



КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР С ЭКСПЕРТОМ

Разбор № 2

Патогенетические основы лечения острого бронхита

Согласно определению Европейского респираторного общества, острый бронхит – 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 (2005).

В структуре внебольничных инфекций дыхательных путей острый бронхит занимает более 70%.

Клинический случай

Пациентка П., 25 лет, заболела остро с повышения температуры тела до 37,9 °С, ломоты во всем теле, слабости, светобоязни. Беспокоила боль в горле, насморк, кашель. Самостоятельно начала принимать ампициллин по 2 табл. 4 р/сут. Температура тела нормализовалась на 3-й день. На 5-й день начала выделяться желтоватая мокрота, сохранялся изнуряющий кашель, температура тела поднялась до 37,5 °С.

При осмотре: частота дыхания 24/мин, сердечная деятельность удовлетворительная; перкуторно определялся ясный легочный звук; аускультативно – дыхание жесткое, хрипы не выслушивались. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 53%, эозинофилы – 3%, моноциты – 8%, лимфоциты – 32%, СОЭ – 12 мм/ч. В общем анализе мочи отклонений от нормы не выявлено.

Рентгенограмма органов грудной полости: легочные поля прозрачные. Усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговые тени не определяются (рис. 1).

Спирография: легкие нарушения бронхиальной проходимости (рис. 2). Следует отметить, что при адекватной терапии функция внешнего дыхания после проведенного лечения полностью восстанавливается.

При осмотре пациентки необходимо решить следующие вопросы:

- Какой диагноз можно установить больной?
- С каким заболеванием



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной полости больной П.

необходимо провести дифференциальную диагностику?

- Показано ли назначение антибиотиков (АБ)?
- Какую терапию можно предложить пациентке?
- Какой из препаратов патогенетической терапии предпочесть?

Обсуждение

Учитывая наличие характерной клинической картины (высокой температуры тела, интоксикации, боли в горле, насморка, кашля и т. д.), заболевание у пациентки можно расценить как острый бронхит (ОБ). И хотя до настоящего времени отсутствует золотой стандарт диагностики этой патологии, предположить наличие ОБ вирусной этиологии можно при следующих симптомах, таких как:

- острый кашель;
- субфебрилитет (<38,0 °С),
- симптомы инфекции верхних дыхательных путей (боль в горле, насморк);
- отсутствие тахикардии (<100/мин);
- отсутствие тахипноэ (<24/мин);

• отсутствие локальной физической симптоматики.

В ходе эпидемиологических исследований было показано, что основными возбудителями ОБ являются две группы респираторных вирусов: вирусы гриппа А и В, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, человеческий метапневмовирус (поражают преимущественно нижние дыхательные пути), а также коронавирусы, аденовирусы, риновирусы (поражают преимущественно верхние дыхательные пути), хотя возбудитель заболевания удастся выявить лишь у 16-40% больных. Под воздействием вирусов

