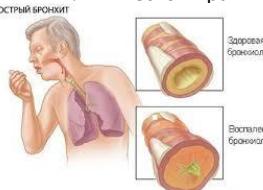


## Острый бронхит

кафедра семейной медицины

## Определение

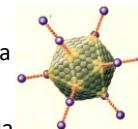
- **Острый бронхит** — это воспалительное заболевание внутренней оболочки бронхов, которое проявляется, в первую очередь, кашлем и дыхательными нарушениями;
- Одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в клинической практике.



5

## Микробиология

- Об практически всегда связан с вирусной инфекцией верхних дыхательных путей
- Риновирус, коронавирус, вирус гриппа А и В, парагрипп, респираторно-синцитиальный вирус ( 30-50%).
- Реже микоплазма (<1%), chlamydophila (5%) и Bordatella pertussis (1%)
- Доказательств в пользу концепции, связывающей острый бактериальный бронхит с микроорганизмами, являющимися типичными этиологическими факторами пневмонии, не получено.



6

## Классификация острого бронхита:

- **По МКБ-10 -J20 Острый трахеобронхит**
- Острый бронхит классифицируется на –
- Острый и хронический;
- Обструктивный и не обструктивный;
- Затяжное течение острого бронхита, когда клиника сохраняется до 4-6 недель.



7

## Клинические признаки

- Кашель с мокротой или без, продолжающийся > 5 дней;
- Кашель зачастую продолжается 10-20 дней;
- 50% пациентов с острым бронхитом откашливают гнойную мокроту;
- Значительное повышение температуры тела не характерно, системная симптоматика скучная;
- Могут быть сухие хрипцы или небольшая одышка;
- Может отмечаться болезненность грудной стенки при пальпации за счет натяжения мышц из-за кашля.



8

Гнойный характер мокроты,  
вопреки широко  
распространенному мнению,  
НЕ означает наличие  
бактериальной инфекции

9

### Диагностические исследования

- Рентген легких обычно не показателен, выявляет неспецифические изменения (например, уплотнения бронхиальной стенки в нижних отделах);
- Общий анализ крови также обычно не показателен: появление высокого лейкоцитоза или сдвига лейкоцитарной формулы влево (нейтрофиллез) указывает на бактериальную пневмонию;
- Посев на бактериальную культуру не рекомендуется;
- В редких случаях показано исследование крови на микоплазму или chlamydophila.

11

### Физикальный осмотр

- Могут выслушиваться сухие хрипы:
  - У 40% пациентов с ОБ выявляется бронхоспазм и снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1)
  - Гиперреактивность бронхов можно подтвердить, проведя провокационные тесты (нормализуется через 5-6 недель)
- Признаки консолидации паренхимы легких отсутствуют



10

### Показания для рентгеновского исследования органов грудной клетки

- Изменения жизненных показателей (ЧСС>100, ЧД>24, Температура>38°C)
- Влажные хрипы или признаки консолидации легочной паренхимы при физикальном исследовании
- Возраст > 75лет



12

## Диагностические критерии:

- Жалобы и анамнез:
  - факторами риска могут быть: контакт с больным вирусной респираторной инфекцией
  - сезонность (зимне-осенний период)
  - переохлаждение
  - наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя)



13

## Дифференциальная диагностика остро возникшего кашля



14

## Дифференциальный диагноз

Симптом	Острый бронхит	ОРВИ	Грипп	Пневмония
Лихорадка	<38, 1-3 дня	<38, 1-3 дня	>38, 3-7 дней	>38 с основами
Боли в горле, ринорея, заложенность носа	++	++	+	-
Миалгия, головные боли, недомогание	+ (1-2 дня)	+ (1-2 дня)	++ (3-7 дней)	+/-
Кашель	++	+/-	++	++
Боль в груди	+	-	+	++
Одышка	-	-	+/-	+/-
Тахипноэ	-	-	-	+
Тахикардия	-	-	+	+
Укорочение перкуторного звука, влажные хрипы	-	-	-	+

15

## Дифференциальный диагноз

Диагноз	Диагностические критерии
Острый бронхит –	Кашель без учащения дыхания ; Насморк, заложенность носа ; Повышение температуры тела, лихорадка.
Внебольничная пневмония	Фебрильная лихорадка выше $\geq 38,0$ – Озноб, боль в груди ; Укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, крепитация, влажные хрипы ; Тахикардия $> 100$ в мин ; Дыхательная недостаточность, ЧДД $> 24$ в мин, снижение сатурации $O_2 < 95\%$ .
Инородное тело	– ранний возраст; односторонние изменения при физикальном исследовании и на рентгене

16

Диагноз	Диагностические критерии
Бронхиальная астма –	Аллергоанамнез – Приступообразный кашель – Наличие сопутствующих аллергических заболеваний (атопический дерматит, аллергический ринит, проявления пищевой и лекарственной аллергии). – Эозинофилия в крови. – Высокий уровень IgE в крови. – Наличие в крови специфических IgE к различным аллергенам.
ТЭЛА –	Тахикардия, острое начало, может быть очаговая плевритическая боль, факторы риска для тромбоза глубоких вен, может быть одышка, кровохарканье. Следует поддерживать высокий уровень настороженности, так как эту патологию легко пропустить.

