

ОСТРЫЙ БРОНХИТ:

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Нередко в практической работе врача-интерниста возникают трудности в установлении диагноза и определении тактики ведения больного с впервые возникшим и длительно сохраняющимся кашлем или впервые развившемся бронхообструктивным синдромом. Одной из причин такого кашля, появившегося у больного после перенесенной острой респираторной инфекции (ОРВИ), является острый бронхит. Что такое острый бронхит, каковы методы его диагностики и лечения? Ответам на эти вопросы посвящена настоящая статья.

Ключевые слова: заболевания органов дыхания, кашель, острый бронхит, бронходилататоры

Острый бронхит (ОБ) (МКБ-10: J20) – остро/подостро возникшее заболевание преимущественно вирусной этиологии, ведущим клиническим симптомом которого является кашель, продолжающийся не более 2–3 недель и, как правило, сопровождающийся конституциональными симптомами и симптомами инфекции верхних дыхательных путей [1, 2].

В рекомендациях Австралийского общества врачей общей практики определены следующие диагностические критерии заболевания: остро возникший кашель, продолжающийся менее 14 дней, в сочетании, по крайней мере, с одним из таких симптомов, как отделение мокроты, одышка, свистящие хрипы в легких или дискомфорт в груди [3]. В тех случаях, когда продолжительность кашля превышает 3 недели, принято говорить о персистирующем, или хроническом, кашле (что не эквивалентно термину «хронический бронхит»).

■ Факторами риска развития ОБ являются: аллергические, гипертрофия носоглоточных и небных миндалин, иммунодефицитные состояния, курение (в т. ч. пассивное), пожилой и детский возраст, воздушные загрязнители.

ПАТОГЕНЕЗ

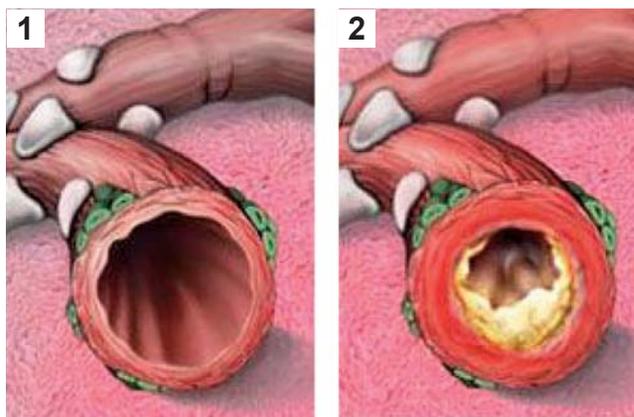
В патогенезе ОБ выделяется несколько стадий [2]. Острая стадия обусловлена прямым воздействием на эпителий слизистой воздухоносных путей возбудителя заболевания, что приводит к высвобождению цитокинов и активации клеток воспаления. Данная стадия характеризуется появлением через 1–5 дней после «инфекционной агрессии» таких системных симптомов, как лихорадка, недомогание и мышечные боли. Затяжная стадия характеризуется формированием транзиторной гиперчувствительности (гиперреактивности) эпителия трахеобронхиального дерева. Обсуждаются и другие механизмы формирования бронхи-

альной гиперчувствительности, такие как нарушение баланса между тонусом адренергической и нервной холинергической системой. Клинически бронхиальная гиперчувствительность проявляется на протяжении от 1 до 3 недель и манифестируется кашлевым синдромом и наличием сухих хрипов при аускультации. На течение воспаления в бронхах также влияют сосудистые нарушения, особенно на уровне микроциркуляции.

Известно, что вирусы гриппа обладают бронхотропным действием, проявляющимся поражением эпителия и нарушением трофики бронхов за счет поражения нервных проводников. Под влиянием общетоксического действия вируса гриппа угнетается фагоцитоз, нарушается иммунологическая защита, в результате создаются благоприятные условия для жизнедеятельности бактериальной флоры, находящейся в верхних дыхательных путях и ганглиях.

По характеру воспаления слизистой оболочки бронхов выделяют следующие формы ОБ: катаральную (поверхностное воспаление), отечную (с отеком слизистой бронхов) и гнойную (гнойное воспаление).

Рисунок 1. Здоровый бронх (1) и бронх при бронхите (2). Просвет бронха сужен



Факторами риска развития ОБ являются: аллергические, гипертрофия носоглоточных и небных миндалин, иммунодефицитные состояния, курение (в т. ч. пассивное), пожилой и детский возраст, воздушные загрязнители.

