

РОЛЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Бекнепесова М.Ч.¹, Хыдыров Н.Ч.², Аллабердиев А.А.³, Курбанов В.А.⁴

¹Бекнепесова Мяхри Чарыевна- ассистент;

²Хыдыров Нурмурат Чарыевич-врач лаборант;

³Аллабердиев Аннамурат Аллабердиевич-кандидат медицинских наук, заведующий кафедры;

⁴Курбанов Владимир Аманович- кандидат медицинских наук, завуч кафедры, кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии,

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева, г. Ашхабад, Туркменистан

Аннотация: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является гетерогенным заболеванием легких, на развитие которого влияет комплексное воздействие агентов, в частности: бактерии, пневмотропные вирусы, гиперпродукция эозинофилов, пылевые частицы. ХОБЛ характеризуется хроническими респираторными симптомами: одышка, кашель, отхаркивание мокроты. Заболевание обладает волнообразным течением обострений, влекущее за собой нарушение проходимости по дыхательным путям, возбудителями которых являются бактериальные агенты. Было установлено желательное проведение бактериологического посева мокроты с антибиотикограммой для дальнейшей назначения рациональной терапии. При проведении бактериологического исследования выявилось наличие микроорганизмов: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, являющихся источниками возбудителя. Результаты антибиотикограммы показали хорошую и высокую чувствительность к амоксициллину/клавуланату 92%, цефтриаксону 88%, спирамицину 78%. Для улучшения качества жизни и прогноза больных необходимо снизить количество обострений данного заболевания.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь, бактериологическое исследование, антибиотикограмма, бактериальный агент, чувствительность к антибиотикам, лечение.

Согласно эпидемиологическим данным больные с ХОБЛ претерпевают от 1 до 4 обострений заболевания и более в течении года, что является основной причиной обращения за медицинской помощью, госпитализаций, летальных исходов. Результаты проведенных исследований указывают на то, что именно частота обострений является одним из основных факторов, определяющих качество жизни больных ХОБЛ, течение прогрессирования.

Основной причиной обострений ХОБЛ в 50% и выше является бактериальная флора (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и другие источники возбудителя). Эозинофильный генез составляет 25% пациентов, а 25% больных замечают повторное инфицирование после стационарного лечения на 14 сутки, что является причиной повторной госпитализации.

Актуальность.

Вышеуказанное подтверждает актуальность проведения бактериологического исследования мокроты и определения антибиотикограммы при лечении ХОБЛ. Культуральное исследование мокроты предполагает посев клинических образцов на селективные и дифференциально-диагностические среды, их последующую идентификацию и определение чувствительности выделенных изолятов к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы

В исследование было включено 48 больных (32 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 28 до 45 лет с ХОБЛ, со средней и тяжелой степенью тяжести (преимущественно бронхитического типа), дыхательная недостаточность (ДН) II., находившихся на стационарном лечении в отделении внутренних болезней Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии. Продолжительность заболевания составляла от 3 до 7 лет. Всем больным проводились лабораторные обследования с определением общего анализа и уровня С-реактивного белка крови, а так же инструментальные исследования с проведением рентгенографии и компьютерной томографии грудной клетки.

Для определения функции внешнего дыхания, прохождения воздуха по воздухоносным путям и дальнейшего контроля проводилась спирография. Для определения степени тяжести данного заболевания применялся критерий Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), за основу которого брался показатель-объем форсированного выдоха за первую секунду манёвра форсированного выдоха (ОФВ 1) (таблица 1.).

Таблица 1. Результаты показателя ОФВ 1 при спирографии.

Показатель средней степени тяжести	Показатель тяжелой степени тяжести
$50\% \leq \text{ОФВ 1} < 80\%$	$30\% \leq \text{ОФВ 1} < 50\%$
50%-24 больных	50%-24 больных

Все больные были подразделены на 2 группы. Первую группу составили 24 пациента, которым назначалась эмпирическая антибактериальная терапия: 8 больным ампициллин 500мг 3 раза в сутки

перорально, 8-метронидазол по 500мг перорально, 8- амикацин парентерально 500 мг 2 раза в сутки в течении 7 дней. Наряду с антибактериальной терапией было назначено ингаляционное применение пролонгированного β 2-адреностимулятора формотерола в дозировке 12 мкг и ингаляционного глюкокортикостероида будесонид 400мкг 2 раза в сутки. Во вторую группу вошли 24 больных. Помимо вышеизложенных обследований проводилось бактериальное исследование мокроты с антибиотикограммой.

Проведение бактериального посева заключлось в помещении образцов, которые содержат микроорганизмы, в питательную среду, где происходит их рост. Результаты бактериального исследования показали наличие бактериальной флоры в виде *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*.

Антибиотикограмма определила чувствительность к амоксициллину/клавуланату 80-92%, цефтриаксону 88%, спирамицину 78% (График 1).

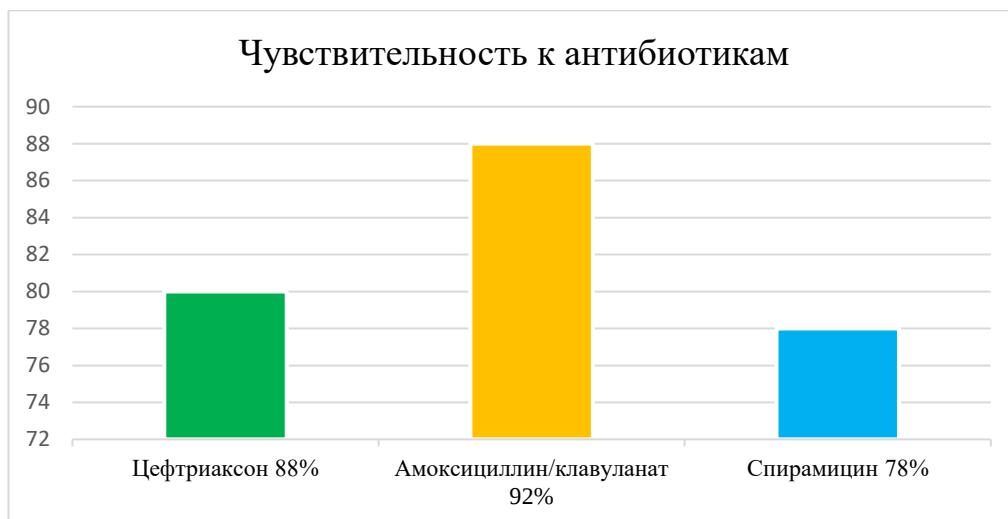


График 1. Чувствительность к антибиотикам

Восьмерым пациентам второй группы был назначен амоксициллин/клавуланат пероральной формы в дозе 875 мг 2раза; 8- цефтриаксон по 1г 2 раза парентерально и 8-спирамицин 6 000000 2 раза в сутки перорально, в течении 7 дней. Так же пациентам этой группы назначался формотерол в дозировке 12мкг и будесонид 400мкг 2 раза в день.

Результаты и их обсуждение.

Результаты первой группы показали снижение одышки у 5 больных и уменьшение кашля, принимавших ампициллин на 3 сутки терапии, а у больных принимавших амикацин и метронидазол лишь на 5 сутки в виде незначительного снижения одышки и кашля. На 6 сутки у больных принимавших метронидазол у 2 пациентов развилась гастралгия, у 1 больного, принимавшего амикацин появилась боль в правом подреберье. Улучшение показателя ОФВ 1 на 10% у 20 пациентов на 15 день лечения.

Во второй группе независимо от принимавшего антибактериального препарата уже на 2 сутки выявлялось снижение одышки, кашля, а на 4 сутки снизились общая утомляемость, чувство затруднения дыхания и уменьшения свистящего дыхания. Повышение показателя ОФВ 1 на 35% у 23 больных на 14 день терапии. Нежелательных реакций со стороны препаратов не наблюдалось.

Заключение.

1. Больным с ХОБЛ желательно проводить бактериологическое исследование отделяемого нижних отделов дыхательных путей для выявления и идентификации бактериального возбудителя.
2. Антибиотикограмма поможет определить чувствительность к антибактериальному препарату, который снизит риск развития резистентности к антибактериальной терапии.
3. Применение антибиотикотерапии будет способствовать улучшению течения ХОБЛ.
4. Улучшат качество жизни.
5. Снижат количество обострений заболевания, что будет способствовать продлению жизни больным с ХОБЛ.

Список литературы

1. Berdimuhamedow G. Türkmenistanda Saglygy goraýşy ösdürmegiň ylmy esaslary. Aşgabat, 2000 ý.
2. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких-как системное заболевание / С.Н. Авдеев // Пульмонология. - 2006. - №5. - С. 82-87.
3. Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия: руководство для врачей / С.Н. Козлов, Л.С. Стречунский. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицинское информационное агентство, 2009. 448 с.

4. *Adeloye D.* Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and metaanalysis / D. Adeloye, S. Chua, C. Lee, [et al.] // *Journal of Global Health*-2015.-№5 (2).-P. 020415.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. / Last updated.2011.
6. *Rabe K.F.* Update in chronic obstructive pulmonary disease 2006. / K/F/ Rabe, B. Beghe, F. Luppi and L.M. Fabbri // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* - 2007 - №175 - P. 1222-1232.