Острый бронхит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J20 · Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация специалистов респираторной медицины (МАСРМ)

Острый бронхит — обычно вирусное острое воспаление нижних дыхательных путей с кашлем менее 14 дней и без признаков пневмонии или другой альтернативной причины. Рекомендация посвящена диагностике, исключению пневмонии и рациональному симптоматическому лечению; системные антибиотики нужны лишь в редких случаях при строго определённых критериях.

Главное

- Острый бронхит предполагают при кашле, возникшем остро и продолжающемся менее 14 дней, если одновременно есть мокрота, одышка, свистящие хрипы или дискомфорт в груди; диагноз устанавливают после исключения пневмонии, ХОБЛ, хронического бронхита и бронхиальной астмы.
- В большинстве случаев причина вирусная; бактериальная этиология встречается не более чем у 10–15% пациентов.
- Острый бронхит является диагнозом исключения: клинических патогномоничных признаков нет, поэтому важны анамнез, физикальное обследование и оценка признаков пневмонии.
- Системные антибиотики при остром бронхите рутинно не применяют (УУР А, УДД 1). Их назначают только при сочетании гнойной мокроты и выраженной интоксикации с лабораторными признаками бактериальной инфекции либо при специальных критериях у пациентов старшего возраста.
- При подозрении на пневмонию ориентируются на лихорадку более 38 °C, тахикардию свыше 100 в минуту, тахипноэ более 24 в минуту и влажные хрипы на стороне поражения; в таких случаях нужна рентгенография грудной клетки. Локальные изменения при перкуссии и аускультации также говорят в пользу пневмонии.
- Большинство пациентов ведут амбулаторно. Срочная госпитализация нужна при тахипноэ более 24 в минуту или гипоксемии: SpO2 ≤92%; также госпитализацию рассматривают при неэффективности лечения у пациентов группы риска или невозможности лечения амбулаторно.
- Инактивированную вакцину против гриппа ежегодно рекомендуют пациентам с высоким риском осложнённого течения гриппа; оптимальный период вакцинации — октябрь и первая половина ноября. После заболевания профилактические прививки рекомендуют отложить на 1 месяц (УУР В, УДД 3).

Диагностика

1. Собрать жалобы и полный анамнез, включая оценку социального статуса, эпидемиологический и профессиональный анамнез, с оценкой факторов риска инфицирования (УУР С, УДД 5).
2. Провести общий осмотр, измерить температуру, частоту сердцебиения, пульс и артериальное давление, выполнить детальное обследование грудной клетки. Типичны жёсткое дыхание с удлинённым выдохом и диффузные сухие свистящие или жужжащие хрипы (УУР С, УДД 5).
3. Назначить развёрнутый общий анализ крови. Лейкоцитоз ≥12×10⁹/л, нейтрофилы ≥9,5×10⁹/л, палочкоядерный сдвиг более 10% или нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение более 20 повышают вероятность бактериальной инфекции и требуют исключения пневмонии (УУР С, УДД 5).
4. Исследовать С-реактивный белок при дифференциальной диагностике с пневмонией и решении вопроса об антибиотиках (УУР В, УДД 3): при СРБ <20 мг/л обычно предполагают вирусную этиологию и отказываются от антибиотиков; при 20–50 мг/л проводят динамическое наблюдение; при >50 мг/л обследуют на бактериальный процесс, а >100 мг/л говорит в пользу бактериальной пневмонии.
5. Всем пациентам выполнить пульсоксиметрию для выявления дыхательной недостаточности (УУР С, УДД 5). Рентгенографию грудной клетки проводят при ЧСС более 100 в минуту, частоте дыхания более 24 в минуту, температуре выше 38 °C или влажных хрипах на стороне поражения; у пожилых — также при сохранении лихорадки более 3 суток.
6. При сохранении симптомов более 14 дней, одышке, ощущении хрипов или признаках бронхообструкции после исключения активной инфекции исследуют функцию внешнего дыхания (УУР С, УДД 5). При кашле

более 4 недель дополнительно исключают постназальный затёк, астму и гастроэзофагеальный рефлюкс (УУР С, УДД 5).

