

Комбинированное отхаркивающее средство в лечении больных внебольничной пневмонией

Т. Ш. Бетанели^{1,2}, И. Л. Давыдкин², А. М. Осадчук², С. П. Кривова², О. В. Ушмодина¹

¹ Самарский городской пульмонологический центр

² Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценка возможностей и эффективности применения комбинированного муколитического и бронхолитического препарата в терапии среднетяжелой внебольничной пневмонии (ВП).

Материалы и методы. В отделении экстренной пульмонологии Самарского городского пульмонологического центра были обследованы 65 больных ВП средней степени тяжести. Контрольную группу составили 32 пациента, которым проводили стандартную терапию ВП, 33 пациента дополнительно получали комбинированный препарат с бромгексином, гвайфенезином, сальбутамолом, левоментолом (БГСЛ) Джосет® (Юник Фармасьютикал Лабораториз, Индия), который они принимали в течение 6–8 дней в рекомендованной дозировке.

Результаты. Облегчение откашливания наступало в первые сутки приема препарата БГСЛ. Все пациенты на 2–3-и сутки приема отметили облегчение отхождения мокроты, быстрое улучшение клинической картины заболевания, уменьшение частоты и интенсивности кашля. На фоне терапии сроки пребывания больных в стационаре сократились на 1,2–1,4 суток.

Заключение. Терапия пациентов с ВП должна обязательно учитывать патогенетические механизмы заболевания и воздействовать на все из них. Эффективным способом реализации этого положения является назначение комбинированного препарата с бронхолитическим и муколитическим действием.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, муколитическая терапия.

Use of Combined Expectorant in Treating Patients with Community-Acquired Pneumonia

T. Sh. Betaneli^{1,2}, I. L. Davydkin², A. M. Osadchuk², S. P. Krivova², O. V. Ushmodina¹

¹ Samara City Pulmonology Center

² Samara State Medical University

Study Objective: To assess the feasibility and efficacy of a combined mucolytic/bronchodilator medication in treating moderate-to-severe community-acquired pneumonia (CAP).

Materials and Methods: A total of 65 patients with moderate CAP were examined in the Division of Emergency Pulmonology, Samara City Pulmonology Center. The control group included 32 patients who received conventional treatment for CAP. The other 33 patients received a combination medication, containing bromhexine, guaifenesin, salbutamol, and levomenthol Jocet® (Unique Pharmaceutical Laboratories, India), as an add-on to conventional treatment. This combination medication was taken for 6–8 days at the recommended dose.

Results: After 2–3 days of treatment with Jocet, all patients reported better expectoration, a rapid improvement in the clinical symptoms, and a reduced cough frequency and intensity. This therapy also reduced the length of hospitalization by 1.2–1.4 days.

Conclusion: For patients with CAP, treatment should always be pathogenesis-oriented and target all pathogenic pathways. An effective way to implement this approach is to use a combined bronchodilator/mucolytic medication.

Keywords: community-acquired pneumonia, mucolytic therapy.

Внебольничная пневмония (ВП), несмотря на большой и обоснованный интерес пульмологов, терапевтов, специалистов по антибактериальной терапии и врачей отделений интенсивной терапии, остается одной из ключевых проблем современной пульмонологии. Заболеваемость ВП в Европе колеблется от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год [11], в России — 4 случая на 1000 человек в год среди лиц старше 18 лет [8]. В Самарский городской пульмонологический центр ежегодно госпитализируется более 1200 пациентов с ВП, из них около 18–20% «проходят» через отделение реанимации и интенсивной терапии. Поэтому вопрос о рациональной терапии больных ВП остается острым до сих пор.

