

УДК:616.233–002–036.12.65–085:615.835.56

О. Я. Дзюблик, М. І. Гуменюк, Г. Б. Капітан, Н. М. Недлінська, О. В. Денисова
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Ефективність та безпека інгаляційного застосування декаметоксину в лікуванні хворих з інфекційним загостренням хронічного бронхіту

Ключові слова: хронічний бронхіт, інфекційне загострення, декаметоксин, небулайзер.

Відповідно до сучасних уявлень, хронічний бронхіт (ХБ) – це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, що супроводжується підвищеною продукцією мокротиння, зміною його фізико-хімічних властивостей та проявляється хронічним кашлем протягом 8 тижнів на рік за останні 2 роки [1–4]. Характерною рисою ХБ та однією з найчастіших причин звернення пацієнтів за медичною допомогою є виникнення загострень цієї недуги [5–8, 10]. Встановлено, що пацієнти з ХБ в середньому переносять від одного до чотирьох і більше загострень протягом року, причому їх частота з віком може прогресивно збільшуватися [11–15]. Саме частота загострень ХБ є одним з найважливіших факторів, що зумовлюють якість життя хворих [17–20].

При всьому розмаїтті провокуючих факторів саме інфекцію верхніх дихальних шляхів розглядають як основну причину загострення ХБ, яка, за даними більшості авторів, зумовлює 60–80 % випадків усіх загострень [20–22]. Найбільш значущими патогенами у виникненні інфекційного загострення (ІЗ) ХБ є бактеріальні збудники – 40–50 %. Серед них провідне місце належить *Haemophilus influenzae* (30–50 % випадків), *Streptococcus pneumoniae* (14–30 %), *Moraxella catarrhalis* (15–17 %) [12, 14, 20, 22]. Останнім часом все більше уваги привертає роль вірусної інфекції у загостренні ХБ. Вважається, що 15–40 % випадків

ІЗ ХБ зумовлені вірусними або вірусно-бактеріальними етіопатогенами [23–27].

Згідно з рекомендаціями сучасних міжнародних консенсусів, основним принципом лікування пацієнтів із загостренням ХБ є муколітична та антибактеріальна терапія [32–37] і, за необхідністю, бронходилатуюча та протизапальна [38–40].

У клінічній практиці антибактеріальна терапія пацієнтів із ХБ та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), як правило, носить емпіричний характер, тому розроблені орієнтири, що дають змогу обґрунтувати її призначення. Найбільш практичними у цьому відношенні є ознаки, що характеризують клінічну ситуацію та дають змогу приблизно диференціювати різні варіанти загострень ХБ. Відповідно до них, основними показаннями для призначення антибактеріальної терапії при загостренні ХБ/ХОЗЛ є наявність гнійного мокротиння, збільшення його кількості та задухи (І та II тип загострення ХБ за N. Anthonisen), а також тяжке загострення з ознаками гострої дихальної недостатності [32, 34, 35, 41].

Незважаючи на доведену роль інфекційного процесу, зокрема вірусної етіології, в розвитку та перебігу ХБ [9–14], питання діагностики, лікування та профілактики вірусіндукованого загострення ХБ остаточно не вирішені. Значною мірою це пов'язано

з великою кількістю відомих респіраторних вірусів (більш 200 видів), труднощами їх етіологічної діагностики, особливостями патогенезу вірусної інфекції (внутрішньоклітинна реплікація вірусів та необхідність проведення адекватного етіотропного лікування перш за все на початку захворювання), обмеженим арсеналом протівірусних препаратів та вакцин з доведеною клінічною ефективністю проти респіраторних збудників тощо [28–31].

Останнім часом в літературних джерелах з'явилися дані щодо використання при інфекційних захворюваннях нижніх дихальних шляхів деяких антисептиків, у тому числі поверхнево-активної речовини декаметоксину [42–44]. Його унікальною властивістю є відсутність взаємодії з клітинами людини, завдяки чому він не всмоктується з поверхні слизових оболонок, і тому відсутній ризик виникнення системних побічних ефектів. Також він не спричинює подразнення слизових оболонок, а отже і місцевих побічних ефектів.