17

Диагноз	Диагностические критерии
ХОБЛ –	Хронический продуктивный кашель – Признаки бронхобструкции (удлинение выдоха и наличие систолических хрипов) – Развивается дыхательная недостаточность – Выраженные нарушения вентиляционной функции легких
Застойная сердечная недостаточность –	наличие других симптомов (отеки на ногах, повышенная утомляемость, анорексия), артериальная гипертензия или сердечная патология в анамнезе. Симптоматика усиливается в положении лежа или при физической нагрузке. Отклонения на ЭКГ и рентгене органов грудной клетки.

18

## Показания для госпитализации

### Появление осложнений

- признаков распространения бактериальной инфекции в респираторные отделы легких с развитием пневмонии
- признаков дыхательной недостаточности
- отсутствие эффекта от терапии
- необходимость проведения дифференциальной диагностики
- обострение серьезных сопутствующих заболеваний с признаками функциональной недостаточности (сердечно-сосудистая, почечная патологии и др.)



19

## Перечень основных диагностических мероприятий

- **Общий анализ крови по показаниям:**
- кашель более 3-х недель
- возраст старше 75 лет
- подозрение на наличие пневмонии
- фебрильная лихорадка более 38,0 С
- **Флюорография по показаниям**

20

## Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- общий анализ мокроты (при наличии)
- микроскопия мокроты с окраской по Грамму
- бактериологическое исследование мокроты
- микроскопия мокроты на БК
- спирография
- рентгенография органов грудной клетки
- электрокардиография
- консультация пульмонолога (при необходимости проведения дифференциальной диагностики и неэффективности проводимого лечения)

21

## Лечение

- Симптоматическое
  - НПСП или парацетамол
- Средства от кашля
  - Препараты центрального действия (кодеин, дексетрометорфан) обладают ограниченной эффективностью против кашля, связанного с ОРВИ
  - Рутинное применение бета-агонистов (сальбутамол) не подтверждено доказательствами (2011г. – мета-анализ 5 РКИ)



22

## Лечение

- Отхаркивающие :**
  - Не имеется достаточных доказательств ни за, ни против применения гвайфенезина – терафлю, колдакт и др.(одно исследование продемонстрировало положительный эффект; другое исследование показало отсутствие эффекта)
- Муколитики :**
  - Не имеется доказательств в поддержку их применения (результаты исследований противоречивы)
- Антигистамины – деконгестанты :**
  - Нет доказательств за или против
- Китайские лекарственные травы :**
  - Рандомизированных клинических исследований достаточно хорошего качества для подтверждения их эффективности не проводилось



23

## Международная практика

- В рекомендациях АССР указывается на отсутствие установленного в терапевтических исследованиях стойкого благоприятного эффекта отхаркивающих или муколитических средств при кашле, ассоциированном с острым бронхитом (Braman S.S., 2006, США).
- Из-за отсутствия доказательной базы АССР не рекомендует при остром бронхите прием перорально ингаляемых антихолинергических средств (Braman S.S., 2006, США).
- Кортикоиды (ингаляционно или перорально) также не рекомендованы ввиду недостатка доказательств в поддержку их применения при данном заболевании (Alberta Clinical Practice Guideline Working Group, 2008, Канада).

24

## Антибиотики



- Многочисленные клинические исследования продемонстрировали отсутствие эффекта
  - 2012г. – мета-анализ 15 РКИ курящих и не курящих пациентов (антибиотики снизили продолжительность кашля на 0.6 дня, но их применение связано с побочными эффектами)
  - 2 последующих РКИ (2061 пациент в одном и 390 пациентов в другом) показали отсутствие положительного эффекта применения антибиотиков, а именно: отсутствие облегчения симптоматики или снижения продолжительности заболевания
  - Ретроспективное исследование 3.36 миллионов клинических случаев инфекций верхних дыхательных путей показало легкое снижение уровня заболеваемости пневмонией вследствие перенесенных респираторных инфекций (включая острый бронхит). Положительный эффект более значителен среди пациентов старшей возрастной группы (но, для предотвращения развития одного случая пневмонии, необходимо пролечить антибиотиками 39 пациентов в возрасте старше 65 лет)

25

## Международная практика

Совместное заявление (Американская Академия семейных врачей, Американская Коллегия терапевтов, Центр по контролю заболеваемости, Американское Общество специалистов по инфекционным болезням)

- Оценка состояния взрослых пациентов с острыми, сопровождающимися кашлем, заболеваниями или с предварительным диагнозом острый бронхит, должна быть направлена на исключение более тяжелых заболеваний, особенно пневмонии
- Рутинное назначение антибиотикотерапии не рекомендуется, вне зависимости от продолжительности кашля
- Удовлетворенность пациента качеством лечения при остром бронхите зависит, в основном, от уровня взаимоотношений врача и пациента, а не от лечения антибиотиками.

