

Острый бронхит: современные проблемы диагностики и лечения в амбулаторных условиях. (Лекция)

И. В. Лещенко¹, Н. А. Эсаулова²

¹ ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», ² МО «Новая больница», Екатеринбург

Нередко в практической работе врача интерниста возникают трудности в установлении диагноза и определении тактики ведения больного с впервые возникшем и длительно сохраняющемся кашле или впервые развившемся бронхообструктивном синдроме. При наиболее частом респираторном симптоме «кашле», врачу необходимо в кратчайшие сроки определить оптимальный объем обследования больного и назначить соответствующее лечение. Значительная часть больных, обратившихся за медицинской помощью по поводу кашля, обследуется в амбулаторных условиях, что создает дополнительные трудности для врача из-за кратковременного общения врача с пациентом и ограниченных возможностей обследования больного в амбулаторных условиях.

Одной из причин кашля, появившегося впервые у больного после перенесенной острой респираторной инфекции (ОРВИ), является острый бронхит (ОБ). Каждому врачу интернисту необходимо помнить, что диагноз ОБ является диагнозом исключения. Что такое ОБ и когда врач должен диагностировать данное заболевание? В данной лекции мы попытаемся ответить на этот вопрос и помочь практическому врачу в диагностировании и лечении ОБ у взрослых.

Определение

Острый бронхит (**МКБ-10: J20**) — остро/подостро возникшее заболевание преимущественно вирусной этиологии, ведущим клиническим признаком 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 мы встречаемся со следующими диагностическими критериями заболевания: остро возникший кашель, продолжаю-

щийся 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»). Согласно определению экспертов ВОЗ (1966), хронический бронхит — это заболевание, характеризующееся продуктивным кашлем на протяжении 3 мес. и более в течение 2-х последовательных лет и более при исключении иной бронхолегочной и/или сердечно-сосудистой патологии

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 бронхиальной гиперчувствительности, такие, как нарушение баланса между тонусом адренэргической и нервной холинэргической системой. Клинически бронхиальная гиперчувствительность проявляется на протяжении от 1-й до 3-х недель и манифестируется кашлевым синдромом и наличием сухих хрипов при аускультации.

В развитии ОБ играют роль следующие патофизиологические механизмы:

- снижение эффективности физических факторов защиты;
- изменение способности фильтровать вдыхаемый воздух и освобождать его от грубых механических частиц,
- нарушение терморегуляции и увлажнения воздуха, рефлексов чиханья и кашля;
- нарушение мукоцилиарного транспорта в дыхательных путях.

И. В. Лещенко — д. м. н., проф., зав. курсом пульмонологии фак. повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»;
Н. А. Эсаулова — врач-пульмонолог МО «Новая больница».

Отклонения в механизмах нервной и гуморальной регуляции приводят к следующим изменениям бронхиального секрета:

- нарушению вязкости бронхиального секрета;
- содержания лизоцима, белка и сульфатов.

На течение воспаления в бронхах также влияют сосудистые нарушения, особенно на уровне микроциркуляции. Вирусы и бактерии проникают в слизистую оболочку бронхов чаще **аэрогенно**, но возможен гематогенный и лимфогенный путь проникновения инфекции и токсических веществ. 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) (см. цв. вкладку).

Эпидемиология

Эпидемиология ОБ связана с эпидемиологией вируса гриппа. Типичные пики нарастания заболевания и других респираторных вирусных болезней чаще в конце декабря и в начале марта [4]. Исследования по эпидемиологии ОБ в России не проводилось.

Факторы риска

- Факторами риска развития ОБ являются:
- аллергические заболевания (в т. ч. брон-

хиальная астма, аллергический ринит, аллергический конъюнктивит);

- гипертрофия носоглоточных и небных миндалин;
- иммунодефицитные состояния;
- курение (в т. ч. пассивное);
- пожилой и детский возраст;
- воздушные поллютанты (пыль, химические агенты);
- переохлаждение;
- очаги хронических инфекций.

Этиология острого бронхита

Основная роль в этиологии ОБ принадлежит вирусам. По данным *Monto A. S. et al.* [5] развитие ОБ в 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, коронавирус, аденовирус, 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 табл. 1 дана характеристика возбудителей ОБ.

Классификация

Общепринятой классификации не существует. До сих пор ведутся исследования для формирования единой классификации ОБ. Условно можно выделить этиологический и функциональный классификационные признаки заболевания:

- вирусный;
- бактериальный.

