

Острый бронхит в амбулаторной практике: проблемы диагностики и терапии

С.С.Якимова

Главный клинический госпиталь МВД, Москва

Острый бронхит (ОБ) – наиболее часто встречающаяся в клинической практике патология бронхолегочной системы. Ежегодная заболеваемость достигает 40% и более. Практически у половины пациентов, обращающихся к врачу с жалобами на кашель, диагностируют ОБ.

ОБ – остро возникшее воспалительное заболевание бронхов, преимущественно инфекционного происхождения, ведущим клиническим признаком которого является кашель (продуктивный или непродуктивный), продолжающийся не более 2–3 нед.

Этиология

Обычно выделяют 2 основных вида ОБ: вирусный и бактериальный, но возможны более редкие этиологические варианты (токсический, ожоговый); они наблюдаются изолированно, обычно являются компонентом системного поражения и рассматриваются в пределах соответствующих заболеваний. Установлено, что вирусы были самой частой идентифицируемой причиной возникновения ОБ. Спектр возбудителей, приводящих к развитию ОБ, представлен вирусами гриппа А и В, парагриппа, а также респираторным синцитиальным вирусом и человеческим метапневмовирусом, реже – коронавирусами, аденовирусами, риновирусами. В прошлые годы преобладали типичные бактериальные возбудители бронхолегочных инфекций (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*), однако в настоящее время эти возбудители чаще вызывают ОБ у людей с угнетенным иммунитетом, детей и больных, перенесших трахеотомию либо подвергшихся эндотрахеальной интубации. Более частыми возбудителями ОБ стали *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*.

Следует помнить, что при ОБ на фоне поражения эпителия бронхов, со 2–3-го дня болезни может активизироваться бронхолегочная бактериальная микрофлора. В этом случае наиболее часто выявляемыми микроорганизмами являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, условно-патогенная микрофлора верхних дыхательных путей.

Острый вирусно-бактериальный и бактериальный бронхит.

При первичном поражении бронхов патогенной или условно-патогенной микрофлорой ОБ возникает обычно после перенесенного острого респираторного заболевания, реже одновременно с ним. Инкубационный период длится 3–5 дней. Продромальный период характеризуется общим недомоганием, головной болью, ринитом. Явления интоксикации в виде озноба, гипертермии, ломоты длятся от 1 до 7 дней. Ведущий симптом острого бактериального бронхита – кашель, в начале заболевания – сухой, приступообразный, позднее с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты. При вовлечении в процесс гортани кашель приобретает лающий характер. При поражении мелких бронхов возникает экспираторная одышка.

Перкуторный звук над легкими обычно не меняется. Но при дистальном бронхите с нарушением бронхиальной проходимости выявляется легочный звук с коробочным оттенком или истинный коробочный звук. При аускультации отмечается усиленное везикулярное (жесткое) дыхание, сухие, реже влажные хрипы, калибр которых зависит от уровня поражения бронхов. При поражении крупных бронхов выслушиваются сухие басовые и влажные незвучные крупнопузырчатые хрипы; мелких бронхов – дискантные и незвучные мелкопузырчатые.

Повышение температуры тела при ОБ наблюдается кратковременно (чаще в течение 2–3 дней) и, как правило, до субфебрильных цифр. Исследование крови обычно малоинформативно. Изменения либо отсутствуют, либо отмечается умеренный нейтрофильный лейкоцитоз и небольшое увеличение СОЭ. Возможно появление С-реактивного белка, повышение содержания сиаловых кислот, 2-глобулиновой фракции белков плазмы. Выраженные изменения крови чаще определяются при тяжелых вирусно-бактериальных и гнойных бронхитах.

Для ОБ нехарактерны очаговые изменения при рентгенологическом исследовании, можно выявить лишь усиление легочного рисунка вследствие периферического отека.

Микоплазменные бронхиты (*M. pneumoniae*). Относительно часто встречающаяся инфекция у молодых пациентов (16–40 лет). Клиническая картина: лихорадка, фарингит, миалгия, астения, потливость, длительный постоянный кашель (от 4 до 6 нед). По данным серологической диагностики (доказанная *M. pneumoniae*-инфекция), количество пациентов, заболевших ОБ, значительно превышает количество пациентов с внебольничной пневмонией. Заболевание может излечиваться спонтанно в течение 1–2 нед, но нередко продолжается 4–6 нед со всеми проявлениями болезни, включая кашель со слизистой мокротой, которая чаще не бывает гнойной.

