

А. Я. Дзюблик, Т. А. Перцева
ОБОСТРЕНИЕ ХОЗЛ:
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины"
Днепропетровская государственная медицинская академия

Одной из наиболее частых причин обращения больных ХОЗЛ за медицинской помощью является обострение заболевания, которое определяется как остро возникшие изменения выраженности одышки, кашля и/или выделения мокроты, отличные от суточной вариабельности, являющиеся основанием для изменения режима терапии.

Обострения ХОЗЛ могут быть как инфекционными, так и неинфекционными, требующими соответствующего диагностического и терапевтического подхода.

В большинстве современных публикаций обострение ХОЗЛ характеризуется увеличением выраженности 3 клинических признаков: одышки, объема мокроты, степени гнойного характера мокроты. Для определения типа обострения ХОЗЛ чаще всего используют клиническую шкалу, разработанную N. R. Anthonisen и соавторами. По этой шкале при обострении I типа должно быть наличие всех трех вышеприведенных признаков, при обострении II типа — двух, при обострении III типа — одного признака и хотя бы одного из следующих дополнительных: перенесенное на протяжении предыдущих 5 дней острое респираторное заболевание; наличие лихорадки без другой явной причины; усиление свистящего дыхания или кашля; увеличение частоты дыхания или частоты сердечных сокращений на 20 % в сравнении с исходными показателями.

Роль инфекционных агентов в возникновении и поддержании воспалительного процесса у больных ХОЗЛ вызывает все больший интерес и неоднозначно трактуется клиницистами, микробиологами и патоморфологами. Согласно данным Sykes A. et al. (2007), в 60–70 % случаев могут быть использованы новые молекулярные технологии, увеличивающие возможность идентификации возбудителей обострения ХОЗЛ (особенно вирусов). С учетом этих данных, был получен следующий спектр возбудителей, при котором в 60–70 % случаев обострение ХОЗЛ вызывали бактерии, в более чем 50 % — вирусы, примерно в 25 % — вирусы + бактерии и в 10 % — загрязнители воздуха.

Наиболее частыми бактериальными возбудителями, выявляемыми при инфекционном обострении ХОЗЛ являются *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Streptococcus pneumoniae*, их определяют приблизительно в 60 % случаев. Реже, в 10 % случаев, выявляют *Atypical Chlamydia* и до 10 % — *Pseudomonas aeruginosa*.

Среди вирусов, наиболее часто при инфекционных обострениях ХОЗЛ встречаются риновирусы и вирусы гриппа, также выявляют коронавирусы, вирусы парагриппа, аденовирусы и респираторно-синцитиальные вирусы. Чаще всего они выявляются в зимние месяцы. Обострения ХОЗЛ, вызванные только вирусами или вирусами и бактериями, протекают тяжелее, чем те, которые вызваны только бактериями, при этом, как правило, значительно снижаются показатели ФВД, для них характерен также более длительный период выздоровления. Следует отметить, что пациенты с вирусно-бактериальным обострением ХОЗЛ, как правило, нуждаются в госпитализации.

Правильно подобранная и своевременно назначенная терапия и реабилитация, может значительно замедлить прогрессирование заболевания, уменьшить частоту и тяжесть обострений, предупредить развитие осложнений и улучшить качество жизни больных.

Основными направлениями профилактики и лечения обострения ХОЗЛ являются:

- отказ от курения;
- иммунизация;
- адекватная кислородная поддержка;
- легочная реабилитация;
- современное лечение.

Учитывая, что у большинства пациентов с инфекционным обострением ХОЗЛ основным этиологическим фактором является бактериальная инфекция, особое внимание уделяется антибактериальной терапии. Главной целью антибактериальной терапии больных с обострением ХОЗЛ является не только ликвидация симптомов острого воспаления, но и элиминация (эрадикация) основных возбудителей респираторной инфекции. Именно достижение эрадикации возбудителей предупреждает дальнейшее прогрессирование поражения легких и развитие вторичной бактериальной инфекции, что уменьшает частоту рецидивов, снижает риск смертности и удлиняет период ремиссии, то есть разбивает порочный круг инфекционного процесса и улучшает качество жизни пациентов.

В клинической практике антибактериальная терапия при инфекционных обострениях ХОЗЛ носит эмпирический характер. В настоящее время используют в основном три группы антибиотиков:

— β-лактамы (пенициллины и цефалоспорины), среди которых, безусловными преимуществами у больных с инфекционным обострением ХОЗЛ обладает амоксициллин/клавуланат (Аугментин), Прежде всего это обусловлено частым наличием штаммов *H. influenzae* и *M. catarrhalis*, которые продуцируют β-лактамазу. С учетом того, что *H. influenzae* и *M. catarrhalis* являются основными возбудителями при обострениях ХОЗЛ, именно назначение защищенных пенициллинов является наиболее обоснованным и целесообразным. Наряду с активностью против резистентных *H. influenzae* амоксициллин/клавуланат (Аугментин) является эффективным в отношении *S. pneumoniae* с низкой чувствительностью в пенициллину. Такая активность обусловлена оптимальными параметрами препарата, которые позволяют создавать высокую максимальную пиковую концентрацию для резистентного *S. pneumoniae*.

- макролиды;
- респираторные фторхинолоны.

Наиболее надежными препаратами при обострении ХОЗЛ являются амоксициллин / клавуланат (Аугментин) и респираторные фторхинолоны. Макролиды несколько уступают по активности против двух основных возбудителей обострения ХОЗЛ и не могут рассматриваться как средства первого ряда.