

УДК 616.233-002.1-07-085(049.3)

И. Г. БЕРЕЗНЯКОВ, Н. И. ИМАНОВА, В. И. БЕРЕЗНЯКОВ,  
Д. Ю. СИДОРОВ, М. Н. ЛЕБЕДИНСКАЯ, Ю. В. ЛЕВАДНАЯ

/Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина/

## Анализ представлений врачей-терапевтов Украины о диагностике и лечении острого бронхита

### Резюме

**Актуальность.** Врачебные ошибки в диагностике и лечении острого бронхита (ОБ) ведут к неоправданным затратам на лекарства и могут негативно влиять на распространение резистентности бактерий к антибиотикам.

**Цель исследования** – предложить подходы к улучшению диагностики и лечения больных ОБ в Украине на основе анализа врачебных представлений.

**Материалы и методы.** Для опроса врачей были сформулированы 8 вопросов, на каждый из них предлагалось 5 вариантов ответов. Врачи самостоятельно определяли правильные ответы на каждый из вопросов. На протяжении 2018 г. на врачебных конференциях и циклах усовершенствования врачей был опрошен 201 терапевт.

**Результаты.** На отсутствие нужды в проведении лабораторных и инструментальных исследований для обоснования диагноза ОБ указали 29,4 % опрошенных, в то время как 36,8 % респондентов посчитали необходимым клинический анализ мокроты, а 59,2 % врачей – рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Среди классов антибиотиков чаще всего упоминались макролиды (56,2 %), амоксициллин (54,7 %) и ингибиторозащищенные пенициллины (39,3 %). Среди классов медикаментов, которые врачи используют для лечения больных ОБ, чаще всего (95,5 %) респонденты отметили мукоактивные препараты (отхаркивающие, противокашлевые, муколитики, мукокинетики и др.).

**Выводы.** Среди распространенных врачебных заблуждений в отношении диагностики и лечения ОБ можно выделить: 1) переоценку значимости инструментальных и, в меньшей степени, лабораторных исследований для верификации диагноза; 2) чрезмерное увлечение мукоактивными препаратами, не располагающими доказательной базой для использования по данному показанию, а также 3) антибиотиками группы пенициллинов, в том числе «защищенными», которые не активны в отношении ключевых бактериальных возбудителей ОБ. Препаратами выбора в лечении больных ОБ являются растительные лекарственные средства, прежде всего – экстракт из корня южноафриканской герани EPs 7630 (Умкалор).

**Ключевые слова:** острый бронхит, опрос, врачи-терапевты, диагностика, лечение

Ежегодная заболеваемость острым бронхитом (ОБ) у взрослых достигает 5 % [1]. Несмотря на благоприятный прогноз, заболевание приводит к временной утрате трудоспособности в среднем на 2–3 дня [2]. Кроме того, как полагают, ОБ является одной из самых частых причин нерационального использования антибиотиков [3]. Понимание врачебных трудностей и заблуждений в вопросах диагностики и лечения ОБ позволит совершенствовать оказание помощи больным этим заболеванием.

**Цель исследования** – предложить подходы к улучшению диагностики и лечения больных ОБ в Украине на основе анализа врачебных представлений.

### Материал и методы исследования

Были сформулированы 8 вопросов, на каждый из которых предлагалось 5 вариантов ответов. Опрошенные врачи самостоятельно определяли правильные, с их точки зрения, ответы на каждый из вопросов. Участие в исследовании было добровольным. Опросы проводили на врачебных конференциях и курсах усовершенствования врачей в Харькове, Черкассах, Ровно, Херсоне, Полтаве, Сумах, Кривом Роге, Запорожье, Чернигове в феврале – ноябре

2018 г. Всего опрошено 499 врачей разных специальностей. В настоящей работе представлены результаты опроса терапевтов.