Хламидийные бронхиты (*C. pneumoniae*). У 5% молодых пациентов с диагнозом ОБ выявляется *C. pneumoniae*. В его клиническую картину входят фарингит, ларингит и бронхит; пациенты наиболее часто отмечают хрипоту, осиплость голоса, субфебрильную лихорадку, першение в горле, постоянный малопродуктивный кашель, в дальнейшем – с отхождением слизистой мокроты.

До последнего времени **коклюшнные ОБ** практически не встречались в практике врача-терапевта. На современном этапе возможно развитие легких форм этой инфекции у 40% привитых. С позиции клинициста ОБ характеризуется проявлениями в виде надсадного кашля, обычно с признаками инфекций верхних дыхательных путей (ИВДП).

Диагностика

Диагноз ОБ выставляют при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 нед (вне зависимости от наличия мокроты), при отсутствии патологии

Дифференциальная диагностика кашля

Возможная причина кашля	Диагностика
Сердечная недостаточность	Первый признак сердечной недостаточности легкой степени — кашель в ночное время. Необходимо обследование больного на наличие сердечной недостаточности с обязательным проведением рентгенографии органов грудной клетки
Фиброзирующий альвеолит	Длительный кашель возможен у больных с заболеваниями соединительной ткани. В первую очередь необходимо провести рентгенографию органов грудной клетки. Типичная находка – легочный фиброз, но на ранних стадиях он может быть рентгенологически невидим, хотя диффузионная способность легких уже может быть снижена, а при проведении динамической спирометрии могут быть выявлены рестриктивные изменения
Бронхит курильщика	Длительный анамнез курения сигарет. Наиболее вероятные причины: затянувшийся ОБ или хронический бронхит. Необходимо помнить о возможности онкологического заболевания у лиц старше 50 лет. Особенно опасно в прогностическом плане наличие у больного кровохарканья
Гастроэзофагеальный рефлюкс при ГЭРБ	Частая причина хронического кашля. Больные жалуются на симптомы рефлюкса (изжога или кислый вкус во рту). Кашель после обильной еды, в положении лежа, уменьшающийся при изменении положения тела. Диагноз ГЭРБ устанавливается после проведения ЭГДС и рН-метрии.
Асбестоз	В анамнезе работа при контактировании с асбестом. Обязательное проведение рентгенографии органов грудной клетки и спирометрии (возможно выявить рестриктивные изменения). При подозрениях на асбестоз необходимо проконсультироваться с врачами-профпатологами.
Профессиональная БА	БА начинающаяся с кашля, может развиваться у людей различных профессий, связанных с воздействием химических агентов, растворителей (изоцианаты, формальдегид, акриловые соединения и др.), работающих в сфере бытового обслуживания, при производстве химических соединений (пластика и т.д.)
БА	Длительный кашель у больных с atopией, аллергией или при наличии повышенной чувствительности к ацетилсалициловой кислоте. Наиболее частые симптомы: приступообразный малопродуктивный кашель, ощущение свистящего дыхания, переходящая одышка (удушьё), появляющиеся чаще в ночное время или рано утром
Саркоидоз	Хронический кашель может быть единственным проявлением саркоидоза легких. Первичные исследования включают: рентгенографию органов грудной клетки (гиперплазия воротных лимфатических узлов, инфильтраты в паренхиме) уровень АПФ в сыворотке крови
Ингибиторы АПФ	Прием большим ингибитора АПФ. Кашель – побочный эффект препаратов этой группы. Альтернатива – подбор другого ингибитора АПФ или переход на антагонисты рецепторов ангиотензина II, обычно не вызывающие кашля
β-Адреноблокаторы	Прием пациентом β-адреноблокаторов. Вызывают кашель, особенно у больных, предрасположенных к atopическим реакциям или с гиперреактивностью бронхиального дерева.
Нитрофураны	Подострая реакция со стороны легких на нитрофураны, часто самостоятельно принимаемые больными для профилактики инфекций мочевых путей. Следует помнить, что в подострых случаях эозинофилии может не быть

Примечание. ГЭРБ – гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь, ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия, БА – бронхиальная астма, АПФ – ангиотензинпревращающий фермент.

носоглотки, признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля. Диагноз, основанный только на клинической картине, ставят методом исключения. Наиболее частыми клиническими признаками ОБ у взрослых больных является кашель (92%) с выделением мокроты (62%).

Кроме инфекционных агентов среди причин ОБ можно выделить воздействие экстремальных температур воздуха, химических соединений (окислы азота, двуокись серы, кремний, отравляющие газы), различных аллергенов (пыльца растений, органическая пыль). Кашель может быть симптомом при манифестации ряда хронических заболеваний.

