

Studying and Treatment of Outpatients with Bronchitis at The Polyclinic №3 of the City of Urgench, Khorezm Region

Yòldosheva Gulnoza Zokir qizi

Therapist of the Family Polyclinic No. 59 of the Yangiarik
Central District Hospital

Xamidova Gulnoz

Department of "Internal Diseases, Rehabilitation and Folk Medicine"
Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan. Urgench

Abstract:

Abstract for various reasons, in the last decade there has been a tendency to increase the incidence of acute bacterial bronchitis. This pathology is included in the list of ten conditions that require the greatest costs for treatment. Adverse changes in the environment, air pollination, increased amounts of pollutants, and increased pollen Allergy are additional etiopathogenetic factors in bacterial bronchitis.

Keywords: bronchitis, tracheitis, infection, bacteria, inflammation, relapses.

Актуальность

Так ,в Узбекистане фиксируется в год приблизительно 11,5 млн.визитов и скоропомощных обращений по поводу этих заболеваний. Ежегодно ОБРС диагностируется у 16% взрослых,обратившихся к врачу по поводу заболеваний верхних дыхательных путей. [1,2] По данным американских ученых, расходы на ее лечение составляют 3,5млрд долларов в год. Заболевания инфекционной природы занимают ведущее место в патологии ЛОР-органов. Острых и хронических бронхит , трахеит ,тонзиллит-наиболее распространенные нозологические формы,с которыми сталкиваются не только отоларингологи, но и терапевты, педиатры. Если проанализировать спектр ведущих диагнозов в амбулаторной практике, то картина будет следующей: гипертензия составляет 74% от общего числа, диабет- 35%,отит-25%,синусит-20% и бронхит-22%.То есть воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов занимают следующее место после болезней ,масштабы которых во всем мире признаны глобальными. [1] Часто возбудителями этих заболеваний становятся бактерии, поэтому важное место в терапии занимают антибактериальные препараты. В амбулаторных условиях в большинстве случаев препараты этой

группы назначаются эмпирически, их выбор должен базироваться прежде всего, на современных данных о наиболее частых возбудителях заболевания и их чувствительности к различным антибиотикам. [1,2] Надо отметить, что 15,2% назначений антибиотиков приходится на лечение бронхитов. В понятие "бронхит" входит спектр острых и подострых, рецидивирующих и хронических, нейтрофильных и эозинофильных, аллергический и неаллергический воспалительных процессов. При этом рецидивирующий бронхит чаще всего вызван агрессивной микрофлорой, не поддающейся традиционному антимикробному лечению, или же его причиной является недостаточное лечение предыдущих эпизодов бронхита. Причинами рецидивирования может быть постоянное носительство резистентных и устойчивых к лечению возбудителей в верхних дыхательных путях. При небольшом количестве таких бактерий симптоматика отсутствует, однако при появлении неблагоприятных пусковых факторов (вирусная инфекция, переохлаждение, переутомление) «дремлющая» инфекция активизируется и вызывает повторное воспаление. При рецидивирующем бронхите антибиотик следует назначать всегда, при этом первая попытка антимикробного лечения должна быть эмпирической, и только после неэффективности лечения необходимо произвести забор материала с последующим определением чувствительности возбудителей. Целью лечения является блокирование инфекции до ее прогрессирования и предотвращение серьезных последствий (например, лицевой остиомиелит, тромбоз кавернозного синуса, менингит, орбитальный целлюлит или абсцесс, абсцесс мозга). [1] Важнее всего то, что антибиотикотерапия предотвращает переход рецидивирующего бронхита в хронический благодаря ликвидации микробного фактора в патогенезе заболевания, а также предупреждает длительное повреждение слизистой оболочки с последующей хронизацией процесса. [1,3]

Материалы и методы

Миразимакс в поликлинической практике у больных с диагнозом острых и хроническим бронхитом разной тяжести и подобрана контрольная группа из 100 больных, цель антибактериальной терапии – это эрадикация (уничтожения) возбудителя, а не только купирования симптомов острого воспаления. Достижения эрадикации возбудителей предотвращает переход острой инфекции в хроническую, уменьшает частоту рецидивов при хронических заболеваниях, увеличивает интервал между обострениями. Неудача в эрадикации приводит к рецидиву и распространению инфекции, формированию резистентных штаммов. Непременными условиями надежной эрадикации микроорганизмов при лечении инфекций респираторного тракта являются:

активность антибиотика в отношении основных возбудителей, достаточные концентрации антибиотика в очаге инфекции, поддержание подавляющей рост бактерий концентрации в течение необходимого времени . Только соблюдение всех этих условий обеспечивает достаточную эффективность препарата *in vivo* . Таким образом, самым актуальным вопросом антибиотикотерапии представляется выбор препарата для эмпирической терапии, который должен проводиться с позиций доказательной медицины. [1,2] По их данным, основными возбудителями бактериальных респираторных инфекций являются *S. Pneumonia*, *H. Influenza*, *M. Catarrhalis*. [1,2,3] Частота этих микроорганизмов может варьировать в зависимости от формы и локализации воспаления.

