

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО БРОНХИТА С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Введение. Дифференциальная диагностика заболеваний с бронхообструктивным синдромом нередко представляют проблему для врачей различных специальностей. Наличие в целом схожей клинической картины, акцент пациента на имеющихся жалобах: кашель, отделение мокроты, одышка, дискомфорт в грудной клетке, а нередко и свистящее дыхание, делает дифференциальную диагностику болезней органов дыхания сложной. Что особенно важно, учитывая необходимость выбора разной тактики ведения пациента при различных заболеваниях с признаками бронхообструкции.

Для дифференциальной диагностики каждый врач должен учитывать жалобы пациента, данные анамнеза, объективные данные и результаты дополнительных методов исследования.

В настоящее время под острым бронхитом понимают остро/подостро возникшее воспаление нижних отделов дыхательных путей преимущественно вирусной этиологии, ведущим клиническим симптомом которого является продуктивный кашель (чаще продуктивный), продолжающийся не более 2-х недель, в сочетании с характерными признаками инфекции нижних отделов дыхательной системы (хрипы, дискомфорт в грудной клетке, одышка) без возможности их альтернативного объяснения в рамках острого или хронического процесса (пневмония, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) [1].

С клинической точки зрения острый бронхит характеризуется остро возникшим кашлем, продолжающимся менее 14 дней, в сочетании, по крайней мере, с одним из таких симптомов, как отделение мокроты, одышка, свистящие хрипы в легких или дискомфорт в грудной клетке [1].

Симптомы заболевания, их наличие на протяжении длительного времени являются важнейшим фактором дифференциальной диагностики с хроническими заболеваниями системы органов дыхания и, в первую очередь, с хроническим бронхитом.

Хронический бронхит клинически определяется, как заболевание при наличии кашля с продукцией мокроты на протяжении, по крайней мере, 3-х месяцев в течение 2-х последовательных лет. Обострение хронического бронхита определяется, как состояние, связанное с ухудшением состояния стабильного пациента с симптомами увеличения объема мокроты, появления гнойной мокроты и/или нарастанием одышки [2].

Еще более сложным является проведение дифференциальной диагностики в случае, если бронхит осложняется обструктивным синдромом. Следует помнить, что для диагностики хронических заболеваний органов дыхания, в том числе протекающих с бронхообструктивным синдромом, важная роль принадлежит изучению факторов риска, семейного и профессионального анамнеза.

Как бронхиальная астма, так и хроническая обструктивная болезнь легких может характеризоваться наличием схожих с острым бронхитом, осложненным обструктивным синдромом, как жалоб, так и ряда объективных данных, выявляемых при физикальном обследовании пациента. Следует учитывать также и то, что впервые возникшая обструкция при остром бронхите может являться дебютом бронхиальной астмы.

В то же время пациенты с острым и хроническим бронхитом, бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) нуждаются в разной тактике ведения пациента, различаются и требования к объемам диагностических мероприятий, принципы медикаментозной терапии.

Цель. Определить значение острого бронхита, осложненного обструктивным синдромом, в клинической практике пульмонологических стационаров.

Задачи и методы. На основании изучения данных структуры госпитализированных пациентов определить место острого бронхита, осложненного обструктивным синдромом, в разрезе пульмонологических отделений учреждений здравоохранения г. Минска.

Результаты и выводы. За 2024 год в условиях пульмонологических стационаров г. Минска пролечено 12940 пациентов. При анализе структуры нозологических форм заболеваний пациентов, пролеченных в условиях пульмонологических стационаров, преобладали пневмонии - 42%. Пациенты с хронической обструктивной болезнью легких и хроническим бронхитом составили в структуре пролеченных больных 10,2%. Пациенты с острым бронхитом, осложненным обструктивным синдромом – 7,4%. Пациенты с бронхиальной астмой составили 4%.