Возможны и другие (более редкие) этиологические варианты:

- токсический;
- ожоговый.

Таблица 1. Характеристика возбудителей острого бронхита

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, пандемии реже и 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

Токсический и ожоговый ОБ рассматривается не как самостоятельное заболевание, а как синдром системного поражения в рамках соответствующей нозологии.

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 [4]. В табл. 2 представлена частота клинических признаков ОБ у взрослых больных.

Наиболее частым клиническим симптомом при ОБ является кашель. Если продолжительность кашля более 3-х 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-х недель (вне зависимости от наличия мокроты), при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля [4]. Вот почему диагноз «острый бронхит» является диагнозом исключения.

Лабораторные данные

Специфических изменений в общем анализе крови не существует. Возможен лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево. При клинических признаках бактериальной этиологии ОБ рекомендуется бактериоскопическое исследование мокроты (окраска по Граму) и бактериологическое (посев мокроты). При возможности, определение антител к вирусам и микоплазмам.

Дифференциальная диагностика кашляющих больных

При остром кашле наиболее важна дифференциальная диагностика между ОБ и пневмонией и ОБ и острым синуситом. При хроническом кашле дифференциальный диагноз осуществляется с бронхиальной астмой (БА), гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), постназальным затеком, хроническим синуситом и кашлем, связанным с приемом

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 дых. 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.	Затруднения глотания	14
16.	Припухлость глотки	9
Физикальное исследование		
17.	Покраснение глотки	45
18.	Шейная лимфаденопатия	19
19.	Дистанционные хрипы	18
20.	Хрипы	17
21.	Чувствительность синусов при пальпации	16
22.	Гнойные выделения из носа	15
23.	Заложенность ушей	15
24.	Припухлость миндалин	11
25.	Температура тела более 37,8°C	9
26.	Удлиненный выдох	9
27.	Ослабление дыхательных звуков	7
28.	Влажные хрипы	5
29.	Припухлость миндалин	3

ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и т.д.

Ниже мы приводим перечень причин кашля:

- длительного кашля, связанные с заболеваниями органов дыхания;
- длительный кашель у больных с артериальной гипертензией и заболеваниями сердца;
- длительный кашель у больных с заболеваниями соединительной ткани;
- длительный кашель у курильщиков;
- длительный кашель у людей определенных профессий;
- длительный кашель у больных с атопией, аллергией или при наличии повышенной чувствительности к ацетилсалициловой кислоте;
- длительный кашель и лихорадка с выделением гнойной мокроты;
- другие причины длительного кашля.

Возможные причины длительного кашля, связанные с заболеваниями органов дыхания:

- бронхиальная астма;
- хронический бронхит;
- хроническая обструктивная болезнь легких;

- хронические инфекционные заболевания легких, особенно туберкулез;
- 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 затекания слизи в глотку из носовых ходов или частую потребность «очищать» глотку путем покашливания. У большинства пациентов выделения из носа слизистые или слизисто-гнойные. При аллергической природе постназального затека в носовом секрете обычно обнаруживаются эозинофилы. Причинами постназального затека могут быть общее охлаждение организма, аллергический и вазомоторный риниты, синуситы, раздражающие факторы внешней среды и лекарственные средства (например, ингибиторы АПФ);
- саркоидоз;
- рак легкого;
- плеврит.

Дифференциальная диагностика проводится с использованием клинических, функциональных, лабораторных, эндоскопических методов и методов лучевой диагностики.

Длительный кашель у больных с заболеваниями сердца:

- прием ингибиторов 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;
- сердечная недостаточность (кашель в ночное время). В дифференциальной диагностике помогает рентгенография органов грудной клетки и эхокардиография.

Длительный кашель у больных с заболеваниями соединительной ткани:

- фиброзирующий альвеолит, иногда в сочетании с ревматоидным артритом или склеродермией. Необходима компьютерная томография с высокой разрешающей способностью, исследование функции внешнего дыхания с определением функциональной остаточной емкости легких, диффузионной способностью легких и рестриктивных изменений;
- влияние лекарственных средств (препараты, принимаемые при ревматоидном артрите, препараты золота, сульфасалазин, метотрексат).

Длительный кашель у курильщиков:

- наиболее вероятными причинами являются ОБ с затянувшимся течением (более 3-х недель) или хронический бронхит;
- особая настороженность в отношении курящих лиц старше 50 лет, особенно отмеча-

ющих кровохарканье. У этой категории пациентов необходимо исключить рак легкого.