Результати експериментальних досліджень показали, що цей антисептик має виражену бактерицидну дію щодо грампозитивної, грамнегативної і анаеробної мікрофлори. Також зазначено його фунгіцидну, віруліцидну, спороцидну дію [44, 45]. Декаметоксин чинить протизапальний вплив, механізм якого пояснюється пригніченням продукції серотоніну клітинами і зменшенням ексудації. Препарат має також десенсибілізуючу та спазмолітичну дію [42, 43]. Позитивною властивістю декаметоксину є його здатність підвищувати чутливість мікроорганізмів до антибіотиків [44]. Декаметоксин ефективно застосовують у місцевій терапії пацієнтів із абсцесом, карбункулом, флегмоною м'яких тканин, у комплексному лікуванні хворих на гнійно-деструктивний процес легень, інгаляційно – у хворих з ІЗ ХОЗЛ та пневмонією [46–49].

Слід зазначити, що в даний час інгаляційне використання лікарських засобів через небулайзер посідає одне з провідних місць у лікуванні хворих не тільки з обструктивними захворюваннями органів дихання, але й при будь-яких запальних захворюваннях верхніх і нижніх дихальних шляхів. При такому методі введення препарат у вигляді аерозольних часток належного розміру безпосередньо потрапляє в орган-мішень, в результаті чого досягається максимальний терапевтичний ефект у мінімально короткий термін [50–53].

Мета дослідження – визначити ефективність інгаляційного антисептичного засобу 0,02 % розчину декаметоксину (декасан) у комплексній терапії хворих з ІЗ ХБ.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення мети роботи – визначення ефективності лікування хворих з вірусіндукованим ІЗ ХБ шляхом використання інгаляційного антисептичного засобу декаметоксину – були обстежені та проліковані 121 хворий з нетяжким

ІЗ ХБ. Чоловіків було ($42,1 \pm 4,5$) %, решта – жінки, середній вік пацієнтів становив ($43,0 \pm 1,3$) року. Усі хворі проходили лікування в амбулаторних або стаціонарних умовах НІФП НАМН. Причиною госпіталізації 17,4 % пацієнтів був тяжкий стан, неефективність попереднього лікування або соціальні показання (неможливість проведення адекватного лікування в амбулаторних умовах).

Давність захворювання становила у середньому ($8,6 \pm 0,8$) року. Серед факторів ризику розвитку ХБ найбільш значущим було куріння тютюну (у 76,0 % хворих). Середня частота загострень ХБ протягом останнього року в обстежених хворих становила ($2,9 \pm 0,1$) разу з середньою тривалістю кожного ($10,4 \pm 0,2$) дня. У 16,5 % пацієнтів дане загострення ХБ виникло втретє протягом року, у 9,9 % – вчетверте. Серед препаратів, які найчастіше використовували в лікуванні попереднього загострення ХБ, були: антибіотики – у 96,7 % хворих, у тому числі *per os* – 76,9 %, парентерально – 23,1 %; антигістамінні препарати – 16,5 %; мукорегулятори – 96,7 %; протизапальні засоби – 16,7 %. Антисептики та протівірусні препарати майже не застосовували, а протигрипозну вакцинацію провели лише 4,1 % хворих.

При первинному огляді у 44,6 % пацієнтів загальний стан оцінили як середньої тяжкості, у решти – як задовільний. Сильний кашель відзначали 15,7 % пацієнтів, помірний – 53,7 %, незначний – 30,6 %. У 31,4 % хворих кашель був сухий, у 52,1 % – мокротиння було слизовим та у 14,0 % – слизово-гнійним, об'єм якого у 24,0 % пацієнтів становив 30–50 мл/добу, у решти – до 30 мл/добу.

При клінічному обстеженні у переважної більшості хворих малі місце прояви ГРВІ: риніт (у 96,7 % хворих), гіперемія м'якого піднебіння та задньої стінки глотки (83,5 %), гіперемія кон'юнктив (52,1 %), головний біль (72,7 %), рясне потовиділення (61,2 %), біль у м'язах та суглобах (43,8 %), загальна слабкість (51,2 %), світлобоязнь (38,0 %). У 22,3 % хворих температура тіла була вище 38 °C; у 61,2 % – субфебрильною (37–38 °C); у решти – нормальною. При аускультатії вологі хрипи (дифузні або поодинокі) вислуховували майже в усіх хворих.