Всего на вопросы ответил 201 терапевт (83,6 % – женщины; в 1 случае (0,5 %) пол указан не был, а сделать вывод, исходя из фамилии, невозможно), средний возраст: медиана – 52 г., 25 % – 75 % квартили 39,5 – 61 лет, стаж работы по специальности: медиана – 25 лет, 25 % – 75 % квартили 12 – 34 года. Большинство (66,7 %) составили врачи амбулаторно-поликлинической службы, 26,9 % – врачи стационаров, 5,5 % – врачи санаториев, МСЭК, преподаватели ВУЗов. Двое опрошенных (1,0 %) не сообщили сведения о месте работы.

Распределение врачей по должности представлено на рисунке 1. Более половины опрошенных (58,2 %) были участковыми врачами поликлиник, за которыми, в порядке убывания, следовали ординаторы стационаров (21,4 %), заведующие отделениями в поликлинике (8,5 %) и стационаре (5,5 %). Сведения о должности 11 человек (5,5 %) представлены не были.

В опросах принял участие 91 врач высшей (45,3 %), 44 (21,9 %) – первой, 26 (13,0 %) – второй врачебной категории. У 36 (17,9 %) респондентов врачебной категории не было, еще 4 человека (2,0 %) не сообщили о ее наличии или отсутствии.

## Результаты и их обсуждение

В первом вопросе из 5 клинических признаков предлагалось выбрать один или несколько, который (которые) обязательно имеют место у больных ОБ. Почти все врачи (98,5 %) в качестве такого верно указали кашель (рис. 2). Хотя общепринятого определения ОБ не существует, чаще всего используют формулировку, данную рабочей группой Европейского респираторного общества: «ОБ – это острое заболевание, развивающееся у пациента в отсутствие хронического заболевания легких и характеризующееся кашлем (продуктивным или непродуктивным), а также другими жалобами или симптомами, указывающими на инфекцию нижних отделов дыхательных путей (отхождение мокроты, одышка, хрипы в легких, дискомфорт или боли в грудной клетке) и не имеющее иного объяснения, как, например, синусит или астма» [4, 5]. Таким образом, кашель является обязательным симптомом при диагностике ОБ. Другие же клинические признаки, перечисленные в вопросе: отхождение мокроты, лихорадка, одышка, боли в грудной клетке на высоте вдоха – обязательными не являются, т.е. могут быть, но могут и отсутствовать (что, кстати, чаще всего и случается). Например, кашель может быть непродуктивным, а лихорадка, в особенности у людей старшей возрастной группы, нередко отсутствует.

В следующем вопросе из перечисленных сопутствующих заболеваний предлагалось выбрать те, которые исключают диагноз ОБ. Почти три четверти опрошенных (72,6 %) правильно указали хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ). Диагностировать ОБ, исходя из определения, можно только «в отсутствие хронического заболевания легких» [4, 5]. Не ставится диагноз ОБ также большим бронхиальной астмой (37,3 % положительных ответов) и хроническим синуситом (12,4 %) – опять-таки исходя из определения заболевания [4, 5]. Наряду с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, бронхиальная астма (включая кашлевой вариант астмы) и хронический синусит являются самыми частыми причинами хронического кашля [6, 7]. Поэтому при возникновении кашля у больных астмой или синуситом говорят либо о присоединении интеркуррентной вирусной инфекции, либо об обострении основного заболевания.

Напротив, наличие сахарного диабета (18,9 % положительных ответов) и хронической сердечной недостаточности (17,4 %) не препятствует постановке диагноза ОБ.

Третий вопрос касался значимости дополнительных методов исследования для верификации ОБ. Около трети опрошенных (29,4 %) верно указали на отсутствие нужды в проведении с этой целью лабораторных и инструментальных исследований, поскольку диагноз ОБ является клиническим. Тем не менее, необходимость клинического анализа мокроты отметили 36,8 % респондентов, клинического анализа крови – 40,3 %, микробиологического анализа мокроты – 21,4 %, а рентгенологического исследования органов грудной клетки (ОГК) – 59,2 % опрошенных.