Лечение

- В остром периоде соблюдать домашний режим, изоляцию и масочный режим, использовать индивидуальные или одноразовые средства ухода, проводить гигиеническую обработку слизистых рта и носа; при отсутствии заболеваний органов пищеварения — стол №15.
- Системные антибиотики при остром бронхите не назначают рутинно (УУР А, УДД 1). При гнойной мокроте, выраженной интоксикации, лейкоцитах >12,0×10⁹/л и/или нейтрофилах >5,5×10⁹/л, палочкоядерных >10% и/или СРБ >50 мг/л назначают амоксициллин 3 г/сут в течение 5–7 дней.
- У пациентов старшего возраста с гнойной мокротой антибиотики применяют по специальным критериям: у лиц старше 80 лет — при наличии хотя бы одного дополнительного условия, у лиц старше 65 лет — минимум двух условий из перечня риска. Возможные схемы: амоксициллин/клавулановая кислота 875/125 мг каждые 12 часов 7–10 дней, либо цефдиторен 200 мг 2 раза в день 5–7 дней, либо цефподоксим 200 мг 2 раза в день 5–7 дней.
- При лабораторно подтверждённом бронхите, вызванном Mycoplasma pneumoniae или Chlamydophila pneumoniae, и наличии показаний к антибиотикам используют макролид или доксициклин: азитромицин 500 мг 1 раз в сутки 3 суток, кларитромицин 500 мг 2 раза в день или доксициклин 100 мг 2 раза в день в течение 5–10 суток.
- Осельтамивир назначают индивидуально пациентам с симптомами гриппа и факторами риска, включая ранний детский или пожилой возраст, сахарный диабет и хроническую сердечную недостаточность; доза — 75 мг 2 раза в день 5 дней (УУР С, УДД 4).
- При продуктивном кашле возможно назначение муколитиков, включая амброксол, бромгексин, ацетилцистеин и эрдостеин (УУР С, УДД 5). Противокашлевые средства при продуктивном кашле не применяют; при длительном постинфекционном непродуктивном кашле, нарушающем сон или активность, рекомендуется назначение ренгалина, леводропропизина или бутамирата (УУР С, УДД 5).
- Бронхолитики не используют рутинно. При кашле более 10–14 дней и признаках бронхиальной гиперреактивности после неэффективности муколитической или противокашлевой терапии возможны: сальбутамол 100 мкг/доза по 2–4 дозы 3 раза в сутки; ипратропия бромид/фенотерол 20/50 мкг по 1–2 дозы 3 раза в день; ипратропия бромид 20 мкг по 2 дозы 4 раза в сутки.
- При температуре выше 38 °C, мышечных или суставных болях применяют симптоматически парацетамол 325 мг до 3 раз в сутки, максимум 1500 мг/сут, либо ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки, максимум 1200 мг/сут; длительный курс не нужен (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Направить к пульмонологу для уточнения диагноза, проведения дополнительных исследований, при затяжном течении или необходимости изменить лечение, если эффекта нет в течение 10–14 дней.
- Лечение пациентов проводят амбулаторно. Госпитализация показана при безуспешности лечения у пациента группы риска или невозможности организовать лечение в амбулаторных условиях; рекомендовано пульмонологическое отделение.
- Срочно госпитализировать при частоте дыхания более 24 в минуту или SpO2 ≤92%.
- К группе риска тяжёлого течения относятся, в частности, беременные и женщины в послеродовом периоде, пациенты 65 лет и старше, люди с сердечно-сосудистыми, метаболическими, почечными, печёночными, неврологическими заболеваниями, иммунодефицитами, гемоглобинопатиями и злокачественными новообразованиями.

Частые вопросы

Нужно ли назначать антибиотик при зелёной или гнойной мокроте?

Нет, сама по себе гнойная мокрота не является показанием. Антибиотик рассматривают только при её сочетании с выраженной интоксикацией и указанными лабораторными критериями: лейкоцитозом, нейтрофилёзом, палочкоядерным сдвигом и/или СРБ >50 мг/л.

Как отличить острый бронхит от пневмонии?

В пользу пневмонии говорят температура выше 38 °C, озноб, боль в груди при вдохе или кашле, тахипноэ, влажные хрипы и локальные перкуторные или аускультативные изменения. При таких признаках проводят рентгенографию грудной клетки; у детей дополнительно учитывают признаки дыхательной недостаточности и фебрильную лихорадку более 39 °C.

Как использовать СРБ при остром бронхите?

При СРБ < 20 мг/л обычно предполагают вирусную инфекцию и отказываются от антибиотиков. Значения 20–50 мг/л требуют наблюдения и дообследования, а >50 мг/л — поиска бактериального процесса; уровень >100 мг/л свидетельствует в пользу бактериальной пневмонии.

Когда при остром бронхите допустим бронхолитик?

Не рутинно, а при кашле более 10–14 дней и признаках бронхиальной гиперреактивности, если предшествующая муколитическая или противокашлевая терапия не помогла. В рекомендации приведены схемы сальбутамола, ипратропия бромида/фенотерола и ипратропия бромида.

Когда кашель требует дополнительного обследования?

Функцию внешнего дыхания исследуют при симптомах более 14 дней, одышке, ощущении хрипов или признаках бронхообструкции после исключения активной инфекции. При кашле более 4 недель дополнительно исключают постназальный затёк, бронхиальную астму и гастроэзофагеальный рефлюкс.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/891-ostryj-bronhit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/891_1