26

## Международная практика

- Гнойная мокрота, как единственный признак, не является показанием к антибиотикотерапии у ранее здоровых пациентов при отсутствии физикальных признаков пневмонии (**Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002**).
- Согласно рекомендациям **Британского торакального общества, у детей, при остром бронхите с отхождением мокроты зеленого цвета, при отсутствии признаков пневмонии, антибиотики также не показаны** (Shields M.D. et al., 2008).

27

## Международная практика

- В рекомендациях **Национального института здоровья и качества медицины Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии** указывается, что острый бронхит не следует лечить антибиотиками, за исключением наличия риска тяжелых осложнений вследствие коморбидных состояний.
- Антибиотики рекомендуется назначать:**
  - Пациентам с острым кашлем в возрасте старше 65 лет, при наличии  $\geq 2$  следующих критерий
    - случаи госпитализации за последний год,
    - наличие сахарного диабета или застойной сердечной недостаточности
    - терапия глюкокортикоидами
  - пациентам в возрасте старше 80 лет, при наличии  $\geq 1$  из вышеперечисленных критерий (Tan T. et al., 2008).

28

## Антибиотики

- Коклюш
  - Рутинная терапия не рекомендуется
  - Если имеется подозрение, основанное на наличии локальной вспышки, следует сделать диагностические тесты и лечить только в случае положительного результата анализа
  - Антибиотики дают положительный эффект только при раннем начале терапии (в течение первой недели), при более позднем начале снижают риск инфекционных осложнений
  - Препараты выбора = макролиды



29

## Выводы:



Известно, что даже без использования лекарств большинство случаев острого бронхита достаточно быстро и благополучно разрешается.

31

## Противовирусная терапия

- Ингибиторы нейраминидазы (оселтамивир) следует назначать только при подозрении на грипп (типичная симптоматика и наличие вспышки)
  - Для получения максимального эффекта лечение следует начинать в течение первых 48 часов от начала заболевания
  - Показания
    - Возраст > 65 лет
    - Беременные и женщины в первые 2 недели после родов
    - Пациенты с рядом сопутствующих хронических заболеваний
- Доказательств в пользу применения интерферона не имеется



30

## Литература (1)

- *Antimicrobial resistance: global report on surveillance*. World Health Organization, 2014г.
- *The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action*. World Health Organization, 2012г.
- Решедько Г.К., Козлов Р.С. Состояние резистентности к антиинфекционным химиопрепаратам в России.
- Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова М.: РЦ «Фармединфо», 2007. С. 32–46.
- Levy S.B. Starting life resistance-free // *N Engl J Med*. 1990. Vol. 323. P. 335–337.
- Rudholm N. Economic implications of antibiotic resistance in a global economy // *J Health Econ*. 2002. Vol. 21. P. 1071–1083.
- Howard D.H., Scott R.D., Packard R., Jones D. The global impact of drug resistance // *Clin Infect Dis*. 2000. Vol. 36 (Suppl. 1). P. 4–10.

32

## Литература (2)

- Evidence-based medicine working group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine // JAMA. 1992. V. 258. P. 2420-2425.
- Institute of Medicine. *Microbial threats to health: emergence, detection and response*. Washington DC, National Academics Press, 1998.
- Strategic Council on Resistance in Europe. *Resistance: a sensitive issue, the European roadmap to combat antimicrobial resistance*. Utrecht, the Netherlands, SCORE, 2004.
- Wiffen P, Gill M, Edwards J, Moore A. Adverse drug reactions in hospital patients: a systematic review of the prospective and retrospective studies. *Bandolier Extra*, 2002.
- Reducing and preventing adverse drug events to decrease hospital costs. Agency for Healthcare Research and Quality, 2000.
- Хвещук П.Ф., Рудакова А.В. Формуляр лекарственных средств: методология разработки. СПб.: ВМедА, 2002.

33

## Клинический случай

Мужчина, 25 лет, жалобы на кашель, который начался 10 дней назад. В первые 1-2 дня была субфебрильная температура (до 38°C). Кроме того, 4-5 дней беспокоил насморк, заложенность носа и першение в горле. Кашель частый, иногда продуктивный (с мокротой белого или желтого цвета). Отмечает боль за грудиной во время кашля. В прошлом 2-3 раза отмечались подобные эпизоды продолжительностью до 4 недель. Не курит.

Ваш диагноз и тактика ведения?

34

**Благодарю за  
внимание!**



35