Для клинической картины острого бронхита в начале болезни характерны симптомы респираторной вирусной инфекции: подъем температуры тела, катаральные изменения верхних дыхательных путей, нарушение общего состояния. Выраженность и характер симптомов во многом варьируют в зависимости от возбудителя болезни, коморбидной патологии пациента. Признаки бронхообструкции, затруднение выдоха могут отмечаться в первый день заболевания или в процессе течения вирусной инфекции (на третий-пятый дни). Частота дыхания и продолжительность выдоха постепенно увеличиваются. Дыхание становится шумным и свистящим. Такая клиническая картина связана с развитием гиперсекреции и накоплением секрета в просвете бронхов. Из-за одышки и лихорадки происходит изменение вязкостных свойств секрета - он «подсыхает». При этом развивается характерная аускультативная картина – возникают жужжащие (низкие) и свистящие (высокие) сухие хрипы. Поражение бронхов имеет распространенный характер и поэтому жесткое дыхание с сухими свистящими и жужжащими хрипами прослушивается одинаково над всей поверхностью грудной клетки. Хрипы не редко имеют дистанционный характер – могут быть слышны на расстоянии. Начало заболевания острым бронхитом такое же, как при ОРВИ и лишь позже развиваются признаки бронхообструкции – экспираторная одышка и кашель. Для бронхита с обструкцией типично преобладание симптоматики поражения крупных бронхов: свистящее дыхание, сухие, музыкальные хрипы. При оценке

обструкции следует ориентироваться на выраженность вздутия легких (перкуссия границ), частоту дыхания и степень втяжения мягких тканей в межреберных промежутках, а также на уровни PO_2 и PCO_2 и других признаков дыхательной недостаточности. При остром бронхите выраженная обструкция держится 1-4 дня, полная нормализация состояния наступает через 1-2 недели.

Для принятия решения о госпитализации важнейшее значение имеет тяжесть состояния пациента, наличие и выраженность дыхательной недостаточности, неэффективность проводимого лечения.

Оценка жалоб при остром бронхите, тщательный сбор анамнеза, оценка клинических симптомов и данных физикального обследования позволяет исключить серьезные, жизнеугрожающие заболевания (внебольничная пневмония). При формулировке диагноза острого бронхита учитывают особенности клинического течения заболевания (степень тяжести, период болезни) и приводят его обоснование. При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой для каждого из пунктов. [1].

Дифференциальная диагностика в случае затяжного течения заболевания, протекающего с явлениями бронхообструкции и/или длительным кашлем, должна проводиться с обострением хронического бронхита/ХОБЛ, обострением бронхиальной астмы [1].

Диагностические критерии ХОБЛ, бронхиальной астмы представлены в соответствующих нормативно-правовых актах [3, 4]. Следует учитывать, что первичную диагностику бронхиальной астмы в амбулаторных условиях у пациентов осуществляют врачи общей практики, врачи-терапевты. Для уточнения диагноза, коррекции лечения врач общей практики, врач-терапевт направляет пациента на консультацию к врачу-пульмонологу и (или) врачу-аллергологу-имунологу [3].

Пациентам с подозрением на наличие бронхообструкции проводится спирометрия для выявления и оценки степени тяжести и обратимости обструкции дыхательных путей с обязательным выполнением бронходилатационного теста [1-4].

Следует учитывать, что большинство диагностических исследований, рекомендуемых при хронических заболеваниях органов, в том числе с бронхообструкцией, может выполняться в амбулаторных условиях.

Таким образом острый бронхит представляет собой патологию, которая в большинстве случаев диагностируется в амбулаторных условиях. Прогноз при заболевании благоприятный, а большинство пациентов получает лечение вне условий стационара. Наличие осложненного течения заболевания, в том числе наличие выраженного бронхообструктивного синдрома, обуславливает необходимость стационарного лечения. Для определения оптимальной тактики ведения пациента необходима тщательная диагностика заболевания, основанная на жалобах и анамнезе пациента, данных объективных и дополнительных методов исследования, включая выявление и оценку степени тяжести бронхообструкции.

Литература

1. Клинические рекомендации Острый бронхит. – 2024. – М. – 41с.
2. Клинические рекомендации Хронический бронхит. – 2024. – М. – 38 с.
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.04.2024 № 84 «Об утверждении клинического протокола».
4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.03.2025 № 31 «Об утверждении клинического протокола».

Исполнительный комитет Содружества Независимых Государств
Министерство здравоохранения Республики Беларусь
ГУ «Республиканский научно-практический центр
пульмонологии и фтизиатрии»

Актуальные вопросы респираторного здоровья

Материалы I Международного конгресса
специалистов СНГ
в области респираторного здоровья

(30–31 октября 2025, Минск)

Научное электронное издание

Минск
«Профессиональные издания»
2025