

**Профілактика розвитку дисбіозу кишечника  
при фармацевтичній опіці пацієнтів з ХОЗЛ**  
**Мороз В.А., Грінцов Є.Ф.**

*Національний фармацевтичний університет,*

*м. Харків, Україна*

vl\_moroz@yahoo.com

В останні десятиліття проблема хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) з різних причин набуває все більшого медико-соціального значення. Статистика фіксує їх наявність у 4-6% населення більшості країн світу і повсюдне зростання захворюваності в осіб молодше 45 років. Сам термін «ХОЗЛ» на даний час включає в себе поліетиологічну групу довготривалих дистрофічно-запальних процесів легень, що супроводжуються пневмосклерозом та характерними вторинними змінами внутрішніх органів: легеневої гіпертензії, хронічне легеневе серце тощо. Широке використання при загостреннях перебігу ХОЗЛ антибіотиків тривалими курсами, нерідко в поєднанні з глюкокортикоїдами, сприяє виникненню дисбіозу кишечника, що діагностується у 25-70% хворих [1, 3]. Це стало причиною рекомендацій комітету експертів ВООЗ у 2008 році щодо необхідності одночасного використання за цих умов пробіотиків з метою їх профілактики та корекції. Тому лікарське супроводження антибіотикотерапії у пацієнтів з загостреннями ХОЗЛ прийомом пробіотиків є необхідною складовою лікування і важливим елементом фармацевтичної опіки при аптечному відпуску ліків [2, 4].

Метою роботи було вивчення частоти аптечного відпуску пробіотиків спільно з прописаними антибіотиками у пацієнтів з ХОЗЛ в якості методу профілактики і корекції дисбіозу під час та після проведення антибіотикотерапії. Для досягнення поставленої мети був проаналізований асортимент відпуску однієї з аптек м. Харкова щодо пацієнтів з ХОЗЛ за 4 місяці поточного року. Враховані 244 випадків відпуску антибіотиків і пробіотиків, як згідно рецепта, так і, щодо останніх, з урахуванням безрецептурного відпуску.

В цілому спектр відпуску антибіотиків пацієнтам з ХОЗЛ за рецептом відповідав існуючим міжнародним рекомендаціям: пеніциліни (амоксцилін, амоксицилін/клавуланат та ін.); цефалоспорини I-III поколінь (цефалексин, цефуросим, цефтріаксон та ін.); макроліди природні (спіраміцин, еритроміцин) і напівсинтетичні (кларитроміцин, азитроміцин, роксітроміцин); фторхінолони (левофлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин та ін.). У той же час кожен з цих класів має суттєво різний потенціал розвитку дисбіозу і різні точки дії в рамках кишкового біоценозу. Найбільший ризик в цьому відношенні несуть широкоспектральні антибіотики (пеніциліни широкого спектру дії, особливо «захищені» – амоксицилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам) та лінкозаміди.

Трохи менш небезпечні цефалоспорины, особливо 3-ої генерації (цефотаксим, цефоперазон, цефтріаксон, цефтазидим та ін.). А макролідні антибіотики і, тим більше, фторхінолони мало впливають на нормальну мікробіоту кишечника [3].

У нашому дослідженні найчастіше лікарями призначалися бета-лактами (58,1% відпуску). При цьому вони мали найменшу частоту супроводу пробіотиками: для пеніцилінів 9%, а для цефалоспоринів – всього 6%. З амоксициліном/клавуланатом відпущено 19 упак. пробіотиків (відповідно 20%), а з ампіциліном – всього 2 (9,4%). Серед цефалоспоринів частіше призначався цефтріаксон (140 упак. і тільки 2% з пробіотиками). З ними слідував цефуросим (відповідно, 23 упак. і 4%), цефіксим (15 упак. і 40%), цефподоксим (15 упак. і 20%), цефалексин (10 упак.) і цефтазидим (7 упак.). З останніми двома пробіотик не призначався зовсім. Решта групи відпуску антибіотиків – макроліди та фторхінолони – поєднувалися з більш збалансованим відпуском пробіотиків – відповідно, у 16% і 18% випадків. Серед макролідів найбільшу частоту призначень мали азитроміцин (91 упак. і 18% з пробіотиком) і кларитроміцин (47 упак. і 17% відповідно). Фторхінолони були представлені 4-ма міжнародними назвами і 12-ма лікарськими формами. Найчастіше використовувалися ципрофлоксацин (49 упак. і 14% з пробіотиками), офлоксацин (34 упак. і 26% відповідно) і норфлоксацин (28 упак. і 7%).

Виявлено загально дуже низьку частоту використання пробіотиків при лікуванні загострень ХОЗЛ, що складала лише 11,5% випадків. При цьому пацієнти найчастіше приймали антибіотики зі значним потенціалом щодо розвитку дисбіозу – бета-лактами. Що, у свою чергу, мали при цьому і найменшу частоту спільного відпуску пробіотиків (6-9%). Такий низький показник мало сумісний з сучасними рекомендаціями щодо проведення лікування загострень ХОЗЛ.

#### **Список літератури:**

1. Мороз В. А. Променеві пульмоніти в гематологічній практиці / В. А. Мороз, Л. О. Гайсенюк. // Збірник наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2002. – Вип.11. – С. 176–180.
2. Мороз В. А. Функція бронхіальної прохідності у хворих із постпроменевими змінами легень в процесі комплексного медикаментозного лікування / В. А. Мороз, А. В. Свинаренко, Ю. А. Толкачев. // Український радіологічний журнал. – 1998. – Т. 6, №1. – С. 48–51.
3. Herath S.C. Prophylactic antibiotic therapy in chronic obstructive pulmonary disease / S.C. Herath, P. Poole. // JAMA. – 2014. – V.311, №21. – P.2225-2226.
4. Probiotics in the Management of Lung Diseases / E. Mortaz, I. M. Adcock, G. Folkerts et al. // Mediators of Inflammation. – 2013. – V.2013, №1. – С. 1–10.