У дослідження включали хворих лише за умови їх добровільної згоди з метою та об'ємом запланованих обстежень, необхідністю призначення антиінфекційної терапії та можливим ризиком виникнення її побічних ефектів. Критерії включення пацієнтів у дослідження: вік старше 18 років, наявність інформованої згоди з підписом пацієнта про бажання брати участь у даному дослідженні, наявність у хворого ІЗ ХБ (збільшення кількості мокротиння, підвищення його гнійності, посилення кашлю, лихоманка, ГРВІ в анамнезі), підтверджений за результатами клінічного та/або лабораторного методів дослідження інфекційний характер загострення ХБ.

Критерії виключення пацієнтів з дослідження: неінфекційний характер загострення ХБ, проведення

протівірусної та антибактеріальної терапії впродовж останніх 2 міс з приводу іншого захворювання, наявна або передбачувана непереносимість препаратів дослідження, наявність у хворого пневмонії, тяжких супутніх захворювань (туберкульозу, онкологічних захворювань, ВІЛ/СНІДу, алкогольної та наркотичної залежності, декомпенсованої серцевої, печінкової, ниркової недостатності та ін.), відмова пацієнта від участі в дослідженні.

Основу медикаментозної терапії хворих з ІЗ ХБ складала антиінфекційні хіміопрепарати (антибактеріальний препарат та/або інгаляційний антисептик) в поєднанні з муколітиками. За наявності показань одночасно призначали протизапальні засоби (фенспірид), антигістамінні препарати та додатково — амінокислотний препарат L-аргінину аспартат. За наявності супутніх захворювань хворим призначали/корегували відповідну медикаментозну терапію.

Об'єм терапевтичних заходів, шлях введення препаратів (інгаляційний, пероральний, парентеральний) та місце проведення лікування (амбулаторно, стаціонарно), визначали за ступенем тяжкості загострення та відповіддю на початковий етап терапії. Ступінь тяжкості загострення оцінювали за результатами аналізу анамнестичних даних, тяжкості проявів клінічних симптомів та ознак і вираженості функціональних порушень дихання та кровообігу.

Основу раціональної антибіотикотерапії складали захищені β -лактами (амоксиксиклін/клавуланат (аугментин, Глаксо Сміт Кляйн, Велика Британія) — пероральний прийом у дозі 625 мг 3 рази на добу або 1000 мг 2 рази на добу); респіраторні фторхінолони (левофлоксацин (лефлосин, Юрія-Фарм, Україна) — пероральний прийом у дозі 500 мг 1 раз на добу або макроліди (кларитроміцин (фромілід, КРКА, Словенія) — пероральний прийом у дозі 500 мг 2 рази на добу). Загальна тривалість антибактеріальної терапії становила 7–10 днів.

Як протівірусну терапію застосовували інгаляції (через небулайзер) антисептичного препарату декаметоксину (декасан, Юрія-Фарм, Україна) у дозі 2 мл 0,02 % розчину 2–3 рази на добу протягом 5–7 днів.

При виборі протиінфекційного препарату для кожного пацієнта враховували анамнестичні дані (тривалість загострення, наявність алергічних реакцій на певні групи ліків, супутню патологію та вірогідну побічну дію препарату, попередню антибіотикотерапію та ін.), наявні дані щодо ймовірних збудників інфекційного процесу та рівня їх резистентності до антибактеріальних препаратів [41].

Для муколітичної терапії використовували препарати амброксол (у дозі 30 мг 3 рази на добу всередину) та/або ацетилцистеїн (у дозі 600 мг 1 раз на добу всередину) протягом 7–10 днів.

Для вирішення завдання дослідження усі включені в дослідження пацієнти були розподілені на 3 групи порівняння залежно від об'єму протиінфекційних

терапевтичних заходів. Групи хворих були повністю порівнянними за статтю, віком, тяжкістю та основними клініко-функціональними ознаками ІЗ ХБ. До складу 1-ї групи включили 44 хворих, у яких основу медикаментозної терапії складали антибактеріальний препарат у поєднанні з муколітиком; 2-ї групи — 45 хворих, яким до антибіотика та муколітика додатково призначали інгаляції декаметоксину; 3-ї групи — 32 хворих, яким призначали муколітичний препарат у поєднанні з інгаляційним застосуванням декаметоксину.

У всіх випадках протиінфекційна терапія була емпіричною (призначалась до отримання результатів бактеріологічного та вірусологічного досліджень). Об'єм додаткових терапевтичних заходів та шляхи введення препаратів визначалися ступенем тяжкості загострення, супутніми захворюваннями та відповіддю на початковий етап терапії.

