

Острый бронхит

Е.И. Шмелев

Острый бронхит (ОБ) – воспалительное заболевание бронхов преимущественно инфекционного происхождения, проявляющееся кашлем (сухим или с выделением мокроты) и продолжающееся не более 3 нед.

Эпидемиология ОБ прямо связана с эпидемиологией гриппа и других респираторных вирусных заболеваний. Пик заболеваемости приходится на конец декабря и начало марта. Специальных исследований по эпидемиологии ОБ в России не проводилось.

Общепринятой классификации ОБ не существует, но по аналогии с другими острыми заболеваниями органов дыхания можно выделять этиологический и функциональный классификационные признаки. По этиологии обычно выделяется два основных вида ОБ: вирусный и бактериальный. Возможны и другие, более редкие этиологические варианты (токсический, ожоговый и т.п.), которые обычно являются компонентом системного поражения и рассматриваются в рамках соответствующих заболеваний. Функциональная классификация ОБ не разработана, поскольку неосложненный ОБ обычно протекает стереотипно и не требует разграничения по степени тяжести.

Диагноз «острый бронхит» выставляется при остро возникшем кашле (с мокротой или без нее) продолжительностью не более 3 нед, при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля.

Таким образом, диагноз ОБ ставится методом исключения и основывается на клинической картине. Причиной клинического синдрома ОБ мо-

гут быть различные инфекционные агенты, в первую очередь вирусы (табл. 1). Те же микроорганизмы могут вызывать и другие клинические синдромы, возникающие одновременно с

Острый бронхит – преимущественно инфекционное воспалительное заболевание бронхов, проявляющееся кашлем и продолжающееся не более 3 нед.

ОБ, поэтому ОБ часто сопровождается симптомами поражения верхних дыхательных путей.

Частота (в %) основных симптомов у взрослых больных ОБ

Жалобы

кашель	92
выделение мокроты	62
насморк	50
боль в горле	50
слабость	48
головная боль	46
одышка	42
озноб	38
хрипы при дыхании	35
гнойные выделения из носа	33
мышечные боли	32
лихорадка	30
потливость	29
боль в придаточных пазухах носа	28
болезненное дыхание	17
боли в грудной клетке	17
затруднение глотания	14

Объективные данные

гиперемия глотки	45
шейная лимфаденопатия	19
дистанционные хрипы	18
хрипы при аускультации	17
гнойные выделения из носа	15
отек миндалин	11
температура тела $>37,8^{\circ}\text{C}$	9
удлиненный выдох	9
ослабленное дыхание	7
влажные хрипы	5

Дифференциальная диагностика

Приведенное многообразие клинических симптомов ОБ предполагает тщательное проведение дифференциальной диагностики у кашляющих больных.

Наиболее значимые причины длительного кашля:

- бронхиальная астма;
- хроническая обструктивная болезнь легких;
- хронические инфекционные заболевания легких, особенно туберкулез;

Таблица 1. Этиология ОБ

Микроорганизмы	Характерные черты
Вирус гриппа А	Крупные эпидемии 1 раз в 3 года, захватывающие целые страны; тяжелое течение гриппа и высокая смертность во время эпидемий
Вирус гриппа В	Эпидемии 1 раз в 5 лет, пандемии обуславливает реже, чем вирус гриппа А; менее тяжелое течение, чем при инфекции вирусом гриппа А
Вирус парагриппа 1–3 типов	Изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой
Аденовирус	Изолированные случаи, эпидемиологически не связанные между собой
Пневмококк	У людей среднего и пожилого возраста; неожиданное начало; признаки поражения верхних дыхательных путей
Микоплазма	У людей старше 30 лет; признаки поражения верхних дыхательных путей на ранних стадиях; сухой кашель
<i>Bordetella pertussis</i>	Длительный характерный кашель
Гемофильная палочка	У курящих и больных хроническим бронхитом
Моракселла	У больных хроническим бронхитом и лиц с иммунодефицитом

Евгений Иванович Шмелев – профессор, руководитель отдела пульмонологии Центрального НИИ туберкулеза РАМН, Москва.

