

М.Н. Селюк, д.м.н., профессор, Н.Н. Козачок, д.м.н., профессор, О.В. Селюк, кафедра терапії Української військово-медичинської академії, г. Київ

Современные принципы лечения острого бронхита

Острый бронхит (ОБ) – это остро возникшее заболевание у пациента без хронической патологии легких, ведущим клиническим признаком которого является кашель (продуктивный или непродуктивный). Пик заболеваемости ОБ регистрируется в осенне-весенний период.



М.Н. Селюк

Считается, что 82% случаев приходится на конец ноября и начало апреля. В этот период времени ОБ является наиболее частой причиной обращения пациентов к семейному врачу. ОБ, обострение хронического бронхита, грипп, внебольничная пневмония, обострение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) относятся к инфекциям нижних дыхательных путей (ИНДП) [6]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность от ИНДП занимает ведущее место во всем мире, хотя имеет ряд особенностей в странах с разным уровнем дохода.

В экономически развитых странах более 2/3 населения живет более 70 лет и умирает преимущественно от хронических болезней: сердечно-сосудистых заболеваний, ХОБЛ, онкопатологии, сахарного диабета. Легочные инфекции остаются единственной ведущей инфекционной причиной смерти. В странах со средним уровнем дохода длительность жизни ≥70 лет отмечается приблизительно у половины населения. В структуре причин смерти лидирует хроническая патология (ИНДП занимают 4-е место). В странах с низким уровнем дохода до 70 лет доживает в среднем один из 5 человек, а более 1/3 всех случаев смерти регистрируется среди детей в возрасте до 15 лет. Летальные исходы, как правило, обусловлены инфекционной патологией.

Европейское респираторное общество (ERS) в сотрудничестве с Европейским обществом по клинической микробиологии и инфекционным заболеваниям (ESCMID) опубликовало обновленное руководство по лечению данной патологии у взрослых (2011), в котором освещены новые данные диагностики и лечения ИНДП. Учитывая сходство клинических признаков ИНДП, в современных рекомендациях подано универсальное определение данной патологии.

ИНДП представляет собой остро развившееся (не более 21 дня) заболевание, основным проявлением которого является кашель в сочетании, по меньшей мере, с одним из симптомов поражения дыхательных путей (одышкой, продукцией мокроты, хрипами, болью в грудной клетке) при отсутствии очевидной диагностической альтернативы (синусита, бронхиальной астмы и т. д.).

ОБ – остро возникшее заболевание у пациента без хронической патологии легких, ведущим клиническим признаком которого является кашель (продуктивный или непродуктивный), сопровождающийся другими симптомами инфекции дыхательных путей, при отсутствии подозрения на наличие пневмонии.

Грипп – остро развившееся заболевание, характерными симптомами которого являются лихорадка, головная боль, миалгия, кашель, боль в горле.

Пневмония верифицируется, если при остро возникшем кашле выявляется один из следующих признаков: одышка, тахипноэ, лихорадка продолжительностью >4 дней, физические данные (локальная крепитация и/или мелкопузырчатые хрипы, участок бронхиального дыхания, укорочение перкуторного звука).

Подтверждением диагноза является очаговая инфильтрация легочной ткани по данным рентгенографии.

При изучении этиологии ИНДП были получены неоднородные данные. Такие особенности авторы объясняют различиями в подходах к микробиологической диагностике.

Более того, авторы подчеркивают, что даже при тщательно выполненных исследованиях этиологию большого количества случаев ИНДП определить не удастся.

Согласно результатам современных бактериологических исследований, основными внеклеточными микроорганизмами при ИНДП являются Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus и Moraxella catarrhalis. В 5-20% случаев ИНДП вызваны внутриклеточными возбудителями, среди которых ведущая роль принадлежит Mycoplasma pneumoniae. Реже выявляют Legionella spp. и Chlamydia spp.

На сегодняшний день отмечается высокая распространенность микст-инфекций. Частота выделения двух и более микроорганизмов (в т. ч. вне- и внутриклеточных

возбудителей, бактерий и вирусов) у госпитализированных иммунокомпетентных пациентов с внебольничной пневмонией составляет от 6 до 26%.

Диагностика ИНДП, как было сказано выше, базируется на клинических признаках – остро возникшем кашле и как минимум на одном из нижеперечисленных симптомов:

- одышке;
- тахипноэ;
- тахикардии >100 уд/мин;
- лихорадке >4 дней;
- физических симптомах (локальной крепитации и/или мелкопузырчатых хрипах, укорочении перкуторного звука).