При проведении дифференциальной диагностики остро возникший кашель, сопровождающийся субфебрилитетом, симптомами ИВДП (боль в горле, насморк), при отсутствии тахикардии, тахипноэ и локальной физической симптоматики соответствует клинической картине, присущ ОБ вирусной этиологии. При наличии у пациента фебрильной лихорадки и/или ознобов, гнойного характера мокроты, боли в груди, усиливающейся на вдохе/кашле, тахипноэ, а также при наличии локальной физической симптоматики (укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, феномен крепитации, влажные хрипы и др.) следует склониться в пользу диагноза внебольничной пневмонии. Следует

помнить, что в реальной практике подавляющее большинство пациентов демонстрируют некую усредненную клиническую картину, и им практически всегда назначается антибактериальная (АБ) терапия.

Большинство больных с остро возникшем кашлем требуют не более чем врачебного осмотра и назначения симптоматического лечения.

Показания для проведения рентгенологического исследования с целью исключения диагноза пневмонии:

- жалобы на остро возникший кашель;
- тахикардия (>100 уд/мин);
- одышка (>24 в мин);
- и/или гипертермия (>38°C);
- влажные мелко- и крупнопузырчатые хрипы на вдохе и выдохе;
- крепитирующие хрипы на вдохе на стороне поражения (шум трения плевры);
- больные с клиническими признаками развития инфекции, проживающие в эпидемиологически неблагоприятных регионах в отношении тяжелого острого респираторного синдрома;
- пациенты пожилого и старческого возраста.

Обычно у пациентов с простудными заболеваниями в 3/4 случаев кашель исчезает за 14 дней. Длительный кашель у пациентов с диагностированным ОБ может быть вызван развитием вирусной инфекции, а также *M.*



Режим дозирования

ФРОМИЛИД и ФРОМИЛИД УНО (klarитромицин)

Дозирование: таблетки не следует разламывать. Их следует проглатывать целиком, запивая небольшим количеством воды. Фромилид УНО следует принимать во время еды, запивая жидкостью. Фромилид можно принимать независимо от приема пищи.

Суточная дозировка

Фромилид УНО
таблетки пролонгированного действия по 500 мг

Фромилид
таблетки по 250 мг

Фромилид
таблетки по 500 мг

Взрослые и дети старше 12 лет

Легкие и умеренно тяжелые инфекции	1 раз 500 мг	2 раза 250 мг	
Инфекции, связанные с <i>H. influenzae</i>			
Синусит			
Пневмония	1 раз 1000 мг		2 раза 500 мг
Более тяжелые инфекции			
Инфекция, вызванная <i>H. pylori</i>			2 раза 500 мг
Лечение и профилактика распространенной инфекции, вызванной <i>Mycobacterium avium complex</i>			2 раза 500 мг (дозу можно увеличивать, максимальная суточная доза 2 г)

Максимальная суточная доза составляет 2 г для взрослых. Курс лечения обычно продолжается в течение 7–14 дней.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственных средств у взрослых. Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

pneumoniae-, *S. pneumoniae*- или *B. pertussis*-инфекцией. Но при жалобах на пароксизмы кашля с рвотой или без нее диагностический алгоритм обследования в первую очередь должен быть направлен на исключение коклюша, даже несмотря на наличие в анамнезе проведенной иммунизации.

Диагностические исследования с целью исключения постназального затека, астмы, эзофагогастрального рефлюкса следует проводить в тех случаях, когда по результатам проведенного врачебного осмотра выявляются особенности клинической картины заболевания либо при наличии у пациента кашля продолжительностью более 15 дней.

Лечение ОБ

Противовирусная терапия

Вирусы гриппа А и В являются одними из наиболее актуальных возбудителей ОБ, в связи с чем требуется назначение противовирусной терапии. Необходимо отметить, что противовирусные препараты целесообразно назначать в случаях, если с момента появления симптомов заболевания прошло не более 48 ч.

В настоящее время используются 2 группы противовирусных препаратов – блокаторы M_2 -каналов (амантадин, ремантадин) и ингибиторы нейраминидазы (занамивир, осель-

тамивир), кроме того, при определенных ситуациях возможно применение рибавирина, активного в отношении респираторно-синцитиального вируса (см. таблицу).