Длительный кашель у людей определенных профессий (профессиональные заболевания):

- асбестоз (работчие на стройках, а также лица, работающие в небольших автомастерских). Необходимо проведение лучевой диагностики и спирометрии, консультация профпатолога;
- «легкое фермера». Подозрение у работников сельского хозяйства (гиперчувствительный пневмонит, обусловленный воздействием плесневелого сена), возможна бронхиальная астма;
- профессиональная БА, начинающаяся с кашля, может развиваться у лиц различных профессий, связанных с воздействием химических агентов, органических растворителей в мастерских по ремонту автомобилей, химчистках, при производстве пластика, в зубных лабораториях, стоматологических кабинетах и т.д.

Длительный кашель у больных с атопией, аллергией или при наличии повышенной чувствительности к ацетилсалициловой кислоте.

Наиболее вероятный диагноз — БА. Наиболее частые симптомы — преходящая одышка и отделение слизистой мокроты.

Для проведения дифференциального диагноза необходимо провести следующие исследования:

- измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) в домашних условиях;
- спирометрию с бронходилатационной пробой;
- при возможности — определение гиперреактивности бронхиального дерева (провокация вдыхаемым гистамином или метахолина гидрохлоридом);
- оценка эффекта ингаляционных глюкокортикоидов.

При наличии длительного кашля и лихорадки, сопровождающегося выделением гнойной мокроты или без нее необходимо исключить:

- туберкулез легких;
- эозинофильная пневмония;
- возможно развитие васкулита (например, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера).

Необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки или компьютерной томографии, исследование мокроты на микобактерии туберкулеза, мазок и посев мокроты, анализ крови, определение содержания С-реактивного белка в сыворотке крови;

Другие причины длительного кашля:

- саркоидоз (рентгенография органов грудной клетки или компьютерная томография для исключения гиперплазии лимфатических узлов

дыхательной системы, инфильтратов в паренхиме легких, морфологическое исследование биоптатов различных органов и систем);

– прием нитрофуранов (необходимо анамнестически выяснить у больного о приеме нитрофуранов);

– плеврит (необходимо установить основной диагноз, пункция и биопсия плевры, исследование плевральной жидкости);

– ГЭРБ — одна из частых причин хронического кашля, встречающаяся у 40% кашляющих лиц [6]. 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.

Показания для консультации специалиста

Показаниями для консультации специалистов является продолжение кашля при стандартной эмпирической терапии ОБ, а именно:

– консультация пульмонолога для исключения хронической патологии легких;

– консультация гастроэнтеролога для исключения гастроэзофагеального рефлюкса;

– консультация ЛОР-врача для исключения ЛОР-патологии, как причины кашля.

Синуситы, бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс могут быть причиной длительного кашля (более 3-х недель) более, чем у 85% больных при нормальной рентгенограмме органов грудной клетки [7].

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, повышения 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.

В табл. 3 мы приводим симптомы у больных с кашлем и их диагностическую значимость при пневмонии.

Таблица 3. Вероятность пневмонии у больных с «острым кашлем»

Симптомы	Чувствительность, (%)	Специфичность, (%)
Лихорадка	44	79
Продуктивный кашель	79	38
Гнойная мокрота	65	52
Температура тела более 37,8	27	94
Сердцебиение более 100 уд. в мин	17	97
Частота дыхания более 25 в 1 мин	28	92
Сухие хрипы	15	90
Влажные хрипы	19	93
Усиление голосового дрожания	4	99,5
Эгофония	4	99,5
Шум трения плевры	4	99,5
Притупление перкуторного звука	4	99,5

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

Впервые появившийся у больного длительный кашель вызывает немалые трудности у врача при дифференциальной диагностике между ОБ и бронхиальной астмой.

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 β_2 -агонистами или в тесте с метахолином. Необходимо иметь в виду, что в 33% тесты с β_2 -агонистами и в 22% — с метахолином могут быть ложноположительными [8]. При подозрении на ложноположительные результаты функционального тестирования рекомендуется проведение пробной терапии в течение 1-й-3-х недель ингаляционными глюкокортикостероидами (ГКС), что при наличии БА должно прекратить или существенно уменьшить интенсивность кашля, что требует дальнейшего изучения.

Дифференциальная диагностика ОБ с наиболее вероятными заболеваниями, при которых имеется кашель, отражена в табл. 4.

Лечение

Основные цели лечения ОБ [1, 2]:

- облегчение тяжести кашля;
 - снижение его продолжительности;
 - возвращение к трудовой деятельности.
- Госпитализация больных с ОБ не показана.