Как уже говорилось выше, ОБ является наиболее частой причиной обращений пациентов за медицинской помощью на амбулаторном этапе, особенно в осенне-зимний период.

Обычно причиной ОБ является переохлаждение организма, сопровождающееся проникновением в бронхи патогенных микроорганизмов. Чаще всего данное заболевание вызывают вирусы (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный и др.).

Только в 5-10% случаев возбудителями являются M. pneumoniae, C. pneumoniae и Bordetella pertussis. При обычном исследовании мокроты эти возбудители не выявляются. В таких ситуациях главной целью является исключение пневмонии, для чего рекомендуется проведение рентгенологического исследования в том случае, если кашель беспокоит в течение 3 нед или отмечаются клинические признаки поражения легких и другие симптомы пневмонии.

Кроме переохлаждения, значимыми факторами развития заболевания являются табакокурение, злоупотребление алкоголем, хроническая очаговая инфекция в назофарингеальной области, нарушение носового дыхания, деформация грудной клетки.

Диагноз ОБ обычно основывается на данных анамнеза, клинической картине, результатах физикального обследования и рентгенодиагностики.

К ранним симптомам патологии относят ощущение першения и саднения за грудиной, чувство разбитости, вялости. Вскоре появляется сухой болезненный кашель, иногда он может носить приступообразный характер. Через 1-3 дня регистрируется повышенная продукция мокроты слизистого характера. При длительных приступах кашля возможны головная боль и головокружение. Температура тела нередко остается нормальной, у части больных она повышается до субфебрильной. Физикальные признаки отсутствуют либо над легкими определяются жесткое дыхание, сухие хрипы. Состав периферической крови не меняется. Такое течение наблюдается чаще при поражении трахеи и крупных бронхов. При среднетяжелом течении заболевания значительно выражены общее недомогание, слабость, характерны сильный сухой кашель с затруднением дыхания и одышкой, боль в нижних отделах грудной клетки и брюшной стенки, связанная с перенапряжением мышц при кашле. Кашель постепенно становится влажным, мокрота приобретает слизисто-гнойный или гнойный характер. Над поверхностью легких выслушиваются жесткое дыхание, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. В течение нескольких дней наблюдается субфебрильная температура тела. Выраженных изменений состава периферической крови нет. Тяжелое течение болезни наблюдается, как правило, при преимущественном поражении бронхиол. Выраженность острых симптомов уменьшается к 4-му дню болезни, при благоприятном исходе они исчезают к 7-му дню. Таким образом, клиническими критериями неосложненного ОБ являются:

- кашель со скудным, а затем более обильным отхождением мокроты;
- наличие аускультативных изменений – рассеянные сухие хрипы (реже – непостоянные влажные средне- и крупнопузырчатые);
- перкуторный звук, как правило, не изменен.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Явления интоксикации выражены умеренно, температура тела субфебрильная, дыхательная недостаточность не выражена.

Данные дополнительных исследований:

- рентгенография: усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах легких;
- общий анализ крови: незначительные воспалительные изменения (значительный лейкоцитоз не характерен), умеренное повышение скорости оседания эритроцитов;
- оценка функции внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15-20%.

Дифференциальную диагностику ОБ проводят с пневмонией, бронхиальной астмой, коклюшем и др. (табл. 1, 2). Основными критериями для исключения пневмонии являются: отсутствие локальных перкуторных и аускультативных изменений, дыхательной недостаточности, воспалительных сдвигов при лабораторном исследовании, очагово-инфильтративных изменений в легочной ткани. Дыхательная недостаточность в виде экспираторной одышки, бронхообструкции, отягощенный аллергологический анамнез – все это характерно для бронхиальной астмы. Этиологическая диагностика ОБ проводится с помощью вирусологических и иммунологических методов. Технически они сложны, трудоемки и имеют высокую стоимость; их используют только с целью оценки эпидемиологической ситуации.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика ОБ		
Заболевание	Основные признаки	Диагностический стандарт, комментарии
Пневмония	Выявление признаков локального поражения легких: крепитация, усиление голосового дрожания	Рентгенография органов грудной клетки (поскольку нет 100% чувствительности, приоритет отдается клинической картине)
Бронхиальная астма	Приступо- и волнообразность симптоматики, улучшение при применении β ₂ -агонистов	Обратимость бронхиальной обструкции. Явления бронхиальной гиперреактивности
Коклюш	Характерный кашель. У ранее иммунизированных взрослых клиническая картина может быть неспецифичной	Положительная полимеразно-цепная реакция или выделение возбудителя в культуре
Хронический синусит	Синдром затекания слизи в дыхательные пути, дискомфорт в области придаточных пазух	Компьютерная томография придаточных пазух