Таблица 2. Значимость симптомов для установления диагноза пневмонии у больных с “острым кашлем”

Симптомы	Чувствительность, %	Специфичность, %
Продуктивный кашель	79	38
Гнойная мокрота	65	52
Лихорадка >37,8°C	27	94
Тахикардия >100/мин	17	97
Частота дыхания >25/мин	28	92
Сухие хрипы	15	90
Влажные хрипы	19	93
Усиление голосового дрожания	4	99,5
Шум трения плевры	4	99,5
Притупление перкуторного звука	4	99,5

- синусит;
- синдром постназального затека;
- гастроэзофагеальный рефлюкс;
- саркоидоз;
- заболевания соединительной ткани;
- асбестоз, силикоз, “легкое фермера”;
- побочные эффекты лекарств (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, нитрофураны);
- рак легкого;
- плеврит;
- сердечная недостаточность.

Наиболее важными в плане дифференциальной диагностики ОБ являются пневмония, бронхиальная астма, острый и хронический синуситы.

Пневмония. Принципиально важным является дифференциация ОБ от пневмонии, поскольку именно этот шаг определяет назначение интенсивной антибактериальной терапии. Значимость для установления диагноза пневмонии симптомов, наблюдаемых у кашляющих больных, приведена в табл. 2.

Бронхиальная астма. При длительном кашле у больных с отягощенным аллергоанамнезом (в том числе непереносимостью аспирина) наиболее вероятен диагноз бронхиальной астмы (БА). У больных обычно наблюдаются эпизоды свистящего дыхания, хрипов, преходящая одышка, возможно отделение скудной слизистой мокроты. Первичные исследова-

ния включают пикфлоуметрию в домашних условиях, спирометрию и пробу с β_2 -агонистами, направленные на обнаружение обратимой бронхиальной обструкции. По возможности оценивают гиперреактивность бронхов (провокационный тест с гистамином или метахолином). Однако в 33% случаев тесты с β_2 -агонистами и в 22% – с метахолином могут быть ложноположительными. При подозрении на ложноположительные результаты функционального тестирования лучшим способом подтверждения диагноза БА является проведение пробной терапии β_2 -агонистами в течение недели, что при БА должно существенно уменьшить выраженность кашля.

Туберкулез. При наличии длительного кашля и лихорадки, сопровождающихся выделением гнойной мокроты, необходимо заподозрить туберкулез, а у больных с заболеваниями легких – возможность развития атипичной легочной инфекции, вызванной атипичными микобактериями. С таких проявлений может начинаться васкулит (например, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера).

Длительный кашель у курильщиков. Наиболее вероятные причины – затянувшийся острый бронхит или хроническая обструктивная болезнь легких. Необходимо помнить о возможности рака легких у больных среднего возраста, особенно у лиц старше 50 лет. Необходимо выяснить, есть ли у больного кровохарканье.

Гастроэзофагеальный рефлюкс – частая причина хронического кашля (до 40% от всех причин). Многие из этих больных жалуются на симптомы рефлюкса (изжогу или кислый привкус во рту), однако 40% таких явлений не чувствуют.

Синдром постназального затека (postnasal drip syndrome) может быть заподозрен у больных, которые

описывают ощущение затекания слизи в глотку из носовых ходов или частую потребность “очищать” глотку путем покашливания. У большинства пациентов выделения из носа слизистые или слизисто-гнойные. Постназальный затек может вызываться общим охлаждением, аллергическими и вазомоторными ринитами, синуситами, раздражающими факторами внешней среды и лекарствами, например ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). При аллергической природе постназального затека в носовом секрете обычно обнаруживаются эозинофилы.

Заболевания сердца. Если больной принимает ингибитор АПФ, велика вероятность, что именно данный препарат вызывает кашель. Альтернативой служит подбор другого ингибитора АПФ или переход на антагонисты рецепторов ангиотензина II, обычно не вызывающие кашель.

β_2 -адреноблокаторы, даже кардиоселективные, также могут вызывать кашель, особенно у больных, предрасположенных к аллергическим реакциям или с гиперреактивностью бронхиального дерева.

Первым признаком сердечной недостаточности часто служит кашель в ночное время. В этом случае в первую очередь необходимо провести рентгенографию органов грудной клетки.