Задачи

В нашей подходе лечения мы применяли один из макролидов наш отечественный препарат

меразимакс – препарат компании «Merrumed farm», Узбекистан – соответствует необходимым фармакодинамическим критериям эрадикации в отношении всех наиболее значимых респираторных патогенов, что и определяет его высокую клиническую эффективность. К меразимаксу чувствительны 94-100% штаммов *S. pneumoniae*, 99,6-99,9% штаммов *H. Influenza*, 100% штаммов *M. cararrhalis*. [1,4] Надо отметить, что активность антибиотика *in vitro* не всегда точно отражает его эффективность *in vivo*. Это связано с различной степенью проникновения антибиотика в место локализации возбудителя инфекции. В-лактамы плохо проникают в клетки макроорганизма , поэтому наиболее высокие концентрации создаются в интерстициальном пространстве, где и образуют скопления такие бактерии, как пневмококк и гемофильная палочка. Макролидные антибиотики главным образом концентрируются внутриклеточно, при этом их концентрации вне клеток могут быть недостаточными. [3,7] При обострении хронических инфекций этиологическая роль анаэробных бактерий значительно возрастает, что и обуславливает необходимость применения антибиотиков с антианаэробным спектром действия. [2,8] Важную роль в развитии поддержании хронического воспаления в бронхолегочной системе играют именно простагландины и лейкотриены, способствующие нарушению клеточной регуляции, повышению секреции слизи в бронхах, сокращению гладких мышц бронхов[5,9] .Основные направления в лечении кашля при бронхолегочной патологии включает мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению адекватного мукоцилиарного клиренса, противовоспалительной и при необходимости- бронхо-спазмолитической терапии. [1,6] Выбор антибиотика при сравнимой

прогнозируемой клинической эффективности должен основываться на тенденции формирования резистентности к различным антибактериальным препаратам.. Среднетяжелое течение заболевания при условии отсутствия предшествующей антибиотикотерапии предполагает назначение **меразимакс**, цефтриаксона или их комбинации, респираторных фторхинолонов, в противном случае препаратами первой линии терапии выступают респираторные фторхинолоны, кроме того, эффективным остается применение и меразимакс. [10] При лечении острых и хронических бронхитов, особенно при наличии навязчивого кашля эффективен также кроме антибактериальной терапии препараты с противовоспалительной и антибронхоконстрикторными свойствами (инсперон). [11]

Вывод: Из 100 контрольных больных у 60 больных сократилось длительность заболевания с этим диагнозом, а у 30 больных быстро исчезали клинические симптомы, а у 10 больных пришлось менять антибиотикотерапию.

Адекватная антибактериальная терапия при острой инфекции позволяет достичь выздоровления, а при обострении хронических воспалительных заболеваний – увеличить продолжительность безрецидивного периода. [12] Это способствует сохранению качества жизни пациентов, в значительной степени сокращению затрат на лечение как со стороны пациента, так и системы здравоохранения.

Список использованной литературы.

1. Алиматов Х.А., Раупов М.Г. Дискинезия гортаноглотки при остеохондрозе верхнешейного уровня. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. материалов конф., посвящ. 75-летию каф. оториноларингологии казан, гос. мед. ин-та. - Казань, 2000. -С. 61-63.
2. Геппе Н.А. Малахов А.Б. Муколитические и противокашлевые средства в практике педиатра Детский доктор-1999 №4 С42-45.
3. Графская Н.А. Лечение хронических фарингитов с учетом микробиоценоза глотки и кишечника // Канд... мед. наук. - Тверь, 2000. - 148 с.
4. Егоров В.И. Клинико-иммунологическое обоснование применения ли- зоцима в лечении хронических фарингитов. // Автореф. дис... канд. мед. наук. - СПб, 2006. - 14 с.
5. Князева Л.И. Определение уровня круглогодичной и сезонной заболеваемости острыми фарингитами и тонзиллитами. // Актуальные вопросы медицинской науки: Сб. науч. тр., посвящ. 60-летию КГМУ - Курск, 2001. - С. 301-307.
6. Крамеров С.А. Патогенетическая терапия острых респираторных инфекции у

детей Сов.педиатр 4(32)128-131с

7.Прямчук С.Д. Генетические детерминанты устойчивости к антибактериальным средствам нозокомиальных штаммов E. coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp. выделенных в России в 2003-2007 гг. / С.Д. Прямчук, Н.К. Фурсова, Н.К. Абаев // Антибиотики и химиотерапия. - 2010. - Т. 55, № 9-19. - С. 3-10.

8.Самсыгина Г.А.Противовоспалительная терапия острых респираторных инфекции у детей Педиатрия 1(90) 102-106.

8. Чучалин А.Г., Синопальников А.И. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Пособие для врачей. Москва 2010.

9.Шамсиев Ф.М.Н.Х.М. Мирсалихова Украина.Мед. Часопис 2(106)-III/IV 2016г.

10. Яковлев С.В. Клинико-фармакологическое обоснование выбора антибиотика при внебольничных инфекциях дыхательных путей с учетом современного состояния антибиоткорезистентности. Вестник практического врача. Спецвыпуск.

11.ФещенкоЮ.И.,Ящина Л.А.Хронические обструктивные заболевания легких Доктор -2004№2 С27-30.