Таблица 2. Критерии дифференциальной диагностики ИНДП с застойной сердечной недостаточностью, тромбозом легочной артерии (ТЭЛА) и хроническими заболеваниями дыхательных путей	
Заболевание	Критерии
Застойная сердечная недостаточность	Возраст старше 65 лет в сочетании с ортопноэ. В анамнезе – инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, артериальная гипертензия. Смещение верхушечного толчка, наличие систолического шума на верхушке. Высокий уровень предсердного и мозгового натрийуретических пептидов подтверждает диагноз
ТЭЛА	Злокачественное новообразование в анамнезе, иммобилизация в течение последних 4 нед, эпизоды ТЭЛА в анамнезе
Хронические бронхолегочные заболевания	Длительный кашель и как минимум два из следующих признаков: курение в анамнезе, предшествующие обращения к врачу по поводу кашля, одышки, при аускультации – наличие хрипов, удлиненного выдоха. Атопия. Для верификации диагноза необходимо выполнить исследование функции внешнего дыхания. Сочетание таких факторов, как пожилой возраст, курение и кашель, ассоциируется с наличием у пациента ХОБЛ

Продолжение на стр. 54.

Современные принципы лечения острого бронхита

Продолжение. Начало на стр. 53.

Особое клиническое и прогностическое значение имеет дифференциальная диагностика ОБ и пневмонии (табл. 3). В качестве наиболее важного диагностического и дифференциально-диагностического признака пневмонии чаще всего учитываются визуализация на рентгенограмме «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких и клинический анализ крови. Считается что, увеличение количества лейкоцитов в периферической крови ($>10,4 \times 10^9/\text{л}$) характеризуется повышением вероятности пневмонии в 3,7 раза, тогда как в отсутствие этого лабораторного признака вероятность пневмонии снижается в 2 раза. Еще более важным критерием является уровень С-реактивного белка — его увеличение до $>50 \text{ мг/л}$ сопровождается 5-кратным повышением вероятности пневмонии, что позволяет ряду авторов рекомендовать применение данного теста в дифференциальной диагностике ОБ и пневмонии.

Таблица 3. Дифференциальная диагностика ОБ и пневмонии		
Признаки	ОБ	Пневмония
Начало	Острое	Острое
Температура тела	$<38,0^\circ\text{C}$	$\geq 38,0^\circ\text{C}$
Начальные клинические проявления	Боль в горле, ринит	Озноб, боль в груди
Частота дыхания	$<20/\text{мин}$	$>25/\text{мин}$
Частота сердечных сокращений	$70-80 \text{ уд/мин}$	$\geq 90 \text{ уд/мин}$
Кашель	+	+
Мокрота	Скудная, слизистого характера	Большое количество, желтого цвета
Перкуссия	Перкуторный звук не изменен	Укорочение перкуторного звука на стороне поражения
Аускультация	Жесткое дыхание, единичные сухие (свистящие, жужжащие) хрипы	Бронхиальное дыхание, влажные (мелкопузырчатые) хрипы, крепитация
Общий анализ крови	Лейкоцитоз $<10,4 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз	Лейкоцитоз $>10,4 \times 10^9/\text{л}$
Рентгенологическая картина	Усиление рисунка корня легких	Затемнение участка легочного поля с нечеткими размытыми краями

Лечение ОБ в основном проводится в амбулаторных условиях. Госпитализация необходима только при тяжелом состоянии больного (например, при выраженном обструктивном синдроме, наличии сопутствующей патологии, влияющей на течение ОБ, или развитии пневмонии). После верификации диагноза ОБ перед врачом стоит несколько задач, от решения которых зависит эффективность лечения на данном этапе. Как правило, в 70-90% случаев такой диагноз ассоциируется у врача с необходимостью назначения антибактериальной терапии. Но необходимо еще раз напомнить, что в большинстве случаев ОБ вызывают респираторные вирусы и вирус гриппа. Бактериальные ОБ немногочисленны; к сожалению, отличить их от вирусных, а тем более идентифицировать возбудитель у постели больного трудно (использование экспресс-методов ограничено, а выявление возбудителя еще не свидетельствует о его этиологической роли, поскольку может быть обусловлено его вегетацией в дыхательных путях). Врачи первичного звена склонны переоценивать возможную роль бактериальной флоры и назначать антибиотики чаще, чем это необходимо.