Продукция мокроты не является обязательным симптомом ОБ. Даже в случае выделения гнойной мокроты не следует переоценивать ее дифференциально-диагностическую значимость. Гнойный бронхиальный секрет не является убедительным признаком бактериальной инфекции [4, 5].

В подавляющем большинстве случаев ОБ возбудителями заболевания являются вирусы. Из бактериальных патогенов не

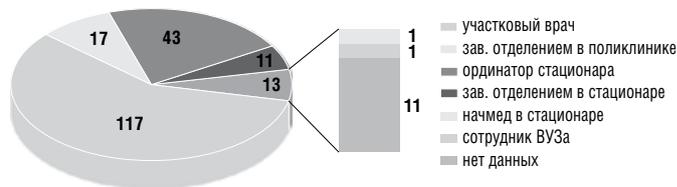


Рис. 1. Распределение опрошенных врачей по должности

вызывает сомнений этиологическая значимость таких бактерий, как *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae* (которые не растут на обычных питательных средах) и возбудителя коклюша *Bordetella pertussis* [8]. В мокроте амбулаторных больных с ОБ иногда обнаруживают типичные бактерии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*). Они (в меньшей степени – *M. catarrhalis*) являются частыми возбудителями внебольничных пневмоний и обострений ХОЗЛ, но у взрослых людей без сопутствующих заболеваний легких способность этих бактерий вызывать ОБ не доказана [3, 9]. Перечисленные микроорганизмы обитают в верхних дыхательных путях здоровых людей и выделение их при культуральном исследовании мокроты у больных ОБ может свидетельствовать о колонизации, но не об инфекции [10]. Поэтому у больных с предположительным диагнозом ОБ не следует производить культуральное исследование мокроты, поскольку в рутинной клинической практике выделить возбудителей удается крайне редко [9, 10]. Более того, даже в случаях выделения возбудителя полученные данные не оказывают влияния на лечение пациента.

Клинический анализ крови (желательный, но не обязательный) никоим образом не может подтвердить или опровергнуть диагноз ОБ. Рентгенологическое же исследование ОГК назначают только в случаях подозрения на пневмонию. Такие симптомы как кашель, отхождение мокроты, затрудненное дыхание, одышка, характерны для обоих заболеваний. На возможную пневмонию могут указывать следующие признаки: учащение пульса свыше 100 уд./мин, лихорадка  $>38^{\circ}\text{C}$ , одышка более 24 дыханий/мин, при аускультации – крепитация или звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы над ограниченным участком легочного поля. Наличие таких симптомов является показанием для рентгенологического исследования ОГК [5]. Если же перечисленные признаки отсутствуют, необходимости в рентгенологическом исследовании обычно не возникает – большинство пациентов действительно заболели ОБ.

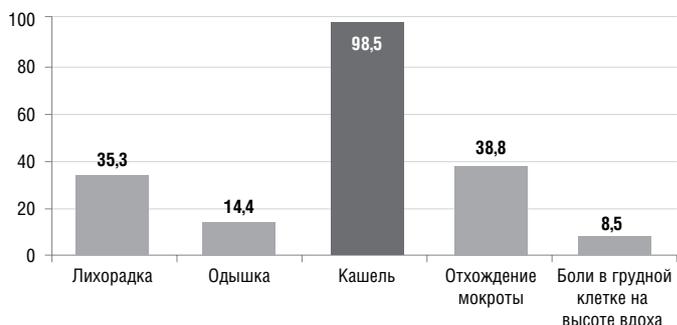


Рис. 2. Положительные ответы (%) врачей-терапевтов на вопрос о том, какой (какие) из перечисленных клинических признаков являются обязательными при диагностике острого бронхита

Следующий вопрос касался назначения антибиотиков больным ОБ. Ответы распределились таким образом: 65,2 % респондентов назначают антибиотики тяжелым больным, 58,2 % – лицам старческого возраста с факторами риска неблагоприятных исходов, 54,2 % – больным ОБ с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, печени, почек и др.), 14,9 % – назначают всегда, а 5,5 % – не назначают никогда. Ответить на данный вопрос непросто, но, по-видимому, три первых варианта ответов являются правильными, а два последних – нет.

Большинство экспертов в области разумного использования антибиотиков утверждают, что диагноз ОБ едва ли не чаще всего ассоциируется с неадекватным использованием антибиотиков. Поэтому назначать их «всегда» вряд ли имеет смысл. Тем не менее, 53 % больных в Европе [11] и 71 % – в США получают антибиотики, причем за первое десятилетие этого века частота использования антибиотиков по данному показанию возросла в США в 1,75 раза [12].

Авторы Кокрановского сотрудничества проанализировали совокупность доступных данных об эффективности антибиотиков по сравнению с плацебо у больных ОБ. В последнее по времени обновление систематического обзора (2017 г.) вошли результаты 17 рандомизированных клинических исследований (РКИ), включивших свыше 5 тыс. пациентов. Авторы установили определенную пользу от использования антибиотиков. Так, во время контрольного визита после курса лечения антибиотиками кашель, в том числе по ночам, сохранялся в полтора раза реже, чем в группе лиц, принимавших плацебо.

С другой стороны, антибиотики, к сожалению, ни на 1 сутки не уменьшают период времени, когда пациент ощущает себя больным (примерно на 15 ч) и сроки ограничения активности (на 12 ч). При использовании антибиотиков в 1,2 раза возрастает риск нежелательных лекарственных явлений (побочных эффектов). Следует иметь в виду и риск возникновения и распространения антибиотикорезистентности среди микроорганизмов, а также увеличение (в случае использования антибиотиков) расходов на лечение пациентов с ОБ.

В целом, авторы Кокрановского обзора пришли к выводу о нецелесообразности применения антибиотиков у больных ОБ, однако отметили, что пациенты старшей возрастной группы с множественными сопутствующими хроническими заболеваниями почти не включались в доступные в настоящее время исследования и, следовательно, автоматически распространять и на них данный вывод не следует [2].

Тем не менее, в ряде случаев применение антибиотиков может быть оправданным. Например, специалисты Национального института здоровья (Великобритания) высказываются в пользу назначения антибиотиков больным ОБ при тяжелом общем состоянии пациента, при подозрении на пневмонию, а также при высоком риске осложнений из-за сопутствующих тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек, печени и др. Лицам же с ОБ старше 65 лет показаны антибиотики при наличии двух и более, а больным старше 80 лет – одного и более из перечисленных ниже признаков:

- 1) госпитализация в предшествующий год;
- 2) сахарный диабет 1-го или 2-го типа;
- 3) хроническая сердечная недостаточность;
- 4) текущий прием глюкокортикоидов внутрь [13].

Наконец, антибактериальная терапия позволяет эффективно элиминировать *B. pertussis* из носоглотки, но не влияет на клиническое течение заболевания. Поэтому лечение антибиотиками следу-

ет рекомендовать в случаях клинически диагностированного и подтвержденного лабораторно коклюша, если от начала кашля прошло менее 21 дня. В такой ситуации они назначаются не для лечения кашля, а для уменьшения «заразности» больного [14].

В случае принятия решения о назначении антибиотика, важно знать, какому классу препаратов врач отдаст предпочтение. В ответах на этот вопрос, по сравнению с предыдущим, более чем в 2 раза увеличилась доля респондентов, которые «не назначают антибиотики» (рис. 3). Аминопенициллины, в том числе ингибиторозащищенные, не активны в отношении основных атипичных возбудителей ОБ – микоплазм и хламидофил. Не оправдано и использование антибиотиков широкого спектра действия – респираторных фторхинолонов – для лечения нетяжелых, склонных к самоизлечению заболеваний. Поэтому самым разумным выбором будут макролиды, которые активны как в отношении микоплазм и хламидофил, так и возбудителей коклюша – бордетелл. На вопрос об использовании мукоактивных средств для лечения ОБ респонденты чаще всего отмечали муколитики (N-ацетилцистеин, эрдостеин и др.) и/или мукокинетики (амброксол) – 86,1 %, за которыми, в порядке убывания, следовали экспекторанты (58,7 %), комбинированные безрецептурные препараты (27,4 %) и противокашлевые препараты (кодеин, декстрометорфан, могуистеин и др.) (17,9 %). Только 6 опрошенных (3,0 %) выбрали ответ «не назначаю».

В действительности, именно последний ответ является правильным. Рекомендация экспертов Европейского респираторного общества, касающаяся использования симптоматических средств для лечения острого кашля, недвусмысленна: «Противокашлевые препараты, отхаркивающие средства, муколитики, антигистаминные препараты, ингаляционные кортикостероиды и бронходилататоры не должны назначаться при острых инфекциях нижних дыхательных путей врачами первичного звена». Причем этой рекомендации присвоен самый высокий уровень доказанности – А I [15].

В базе данных Кокрановского сотрудничества отсутствуют систематические обзоры по применению при остром бронхите 1) противокашлевых средств; 2) экспекторантов; 3) муколитиков; 4) антигистаминных средств; 5) ингаляционных кортикостероидов. В обзоре, посвященном использованию  $\beta_2$ -агонистов для лечения острого кашля и острого бронхита, сделан вывод, что у взрослых в отсутствие отклонений при исследовании легких применение этих средств не только не влияет на течение острого кашля, но и ассоциируется с почти 8-кратным возрастанием риска таких нежелательных явлений, как дрожь, тремор и нервозность [16].

Отдельный Кокрановский обзор посвящен применению безрецептурных препаратов для лечения острого кашля в амбулаторных условиях. В проанализированных исследованиях тестировались экспекторанты, противокашлевые средства, муколитики, антигистаминные препараты (в т.ч. в комбинации с деконгестантами) и др. Целью анализа (первичной конечной точкой) были все исходы, относящиеся к кашлю: его частота, тяжесть, количество отделяемой мокроты, улучшение симптомов (по данным опросников, по оценке врачей и т.д.). Авторы заключили, что дизайн проанализированных плацебо-контролируемых РКИ, контингент больных, вмешательства и исходы существенно различались, а клиническое значение полученных данных остается неясным. Таким образом, четкие доказательства в пользу или против использования безрецептурных препаратов для лечения острого кашля отсутствуют [17].

В следующем вопросе врачам предлагалось выбрать, какие растительные лекарственные средства они назначают больным ОБ. Чаще всего был упомянут экстракт из листьев плюща (рис. 4), за которым следовали экстракт тимьяна, экстракт из корня южноафриканской герани и препараты из корня примулы. Почти каждый десятый опрошенный выбрал ответ «не назначаю».

Все перечисленные растительные лекарственные средства тестировались в РКИ, в которых были продемонстрированы позитивные эффекты у больных ОБ и/или острым кашлем. Однако, за единственным исключением, количество таких исследований невелико, либо же они имеются в единственном числе, а выводы авторов не были подтверждены другими исследователями. Упомянутое же исключение – это экстракт из корня южноафриканской герани (*Pelargonium sidoides*) – препарат EPs 7630 (Умкалор), доказательная база об эффективности которого самая убедительная.

Согласно данным авторов Кокрановского сотрудничества, к исходу первой недели от начала вмешательства при лечении EPs 7630, по сравнению с плацебо, статистически значимо уменьшаются случаи сохранения кашля и симптомов ОБ, а количество больных, продолжающих в эти сроки выделять мокроту, сокращается почти в полтора раза [18].

В другой мета-анализ плацебо-контролируемых исследований EPs 7630 у больных ОБ включены результаты 8 РКИ, охвативших более чем 2,5 тыс. человек. Эффективность EPs 7630 (Умкалор) анализировали у детей разного возраста и у взрослых. При этом превосходство EPs 7630 (Умкалор) над плацебо было продемонстрировано во всех возрастных группах пациентов. Например, у взрослых полное выздоровление от кашля и полное исчезновение всех симптомов ОБ к седьмому дню вмешательства наступало в 5–6 раз чаще в случае лечения EPs 7630, а лечебный эффект наступал почти на 2 дня раньше. Возможность вернуться к работе на 7-й день от начала вмешательства у больных, принимавших EPs 7630 (Умкалор), отмечалась в 1,67 раза чаще [19].

Завершающий вопрос касался классов медикаментов, которые используют врачи для лечения больных ОБ. За небольшим исключением, почти все опрошенные (95,5 %) отметили мукоактивные препараты (отхаркивающие, противокашлевые, муколитики, мукокинетики и др.), за которыми следовали растительные лекарственные средства (63,7 %), антибиотики (61,7 %), ингаляционные бронходилататоры (23,4 %) и ингаляционные кортикостероиды (4,5 %). В определенных клинических ситуациях возникает нужда в антибиотиках и ингаляционных бронходилататорах. Целесообразность использования мукоактивных препаратов и ингаляционных кортикостероидов для лечения ОБ сомнительна, а доказательная база в их пользу отсутствует. В подавляющем большинстве случаев терапия ОБ должна базироваться на применении растительных лекарственных средств, в первую очередь – экстракта из корня южноафриканской герани – препарата Умкалор (EPs 7630).

В то же время, не следует применять EPs 7630 (Умкалор) у больных ОБ с тяжелыми заболеваниями печени, беременных и кормящих матерей – ввиду того, что исследования у этих категорий пациентов не проводились. Кроме того, рекомендуется соблюдать осторожность у больных, принимающих варфарин.

Переносимость EPs 7630 (Умкалор) сопоставима с таковой плацебо. По результатам анализа данных 19 РКИ, наиболее частым

побочным эффектом при лечении EPs 7630 были жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (примерно у 3,5 % пациентов), за которыми, в порядке убывания, следовали носовые кровотечения (менее 1 % больных), реакции гиперчувствительности, отклонения в результатах печеночных проб, кровотечения из десен. Только жалобы со стороны пищеварительного тракта и носовые кровотечения регистрировались при лечении EPs 7630 (Умкалор) несколько чаще, чем при приеме плацебо [20]. Именно возрастанием риска носовых кровотечений объясняется рекомендация соблюдать осторожность у больных, принимающих варфарин. На практике, если больной ОБ принимает варфарин, можно использовать другое растительное средство, например, экстракт из листьев плюща.

## Выводы

Среди распространенных врачебных заблуждений в отношении диагностики и лечения ОБ можно выделить следующие:

1. Переоценка значимости инструментальных и, в меньшей степени, лабораторных исследований для верификации диагноза.
2. Чрезмерное увлечение мукоактивными препаратами, не располагающими доказательной базой для использования по данному показанию.
3. Чрезмерное увлечение антибиотиками группы пенициллинов, в том числе «защищенными», которые не активны в отношении ключевых бактериальных возбудителей ОБ.

Препаратами выбора в лечении больных ОБ являются растительные лекарственные средства, прежде всего – экстракт из корня южноафриканской герани (EPs 7630), а именно препарат



**Рис. 3.** Положительные ответы (%) врачей-терапевтов на вопрос о том, какой (какие) классы антибиотиков они используют для лечения больных острым бронхитом



**Рис. 4.** Положительные ответы (%) врачей-терапевтов на вопрос о том, какие растительные лекарственные средства они используют для лечения больных острым бронхитом

Умкатор. Исследования, проведенные с фитоекстрактом EPs 7630 (Умкатор), не могут быть экстраполированы на другие фитоекстракты, содержащие *Pelargonium sidoides*\*.

**Додаткова інформація.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## Список использованной литературы

- Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community / J. Macfarlane, W. Holmes, P. Gard [et al.] // *Thorax*. – 2001. – No. 56. – P. 109–14.
- Antibiotics for acute bronchitis / S. M. Smith, T. Fahey, J. Smucny, L. A. Becker // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2017. – Issue 6. – Art. No.: CD000245.
- Snow V. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adult / V. Snow, C. Mottur-Pilson, R. Gonzales // *Ann. Intern. Med.* – 2001. – No. 134. – P. 518–520.
- ERS Task Force in collaboration with ESCMID. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2005. – No. 26. – P. 1138–1180.
- Verheij T. Cough and acute bronchitis / T. Verheij // A. Torres, S. Ewig, L. Mandell, M. Woodhead, editors. *Respiratory infections*. – London: Hodder Arnold, 2006. – P. 259–264.
- A pathogenic triad in chronic cough: asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease / B. C. Palombini, C. A. Villanova, E. Araújo [et al.] // *Chest*. – 1999. – No. 116. – P. 279–284.
- Morice A. H. Review series: chronic cough: epidemiology / A. H. Morice // *Chron. Respir. Dis.* – 2008. – No. 5. – P. 43–47.
- Gonzales R. Uncomplicated acute bronchitis / R. Gonzales, M. A. Sande // *Ann. Intern. Med.* – 2000. – No. 133. – P. 981–990.
- Braman S. S. Chronic cough due to acute bronchitis: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines / S. S. Braman // *Chest*. – 2006. – No. 129. – P. 95–103.
- Hirschmann J. Antibiotics for common respiratory tract infections in adults / Hirschmann J. // *Arch. Intern. Med.* – 2002. – No. 162. – P. 256–264.
- Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries / C. C. Butler, K. Hood, T. Verheij [et al.] // *BMJ*. – 2009. – No. 338. – b2242.
- Barnett M. L. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996–2010 / M. L. Barnett, J. A. Linder // *JAMA*. – 2014. – No. 311 (19). – P. 2020–2022.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics. NICE guideline [CG69].
- Wang K. Pertussis-induced cough / K. Wang, A. Harnden // *Pulm Pharmacol Ther.* – 2011. – No. 24. – P. 304–307.
- Joint Taskforce of the European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – Summary / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig [et al.] // *Clin. Microbiol. Infect.* – 2011. – No. 17 (Suppl. 6). – P. 1–24.
- Beta2-agonists for acute cough or a clinical diagnosis of acute bronchitis / L. A. Becker, J. Hom, M. Villasis-Keever [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2015. – Issue 9. – Art. No.: CD001726.
- Smith S.M. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings / S. M. Smith, K. Schroeder, T. Fahey // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2014. – Issue 11. – Art. No.: CD001831.
- Pelargonium sidoides* extract for treating acute respiratory tract infections / A. Timmer, J. Günther, E. Motschall [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – Issue 10. – Art. No.: CD006323.
- EPs 7630 in acute respiratory tract infections – a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials / H. Matthys, W. Lehmacher, A. Zimmermann [et al.] // *J. Lung. Pulm. Respir. Res.* – 2016. – No. 3 (1). – 00068.
- Matthys H. Safety and Tolerability of EPs 7630 in Clinical Trials / H. Matthys, S. Köhler, W. Kamini // *Adv. Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.* – 2013. – No. 2. – P. 142.

## Резюме

### Аналіз уявлень лікарів-терапевтів України стосовно діагностики та лікування гострого бронхіту

I. Г. Березняков, Н. І. Іманова, В. І. Березняков, Д. Ю. Сидоров, М. М. Лебединська, Ю. В. Левадна

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

**Актуальність.** Лікарські помилки в діагностиці та лікуванні гострого бронхіту (ГБ) призводять до неоправданих витрат на ліки та здатні негативно впливати на поширення резистентності бактерій до антибіотиків.

