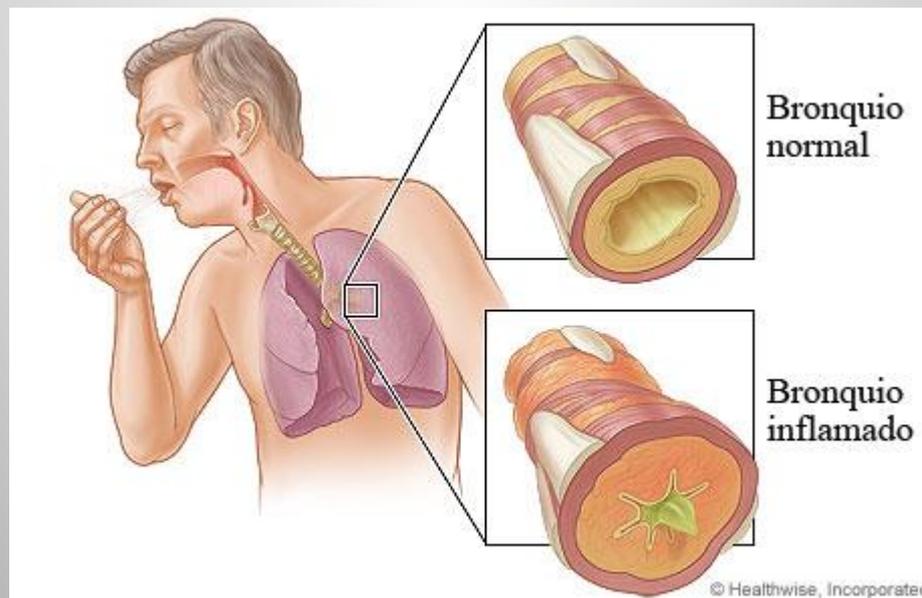


Острый и хронический бронхит



Острый бронхит — заболевание, проявляющееся остро возникающим воспалением слизистой оболочки трахеобронхиального дерева. Острый бронхит является одним из самых частых заболеваний органов дыхания (34,5%).

Этиология

В качестве этиологических факторов острого бронхита можно выделить следующие факторы:

- инфекционные (вирусы, бактерии)
- физические (чрезмерно сухой, горячий или холодный воздух)
- химические (кислоты, щелочи и др.)
- аллергические (органическая пыль, пыльца растений)

Предрасполагающие факторы:

- климатические факторы
- курение табака
- алкоголизм
- застойные изменения в легких при сердечной недостаточности
- вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы
- в роли возбудителей выступают также хламидии, пневмококки, гемофильные палочки, стафилококки

Классификация острого бронхита (А.И. Ворохов, 1989).

1. По этиологии различают:

А. Бронхиты инфекционного происхождения (вирусные, бактериальные)

Б. Неинфекционные бронхиты (обусловлены физическими и химическими факторами)

В. Смешанные

2. По патогенезу выделяют:

А. Первичный бронхит, являющийся самостоятельным заболеванием

Б. Вторичный бронхит, осложняющий другие патологические процессы (корь, коклюш, краснуха, дифтерия и др.)

3. По уровню поражения бронхиального дерева:

А. Проксимальный бронхит (трахеобронхит)

Б. Дистальный бронхит (вовлечение мелких бронхов и возникновение бронхиальной обструкции)

В. Бронхиолит

4. Варианты течения:

А. Остро текущий бронхит (2—3 недели)

Б. Затяжной бронхит (до 1 месяца и более)

5. По характеру воспалительного процесса:

А. Катаральный

Б. Отечный

В. Гнойный

Клиническая картина острого бронхита.

Больные жалуются на:

- сухой, раздражающий **кашель**
- чувства саднения или **боли за грудиной**
- при повреждении более мелких бронхов
появляются симптомы обструкции дыхательных путей (**приступообразный кашель, одышка**).
- на 2 - 3-й день начинает отделяться небольшое количество (до 50 мл в сутки) слизистой или слизисто-гноной **мокроты**, иногда с примесью крови.

-у большинства больных отмечаются **боли в нижних отделах грудной клетки**, связанные с кашлем и судорожным сокращением диафрагмы

-общая слабость, недомогание, разбитость

- боли в спине и конечностях

- иногда **потливость**

-температура нормальная или субфебрильная
в тяжелых случаях температура повышается до 37,5—38 °С.