Акцент делается на применение рациональной этиотропной антибактериальной терапии, в том числе на ступенчатую (step-down) тактику использования антибактериальных

препаратов при тяжелой ВП и на методы интенсификации терапии. Подходы к назначению антибиотиков разработаны и хорошо освещены в литературе [8, 11, 12]. Больные ВП, госпитализированные в стационар, особенно в отделения интенсивной терапии, нуждаются и в проведении патогенетической и поддерживающей терапии, которая включает растворы, электролиты, специализированное питание, бронхолитики, отхаркивающие препараты [1, 2, 7–9]. При ВП развивается мукостаз в слизистой бронхиального дерева, который сопровождается отеком, гиперсекрецией слизи, мукоцилиарной недостаточностью, что формирует порочный круг, ухудшая и удлиняя процессы санации бронхиального дерева, затрудняя выведение секрета, и приводит к персистенции инфекции, поддерживает воспалительный процесс в легких [1, 4, 11, 13]. Возникающий при этом малопродуктивный неэффективный

Бетанели Тенгиз Шотович — к. м. н., заведующий отделением экстренной пульмонологии Самарского городского пульмонологического центра ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России; доцент кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. 443086, г. Самара, пр-т Карла Маркса, д. 165 Б. E-mail: tengiz-betaneli@rambler.ru

Давыдкин Игорь Леонидович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом трансфузиологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. 443086, г. Самара, пр-т Карла Маркса, д. 165 Б. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

Кривова Светлана Петровна — к. м. н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. 443086, г. Самара, пр-т Карла Маркса, д. 165 Б. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

Осадчук Алексей Михайлович — д. м. н., профессор кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. 443086, г. Самара, пр-т Карла Маркса, д. 165 Б. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

Ушмодина Оксана Валентиновна — врач-ординатор отделения экстренной пульмонологии Самарского городского пульмонологического центра ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. 443056, г. Самара, ул. Мичурина, д. 125. E-mail: tengiz-betaneli@rambler.ru

(сухой) кашель значительно ухудшает состояние и качество жизни пациента, удлиняет время выздоровления (рис.) [9, 10].

Вопрос применения отхаркивающих средств при ВП нечасто обсуждается в статьях и руководствах по пульмонологии, но, очевидно, нуждается в изучении [10, 13].

Все группы основных отхаркивающих средств обладают главным образом муколитическими свойствами, при этом не оказывая прямого бронхорасширяющего и противовоспалительного действия [3, 6]. Между тем наличие трудноотделяемой, вязкой бронхиальной слизи требует назначения средств, снижающих вязкость, поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты, стимулирующих секрецию жидкостной (серозной) составляющей секрета бронхиальных желез, а также стимулирующих функцию мерцательного эпителия бронхов [3–5]. Применение муколитиков в сочетании с бронхолитиками обеспечивает потенцирование терапевтического эффекта за счет кооперативного воздействия на основные патогенетические механизмы [5].

Целью нашего исследования была оценка эффективности применения комбинированного муколитического и бронхолитического препарата в терапии среднетяжелой ВП, требующей госпитализации. Выбор препарата был обусловлен необходимостью обеспечения противовоспалительного, муколитического и бронхорасширяющего эффектов, поэтому мы применяли препарат с бромгексином, гвайфенезином, сальбутамолом, левоментолом (БГСЛ) Джосет® (Юник Фармасьютикал Лабораториз, Индия) в стандартных, рекомендованных производителем дозировках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры госпитальной терапии Самарского государственного медицинского университета в отделении экстренной пульмонологии Самарского городского пульмонологического центра было проведено обследование 65 больных ВП. Контрольную группу составили 32 пациента, которым проводили стандартную терапию ВП (антибиотики, бромгексин, дезинтоксикационная терапия), 33-м больным в дополнение к стандартному лечению назначали комбинированный препарат БГСЛ. Все больные имели ВП средней степени тяжести.

Учитывалось наличие короткодействующего β_2 -агониста в составе препарата, поэтому в исследование включали пациентов без указаний в анамнезе на сердечно-сосудистую патологию. Средний возраст в группах был сопоставим: в основной — 49,8 года, в контрольной — 49,6 года. Продолжительность приема БГСЛ составляла 6–8 дней. Препарат назначали пациентам по 10 мл 3 раза в сутки с первого дня поступления в стационар.

Разовая доза (10 мл) препарата включала:

- 2,0 мг сальбутамола;
- 4,0 мг бромгексина гидрохлорида;
- 100 мг гвайфенезина;
- 1,0 мг ментола (левоментола);

Такая комбинация препарата позволяет решить задачу комплексного воздействия на основные патогенетические механизмы развития мукостаза при ВП [5].

Сальбутамол — селективный β_2 -адреномиметик, он эффективно купирует и предупреждает бронхоспазм.

Бромгексин, являясь секретолитическим агентом, обеспечивает деполимеризацию мукопротеиновых и мукополисахаридных полимерных молекул, уменьшая вязкость мокроты, улучшает реологические свойства бронхолегочного секрета, его скопление по эпителию и выделение мокроты из дыхательных путей, стимулирует мукоцилиарный клиренс



ДЖОСЕТ®

Сироп 100 мл и 200 мл
в комплекте с мерным стаканчиком на 15 мл

Какой препарат выбрать
для лечения продуктивного кашля?

ДЖОСЕТ® –
быстродействующий
комбинированный
препарат
для лечения
продуктивного
кашля

Облегчает
откашливание
с первых суток!

5 мл сиропа содержат:

Сальбутамола
сульфат 1,205 мг,
что эквивалентно
сальбутамолу 1 мг

Бромгексина
гидрохлорид 2 мг

Гвайфенезин 50 мг

Ментол
(Левоментол) 0,5 мг



Регистрационное удостоверение: ЛСР-001953/07

Реклама



ООО «ЮНИК ФАРМАСЬЮТИКАЛ ЛАБОРАТОРИЗ»
127994, Москва, ул. Тверская, д. 18, корп. 1, каб. 609
тел.: (495) 642-82-34, (495) 642-82-35

Рис. Взаимосвязь продуктивного/непродуктивного и влажного/сухого кашля [10].

Примечание. БС — бронхиальный секрет



и выработку эндогенного сурфактанта, обеспечивающего стабильность альвеолярных клеток в процессе дыхания, и оказывает таким образом отхаркивающее и противокашлевое действия.

Гвайфенезин стимулирует секреторные клетки слизистой оболочки бронхов, вырабатывающие нейтральные полисахариды, увеличивая серозный компонент бронхиального секрета, деполимеризует кислые мукополисахариды, снижает поверхностное натяжение и вязкость мокроты, увеличивает ее объем, активирует цилиарный аппарат бронхов, облегчает удаление мокроты и способствует переходу непродуктивного кашля в продуктивный.

Левоментол оказывает спазмолитическое действие, мягко стимулирует секрецию бронхиальных желез, обладает антисептическими свойствами и уменьшает раздражение слизистой оболочки дыхательных путей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Переносимость БГСЛ у всех пациентов была хорошей, не отмечено никаких побочных действий или явлений непереносимости. Облегчение откашливания наступало в первые сутки приема препарата. Клинический эффект выражался в улучшении отхождения мокроты, которое отметили все пациенты на 2–3-и сутки приема, быстрое улучшение клинической картины заболевания. Следует отметить, что у 3 больных на 4–5-е сутки приема БГСЛ возникла тахикардия, однако после снижения дозы до 5 мл 3 раза в сутки она исчезла. Мы связываем этот эффект с наличием β_2 -агониста в составе препарата, что подчеркивает необходимость тщательного сбора анамнеза и аккуратного назначения БГСЛ пациентам пожилого возраста и при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Все пациенты, получавшие комбини-

рованный бронхо- и муколитик, отметили также уменьшение частоты и интенсивности кашля. Самым главным результатом терапии данным препаратом мы считаем сокращение сроков пребывания больных в стационаре на 1,2–1,4 суток — при стандартной терапии средний койко-день составил 11,4 к/дня, а на фоне приема исследуемого препарата — 10 к/дней.

