

Д.Д. Смугага, А.В. Овсяник
**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛИТОВ
 У ВЗРОСЛЫХ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ю.Ю. Панкратова, Т.Б. Борисова²
 Кафедра внутренних болезней, гастроэнтерологии и нутрициологии с курсом
 повышения квалификации и переподготовки*

¹*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

²*10-я городская клиническая больница*

D.D. Smuraga, A.V. Ovsyanik
**FEATURES OF DIAGNOSTICS AND COURSE OF BRONCHIOLITIS
 IN ADULTS**

Tutor: PhD, associate professor Y.Y. Pankratava, T.B. Borisova²

*Department of Internal Medicine, Gastroenterology and Nutrition with a Course of Advanced
 Training and Retraining*

¹*Belarusian State Medical University, Minsk*

²*10th City Clinical Hospital*

Резюме. Бронхиолит – заболевание, которое чаще регистрируется в детском возрасте. Однако в связи с более частым применением компьютерной томографии стало выявляться чаще и у взрослых. К настоящему времени недостаточно исследований, посвященных особенностям клинических проявлений, течения бронхиолитов и подходам к терапии.

Ключевые слова: бронхиолит, компьютерная томография органов грудной клетки.

Resume. Bronchiolitis is a disease that is most often registered in childhood. However, due to the more frequent use of computed tomography, it has become more common in adults. To date, there are insufficient studies devoted to the features of clinical manifestations, the course of bronchiolitis, and approaches to therapy.

Keywords: bronchiolitis, chest computed tomography.

Актуальность. Бронхиолит – это общий термин, используемый для описания неспецифического воспалительного поражения мелких дыхательных путей диаметром 2 мм и менее. По данным разных авторов, патология мелких бронхов имеет широкую распространенность у детей [1, 2]. У взрослых может протекать как в виде острого, так и в виде хронического заболевания и иметь самые разные причины для возникновения. Среди возбудителей острого бронхиолита указываются респираторные вирусы, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* [1, 2]. Появляются отдельные публикации о все более частом выявлении бронхиолитов у лиц старше 18 лет [2, 3]. По данным корейских исследователей, на фоне роста заболеваемости бронхиолитом у взрослых наблюдается увеличение расходов на здравоохранение [3]. При этом имеется очень мало публикаций, посвященных особенностям диагностики и течения бронхиолитов, отсутствуют клинические протоколы ведения пациентов с данной патологией.

Цель: изучить особенности диагностики и течения бронхиолитов у взрослых.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 61 карты стационарного пациента с бронхиолитом, выявленным с помощью компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). У 84 % в направительном диагнозе была указана пневмония. 16% госпитализированы по поводу бронхита с бронхообструктивным синдромом. По результатам КТ ОГК пациенты были разделены на 3 группы: с изолированным бронхиолитом, бронхопневмонией, интерстициальной пневмонией в сочетании с диффузным бронхиолитом. Для сравнения методом случайной выборки были отобраны 20 карт стационарного пациента с внебольничной пневмонией и без признаков бронхиолита по данным КТ ОГК. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Excel и Statistica 10. Для сравнения групп применялись критерии Мана-Уитни, Крускала-Уолиса.

Результаты их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 58 [19; 96] лет. Преобладали мужчины (54%). По нашим данным, бронхиолит выявлялся у пациентов в течение всего года, однако в 60% случаев регистрировался в осенне-зимний период. Заболевание сопровождалось повышением температуры, осиплостью голоса, сухим малопродуктивным кашлем у большинства пациентов. Отсутствовало вдыхание промышленных аэрозолей, прием иммуносупрессивных препаратов в анамнезе, что позволяло подозревать вирусно-бактериальную природу патологического процесса. По данным стационарных карт, пациенты отрицали курение вейпов. У всех пациентов в процессе обследования был исключен туберкулез легких.

У 28% пациентов с бронхиолитом при аускультации легких выявлялись одно- или двухсторонние мелкопузырчатые хрипы, у 32% – свистящие хрипы, у 40% хрипы не выслушивались. Почти у всех пациентов выявлялась дыхательная недостаточность, проявлявшаяся в появлении одышки при ранее переносимой нагрузке и снижением сатурации. С целью уточнения диагноза выполнялась КТ ОГК. В группе пациентов с изолированным бронхиолитом гипердиагностика пневмонии при поступлении выявлена в половине случаев. Основными рентгенологическими проявлениями заболевания были мелкоузловые уплотнения, расположенные перибронховаскулярно (феномен "дерева в почках"). Можно предположить, что в целом существует недостаточная диагностика бронхиолита, т.к. КТ ОГК является дополнительным методом диагностики и выполняется по показаниям.