Долгое время обсуждался вопрос о целесообразности назначения антибактериальной терапии пациентам с неосложненным ОБ. Исследования последних лет показали, что у среднестатистического больного с неосложненным ОБ при отсутствии подозрения на наличие пневмонии антибиотики не имеют преимуществ перед плацебо (за исключением пациентов пожилого возраста, имеющих высокий риск развития осложнений). Существуют подтверждения, что у пациентов пожилого возраста антибактериальная терапия более эффективна, чем у лиц молодого возраста.

Проблема рациональной антибактериальной терапии ИНДП продолжает оставаться актуальной и в настоящее

время. Наличие обширного арсенала антимикробных препаратов, с одной стороны, расширяет возможности лечения различных инфекций, а с другой — требует от врача знаний вопросов микробиологии, клинической фармакологии и других смежных дисциплин.

Погрешности при назначении антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей составляют львиную долю всех лечебно-тактических ошибок. При планировании антибактериальной терапии в амбулаторной практике необходимо учитывать и решать как тактические, так и стратегические задачи. К тактическим задачам относится рациональный выбор антибактериального препарата с наибольшим терапевтическим и наименьшим токсическим потенциалом. Стратегическая задача антибиотикотерапии в амбулаторной практике может быть сформулирована как уменьшение селекции и распространения резистентных штаммов микроорганизмов в популяции.

Одной из глобальных проблем современной медицины является антибиотикорезистентность, которая в некоторой степени является следствием неоправданного назначения антимикробных препаратов.

Таким образом, следует понимать, что неосложненный ОБ является именно той патологией, при которой не назначать антимикробные препараты — наиболее правильное решение.

Основным симптомом ОБ является острый кашель. С первых дней он имеет продуктивный характер (сопровождается выделением водянистой, а затем слизистой мокроты), звонкий и глубокий. Возможны незначительное затруднение дыхания, разбитость.

Частый упорный кашель, преимущественно в виде длительных приступов, приводит к повышению внутригрудного давления и может способствовать развитию ряда нежелательных реакций, особенно у пациентов пожилого возраста. К таким осложнениям относятся аритмии, усиление ишемии, развитие легочного сердца, кровоизлияние в склеры глаз, головокружение, обморок, ухудшение мозгового кровообращения (особенно опасно при наличии в анамнезе инсультов). Кроме того, кашель может приводить к головной боли, рвоте, нарушению сна, недержанию мочи и кала у ослабленного пациента пожилого возраста. Хронический кашель может сопровождаться формированием или увеличением уже имеющихся грыж (диафрагмальных, паховых, мошоночных и др.), обусловить развитие депрессии, осложняющей взаимоотношения пациента с окружающими.

Все это усугубляет течение основного заболевания и дополнительно ухудшает качество жизни больного. На сегодня разработано несколько опросников, позволяющих оценить качество жизни пациентов с кашлем. Следовательно, купирование этого симптома — ключевая задача для клинициста. Выбор оптимального препарата для лечения кашля базируется на учете патогенетических механизмов его возникновения.

Известно, что одним из основных факторов развития кашля является продукция провоспалительных цитокинов. Среди ключевых медиаторов принято выделять фактор активации тромбоцитов, гистамин, метаболиты арахидоновой кислоты (простагландины и лейкотриены) и цитокины. Под действием всех провоспалительных факторов развивается гиперсекреция слизи, нарушается мукоцилиарный клиренс, что приводит к развитию бронхиальной обструкции и бронхоспазма.

В настоящее время в лечении кашля широко применяются препараты с противовоспалительным действием. Но основные группы противовоспалительных средств, к которым относятся кортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты, только частично блокируют эндогенные факторы, вызывающие раздражение слизистой оболочки бронхов. Более того, кортикостероиды имеют ряд существенных побочных эффектов, а также не вполне эффективно влияют на механизм развития кашля.