К блокаторам M_2 -каналов (адмантанты) относится римантадин. Препарат активен в отношении вируса гриппа типа А и неактивен в отношении гриппа типа В. Противовирусный эффект реализуется за счет блокирования ионных каналов (M_2) вируса, сопровождающегося нарушением его способности проникать в клетки и высвобождать рибонуклеопротеид. Тем самым ингибируется стадия репликации вирусов. При профилактическом использовании эффективность римантадина составляет 70–90%. Однако необходимо отметить существенное повышение резистентности вируса гриппа к этим препаратам за последние 3 года (с 1,9% в 2004 г. до 91% в 2006 г. на территории США), что послужило причиной ограничения их применения в качестве средств профилактики и терапии инфекции. К недостаткам ремантадина также необходимо отнести опасность возникновения тяжелых нежелательных явлений со стороны центральной нервной системы (раздражительность, нарушение концентрации внимания, бессонница), встречающихся у 3–6% пациентов. Препарат следует с

осторожностью применять у пожилых, при тяжелых нарушениях функции печени, а также у лиц с повышенной судорожной готовностью (эпилепсия).

С лечебной целью римантадин назначается не позднее 2 сут от появления первых симптомов заболевания. Длительность курса при этом не должна превышать 5 дней, во избежание появления резистентных форм вируса.

Ингибиторы нейраминидазы.

Нейраминидаза (сиалидаза) – один из ключевых ферментов, участвующих в репликации вирусов гриппа типов А и В. При ингибировании нейраминидазы нарушается способность вирусов проникать в здоровые клетки, снижается их устойчивость к защитному действию секрета дыхательных путей и таким образом тормозится дальнейшее распространение вируса в организме. Кроме того, ингибиторы нейраминидазы способны уменьшать продукцию цитокинов (интерлейкин-1 и фактор некроза опухоли- α), препятствуя развитию местной воспалительной реакции и ослабляя такие системные проявления вирусной инфекции, как лихорадка, боли в мышцах и суставах, потеря аппетита.

Осельтамивир применяется для лечения и профилактики гриппа у взрослых пациентов (старше 18 лет). При профилактическом назначении эффективность препарата составляет 75%. Осельтамивир назначается по 75–150 мг 2 раза в день в течение 5 дней. У пациентов с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин доза снижается в 2 раза.

Занамивир является структурным аналогом сиаловой кислоты – естественного субстрата нейраминидазы вирусов гриппа – и, следовательно, обладает способностью конкурировать с ней за связывание с активными центрами фермента. Из-за низкой биодоступности при приеме внутрь занамивир используется ингаляционно, в этом случае его биодоступность составляет около 20%. Занамивир рекомендуется для лечения неосложненного гриппа у лиц старше 12 лет при сроке появления клинических симптомов не более 36 ч. Препарат достоверно сокращает продолжительность заболевания, улучшает состояние больных, предупреждает развитие осложнений у пациентов с гриппом, вызванным как вирусом типа А, так и В.

АБ-терапия

При неосложненных вирусных бронхитах АБ-терапию не применяют.



Стартовая АБ-терапия ОБ предусматривает эмпирический подход к назначению антибиотиков. Он основывается на следующих свойствах: эффективность, безопасность и комплаенс (возможность перорального приема, независимость от приема пищи, кратность назначения, короткий курс лечения).

Важнейшим критерием при выборе антибактериального препарата в терапии бактериального бронхита в амбулаторной практике является спектр действия антимикробного лекарственного вещества.

При ОБ, вызванных *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, микоплазменных и хламидийных бронхитах эмпирическое лечение целесообразно начинать с макролидов. Из данной группы препаратов именно **klarитромицин (Фромилид Уно)** оптимально сочетает в себе необходимые качества антибактериального средства. – спектр действия, охватывающий ведущих возбудителей, высокий комплаенс, минимальные побочные эффекты.

Фромилид Уно относится к группе так называемых новых макролидов и обладает всеми характеристиками антибиотика для эмпирической терапии ОБ бактериальной этиологии в амбулаторных условиях: высокая биодоступность при пероральном применении, высокая эффективность препарата, прием 1 раз в сутки, сбалансированная концентрация в тканях и крови, высокая внутриклеточная концентрация, активность основного метаболита и спектр антибактериальной активности, а также безопасность и хорошая переносимость.

Фромилид Уно обладает рядом особенностей, выгодно выделяющих его среди других макролидов. Таблетки, покрытые оболочкой, содержат 500 мг активного вещества – кларитромицина с модифицированным (продолжительным) его высвобождением. Это позволяет назначать данный препарат 1 раз в сутки, независимо от приема пищи.

Продолжительная форма – медленное и постепенное высвобождение действующего вещества, которое обеспечивает его постоянное присутствие в очаге инфекции (органы дыхания).