Обнаружены гендерные различия при оценке активности воспалительного процесса: по уровню С-реактивного белка (СРБ) ($n=60$; $U=294$; $Z=2,24$; $p=0,02$) (рис.1); прокальцитонина ($n=30$; $U=73$; $Z=1,994$; $p=0,046$), выраженности нейтрофильного лейкоцитоза ($n=56$; $U=238$; $Z=2,5$; $p=0,01$), палочкоядерного сдвига ($n=60$; $U=298$; $Z=2,19$; $p=0,03$). Активность воспалительного процесса была выше у мужчин ($t=2,5$; $p=0,014$). Достоверных различий в показателях СРБ, прокальцитонина у пациентов с изолированным бронхиолитом, бронхиолитом в сочетании с пневмонией и с пневмонией без бронхиолита не было. Аналогичные данные были получены при сравнении групп по уровню д-димера, лейкоцитов, нейтрофилов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Только у 13% пациентов не потребовалась смена антибактериальной терапии. Все пациенты в процессе лечения получали азитромицин или левофлоксацин в сочетании с цефалоспоридами при необходимости. 15% нуждались в бронходилататорах, получали преднизолон коротким курсом с хорошим эффектом. По уровню сатурации и потребности в кислородотерапии достоверных различий между группами не получено.

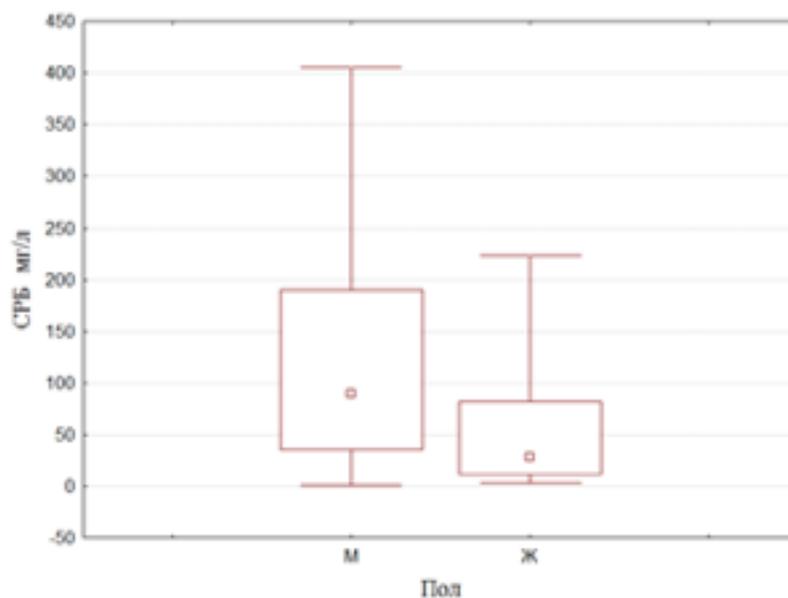


Рис. 1 – Гендерные различия уровня СРБ

Выводы:

1. По данным нашего исследования, бронхиолит может встречаться у лиц любого возраста. Отсутствуют симптомы, позволяющие заподозрить патологию очень мелких бронхов клинически.
2. Выраженность дыхательной недостаточности, воспалительные сдвиги при изолированном остром бронхиолите не отличаются от таковых при пневмонии и при сочетании патологии.
3. Активность воспалительного процесса при бронхиолите у пациентов нашей выборки выше у мужчин.

Литература

1. Линцов А.Е. Диагностика и лечение бронхиолитов в современной клинической практике: учебное пособие. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2021. – 44 с.
2. Viskens K. [и др.] Bronchiolitis in Adults: Etiology, Diagnostic, and Therapeutic Approach // Respiration. –2025. –Jan 21. –P. 1–12.
3. Jeong J.S. [и др.] Prevalence and comorbidities of bronchiolitis in adults. A population-based study in South Korea // Medicine. –2022. –С. 101–125.