Оцінку загального стану хворих та клініко-інструментальних ознак ІЗ ХБ у групах дослідження проводили на початку спостереження (візит 1), на 3–5-й день (візит 2) та 10–14-й день (візит 3) після його початку. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати та їх обговорення

У процесі лікування позитивну динаміку клінічних показників ми спостерігали в усіх групах хворих. Однак у достовірно більшій кількості пацієнтів 2-ї та 3-ї групи на 3–5-ту добу зникали або зменшувались прояви інфекційного ураження дихальних шляхів: інтоксикація (достовірно зменшення кількості хворих з лихоманкою, яким потовиділенням, головним та м'язовим болем), клінічні ознаки запалення верхніх дихальних шляхів (гіперемія слизових оболонок та кон'юнктиви, утруднення носового дихання), інтенсивність кашлю та аускультативні прояви запалення нижніх дихальних шляхів тощо.

Запланована терапія проведена усім хворим в повному обсязі. У 5 ($11,4 \pm 4,7$) % хворих 1-ї групи за клініко-лабораторними даними розвинулося бактеріальне ускладнення (поява гнійного мокротиння та збільшення його кількості), що потребувало призначення іншого антибактеріального препарату та продовження терміну лікування. У хворих 2-ї та 3-ї груп передчасного припинення лікування внаслідок поганого комплаєнсу, розвитку інфекційних ускладнень або побічних токсико-алергічних реакцій не було.

Дані аналізу клінічних показників наприкінці спостереження свідчать, що проведена терапія сприяла досягненню позитивних результатів лікування у всіх пацієнтів груп порівняння: досягнуто достовірного покращання загального стану, зменшення клінічних ознак запалення дихальних шляхів, проявів інтоксикації та інтенсивності кашлю як основного клінічного прояву загострення ХБ тощо. Повну ліквідацію загострення (одужання) встановили у ($84,1 \pm 5,5$) % хворих 1-ї групи, покращання — у ($15,9 \pm 5,5$) %, в 2-й групі —

у $(91,1 \pm 4,2) \%$ та $(8,9 \pm 4,2) \%$ хворих, в 3-й групі — у $(81,3 \pm 6,9) \%$ та $(18,7 \pm 6,9) \%$ хворих відповідно. Загальна тривалість загострення у хворих 1-ї групи становила $(8,7 \pm 1,1)$ дня, у хворих 2-ї та 3-ї груп — $(7,1 \pm 0,5)$ та $(7,3 \pm 0,3)$ дня відповідно ($p > 0,05$).

Незважаючи на те, що достовірних відмінностей у результатах лікування між групами порівняння ми не виявили, слід зазначити, що певні переваги мали хворі, в лікуванні яких застосовували інгаляції антисептичного препарату декаметоксину. Перш за все, це стосується ефективності початкової етіотропної терапії та тривалості її застосування. У хворих 2-ї та 3-ї груп терапевтичний ефект досягався швидше, майже не було клінічних ознак недостатньої ефективності стартової терапії та розвитку бактеріальних ускладнень (збільшення кількості або гнійного характеру мокротиння, появи клінічних ознак інфекції нижніх дихальних шляхів), що потребувало б корекції антибактеріальної терапії та продовження терміну лікування. Як наслідок, загальна тривалість антибактеріальної терапії у пацієнтів 1-ї групи становила в середньому $(7,8 \pm 0,8)$ дня, а у хворих 2-ї групи — $(5,7 \pm 0,6)$ дня ($p < 0,05$).

Крім цього, інгаляційне застосування протиінфекційного препарату дало змогу не тільки досягти високої клінічної ефективності, але й зменшити медикаментозне навантаження на організм хворого та запобігти ризику розвитку можливих токсико-алергічних реакцій.

Висока клінічна ефективність лікування у пацієнтів 3-ї групи, яка не поступається ефективності традиційної системної антибактеріальної терапії хворих 1-ї та 2-ї груп, може свідчити про досить часту невинуватеність традиційного використання антибактеріальних препаратів при нетяжкому перебігу загострення ХБ вірусної етіології та можливість проведення монотерапії декаметоксином за відсутності даних щодо тяжкого перебігу загострення.