При лечении пациентов с ВП нужно обязательно учитывать ряд патогенетических механизмов заболевания и воздействовать на все из них. Выбор активных компонентов, включенных в состав комбинированных препаратов, определяется необходимостью влияния на различные звенья патогенеза мукостаза, что потенцирует терапевтическую эффективность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При использовании препарата с бромгексином, гвайфенезином, сальбутамолом, левоментолом при внебольничной пневмонии удается добиться облегчения откашливания и отхождения мокроты, быстрого улучшения клинической картины заболевания, уменьшения частоты и интенсивности кашля.
2. Применение комбинированного бронхо- и муколитика позволяет сократить длительность пребывания пациентов в стационаре при ВП.
3. Больным ВП без проблем с сердечно-сосудистой системой, с признаками бронхообструкции и при неэффективном кашле рекомендуется включать в схему лечения комбинированный бронхо- и муколитик. Дальнейшие исследования позволят определить его место в лечебных схемах, оценить возможные фармакоэкономические преимущества использования комбинированных препаратов с бронхо- и муколитическим эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С. Н. Осложнения внебольничной пневмонии // Пневмония / Под ред. А. Г. Чучалина, А. И. Синопальникова, Н. Е. Чернеховской. М.: Экономика и информатика, 2002. С. 134–181.
2. Авдеев С. Н., Баймаканова Г. Е., Зубаирова П. А. Эффективность терапии карбоцистеином при обострении хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. 2012. № 6. С. 96–102.
3. Вахитов Х. М., Пикуза О. И., Ибрагимова Ж. Р. Изучение клинической эффективности и безопасности комбинированной терапии кашля при остром бронхите у детей // Практ. медицина. 2013. № 5 (74). С. 174–177.
4. Зайцева О. В. Рациональный выбор муколитической терапии в лечении болезней органов дыхания у детей // Рус. мед. журн. 2009. Т. 17. № 19. С. 1217–1222.

5. Заплатников А. Л., Гирина А. А., Коройд Н. В., Коровина Н. А. и др. Острый бронхит в практике врача-педиатра: современные возможности эффективной терапии // Педиатрия. 2014. № 2. С. 91–95.
6. Клиническая фармакология и фармакотерапия / Под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 828 с.
7. Клячкина И. Л., Рыбаченко В. В., Кнорринг Г. Ю., Воронина Е. В. Опыт и перспективы системной энзимотерапии при лечении заболеваний дыхательных путей // Доктор.Ру. 2006. № 2. С. 31–35.
8. Никонова Е. В., Чучалин А. Г., Черняев А. Л. Пневмонии: эпидемиология, классификация, клинико-диагностические аспекты // Рус. мед. журн. 1997. Т. 5. № 17. С. 1095–1099.

9. Синопальников, А. И. Клячкина И. Л. Кашель. М.: Медицинское информационное агентство, 2013. 162 с.
10. Чучалин А. Г., Абросимов В. Н. Кашель. Рязань, 2002. 103 с.
11. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Козлов Р. С., Тюрин И. Е. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. М.: Российское респираторное общество; Межрегиональная ассоциация по клинической

микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2010. 106 с.

12. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Яковлев С. В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Смоленск, 2003. 53 с.
13. Örtqvist Å. Treatment of community-acquired lower respiratory tract infections in adults // Eur. Respir. J. 2002. Vol. 20. Suppl. 36. P. S40–53. ■

Библиографическая ссылка:

Бетанели Т. Ш., Давыдкин И. Л., Осадчук А. М., Кривова С. П., Ушмодина О. В. Комбинированное отхаркивающее средство в лечении больных внебольничной пневмонией // Доктор.Ру. Терапия. Заболевания органов дыхания. Клиническая медицина сна. 2015. № 3 (104) — № 4 (105). С. 50–53.