Препаратом, который является эффективным противовоспалительным и, следовательно, противокашлевым средством, является фенспирида гидрохлорид (Инспирон), который лишен побочных эффектов кортикостероидов и нестероидных противовоспалительных препаратов. Противовоспалительное действие Инспирона реализуется в виде снижения синтеза простагландинов, лейкотриенов, ряда других цитокинов и гистамина. Так, благодаря способности блокировать H_1 -рецепторы данный препарат, оказывая спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру бронхов, препятствует развитию отека и уменьшает количество бронхиального секрета.

Ингибируя α_1 -адренорецепторы, Инспирон уменьшает вязкость мокроты и улучшает мукоцилиарный клиренс. Благодаря такому многогранному действию препарат в короткие сроки обеспечивает быстрое купирование кашля.

Существует достаточное количество исследований, подтверждающих высокую клиническую эффективность фенспирида гидрохлорида и его безопасность во всех возрастных группах.

В нашей практике уже давно и успешно применяется препарат Инспирон производства корпорации «Артериум». Он продемонстрировал не только высокую эффективность, но и хорошую переносимость. Препарат разрешен к применению у пациентов разных возрастных групп, в т. ч. пожилого возраста, и у лиц, имеющих ряд сопутствующих заболеваний. За время использования Инспирона нами не отмечено побочных эффектов, требующих отмены препарата.

Показательным является клинический случай, сочетающий неправильную тактику выбора стартовой терапии и достижение эффективности лечения благодаря ее коррекции.

Больная К., 48 лет, обратилась к врачу с жалобами на гипертермию ($37,5^\circ\text{C}$) на протяжении 4 дней, сопровождающуюся слабостью, одышкой и тахикардией при небольших физических нагрузках. Наряду с этим больную беспокоил сухой надсадный мучительный кашель, который существенно влиял на ее качество жизни.

Анамнез. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до $38,0^\circ\text{C}$. В 1-е сутки основными жалобами были першение в горле и насморк. С 1-го дня заболевания женщина начала принимать антибактериальный препарат у ацетилцистеин. Улучшения состояния после 3 дней лечения не наблюдалось, наоборот, кашель усилился, стал более интенсивным, сохранялись субфебрилитет и слабость.

Осмотр и данные лабораторных исследований. Оценка кашля как основного клинического симптома была выполнена по 4-балльной шкале (0 баллов — отсутствие кашля; 1 балл — покашливание; 2 балла — редкий сухой кашель; 3 балла — частый сухой кашель; 4 балла — мучительный кашель), характера мокроты — по 3-балльной шкале (0 баллов — мокрота отсутствует; 1 балл — скудная мокрота; 2 балла — умеренное количество мокроты; 3 балла — жидкая мокрота в значительном количестве); интенсивность кашля соответствовала 4 баллам, характер мокроты — 2 баллам.

При перкуссии легких звук не изменен. Аускультативно: над всей поверхностью рассеянные сухие хрипы. Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз ($9,8 \times 10^9/\text{л}$). Рентгенография легких: выявлено усиление рисунка корня легких.

Лечение. Антимикробный препарат у ацетилцистеин отменены; рекомендован Инспирон по 1 таблетке (80 мг) 3 р/сут. Оценка эффективности лечения проводилась на 3-и, 7-е и 10-е сутки (табл. 4).

Таблица 4. Оценка эффективности лечения		
Сутки	Кашель	Мокрота
1-е	4	2
3-и	2	2
5-е	2	1
10-е	1	0

Таким образом, на фоне лечения Инспионом на 3-и сутки интенсивность кашля значительно уменьшилась, количество мокроты заметно изменилось на 5-й день лечения. К 10-му дню терапии параллельно с купированием клинических проявлений отмечалась положительная лабораторная динамика, нормализовались гематологические показатели. При лечении Инспионом не выявлено нежелательных реакций. Лечебный эффект и переносимость препарата также были оценены как очень хорошие.

На данном клиническом примере еще раз хотелось бы подчеркнуть нецелесообразность применения антимикробных препаратов в лечении неосложненного ОБ. Напротив, раннее назначение Инспирона приводит к устранению основных симптомов заболевания и ускоряет выздоровление пациента.

Применяя Инспирон в лечении таких заболеваний, как острые и хронические воспалительные процессы ЛОР-органов и дыхательных путей (отит, синусит, ринит, ринофарингит, трахеит, ринотрахеобронхит, бронхит), бронхиальная астма (в составе комплексной терапии), сезонный и круглогодичный аллергический ринит, респираторные проявления кори и гриппа, коклюша, семейный врач значительно улучшит качество проводимой терапии.