Таблица 1. Характеристика возбудителей ОБ

Возбудители	Характерные черты
1. Вирус гриппа А	Крупные эпидемии 1 раз в 3 года, захватывающие целые страны; наиболее частая причина клинически выраженного гриппа; тяжелое течение заболевания и высокая смертность во время эпидемий
2. Вирус гриппа В	Эпидемии 1 раз в 5 лет, реже – пандемии; менее тяжелое течение, чем при вирусе гриппа А
3. Парагрипп (типы 1–3)	Изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой
4. Аденовирусы	Изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой
5. Пневмококки	Внезапное начало, признаки поражения верхних дыхательных путей
6. Микоплазмы	У людей старше 30 лет; признаки поражения верхних дыхательных путей на ранних стадиях; характерен сухой кашель
7. <i>Bordetella pertussis</i>	Длительный кашель
8. <i>Haemophilus influenzae</i>	Курящие больные
9. <i>Moraxella catarrhalis</i>	ХОБЛ, больные с иммунодефицитом

■ ЭТИОЛОГИЯ ОБ

Основная роль в этиологии ОБ принадлежит вирусам. По данным Monto A.S. et al. [4], развитие ОБ более чем в 90% случаев связано с респираторной вирусной инфекцией и менее, чем в 10% – с бактериальной. Среди вирусов в этиологии ОБ играют роль вирусы гриппа А и В, парагриппа, РС-вирус, коронавирусы, аденовирусы, риновирусы. К бактериальным агентам, вызывающим развитие ОБ, относятся *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. Редко причиной ОБ являются *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, *M. Catarrhalis*. В таблице 1 дана характеристика возбудителей ОБ.

■ ДИАГНОСТИКА

Клинические проявления ОБ нередко имеют сходные симптомы с другими заболеваниями. Вот почему диагностика ОБ предполагает исключение иных сходных по синдромам острых и хронических заболеваний. Предварительный диагноз ставится методом исключения и основывается на клинической картине болезни [5]. В таблице 2 представлена частота клинических признаков ОБ у взрослых больных.

Наиболее частым клиническим симптомом при ОБ является кашель. Если продолжительность кашля более 3 недель, принято говорить о персистирующем, или хроническом, кашле, что не эквивалентно термину «хронический бронхит» и требует дифференциальной диагностики.

Диагноз ОБ выставляют при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 недель (вне зависимо-

сти от наличия мокроты), при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля. Поэтому диагноз «ОБ» является диагнозом исключения.

■ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ КАШЛЯЮЩИХ БОЛЬНЫХ

При остром кашле наиболее важна дифференциальная диагностика между ОБ и пневмонией и ОБ и острым синуситом. При хроническом кашле дифференциальный диагноз должен осуществляться с учетом более широкого круга заболеваний. Так, к длительному кашлю могут приводить такие заболевания органов дыхания, как:

- бронхиальная астма;
- хронический бронхит;
- хроническая обструктивная болезнь легких;
- хронические инфекционные заболевания лёгких, особенно туберкулёз;
- синусит;
- синдром постназального затека (затекания носовой слизи по задней стенке глотки в дыхательные пути, Postnasal drip syndrome). Диагноз постназального затека может быть заподозрен у больных, которые описывают ощущение зате-

Таблица 2. Частота клинических признаков ОБ у взрослых больных

Категория и признак	Частота (%)
Жалобы и анамнез	
1. Боль в горле	50
2. Слабость	48
3. Головная боль	46
4. Затекание слизи из носа в верхние дыхательные пути	42
5. Одышка	42
6. Озноб	38
7. Хриплое дыхание	35
8. Гнойное выделение из носа	33
9. Мышечные боли	32
10. Лихорадка	30
11. Потливость	29
12. Боль в придаточных пазухах носа	28
13. Болезненное дыхание	17
14. Боли в грудной клетке	17
15. Затруднение глотания	14
16. Припухлость глотки	9
Физикальное исследование	
Покраснение глотки	45
Шейная лимфаденопатия	19
Дистанционные хрипы	18
Хрипы	17
Чувствительность синусов при пальпации	16
Гнойные выделения из носа	15
Заложенность ушей	15
Припухлость миндалин	11
Температура тела более 37,8°C	9
Удлиненный выдох	9
Ослабление дыхательных звуков	7
Влажные хрипы	5
Припухлость миндалин	3

кания слизи в глотку из носовых ходов или частую потребность «очищать» глотку путем покашливания;

- рак лёгкого;
- плеврит.

Длительный кашель может возникать и у больных с сердечной недостаточностью (кашель в ночное время), принимающих ингибиторы АПФ (альтернативой служит подбор другого ингибитора АПФ или переход на антагонисты ангиотензина II), β-адреноблокаторы (даже селективные), особенно у больных с атопией или гиперреактивностью бронхиального дерева. У длительно кашляющих больных необходимо исключить заболевания соединительной ткани:

- фиброзирующий альвеолит, иногда в сочетании с ревматоидным артритом или склеродермией;
- влияние лекарственных средств (препараты, принимаемые при ревматоидном артрите – препараты золота, сульфасалазин, метотрексат).