Висновки

Таким чином, додаткове інгаляційне застосування декаметоксину в комплексному лікуванні пацієнтів з нетяжким ІЗ ХБ забезпечило зменшення вираженості та тривалості (в середньому на 1–2 дні) проявів інтоксикації та катаральних явищ, скорочення на 1,6 дня тривалості ІЗ ХБ, а також дало змогу уникнути невинуватеного призначення антибактеріальних препаратів або скоротити на 2,1 дня тривалість їх застосування.

Список літератури

1. Кокосов, А. Н. Определение и классификация хронического бронхита [Текст] // Хронические обструктивные болезни легких. Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. — 512 с.
2. Фенелли, К. П. Хронический бронхит [Текст] / К. П. Фенелли, М. С. Стулбарг // Пульмонология. — 2004. — Т. 2. — С. 6–13.
3. Феценко, Ю. І. Хвороби респіраторної системи (довідниковий посібник) [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький. — Київ—Львів: Атлас, 2008. — 407 с.

4. Global initiative for chronic obstructive lung diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung diseases. NHLB/WHO workshop report [Electronic resource] / WHO, 2013. — Режим доступу: <http://www.goldcopd.com>

5. Kim, V. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease [Text] / V. Kim, G. J. Criner // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 2013. — № 187, Vol. 3. — P. 228–237.

6. Characterisation of exacerbations of chronic bronchitis and COPD in Europe: the GIANT study [Text] / M. Miravittles [et al.] // Ther. Adv. Respir. Dis. — 2009. — № 3, Vol. 6. — P. 267–277.

7. Healthcare utilization and costs among chronic bronchitis patients treated with maintenance medications from a US managed care population [Text] / A. Abu Dagga [et al.] // J. Med. Econ. — 2013. — № 16, Vol. 3. — P. 421–429.

8. Vestbo, J. Chronic bronchitis: so much more than just a smoker's cough [Text] / J. Vestbo // Int. J. Tuberculous Lung Disease. — 2014. — Vol. 18, № 7 — P. 760.

9. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2011–2013 рр. [Текст] / В. Г. Матусевич [та ін.] // За ред. Ю. І. Феценка. — Київ, 2014. — 52 с.

10. Gemifloxacin for the treatment of community-acquired pneumonia and acute exacerbation of chronic bronchitis: a meta-analysis of randomized controlled trials [Text] / L. Zhang [et al.] // Chinese Med. J. — 2012. — Vol. 4, № 125. — P. 687–695.

11. Hayes D. Acute exacerbations of chronic bronchitis in elderly patients: pathogenesis, diagnosis and management. [Text] / D. Hayes, K. C. Meyer // Drugs Aging. — 2007. — Vol. 7, № 24. — P. 555–572.

12. Albertson, T. E. The diagnosis and treatment of elderly patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and chronic bronchitis [Text] / T. E. Albertson, S. Louie, A. L. Chan // J Am Geriatr Soc. — 2010. — Vol. 3, № 58. — P. 570–579.

13. COPD and chronic bronchitis risk of indoor air pollution from solid fuel: a systematic review and meta-analysis [Text] / O. P. Kurmi [et al.] // Thorax. — 2010. — Vol. 65, № 3. — P. 221–228.

14. Holm, M. Incidence of chronic bronchitis: a prospective study in a large general population [Text] / M. Holm, K. Torén, E. Andersson // Int. J Tuberc. Lung Dis. — 2014. — Vol. 7, № 18. — P. 870–875.

15. Weinstein, C. Comparative Effectiveness and Health Care Spending — Implications for Reform Milton [Text] / C. Weinstein, A. Jonathan, N. Skinner // Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362. — P. 460–465.

16. Acute infective exacerbations of chronic bronchitis [Text] / P. Ball [et al.] // Am. J. Med. — 1995. — Vol. 88, № 1. — P. 61–68.

17. Овчаренко, С. И. Кашель: симптом легочных и внелегочных заболеваний [Текст] / С. И. Овчаренко // Врач. — 2012. — № 2. — С. 2–5.

18. Treatment cost of acute exacerbations of chronic bronchitis [Text] / M. Niederman [et al.] // Clin. Ther. — 1999. — Vol. 21, № 3. — P. 576–591.

19. Овчаренко, С. И. Возможно ли улучшение качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких при проведении антиоксидантной терапии? [Текст] / С. И. Овчаренко, В. А. Капустина // Лечащий врач. — 2010. — № 9. — С. 10–12.