Для Фромилида Уно свойствен эффект «2 в 1»: около 1/2 дозы кларитромицина, поступая в организм, метаболизируется в печени с образованием активного метаболита – 14-гидроксикларитромицина, который по антибактериальной активности не уступает предшественнику. Благодаря синергизму со своим активным метаболитом кларитромицин сохраняет высокую активность, даже если уровень препарата в крови несколько ниже минимальной подавляющей концентрации.

Отдельного внимания заслуживает рассматриваемое неантибиотическое свойство Фромилида Уно: иммуноотропной активности и противовоспалительного действия. Фромилид Уно повышает фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов, обладает синергическим эффектом с комплементом сыворотки крови, увеличивает активность Т-хелперов. Наряду с этим препарат характеризуется наибольшей ингибирующей активностью в отношении провоспалительных цитокинов в группе макролидов. Фромилид Уно способен блокировать процесс распространения инфекции за пределы первичного очага уже в первые 2–4 ч после приема, что связывают с быстрым захватом антибиотика лейкоцитами и таким же быстрым высвобождением во внеклеточное пространство, что вызывает гибель бактерий. Препарат может воздействовать на процессы перекисного окисления липидов, а также (в отличие от других макролидов) уменьшать образование лейкотриена В4, ответственного за хемотаксис нейтрофилов и приводящего к инициации воспаления. Кроме того, немаловажным механизмом противовоспалительного действия Фромили-

да Уно является его способность ингибировать выработку и высвобождение оксида азота альвеолярными макрофагами, что уменьшает воспаление дыхательных путей. Все вышеописанные особенности препарата свидетельствуют о том, что при его применении уменьшается степень интраназальной гиперсекреции и наблюдается улучшение реологических свойств мокроты.

Другие направления терапии

В настоящее время опубликованы результаты исследований, продемонстрировавших эффективность сальбутамола и фенотерола в лечении пациентов с ОБ. Было доказано, что применение данных препаратов сопровождается уменьшением продолжительности кашля.

В случаях интенсивного, влияющего на качество жизни кашля показано симптоматическое лечение. Выбор противокашлевого препарата должен проводиться индивидуально с учетом механизма действия, противокашлевой активности препарата, риска возникновения побочных эффектов, наличия сопутствующей патологии и возможных противопоказаний.

При кашле с отхождением вязкой мокроты используют муколитические средства: амброксол, ацетилицистеин. Механизм действия этих средств основан на удалении бронхиального секрета из дыхательных путей за счет снижения его вязкости, но при увеличении объема мокроты. Отхаркивающие препараты усиливают секрецию слизи за счет рефлекторного раздражения желез слизистой бронхов. Йодиды и ряд растительных препаратов (тимьян, роснянка, термопсис и др.) оказывают прямое действие на секреторные бронхиальные клетки и выделяются в просвет бронхиального дерева, усиливая при этом секрецию слизи и увеличивая ее объем. Кроме того, они активируют моторную функцию бронхиол и реснитчатого эпителия слизистой бронхов. Обычно прием муколитиков при ОБ составляет не более 3–4 дней.

Применяются также препараты растительного происхождения, оказывающие как секретолитическое, так и бронхолитическое действие. Самым применяемым при кашле лекарственным растением является солодка. Помимо противокашлевого, она обладает отхаркивающим и спазмолитическим эффектами, усиливает секрецию защитной слизи. Возможно использование и немедикаментозных вмешательств, например паровых ингаляций.

Таким образом, тактика лечения бронхита зависит от возбудителя заболевания, с учетом того, что причинами ОБ в подавляющем большинстве случаев являются инфекционные агенты – вирусы, бактерии, вирусно-бактериальные ассоциации. Бронхиты вирусной природы требуют назначения противовирусных средств, антибиотикотерапия не показана. Показанием к назначению антибиотиков следует считать клинические признаки, указывающие на бактериальную природу воспалительного процесса (слизисто-гнойный и гнойный характер мокроты) в совокупности с выраженной интоксикацией, особенно это оправдано у лиц пожилого возраста, для которых опасна бактериальная суперинфекция. Препаратами выбора при эмпирическом назначении антибиотикотерапии являются макролиды, в частности кларитромицин и его пролонгированная форма Фромилид Уно, сочетающая в себе широкий спектр действия кларитромицина и характеризующаяся минимальными побочными эффектами, высоким комплаенсом за счет однократного приема в сутки и интенсивным тканевым накоплением действующего вещества в очаге инфекции за счет постепенного высвобождения. В случаях интенсивного кашля и симптомов бронхообструкции особое значение приобретают бронхолитики комбинированного действия, при кашле с отхождением вязкой мокроты – муколитики.