Немедикаментозное лечение [9]:

1. Режим.
2. Облегчение выделения мокроты:
 - инструктировать пациента о необходимости поддержания адекватной гидратации;
 - инструктировать пациента о пользе увлажненного воздуха (особенно в сухую жаркую погоду и зимой в любую погоду);

– обратить внимание на необходимость устранения воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (уровень доказательности С).

Медикаментозное лечение:

– ЛС, подавляющие кашель (дексстрометорфан или кодеин), назначаются только при изнуряющем кашле;

– бронходилататоры при изнуряющем кашле (уровень доказательности А). В 3-х рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) показана эффективность бронходилатирующей терапии у 50% больных ОБ [10];

– антибактериальная терапия не показана при неосложненном течении ОБ [11]. Считается, что одной из причин ОБ является злоупотребление антибиотиками [11]. 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) [12]. При бактериальной этиологии ОБ рекомендуются один из перечисленных антибактериальных препаратов в общетерапевтических дозах: амоксициллин, кларитромицин, азитромицин.

Ниже мы приводим результаты 9 международных клинических исследований, в которых проводилась сравнительная оценка методов лечения ОБ. Критериям отбора отвечали 9 исследований (753 больных). Мета-анализ 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 тоже 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% соотв.; $p < 0,05$). 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-ей 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-х 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

Таблица 4. Дифференциальная диагностика острого бронхита

Заболевание	Основные признаки	Диагностика и комментарии
Пневмония	Локальные признаки поражения легких: крепитация, влажные хрипы, усиление голосового дрожания.	R-графия органов грудной клетки (т.к. нет 100% чувствительности, приоритет отдают клинической картине).
Коклюш	Постоянный кашель не менее 2-х недель у взрослых, пароксизмы кашля с инспираторным «вскриком» и последующей рвотой без видимых причин.	Обнаружение <i>Bordetella pertussis</i> в мазках из носоглотки в катаральном периоде болезни и в мокроте в спазматическом периоде болезни, или наличие отчетливой эпидемиологической связи с больным, у которого лабораторно доказан коклюш, или положительная полимеразная цепная реакция (ПЦР).
Хронические синуситы	Затекание слизи в дыхательные пути. Дискомфорт в области придаточных пазух.	КТ придаточных пазух носа.
Бронхиальная астма	Приступообразность и волнообразность симптоматики. Облегчение от ингаляций β_2 -агонистов и лечения ингаляционными ГКС.	Обратимость обструкции в пробе с бронхолитом – ком. Явления гиперреактивности (в тестах с метахолином) могут сохраняться в течение 8 недель после перенесенного ОБ у курильщиков, у атопиков в период поллинозиса.
ХОБЛ	Стаж курения.	Спирометрия, КЩС.
ГЭРБ	Кашель после обильной еды, в положение лежа, уменьшающаяся при перемене положения тела.	Эзофагогастроскопия, суточная рН-метрия.

Таблица 5. Основные положения ведения больного ОБ

Категории	Признак	Способ контакта	Сроки	Примечания
Анамнез	Прекращение кашля	Консультация по телефону или визит в поликлинику	2–4 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.

щие 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

Следует обращать внимание на соблюдение правил личной гигиены:

- частое мытье рук;
- минимизация контактов «глаза-руки», «нос-руки».

Обоснование. Большинство вирусов передается именно таким контактным путем.

Доказательства. Специальные исследования эффективности этой меры профилактики в дневных стационарах для детей и взрослых показало их высокую эффективность [13, 14]. 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 втором и третьем триместре беременности в эпидемический период по гриппу.

Эффективность вакцинации. У лиц среднего возраста вакцинация уменьшает число эпизодов гриппа и потери в связи с этим трудо-

способности [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 — римантидин (*rimantidine*) 100 мг 2 раза в день внутрь, амантадин (*amantadine*) 100 мг 2 раза в день внутрь [18], ингаляции занамивира (*zanamivir*) 10 мг в день [5] или озелтамивира «Тамифлю» (*ozeltamivir*) 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 [4].

Основные положения ведения больного с острым бронхитом

Основные положения ведения больного с ОБ представлены в табл. 5.

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

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

Литература

1. Falsey A. R., Griddle M. M., Kolassa J. E. et al. Evaluation of a handwashing intervention to reduce respiratory illness rates in senior day-care centers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999; 20: 200–202.
2. Клинические рекомендации. Пульмонология. Под ред. Чучалина А. Г. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2005: 240.

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru