

*Маматкулова Ф.Х.
Старший преподаватель,
Самаркандский государственный
медицинский университет,
Самарканд, Республика Узбекистан*

ОСТРЫЙ БРОНХИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Аннотация

Острый бронхит представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний нижних дыхательных путей, характеризующееся острым воспалением слизистой оболочки бронхов преимущественно вирусной этиологии. Заболевание встречается во всех возрастных группах, однако особое значение имеет в педиатрической практике. В статье представлены современные сведения об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, диагностике и лечении острого бронхита с учетом современных клинических рекомендаций. Особое внимание уделено принципам рациональной фармакотерапии, показаниям к назначению антибактериальных препаратов и профилактике заболевания.

Ключевые слова: острый бронхит, воспаление бронхов, кашель, респираторные инфекции, вирусы, диагностика, лечение.

*Mamatkulova F.Kh.
Senior Lecturer,
Samarkand State
Medical University,
Samarkand, Republic of Uzbekistan*

ACUTE BRONCHITIS: MODERN CONCEPTS OF ITS ETIOLOGY, PATHOGENESIS, DIAGNOSIS, AND TREATMENT

Abstract

Acute bronchitis is one of the most common lower respiratory tract diseases, characterized by acute inflammation of the bronchial mucosa, primarily of viral etiology. The disease occurs in all age groups, but is of particular importance in pediatric practice. This article presents current information on the epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and treatment of acute bronchitis, taking into account current clinical guidelines. Particular attention is paid to the principles of rational pharmacotherapy, indications for the use of antibacterial drugs, and disease prevention.

Key words: acute bronchitis, bronchitis, cough, respiratory infections, viruses, diagnosis, treatment.

Введение

Острый бронхит является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью. Согласно современным данным, заболевание занимает ведущее место среди инфекций нижних дыхательных путей и ежегодно регистрируется у миллионов пациентов во всем мире [1-6]. В большинстве случаев заболевание развивается после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции и характеризуется

воспалением слизистой оболочки трахеобронхиального дерева без признаков пневмонии [5-10].

Высокая распространенность заболевания обусловлена сезонным подъемом вирусных инфекций, неблагоприятными экологическими факторами, курением, загрязнением атмосферного воздуха и снижением иммунной защиты организма [15-18]. Наиболее часто заболевание регистрируется в осенне-зимний период, когда значительно возрастает циркуляция вирусов гриппа, парагриппа, риновирусов, коронавирусов, аденовирусов и респираторно-синцитиального вируса [11-18].

Несмотря на доброкачественное течение заболевания у большинства пациентов, острый бронхит остается важной медико-социальной проблемой вследствие высокой временной нетрудоспособности, значительных экономических затрат и широкого распространения необоснованного применения антибиотиков. Современные клинические рекомендации подчеркивают, что более чем в 90 % случаев заболевание имеет вирусную природу, тогда как бактериальная инфекция встречается значительно реже.

Этиология

Ведущая роль в развитии острого бронхита принадлежит вирусной инфекции. Основными возбудителями являются:

- вирусы гриппа А и В;
- риновирусы;
- коронавирусы;
- аденовирусы;
- вирус парагриппа;
- респираторно-синцитиальный вирус;
- метапневмовирус человека.

Реже заболевание вызывают бактерии, среди которых наиболее значимыми считаются *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* и *Bordetella pertussis*. У пациентов с иммунодефицитными состояниями возможно участие условно-патогенной бактериальной флоры.

Факторами риска развития заболевания являются:

- табакокурение;
- хронические заболевания легких;
- аллергические заболевания;
- загрязнение атмосферного воздуха;
- переохлаждение;
- пожилой возраст;
- детский возраст;
- иммунодефицитные состояния.

Патогенез

После проникновения инфекционного агента происходит его адгезия к эпителию дыхательных путей. Вирусы повреждают мерцательный эпителий бронхов, нарушают мукоцилиарный клиренс и вызывают развитие воспалительной реакции. В ответ активируются клетки врожденного иммунитета, усиливается синтез провоспалительных цитокинов (интерлейкинов-1, -6, -8, фактора некроза опухоли- α), увеличивается проницаемость сосудов микроциркуляторного русла и развивается отек слизистой оболочки бронхов.

Одновременно усиливается секреция слизи бокаловидными клетками, повышается вязкость бронхиального секрета, что приводит к нарушению его эвакуации и появлению кашля. При выраженном воспалительном процессе возможно развитие обратимого бронхоспазма, особенно у детей и пациентов с гиперреактивностью бронхов.

В большинстве случаев воспалительный процесс носит обратимый характер и завершается полным восстановлением структуры слизистой оболочки бронхов в течение нескольких недель.

Клиническая картина

Основным клиническим проявлением острого бронхита является кашель, который сохраняется до 2–3 недель, а у некоторых пациентов может продолжаться до 4 недель. В начале заболевания кашель чаще сухой, навязчивый, затем становится влажным с отделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Появление окрашенной мокроты само по себе не свидетельствует о бактериальной инфекции и не является основанием для назначения антибиотиков.

Заболевание обычно начинается остро на фоне инфекции верхних дыхательных путей.

Пациенты предъявляют жалобы на:

- кашель различной интенсивности;
- чувство першения или саднения за грудиной;
- небольшую болезненность при кашле;
- слабость;
- субфебрильную температуру тела (реже выше 38 °С);
- умеренную одышку при физической нагрузке.

При физикальном обследовании состояние большинства пациентов остается удовлетворительным. Во время аускультации определяются жесткое дыхание, рассеянные сухие и единичные влажные хрипы, изменяющиеся после кашля. При неосложненном течении признаки дыхательной недостаточности отсутствуют.

У детей младшего возраста вследствие анатомо-физиологических особенностей дыхательных путей возможно развитие бронхообструктивного синдрома, сопровождающегося экспираторной одышкой, свистящим дыханием и участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

Диагностика

Диагноз острого бронхита устанавливается преимущественно на основании клинической картины. Основными критериями являются остро возникший кашель продолжительностью не более четырех недель, отсутствие признаков пневмонии и других заболеваний нижних дыхательных путей, способных объяснить имеющиеся симптомы.

Лабораторная диагностика

При неосложненном течении заболевания проведение лабораторных исследований обычно не требуется.

При наличии показаний выполняют:

- общий анализ крови;
- определение С-реактивного белка;
- прокальцитонин-тест (при подозрении на бактериальную инфекцию);
- вирусологические исследования методом ПЦР в период эпидемических вспышек.

Для вирусного бронхита характерны нормальное или незначительно повышенное количество лейкоцитов, умеренное повышение СОЭ и отсутствие выраженных признаков бактериального воспаления.

Инструментальная диагностика

Рентгенография органов грудной клетки проводится только при наличии подозрения на пневмонию.

Показаниями являются:

- температура выше 38,5 °С более трех суток;
- выраженная интоксикация;
- локальные аускультативные изменения;
- тахипноэ;
- сатурация менее 95 %;

- пожилой возраст;
- тяжелые сопутствующие заболевания.

Спирометрия проводится при подозрении на бронхиальную астму или хроническую обструктивную болезнь легких.

Современные подходы к лечению

Лечение острого бронхита в большинстве случаев проводится амбулаторно и направлено на уменьшение выраженности симптомов заболевания, восстановление бронхиальной проходимости и предупреждение осложнений.

Немедикаментозная терапия

Пациентам рекомендуется:

- достаточное употребление жидкости;
- полноценное питание;
- отказ от курения;
- регулярное проветривание помещений;
- поддержание влажности воздуха 40–60 %;
- ограничение интенсивных физических нагрузок в период лихорадки.

При температуре тела выше 38–38,5 °С применяют жаропонижающие препараты (парацетамол или ибупрофен).

Мукоактивная терапия

При трудноотделяемой мокроте применяются:

- амброксол;
- ацетилцистеин;
- карбоцистеин;
- бромгексин.

Муколитические препараты способствуют снижению вязкости бронхиального секрета и улучшают его эвакуацию.

Противокашлевые средства

Назначаются только при мучительном непродуктивном кашле, нарушающем сон пациента.

Бронхолитическая терапия

Ингаляционные β_2 -агонисты рекомендуются лишь пациентам с клиническими признаками бронхиальной обструкции. Их рутинное применение при неосложненном остром бронхите не показано.

Антибактериальная терапия

Современные клинические рекомендации подчеркивают, что **антибиотики не следует назначать большинству пациентов с острым бронхитом**, поскольку заболевание преимущественно имеет вирусную природу. Назначение антибактериальных препаратов оправдано лишь при наличии убедительных признаков бактериальной инфекции, подозрении на коклюш, тяжелом иммунодефиците либо развитии осложнений. Необоснованное применение антибиотиков повышает риск формирования антибиотикорезистентности и развития нежелательных лекарственных реакций.

Профилактика

Профилактика острого бронхита направлена на снижение риска развития острых респираторных инфекций, укрепление защитных сил организма и устранение факторов риска. Основными направлениями профилактики являются специфические и неспецифические мероприятия.

К неспецифической профилактике относятся:

- соблюдение правил личной гигиены;
- регулярное мытье рук;
- использование средств индивидуальной защиты в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ;

- отказ от курения;
- ограничение контакта с больными респираторными инфекциями;
- полноценное питание;
- рациональный режим труда и отдыха;
- достаточная физическая активность;
- закаливание организма;
- поддержание оптимальной температуры и влажности воздуха в помещении.

Специфическая профилактика включает ежегодную вакцинацию против гриппа, а также вакцинацию против пневмококковой инфекции у пациентов из групп риска. Иммунизация позволяет значительно снизить вероятность тяжелых осложнений со стороны нижних дыхательных путей и уменьшить частоту госпитализаций. Современные клинические рекомендации также подчеркивают важность своевременной вакцинации лиц пожилого возраста, пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и иммунодефицитными состояниями.

Заключение

Острый бронхит является одним из наиболее распространенных заболеваний дыхательной системы и в подавляющем большинстве случаев имеет вирусную этиологию. Основным клиническим симптомом заболевания является кашель, продолжающийся не более четырех недель. Диагноз устанавливается преимущественно на основании клинических данных при обязательном исключении пневмонии и других заболеваний нижних дыхательных путей.

Современные подходы к ведению пациентов основаны на принципах доказательной медицины и предусматривают преимущественно симптоматическое лечение. Рутинное применение антибактериальных препаратов при неосложненном остром бронхите не рекомендуется, поскольку не оказывает существенного влияния на продолжительность заболевания и способствует формированию антибиотикорезистентности. Основу терапии составляют оптимальный питьевой режим, мукоактивные препараты при наличии вязкой мокроты, жаропонижающие средства по показаниям и бронходилататоры у пациентов с признаками бронхиальной обструкции. Особое значение имеют профилактические мероприятия, включающие вакцинацию против гриппа, отказ от курения, здоровый образ жизни и своевременное лечение острых респираторных вирусных инфекций.

Литература

1. Клинические рекомендации. Острый бронхит. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2024.
2. Авдеев С.Н. Острый бронхит: новые клинические рекомендации. *Consilium Medicum*. 2025;27(1):34–42.
3. Будневский А.В., Лещенко И.В. Острый бронхит: современный взгляд на диагностику и лечение. *Терапия*. 2025;11(2):75–84.
4. Зайцев А.А., Мирошниченко Н.А., Овчинников А.Ю., Николаева Ю.О. Острые респираторные вирусные инфекции: консенсус о рациональной терапии. *Consilium Medicum*. 2024;26(9):575–578.
5. Лещенко И.В. Острый бронхит. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.
6. Чучалин А.Г. Пульмонология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2022.
7. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2023.
8. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. Педиатрия. Национальное руководство. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2023.
9. Chapman S., Robinson G., Shrimanker R., et al. Пульмонология. Оксфордский справочник / пер. с англ.; под ред. С.Н. Авдеева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2024.

10. Knutson D., Braun C. Diagnosis and management of acute bronchitis. *American Family Physician*. 2002;65(10):2039–2044.
11. Creer D.D., Dilworth J.P., Gillespie S.H., et al. Viral and bacterial infection in acute lower respiratory tract infection. *Thorax*. 2006;61(1):75–79.
12. Wadowsky R.M., Castilla E.A., Laus S., et al. *Journal of Clinical Microbiology*. 2002;40(2):637–640.
13. Riffelmann M., Littmann M., Hülße C., et al. Pertussis in adults. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2006;131:2829–2834.
14. Murray P.R., Rosenthal K.S., Pfaller M.A. Medical Microbiology. 10th ed. Elsevier; 2023.
15. Goldman L., Schafer A.I. Goldman's Cecil Medicine. 27th ed. Elsevier; 2024.
16. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F. Kh., Ruzikulov N.Y. The Clinical Picture of Acute Obstructive Bronchitis in Children and the Rationale for Immunomodulatory Therapy. *International Journal of Current Research and Review*. Vol 12 Issue 17. September 2020. - P.152-155.
17. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F. Kh., Ruzikulov N.Y. The Clinical Picture of Acute Obstructive Bronchitis in Children and the Rationale for Immunomodulatory Therapy. *International Journal of Current Research and Review*. Vol 12 Issue 17. September 2020. - P.152-155.
18. Ibatova Sh.M., F. Kh. Mamatkulova, N.B. Abdukadirova, Yu. A. Rakhmonov, M. M. Kodirova. Risk Factors for Development of Broncho-Ostructive Syndrome in Children. *International Journal of Current Research and Review*. Vol 12. Issue 23 December 2020.- P. 3-6.