20. Martinez, F. J. Appropriate outpatient treatment of acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis [Text] / F. J. Martinez, A. Anzueto // Am. J. Med. — 2005. — Vol. 7A, № 118. — P. 39S–44S.

21. A multicentre surveillance study on the characteristics, bacterial aetiologies and in vitro antibiotic susceptibilities in patients with acute exacerbations of chronic bronchitis [Text] / D. S. Hui [et al.] // Respiriology. — 2011. — Vol. 3, № 16. — P. 532–539.

22. High frequency of β -lactamase-negative, ampicillin-resistant strains of Haemophilus influenzae in patients with chronic bronchitis in Japan [Text] / S. Inoue [et al.] // J. Infect. Chemother. — 2010. — Vol. 1, № 16. — P. 72–75.

23. Human rhinovirus C: a newly discovered human rhinovirus species [Text] / S. K. Lau [et al.] // Emerg. Health. Threats. J. — 2010. — № 3. — P. 2.

24. *Association between human rhinovirus C and severity of acute asthma in children* [Text] / J. Bizzintino [et al.] // Eur. Respir. J. — 2011. — Vol. 37, № 5. — P. 1037–1042.
25. *Mohapatra, S. S.* Epidemiologic, experimental, and clinical links between respiratory syncytial virus infection and asthma [Text] / S. S. Mohapatra, S. S. Boyapalle // Clin. Microbiol. Rev. — 2008. — Vol. 21, № 3. — P. 495–504.
26. *Kumar, Amit.* The role of viruses in the development and exacerbation of atopic disease [Text] / Amit Kumar, Mitchell H. Grayson // Asthma & Immunology. — 2009. — Vol. 103, № 3. — P. 181–187.
27. *Leigh, R.* Human rhinovirus infection enhances airway epithelial cell production of growth factors involved in airway remodeling [Text] / R. Leigh, W. Oyelusi, S. Wiehler // Pediatr. Pulmonol. — 2007. — Vol. 42, № 12. — P. 1125–1233.
28. *Посібник з медичної вірусології* [Текст] / В. М. Гирін [та ін.]; за ред. В. М. Гиріна. — Київ: Здоров'я, 1995. — 368 с.
29. *Яковлев, В. П.* Лекарственные средства для лечения вирусных инфекций [Текст] / Рациональная антимикробная фармакотерапия // Под ред. В. П. Яковлева, С. В. Яковлева. — М.: Медицина, 2003. — С. 195–201.
30. *Ершов, Ф. И.* Современные средства терапии наиболее распространенных вирусных инфекций [Текст] / Ф. И. Ершов, Н. Н. Касьянова // Consilium medicum. — 2004. — № 1. — С. 51–57.
31. *Авдеев, С. Н.* Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: руководство для практикующих врачей [Текст] / С. Н. Авдеев, А. Г. Чучалин, В. В. Архипов // Под общ. ред. А. Г. Чучалина; М-во образования РФ. — М.: ЛитТерра, 2004. — 874 с.
32. *Авдеев, С. Н.* Роль бактериальной инфекции и выбор антибиотиков при обострении хронического бронхита [Текст] / С. Н. Авдеев, А. Г. Чучалин // Consilium medicum. — 2000. — № 2. — С. 418–426.
33. *Страчунский, Л. С.* Антибактериальная терапия. Практическое руководство [Текст] / Под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. — М.: ЛитТерра, 2000. — 190 с.
34. *Дворецкий, Л. И.* Антибактериальная терапия обострений хронического бронхита [Текст] / Л. И. Дворецкий, Н. В. Дубровская // Справочник поликлинического врача. — 2004. — № 3. — С. 23–27.
35. *Antibiotic therapy in elderly patients with acute exacerbation of chronic bronchitis* [Text] / T. E. Albertson [et al.] // Expert Rev Respir Med. — 2009. — Vol. 5, № 3. — P. 539–548.
36. *Martin, M. J.* Causes of chronic productive cough an approach to management. [Text] / M. J. Martin, T. W. Harrison // Respir. Med. — 2015. — Vol. 13, № 9. — P. 105–113.
37. *Pool, P.* Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. [Text] / P. Pool, J. Chang, C. J. Cates // Cochrane Database System Review. — 2015. — Vol. 29, № 7. — P. 105–113.
38. *Beta2-agonist for acute cough or a clinical diagnosis of acute bronchitis* [Text] / L. A. Becker [et al.] // Cochrane Database System Review. — 2015. — Vol. 9, № 8. — P. 23–28.
