбудителями бактериальных обострений являются *H.influenzae*, *M.catarrhalis*, *S.pneumoniae*. Для лечения рекомендуются аминопенициллины (амоксциллин) и макролиды (азитромицин, кларитромицин), а в случаях отсутствия эффекта могут быть использованы фторхинолоны (моксифлоксацин, гатифлоксацин, гемифлоксацин, левофлоксацин). Нередкой причиной обострений в этой группе является вирусная инфекция.

Осложненный ХБ. Во время обострения симптомы (усиление кашля, увеличение количества мокроты и гнойный характер мокроты) более выражены, чем у пациентов предыдущей группы. Возраст данных больных, как правило, старше 65 лет; они чаще имеют сопутствующие хронические заболевания (застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, нарушение питания), или постоянно принимают глюкокортикостероиды. Течение бронхита характеризуется, как минимум, четырьмя обострениями в год. Этиологическим фактором обостре-

ний, помимо возбудителей, преобладающих в предыдущей группе, являются грамотрицательные микроорганизмы (*Klebsiella pneumoniae*). Для химиотерапии обострения рекомендованы амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины (цефуроксим) и фторхинолоны (моксифлоксацин, гатифлоксацин, гемифлоксацин, левофлоксацин), которые рассматриваются, как препараты первой линии терапии. Для парентеральной терапии используют амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины II и III поколений, фторхинолоны (моксифлоксацин, гатифлоксацин, левофлоксацин).

Хроническая бронхиальная инфекция. Характерны те же признаки, что и в предыдущей группе, а также постоянная продукция гнойной мокроты и значительный полиморбидный фон. При компьютерной томографии высокого разрешения часто выявляют цилиндрические бронхоэктазы. Основные возбудители обострений те же с увеличением доли *P.aeruginosa*. Препаратами выбора являются антисинегнойные фторхинолоны (ципрофлоксацин). Для парентеральной терапии используют цiproфлоксацин или бета-лактамы с антисинегнойной активностью ± аминогликозиды.

На выбор антибиотика при обострении ХБ влияют: клиническая ситуация, активность препарата против основных (наиболее вероятных в данной ситуации) возбудителей инфекционного обострения ХБ, вероятность антибиотикорезистентности в данной ситуации, фармакокинетика препарата (проникновение в мокроту и бронхиальный секрет, время полувыведения и т.д.), взаимодействие с другими медикаментами, режим дозирования, побочные эффекты, стоимость препаратов.

Аугментин (амоксциллин/клавуланат 875 мг/125 мг) является препаратом первой линии в лечении инфекционных обострений ХБ у больных с осложненным хроническим бронхитом (пациенты старше 65 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями, или частыми обострениями и т.д.). Наиболее часто встречающимися у таких больных при обострении ХБ инфекционными агентами являются *H. parainfluenzae*, *H. influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*. У этих микроорганизмов выявляется высокая чувствительность к препаратам амоксициллина в комбинации с клавулановой кислотой (при минимальной подавляющей концентрации), что позволяет считать их назначение наиболее оправданным у данной категории больных. Аугментин — хорошо изученный антибиотик, широко назначаемый в мире в течение 30 лет.