**Мета дослідження** – запропонувати підходи до удосконалення діагностики та лікування ГБ в Україні на підставі аналізу уявлень лікарів.

**Матеріали та методи.** Для опитування лікарів були сформульовані 8 запитань, на кожне з яких було запропоновано 5 варіантів відповідей. Лікарі самостійно визначали правильні відповіді на кожне запитання. Впродовж 2018 р. на лікарських конференціях та циклах удосконалення лікарів був опитаний 201 терапевт.

**Результати.** На відсутність необхідності в проведенні лабораторних та інструментальних досліджень для обґрунтування діагнозу ГБ вказали 29,4% респондентів, тоді як 36,8% лікарів вважали необхідним клінічний аналіз мокротиння, а 59,2% лікарів – рентгенологічне дослідження органів грудної клітки. Серед класів антибіотиків найчастіше згадували макроліди (56,2%), амінопеніциліни (54,7%) та інгібіторозахищені пеніциліни (39,3%). Серед класів медикаментів, які лікарі використовують для лікування хворих на ГБ, найчастіше (95,5%) респонденти відмічали мукоактивні препарати (відхаркувальні, протикашльові, муколітики, мукокінетики та ін.).

**Висновки.** Серед поширених лікарських помилок стосовно діагностики та лікування ГБ можна відзначити: 1) переоцінювання значимості інструментальних та, меншою мірою, лабораторних досліджень для верифікації діагнозу; 2) надмірне захоплення мукоактивними препаратами, доказова база для застосування яких при даному показанні відсутня, а також 3) антибіотиками групи пеніцилінів, включно з інгібіторозахищеними, які не активні щодо ключових бактеріальних збудників ГБ. Препаратами вибору в лікуванні хворих на ГБ є рослинні лікарські засоби, перш за все – екстракт з кореня південноафриканської герані EPs 7630 (Умкатор).

**Ключові слова:** гострий бронхіт, опитування, лікарі-терапевти, діагностика, лікування

## Summary

### Ukrainian internists notions' analysis on diagnostics and treatment of acute bronchitis

I. G. Bereznyakov, N. I. Imanova, V. I. Bereznyakov, D. Yu. Sydorov, M. N. Lebedynska, Y. V. Levadna

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

**Actuality.** Physicians' mistakes in diagnostics and treatment of acute bronchitis (AB) lead to unjustified medicines' expenses and can negatively influence on spread of antimicrobial resistance.

**Aim of the study** – to propose approaches to improvement of diagnostics and treatment of patients with AB in Ukraine on the basis of physician notions' analysis.

**Materials and methods.** There were formulated 8 questions to physician' inquiry with 5 variants of responses to each of them. Physicians defined right responses to each of the questions by themselves. During 2018 year 201 internists were inquired at physician's conferences and courses of postgraduate education.

**Results.** Less than one third respondents (29.6%) chose no need in laboratory and instrumental investigations to verify the diagnosis of AB, meanwhile much more physicians pointed at necessity of sputum clinical analysis (36.8%) and chest X-ray examination (59.2%). Macrolides (56.2%), aminopenicillins (54.7%) and aminopenicillins with beta-lactamase inhibitors (39.3%) were chosen most often between antibiotics classes. Internists chose mucocactive medicines (expectorants, cough suppressants, mucolytics, mucokinetics, etc.) most often (95.5%) between drugs to treat patients with AB.

**Conclusions.** Among widespread physicians' delusions it can be marked out 1) overestimation of significance of instrumental and (to the less extent) laboratory investigations for the diagnosis verification, excessive use of 2) mucocactive drugs with weak evidence of their benefits in patients with AB, and 3) aminopenicillins including combinations with beta-lactamase inhibitors, which are not active against key bacterial pathogens in AB as well. Herbal medicines are the drugs of choice in management of patients with AB and the first choice should be EPs 7630 (Umckalor), i.e. extract from the root of *Pelargonium sidoides*.

**Key words:** acute bronchitis, inquiry, internists, diagnostics, treatment