39. *Овчаренко, С. И.* Возможно ли улучшение качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких при проведении антиоксидантной терапии? [Текст] / С. И. Овчаренко, В. А. Капустина // Лечащий врач. — 2010. — № 9. — С. 10–12.
40. *Чучалин, А. Г.* Система оксиданты-антиоксиданты и пути медикаментозной коррекции [Текст] / А. Г. Чучалин // Пульмонология. — 2004. — № 3. — С. 111–116.
41. *Responsiveness of the cough and sputum assessment questionnaire in exacerbations of COPD and chronic bronchitis* / B. U. Monz [et al.] // Respir. Med. — 2010. — Vol. 4, № 104. — P. 534–541.
42. *Антисептический препарат декасан у профилактики та лікування місцевих гнійно-запальних уражень* [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Укр. хіміотерапевт. журн. — 2002. — № 1 (13). — С. 63–67.
43. *Результати експериментального і клінічного дослідження ефективності антисептичного препарату декасану* [Текст] / В. П. Ковальчук [та ін.] // Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту. — 2002. — № 2. — С. 292–294.
44. *Порівняльні дослідження протимікробних властивостей антисептиків* [Текст] / В. М. Мороз [та ін.] // Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту. — 2002. — № 2. — С. 315–320.
45. *Нові властивості декаметоксину: антигрипозна і протигрипетична дія in vitro та in vivo* / Т. Л. Грідіна [и др.] // Вісник морфології. — 2004. — № 10 (1). — С. 166–169.
46. *Макаров, В. В.* Применение антисептика «Декасан» в лечении острых абсцессов легких [Текст] / Проблемы сучасної торакальної хірургії: Труды та тези доповідей науково-практичної конференції. — Сімеїз—Кривий Ріг, 2005. — С. 149–153.
47. *Клинико-микробиологические аспекты и лечебные мероприятия при гнойно-деструктивных процессах легких* [Текст] / С. В. Бирюкова [та ін.] // Annals of Mechnikov Institute. — 2008. — № 4. — С. 45–49.
48. *Антимікробний лікарський препарат декасан: стратегія і тактика застосування для профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань* [Текст] / В. Г. Палій [та ін.] // Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту. — 2004. — № 8 (2). — С. 449–452.
49. *Эффективность антисептика декасан в комплексном лечении больных с инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких* [Текст] / В. И. Игнатьева [и др.] // Укр. пульмонол. журн. — 2008. — № 3. Додаток. — С. 125.
50. *European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulisers* [Text] / J. Boe [et al.] // Eur. Respir. J. — 2001. — Vol. 18. — P. 228–242.
51. *Авдеев, С. Н.* Использование небулайзеров в клинической практике [Текст] / С. Н. Авдеев // Рус. мед. журн. — 2001. — Т. 9, № 5. — С. 189–196.
52. *Дубинина, В. П.* Небулайзерная терапия острых и хронических заболеваний дыхательных путей [Текст] / В. П. Дубинина. — Москва: ООО Интер-Этон, 2005. — 44 с.
53. *Применение небулайзеров в клинической практике* [Текст] / Ю. И. Фещенко [и др.] // Астма та алергія. — 2006. — № 3–4. — С. 59–70.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКАМЕТОКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

О. Я. Дзюблик, Н. И. Гуменюк,

Г. Б. Капитан, Н. Н. Недлинская, О. В. Денисова

Резюме

Исследование включало оценку эффективности и безопасности применения ингаляционных форм 0,02 % раствора антисептика декаметоксина для лечения пациентов с инфекционным обострением хронического бронхита (ХБ). Добавление декаметоксина способствует уменьшению термина достижения бессимптомного состояния (в среднем на 1–2 дня) и сроков госпитализации — на 1,6 дня.

Цель исследования — изучить влияние ингаляции 0,02 % раствора антисептика декаметоксина на течение заболевания у пациентов с инфекционным обострением ХБ.

Объект исследования — 121 пациент с инфекционным обострением ХБ. Критерии инфекционного обострения ХБ — нарастание респираторных симптомов (кашель, гнойный характер мокроты). Пациенты были рандомизированы в 3 группы (44, 45 и 32 человека соответственно). Группы были сопоставлены по возрасту, полу и типу обострения. Пациенты 1-й группы получали стандартную терапию: антибиотик, муколитик, антипиретик; 2-й группы — в дополнение к стандартной терапии — ингаляции 0,02 % раствора декаметоксина (декасан, Юрия-Фарм, Украина) через небулайзер (2 мл 2 раза в сутки); 3-й группы — ингаляции 0,02 % раствора декаметоксина (декасан, Юрия-Фарм, Украина) через небулайзер (2 мл 2 раза в сутки) в сочетании с муколитиком.

Методы исследования: клинико-функциональные, статистические.

Результаты. При добавлении к стандартному лечению обострения ХБ ингаляций 0,02 % раствора декаметоксина среднее время исчезновения симптомов обострения было на 1–2 дня меньше, а средний термин госпитализации сократился на 1,6 дня по сравнению с 1-й группой.

Выводы. Результаты исследования позволяют рекомендовать добавление ингаляции 0,02 % раствора декаметоксина к стандартной терапии обострения ХБ и избежать неоправданного назначения антибактериальных препаратов.

Ключевые слова: хронический бронхит, инфекционное обострение, декаметоксин, небулайзер.

Научно-практический журнал «Астма и аллергия», 2015, № 4

А. Я. Дзюблик

д-р мед. наук, профессор

заведующий отделением технологий лечения неспецифических

заболеваний легких

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии

им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

ул. Амосова, 10, Киев, 03680

тел./факс: +38 (044) 275-53-04

e-mail: oleksandrD@pulmon.kiev.ua

THE EFFICACY AND SAFETY OF INHALED USE DECAMETHOXIN ANTISEPTIC SOLUTION IN PATIENTS WITH INFECTIOUS EXACERBATION OF CHRONIC BRONCHITIS

O. J. Dziublyk, N. I. Gumeniuk, G. B. Kapitan,
N. M. Nedlinska, O. V. Denysova

Summary

The study evaluated the efficacy and safety of adding inhaled nebulizer solution of decamethoxine in the treatment regimen of patients with acute exacerbation of chronic bronchitis. Adding decamethoxine allow to reduce the term to the achievement of asymptomatic state by 1–2 days and hospital stay by 1,6 days.

The purpose of the research: is to study the effect of inhalation of decamethoxine antiseptic 0,02 % solution in patients with infectious exacerbation of chronic bronchitis.

The object of the study: 121 patients with acute exacerbation of chronic bronchitis were included to the study. As a criterion of exacerbation considered the increase of respiratory symptoms (cough, sputum purulence, etc.) when receiving maintenance treatment. Patients were randomized into three groups (44, 45 and 32 people in each). The groups were comparable for age, sex and type of exacerbations according to the Anthonisen classification. Patients of the group 1 received the standard therapy: antibiotics, mucolytics, antipyretic. Patients of the group 2 in addition to standard therapy received inhalations of 0.02 % solution of decamethoxine (decasan, Yuria-Pharm, Ukraine) via nebulizer (2 ml 2 times a day). Patients of the group 3 received mucolytic and inhalations of 0.02 % solution of decamethoxine (decasan, Yuria-Pharm, Ukraine) via nebulizer (2 ml 2 times a day).

Methods of research: clinical and functional, statistics.

Results. In the groups with inhalations of 0.02 % solution of decamethoxine the average time of the disappearance of clinical symptoms of exacerbation was 1–2 days shorter and the average time of hospitalization was 1,6 days less comparing to the group of the standard therapy (group 1).

Conclusions. This finding allows to conclude the feasibility of adding inhalations of 0.02 % solution of decamethoxine to the standard treatment scheme in patients with acute exacerbation of chronic bronchitis.

Key words: chronic bronchitis, infectious exacerbation, decamethoxine, nebulizer.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2015, 4

O. J. Dziublyk

Doctor of medicine, Department of technologies of treatment
of nonspecific lung diseases

SO «National Institute of phthisiology and pulmonology
named after F. G. Yanovsky NAMS of Ukraine»

Amosova str., 10, Kiev, 03680

tel.: +38 (044) 275-53-04

e-mail: oleksandrD@pulmon.kiev.ua