Кроме того, для курильщиков и людей определенных профессий характерны разновидности длительного кашля:

- асбестоз (работники на стройках, а также лица, работающие в небольших автомастерских);
- «легкое фермера». Подозрение у работников сельского хозяйства (гиперчувствительный пневмонит, обусловленный воздействием заплесневелого сена), возможна БА;
- профессиональная БА у лиц, чья профессия связана с воздействием химических агентов.

ГЭРБ – также одна из частых причин хронического кашля, встречающаяся у 40% кашляющих лиц [5]. Многие из этих больных жалуются на симптомы рефлюкса (изжога или кислый вкус во рту). Нередко лица, у которых причиной кашля является гастроэзофагеальный рефлюкс, не указывают на симптомы рефлюкса. Однако при расспросе выясняется, что кашель возникает после обильной еды, в положении лежа, уменьшается при перемене положения тела.

Острый бронхит и пневмония. Принципиально важным является ранняя дифференциальная диагностика ОБ и пневмонии, поскольку от постановки диагноза зависит своевременность назначения антибактериальной терапии. При проведении дифференциального диагноза между ОБ и пневмонией стандартным лабораторным тестом является клинический анализ крови. Согласно результатам недавно опубликованного систематического обзора, повышение числа лейкоцитов в периферической крови до $10,4 \times 10^9/\text{л}$ и более характеризуется увеличением вероятности пневмонии в 3,7 раза, тогда как отсутствие этого лабораторного признака снижает вероятность наличия пневмонии в 2 раза. Еще большую ценность имеет содержание сывороточного С-реактивного белка, концентрация которого выше 150 мг/л достоверно свидетельствует о пневмонии.

Из 9–10 пациентов с кашлем и гнойной мокротой (в течение 1–3 недель) пневмония диагностируется у 1 больного.

Острый бронхит и бронхиальная астма. В случаях, когда БА является причиной кашля, у больных обычно наблюдаются эпизоды свистящего дыхания. Независимо от наличия или отсутствия свистящего дыхания, у больных БА при исследовании функции внешнего дыхания обнаруживается обратимая

бронхиальная обструкция в тестах с β₂-агонистами или в тесте с метахолином. Необходимо иметь в виду, что в 33% тесты с β₂-агонистами и в 22% – с метахолином могут быть ложноположительными [7]. При подозрении на ложноположительные результаты функционального тестирования рекомендуется проведение пробной терапии в течение 1–3 недель ингаляционными глюкокортикостероидами (ГКС), что при наличии БА должно прекратить или существенно уменьшить интенсивность кашля, что требует дальнейшего изучения.

■ Длительный кашель может возникать и у больных с сердечной недостаточностью (кашель в ночное время), принимающих ингибиторы АПФ (альтернативой служит подбор другого ингибитора АПФ или переход на антагонисты ангиотензина II), β-адреноблокаторы (даже селективные), особенно у больных с атопией или гиперреактивностью бронхиального дерева.

■ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ОБ преследует следующие цели [1, 2]:

- облегчение тяжести кашля;
- снижение его продолжительности;
- возвращение к трудовой деятельности.

Лечение подразумевает применение мер немедикаментозного и медикаментозного воздействия. Госпитализация больных с ОБ не показана.

Для облегчения выделения мокроты следует инструктировать пациента о необходимости поддержания адекватной гидратации; сообщить о пользе увлажненного воздуха (особенно в сухую жаркую погоду и зимой в любую погоду) и обратить внимание на необходимость устранения воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (уровень доказательности С).

В качестве медикаментозного лечения применяются:

- ЛС, подавляющие кашель (назначаются только при изнуряющем кашле);
- бронходилататоры (при изнуряющем кашле – уровень доказательности А). В 3 рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) показана эффективность бронходилатирующей терапии у 50% больных ОБ [9];
- антибактериальная терапия не показана при неосложненном течении ОБ [10]. Считается, что одной из причин ОБ является злоупотребление антибиотиками [12]. Напомним читателю, что в подавляющем большинстве случаев ОБ имеет вирусную этиологию. Антибактериальная терапия показана при явных признаках бактериального поражения бронхов (гнойная мокрота, повышенная температура тела, признаки интоксикации организма) [11]. При бактериальной этиологии ОБ рекомендуется один из перечисленных антибактериальных препаратов в общетерапевтических дозах: амоксициллин, кларитромицин, азитромицин.