Заболевания соединительной ткани. Фиброзирующий альвеолит – одна из возможных причин кашля (иногда в сочетании с ревматоидным артритом или склеродермией). Также кашель может быть обусловлен воздействием применяемых в ревматологии лекарств (препаратов золота, сульфасалазина, пенициллина, метотрексата).

Профессиональные вредности. Всегда необходимо помнить о возможности асбестоза, если больной работал с асбестом (строительство, небольшие автомастерские). У работников сельского хозяйства можно заподозрить “легкое фермера” (гиперчувствительный пневмонит, обусловленный воздействием заплесневелого сена) или БА.

Коклюш – не очень частая, но весьма важная по эпидемиологическим соображениям причина острого кашля. Несмотря на иммунизацию, проводимую в детском и подростковом возрасте, коклюш сохраняет эпидемическую опасность из-за субоптимальной иммунизации некоторых детей и подростков и постепенного снижения иммунитета в течение 8–10 лет после иммунизации.

Для коклюша характерно: кашель продолжительностью не менее 2 нед, пароксизмы кашля с характерным инспираторным “вскриком” и последующей рвотой без других видимых причин. Взрослые, иммунизированные против коклюша в детском возрасте, часто не демонстрируют классической клинической картины коклюшной инфекции.

При диагностике коклюшной природы ОБ следует учитывать анамнестические и клинические данные о контактах с детьми, не иммунизированными против коклюша. Верификация диагноза коклюшного ОБ основана на выделении *Bordetella pertussis* от кашляющего больного или наличии отчетливой эпидемиологической связи с больным, у которого лабораторно доказан коклюш.

В табл. 3 приведены основные признаки некоторых заболеваний, от которых необходимо дифференцировать ОБ.

Профилактика

Поскольку многие вирусы передаются именно контактным путем, необходимо обращать внимание на соблюдение правил личной гигиены: частое мытье рук, минимизация контактов глаза–руки, нос–руки. Специальные исследования эффективности этой меры профилактики в дневных стационарах для детей и взрослых показали их высокую эффективность.

Ежегодная противогриппозная профилактика снижает частоту возникновения ОБ, она показана:

- всем лицам старше 50 лет;
- лицам с хроническими заболеваниями независимо от возраста;
- лицам в замкнутых коллективах;

Таблица 3. Дифференциальная диагностика ОБ

Заболевания	Основные признаки	Диагностический стандарт, комментарии
Пневмония	Обнаружение признаков локального поражения паренхимы легких: крепитация, усиление голосового дрожания	Рентгенография грудной клетки (поскольку нет 100%-ной чувствительности, приоритет отдается клинической картине)
Бронхиальная астма	Приступообразность и волнообразность симптоматики, облегчение от β_2 -агонистов	Обратимость бронхиальной обструкции в пробах с β_2 -агонистами. Явления бронхиальной гиперреактивности (в тестах с метахолином) могут сохраняться в течение 8 нед после перенесенного ОБ, у курильщиков, у атопиков в период поллиноза
Коклюш	Характерный кашель. У ранее иммунизированных взрослых клиническая картина может быть неспецифичной	Выделение возбудителя в культуре или положительная полимеразная цепная реакция
Хронические синуситы	Затек слизи в дыхательные пути, дискомфорт в области придаточных пазух	Компьютерная томография придаточных пазух носа
Гастроэзофагеальный рефлюкс	Кашель после обильной еды, в положении лежа, уменьшающийся при изменении положения тела	Эзофагогастродуоденоскопия, суточное мониторирование pH пищевода

- детям и подросткам, получающим длительную терапию аспирином;
- женщинам во II–III триместрах беременности в эпидемический по гриппу период.

Доказательства эффективности вакцинации получены во множестве многоцентровых рандомизированных исследований. Даже у пожилых ослабленных больных, когда иммуногенность и эффективность вакцины снижается, вакцинация снижает частоту госпитализаций на 40%, смертность – на 50%. Вакцинация лиц среднего возраста уменьшает число эпизодов гриппа и потери трудоспособности в связи с этим. Вакцинация медперсонала ведет к снижению смертности среди пожилых больных.

Лекарственная профилактика противовирусными препаратами в эпидемический период может снижать частоту и тяжесть гриппа. Для этого у неиммунизированных лиц с высоким риском возникновения гриппа применяется римантадин (100 мг 2 раза в день per os), амантадин (100 мг 2 раза в день per os), озельтамивир (75 мг в день) или занамивир

(10 мг в день ингаляционно). У пожилых лиц и больных с почечной недостаточностью доза амантадина снижается до 100 мг в день. Профилактика эффективна у 80% лиц.

Лечение

Целями лечения ОБ являются облегчение кашля, снижение его продолжительности и возвращение к трудовой деятельности. Госпитализация при ОБ не показана.

Важным элементом лечения больных ОБ являются меры по облегчению выделения мокроты. Облегчение отхаркивания может уменьшить тяжесть кашля и его продолжительность. Известно, что снижение гидратации ведет к повышению вязкости бронхиальной слизи и нарушает ее отхаркивание, поэтому целесообразно информировать пациента о пользе увлажненного воздуха (особенно в засушливом климате и зимой в любом климате).

Медикаментозное лечение заключается в основном в применении средств, регулирующих интенсивность кашля. Средства, подавляющие кашель (декстрометорфан, кодеин),

применяются лишь в случаях изнуряющего кашля, существенно нарушающего качество жизни и ведущего к расстройству сна. Поскольку кашель – наиболее частое проявление бронхиальной гиперреактивности, применение бронходилататоров (β_2 -агонисты, антихолинергические средства) существенно уменьшает выраженность кашля у половины больных ОБ.

Антибиотики не рекомендуются при неосложненном ОБ, поскольку большинство ОБ имеют вирусную этиологию.

ОБ – одна из наиболее частых причин злоупотребления антибиотиками. Антибиотики не рекомендованы при неосложненном ОБ, поскольку большинство ОБ имеют вирусную этиологию.

Современные рандомизированные контролируемые исследования показали сомнительную эффективность антибиотикотерапии. Антибиотикотерапия показана лишь при явных признаках бактериальной инфекции бронхов: выделении гнойной мокроты и увеличении ее количества, нарастании одышки и признаков интоксикации. Необходимо разъяснять пациентам, что антибиотикотерапия вирусной респираторной инфекции неэффективна и может способствовать формированию резистентных штаммов пневмококков и других микроорганизмов, представляющих серьезную угрозу для окружающих.

При неосложненном ОБ прогноз благоприятный: кашель обычно прекращается в течение 4–8 нед.

Рекомендуемая литература

- Carman W.F. et al. // Lancet. 2000. V. 355. P. 93.
 Eccles R. // Pulm. Pharmacol. 1996. V. 9. P. 293.
 Falsey A.R. et al. // Infect. Control Hosp. Epidemiol. 1999. V. 20. P. 200.
 Gonzales R. et al. // JAMA. 1997. V. 278. P. 901.
 Gonzales R. et al. // JAMA. 1999. V. 281. P. 1512.
 Govaert T.M. et al. // JAMA. 1994. V. 272. P. 1661.
 Irwin R.S. et al. // Amer. Rev. Respir. Dis. 1990. V. 141. P. 640.
 Parvez L. et al. // Pulm. Pharmacol. 1996. V. 9. P. 299.
 Stott N.C., West R.R. // Br. Med. J. 1976. V. 2. P. 556.
 Wright S.W. et al. // JAMA. 1995. V. 273. P. 1044. ●



Продолжается подписка на научно-практический журнал "Атмосфера. Пульмонология и аллергология"

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства "Роспечать" – 66 руб., на один номер – 33 руб.
Подписной индекс 81166.

Журнал "АСТМА и АЛЛЕРГИЯ" – это журнал для тех, кто болеет, и не только для них. Всё о дыхании и аллергии



В журнале в популярной форме для больных, их родственников и близких рассказывается об особенностях течения бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний, современных методах лечения и лекарствах.

Журнал выходит 4 раза в год.
Стоимость подписки на полгода – 30 руб., на один номер – 15 руб.
Подписной индекс 45967 в каталоге "Роспечати" в разделе "Журналы России".