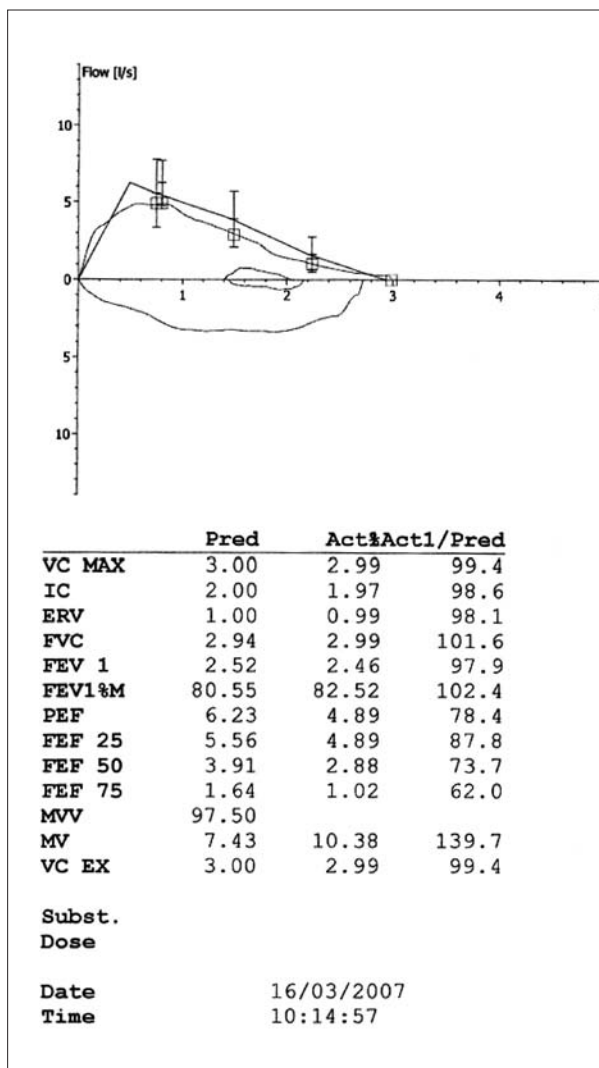


Рис. 2. Спирограмма больной П.



Л.В. Юдина, к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика

разрушается реснитчатый эпителий респираторного тракта (рис. 3, 4) и нарушается мукоцилиарный транспорт.

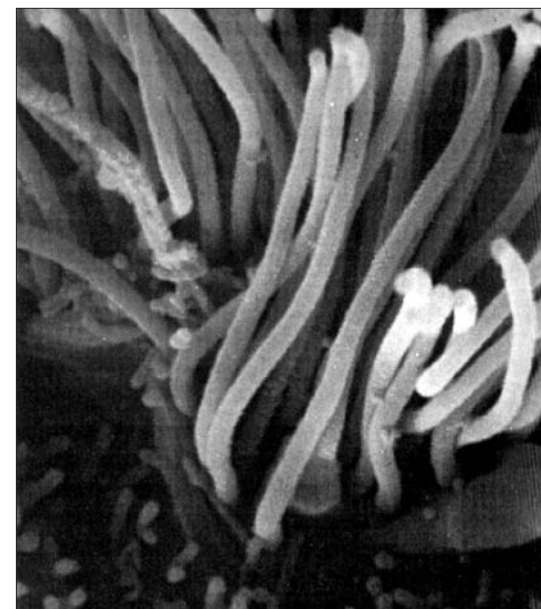


Рис. 3. Вид нормальной слизистой оболочки дыхательных путей

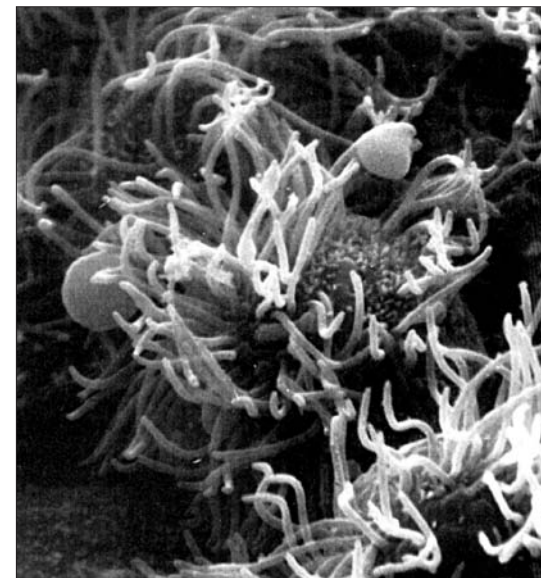


Рис. 4. Разрушение мерцательного эпителия дыхательных путей под воздействием вирусной инфекции

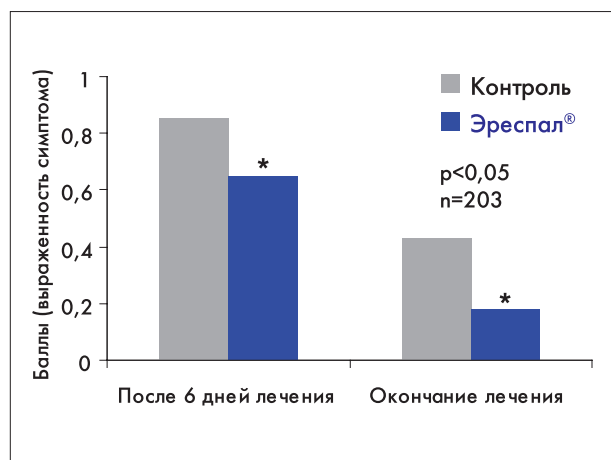


Рис. 5. Динамика кашля у пациентов с ОБ [3]

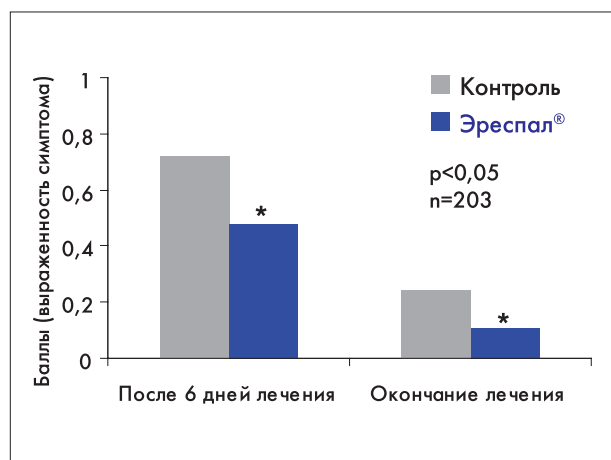


Рис. 6. Динамика выделения мокроты у пациентов с ОБ [3]

Это приводит к скоплению бронхиального секрета в дыхательных путях и развитию обструкции. Восстановление нормальной бронхиальной проходимости является обязательным компонентом лечения больных ОБ.

Для установления диагноза следует учитывать, что такие симптомы, как кашель, выделение мокроты, затрудненное дыхание, могут означать и внебольничную пневмонию (ВП). При наличии у больного повышения температуры тела $>38,0^{\circ}\text{C}$, озноба, кашля с выделением гнойной мокроты, боли в груди при глубоком вдохе, тахипноэ ($>24/\text{мин}$), тахикардии ($>100/\text{мин}$), локальных признаков (укорочения перкуторного звука, бронхиального дыхания, крепитации, влажных хрипов и др.) можно заподозрить ВП. Эти симптомы являются показанием к назначению рентгенографического исследования. Для дифференциальной диагностики ОБ и ВП проводится клинический анализ крови – стандартный лабораторный тест.

С учетом отсутствия клинической симптоматики ВП и очагов инфильтрации на рентгенограмме органов грудной полости у больной был диагностирован ОБ. Пациентка самостоятельно принимала ампициллин, что, исходя из этиологии заболевания, не оправдано. Высказываемое ранее предположение, что ОБ могут вызвать некоторые типичные возбудители пневмонии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, грамотрицательные аэробные энтеробактерии), не подтвердилось. В настоящее время концепция «острого бактериального бронхита» признана ошибочной [1]. Доказательства бактериальной этиологии ОБ выявляются менее чем у 10% пациентов с неосложненным течением заболевания [2]. При таком течении бронхита АБ не рекомендованы, так как они не оказывают влияния на вирусы. Антибактериальная терапия показана при явных признаках бактериальной инфекции: выделении

гнойной мокроты и увеличении ее количества, нарастании признаков интоксикации.

Почему же пациенту с остро возникшим кашлем в 70-90% случаев назначают АБ? Такая тактика обусловлена несколькими причинами:

- проще (и главное быстрее) назначить АБ, чем объяснить больному, почему эти препараты ему не показаны;

- как врачи, так и большинство пациентов считают прием АБ всего лишь «нейтральным» вмешательством: может помочь, но вряд ли навредит;

- подобная стереотипная реакция врача укрепляется в сознании больного, поэтому он ожидает подобное назначение.

Когда же следует применять АБ у пациентов с ОБ? Согласно концепции «отсроченного назначения антибиотиков» АБ следует на-

значать при отсутствии улучшений клинической симптоматики в течение 3-7 дней [2].

В анализируемом клиническом случае участковый врач на 7-й день назначил больной кларитромицин, секретолитик, антигистаминный препарат, отхаркивающее средство. Температура тела нормализовалась. Кашель сохранялся, беспокоил весь день. Над легкими стали выслушиваться сухие рассеянные хрипы с обеих сторон.

Инфекционное воспаление является основным патогенетическим звеном клинических проявлений инфекций нижних дыхательных путей. Развитие воспаления слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей способствует гиперсекреции вязкой слизи, нарушению мукоцилиарного транспорта, формированию отека слизистой оболочки респираторного тракта, гиперреактивности бронхов и бронхообструкции. У некоторых больных развиваются обструктивные состояния дыхательных путей (появляется сухой надсадный кашель, выслушиваются сухие свистящие хрипы).

Очевидно, что для устранения подобной симптоматики целесообразно назначать патогенетические, а не симптоматические средства. Необходимо применять средства, влияющие на воспалительный процесс и предотвращающие хронизацию болезни и в то же время безопасные. В связи с этим целесообразным является применение противовоспалительной терапии.

В последние годы в качестве неспецифического противовоспалительного средства при заболеваниях органов дыхания успешно применяется Эреспал®, воздействующий на все фазы воспалительного процесса и эффективный главным образом в отношении слизистой оболочки дыхательных путей. Противовоспалительный механизм действия Эреспала

обусловлен блокированием H_1 -гистаминовых и α_1 -адренергических рецепторов; уменьшением образования лейкотриенов, фактора некроза опухоли α и других медиаторов воспаления; подавлением миграции эффекторных воспалительных клеток и активации клеточных рецепторов. Это приводит к уменьшению отечности, ограничению выделения слизи в дыхательных путях, а также к исчезновению либо уменьшению спазма бронхов. Таким образом, Эреспал® оказывает антигистаминное, противоотечное и спазмолитическое действие в отношении гладкой мускулатуры бронхов, уменьшает объем бронхиального секрета.

В целом многофакторное влияние фенспирида (Эреспала) на воспалительный процесс реализуется в уменьшении клинических симптомов респираторной инфекции (в том числе кашля), уменьшении или предупреждении бронхообструктивного синдрома, улучшении мукоцилиарного клиренса.

В исследовании ЭРА, проведенном в 10 регионах России, у пациентов с ОБ прием Эреспала ассоциировался с более быстрым устранением кашля (рис. 5) и более ранним прекращением выделения мокроты (рис. 6) [3].

Учитывая комплексный характер терапии ОБ (воздействие на этиологический фактор, патогенетическая (противовоспалительная) и симптоматическая

терапия), пациентке можно было бы назначить такое лечение: макролид (например, кларитромицин на 5 дней), амброксол и Эреспал в дозе 80 мг каждые 8 ч в течение 10 дней.

Таким образом, можно подытожить, что в основе патогенеза инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей (в частности, ОБ) лежит воспаление, которое обуславливает клиническую симптоматику. Эффективность лечебных мероприятий зависит от раннего и целенаправленного воздействия на течение воспалительного процесса. С учетом многофакторного действия Эреспала® позволяет сократить количество назначаемых препаратов, так как выступает в качестве патогенетической терапии, оказывающей симптоматический эффект.

Литература

1. Синопальников А.С. Острый бронхит // Врач. – 2007. – № 5. – С. 13-17.
2. Березняков И.Г. Острый бронхит: нужны ли антибиотики? // Здоров'я України. – 2008. – № 12. – С. 38-39.
3. Козлов В.С. и соавт. Роль воспаления в патогенезе респираторных заболеваний // Consilium Medicum. – 2003. – Т. 5, № 10. – С. 566-581.

37

Эреспал®

Фенспирид

Противовоспалительный препарат первой линии
с комплексным механизмом действия

Назначьте с первого дня лечения!

- ✓ Быстро уменьшит симптомы воспаления¹
- ✓ Ускорит выздоровление¹

ДЛЯ ДЕТЕЙ:

- До 2-х лет или весом менее 10 кг: 4 мг/кг массы тела в сутки
- От 2-х лет или весом более 10 кг до 18 лет: 2-4 ст. ложки сиропа в день перед едой

ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ:

2-3 таблетки в день

1. Дворнич Л. И., Consilium Medicum, 06/10/2006

Эреспал, показания: лечение острых и хронических воспалительных процессов ЛОР-органов и дыхательных путей, аллергический ринит, респираторные проявления кори и гриппа, симптоматическая терапия коклюша, в составе комплексной терапии бронхиальной астмы, хронические обструктивные заболевания легких (таблетки). Противопоказания: повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата. Побочные эффекты: возможны расстройства пищеварения, тошнота, боль в желудке, сонливость. Редко: умеренная тахикардия, проходящая после снижения дозы, развития кожных и аллергических реакций. Условия отпуска препарата – по рецепту. Подробную информацию можно найти в инструкции для медицинского применения.

000 «Сервье-Україна» - Киев, ул. Воровского, 24.
Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40

Для дополнительной информации посетите сайт:
www.servier.ua