Таблица 3. Основные положения ведения больного ОБ

Категории	Признак	Способ контакта	Сроки	Примечания
Анамнез	Прекращение кашля	Консультация по телефону или визит в поликлинику	2–4-я неделя после первого визита	При кашле длительностью более 4–8 недель – рентгенография грудной клетки. Если нет патологии – продолжение диагностики для исключения ЛОР-патологии, БА и ГЭРБ
Анамнез	Наличие лихорадки	Консультация по телефону или визит в поликлинику	2–3 дня после первого визита	Заподозрить пневмонию или инфекционную патологию другой локализации
Физикальное исследование	Свистящее дыхание	Визит в поликлинику	Не менее 6–8 недель после начала болезни	Провести обследование для исключения БА или постоянно действующих внешних факторов (триггеров) производственной или бытовой природы
Лабораторное исследование	Идентификация коклюша	Консультация по телефону или визит в поликлинику	3–5 дней после первого визита	При бактериологической верификации коклюша макролиды 10–14 дней и ограничение контакта с неиммунизированными лицами, особенно с подростками

Ниже мы приводим результаты 9 международных клинических исследований, в которых проводилась сравнительная оценка методов лечения ОБ. Критериям отбора отвечали 9 исследований (753 больных). Метаанализ не проводили, так как критерии оценки в исследованиях были различными. В 4 исследованиях (483 больных) сравнивалась эффективность доксициклина и плацебо. Ни в одном из них не было выявлено достоверного различия между группами сравнения [4]. В то же время в одном из исследований показано, что у больных старше 55 лет кашель и плохое самочувствие в группе плацебо сохранялись на несколько дней дольше, чем в группе доксициклина ($p < 0,01$) [3]. Еще в одном исследовании (67 больных) сравнивалась эффективность триметоприма-сульфаметоксазола и плацебо. Через 7 дней в группе триметоприма-сульфаметоксазола кашель отмечался у меньшего числа больных, чем в группе плацебо (93 и 99% соответственно; $p < 0,05$). В другом рандомизированном исследовании 46 больных разделили на 4 группы: больные 1-й группы получали ингаляции альбутерола (сальбутамола) и плацебо в капсулах, больным 2-й группы назначали ингаляции альбутерола и эритромицин внутрь, больные 3-й группы получали эритромицин и ингаляции плацебо, пациентам 4-й группы назначали плацебо в капсулах и ингаляции плацебо. Кашель исчезал у большего числа больных, получавших альбутерол, по сравнению с больными, получавшими эритромицин или плацебо (39 и 9% соответственно, $p = 0,02$). Пациенты, лечившиеся альбутеролом, смогли раньше приступить к работе ($p = 0,05$). Еще в 2 исследованиях (115 больных) сравнивалась эффективность эритромицина и плацебо, назначаемых в течение 10 дней. Статистически значимых различий в группах не обнаружено, но в одном исследовании у больных, получавших эритромицин, на 10-й день раньше уменьшалась отечность бронхов ($p < 0,05$). [10]. При сравнении эффективности микстур с эритромицином и альбутеролом у 42 больных получены следующие результаты. Через 7 дней кашель исчезал у 59% больных в группе, получавших альбутерол, и у 12% больных в группе, получавших эритромицин ($p = 0,002$). У курящих больных полное исчезновение кашля отмечено в 55% случаев в группе пациентов, которым назначались ингаляции альбутерола, в группе больных, лечившихся эритромицином, он не исчезал полностью ни у кого ($p = 0,03$). Авторы делают вывод о неэффективности антибиотиков при ОБ [3, 4].

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО БРОНХИТА

Ежегодная противогриппозная профилактика снижает частоту возникновения ОБ (уровень доказательности А).

Показания для ежегодной гриппозной вакцинации:

- все лица старше 50 лет;
- лица с хроническими болезнями независимо от возраста;
- лица в замкнутых коллективах;
- дети и подростки, получающие длительную терапию аспирином;
- женщины во 2-м и 3-м триместре беременности в эпидемический период по гриппу.

У лиц среднего возраста вакцинация уменьшает число эпизодов гриппа и потери в связи с этим трудоспособности [15]. Вакцинация у медицинского персонала ведет к снижению смертности среди пожилых больных [16]. У пожилых ослабленных больных вакцинация снижает смертность на 50%, частоту госпитализации на 40% [17].

Показания для медикаментозной профилактики:

- в доказанный эпидемический период у не иммунизированных лиц с высоким риском возникновения гриппа – римантадин 100 мг 2 раза в день внутрь, амантадин 100 мг 2 раза в день внутрь [18], ингаляции занамивира 10 мг в день или осельтамивира 75 мг в день внутрь [19];
- у пожилых лиц и больных с почечной недостаточностью, в связи с возможной нейротоксичностью, доза амантадина снижается до 100 мг в день.

Противовирусная профилактика эффективна у 70–90% лиц [19].

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

Основные положения ведения больного с ОБ представлены в *таблице 3*.

Обычно кашель, связанный с острым неосложненным бронхитом, прекращается в течение 4–8 недель.

При неосложненном ОБ прогноз благоприятный. При осложненном течении ОБ зависит от характера осложнения и относится к другой категории болезней.



Полный список литературы вы можете запросить в редакции.