-**При перкуссии** над легкими определяется ясный легочной звук.

-**При аускультации** в первые дни заболевания определяются жесткое дыхание,

-через 2— 3 дня могут присоединяться влажные разнокалиберные хрипы, которые исчезают после энергичного кашля.

Течение острого бронхита **обычно легкое** с постепенным стиханием и полным прекращением кашля. Длительность клинических проявлений чаще всего 7—14 дней с последующим выздоровлением.

Вместе с тем **возможно и затяжное течение** продолжительностью до 6 недель и более.

Причинами этого может быть бактериальная суперинфекция, инфицирование агрессивными вирусами. Тяжелое затяжное течение наблюдается при дистальном бронхите. Эта форма острого бронхита нередко переходит в хронический бронхит.

Осложнения острого бронхита

- Бронхопневмония
- острое легочное сердце
- переход в хроническую форму.

Лабораторные и инструментальные исследования.

- **ОАК:** может быть умеренный нейтрофильный лейкоцитоз и небольшое увеличение СОЭ.
- **БАК:** возможно появление С-реактивного белка, повышение содержания сиаловых кислот.
- **ОАМ:** обычно без патологии.

- **Общий анализ мокроты:** при гнойном бронхите определяется **большое количество лейкоцитов.**
- **Рентгенологические изменения** при остром бронхите часто отсутствуют. Вместе с тем в ряде случаев можно выявить **усиление легочного рисунка** за счет перибронхиального отека, а также расширение и нечеткость корней легких в связи с реакцией на инфекцию.

Лечение острого бронхита.

Лечение проводится чаще всего амбулаторно. Исключение составляют пациенты с тяжелой интоксикацией и серьезной сопутствующей (легочной, сердечно-сосудистой) патологией.

Лечение в основном симптоматическое:

1. Жаропонижающие, болеутоляющие средства:

- аналгин
- ацетилсалициловая кислота
- парацетамол по 0,5 г — 3 раза в день и др.)

2. **Витамины**, особенно С по 0,1 г — 3 раза в день и А по 3 мг 3 раза в день.

3. Рекомендуется обильное питье теплой жидкости (чай с лимоном или малиновым вареньем), потогонные средства (чай из липового цвета). Состояние пациентов облегчают также горчичники или перцовый пластырь на область грудины и паровые ингаляции.

4. При поражении носоглотки применяют **аэрозольные препараты:**

- каметон
- ингалипт

Эти препараты оказывают антисептическое, противовоспалительное и местное обезболивающее действие.

5. С целью облегчения мучительного сухого кашля назначают **противокашлевые** средства:

- либексин по 0,1 г — 3—4 раза в день
- кодеин-содержащие препараты (кодтерпин).

6. Если в качестве этиологического фактора выступает вирусная инфекция, возможно применение **противовирусных** преп-в:

- ремантадин(в первые 24— 78 часов заболевания гриппом)
- интерферон или арбидол, эргоферон, виферон и т.д.

7. При отсутствии эффекта от симптоматической терапии, появлении гнойной мокроты назначают **антибактериальные** препараты с учетом микробного спектра.

1. аминопенициллины:

- амоксициллин 0,5 г 3 раза в день – 7-10 дней

2. макролиды:

- эритромицин

- азитромицин (сумамед 0,5) г 1 раз в день -3

дня

- рулид 150 мг – 2 раза в день

3. оральные цефалоспорины II поколения

4. тетрациклины-доксциклин

5. При обструктивном бронхите:

- симпатомиметики (сальбутамол, беротек)
- холинолитики (атровент)
- теофиллины (эуфиллин, теопэк)

У этих пациентов имеются также показания к применению **отхаркивающих (мукорегуляторов):**

- амброксол
- ацетилцестеин

Профилактика

Профилактика острого бронхита заключается в предупреждении и эффективном лечении острых респираторных вирусных инфекций. Важное значение имеет устранение различных раздражителей слизистой оболочки бронхов (запыленность, загазованность), борьба с курением, алкоголизмом. Нужна своевременная санация очагов инфекции (в первую очередь в носоглотке), устранение препятствий носовому дыханию, общее закаливание.

Хронический бронхит –

хроническое воспалительное заболевание бронхов, сопровождающееся постоянным кашлем с отделением мокроты не менее 3 месяцев в году в течение 2 и более лет, при этом указанные симптомы не связаны с какими-либо другими заболеваниями.

Хронический бронхит — широко распространенное заболевание и встречается у 16% взрослого населения.

Этиология

В возникновении хронического бронхита существенную роль играют **поллютанты**:

1.табачный дым

2.поллютанты промышленно-производственного характера

Климатические факторы также могут вызывать провоцирующее действие. Развитию и обострению хронического бронхита способствует сырой и холодный климат. Обострения обычно имеют место осенью, зимой, ранней весной.

Инфекционному фактору принадлежит вторичная роль в развитии хронического бронхита. Т.е. инфекция способствует обострению.

Это могут быть вирусы

Факторы, предрасполагающие к развитию хронического бронхита:

- хронический тонзиллит
- ринит
- синуситы
- кариозные зубы
- нарушение носового дыхания (полипоз носа и др.)
- злоупотребление алкоголем
- хроническая почечная недостаточность.

Классификация хронических бронхитов

1. Характер воспалительного процесса в бронхах:

- простой (катаральный) бронхит
- гнойный бронхит
- слизисто-гнойный бронхит
- геморрагический бронхит
- фибринозный бронхит (с отделением очень вязкой мокроты, богатой фибрином)

2. По функциональной характеристике:

- необструктивные
- обструктивные (ХОБЛ)

3. По уровню поражения бронхиального дерева:

- с преимущественным поражением крупных бронхов (проксимальный бронхит)
- с преимущественным поражением мелких бронхов (дистальный бронхит).

4. По течению:

- латентное
- с редкими обострениями
- с частыми обострениями
- непрерывно рецидивирующее.

5. По фазе процесса:

- обострение
- ремиссия

6. Осложнения:

- эмфизема легких
- кровохарканье
- дыхательная недостаточность
- хроническое легочное сердце

Клиническая картина хронического бронхита.

- Основными жалобами являются **кашель с мокротой** (при необструктивном бронхите)
- **Одышка со снижением толерантности к физической нагрузке** (при хроническом обструктивном бронхите).
 - У курильщиков-небольшой кашель, сухой или с выделением слизистой мокроты, в основном в утренние часы — «кашель курильщика».
 - Постепенно кашель становится более выраженным, усиливается в холодную и сырую погоду, после переохлаждения и сопровождается периодическим выделением слизисто-гнойной или гнойной мокроты.

- При повреждении мелких бронхов развивается **одышка**

(вначале одышка беспокоит при физической нагрузке, затем становится постоянной).

- **цианоз**

- **приступообразный малопродуктивный кашель**, усиливающийся при переходе из теплого помещения на холод.

При осмотре пациентов особенно в начальных стадиях заболевания, видимых отклонений может и не быть. В далеко зашедших стадиях, даже в фазе ремиссии, **имеются признаки легочной и сердечной недостаточности, эмфиземы легких:**

- акроцианоз
- пастозность или отечность голеней
- набухание шейных вен
- изменение ногтей по типу «часовых стекол».

Пальпация: голосовое дрожание неизменно, либо равномерно снижено.

Перкуссия: перкуторный звук в несложных случаях не изменен, при бронхиальной обструкции он имеет тимпанический оттенок. Об эмфиземе свидетельствует коробочный звук, низкое стояние диафрагмы, ограничение дыхательной экскурсии легких.

При аускультации дыхание может быть как усилено, так и ослаблено. Равномерное ослабление дыхания свидетельствует об эмфиземе легких. Для хронического бронхита характерны жесткое дыхание и сухие рассеянные хрипы. При появлении в бронхах влажного секрета часто выслушиваются влажные хрипы, калибр которых зависит от уровня поражения бронхиального дерева.

Различают клинические варианты хронического бронхита:

- простой (катаральный)
- гнойный
- обструктивный.

Диагностика опирается на результаты трактовки трех основных симптомов: кашля, выделения мокроты и одышки.

Хронический простой бронхит характеризуется :

- сухим кашлем или с выделением мокроты до 20 мл в сутки
- одышка возникает лишь при значительной физической нагрузке
- нарушений вентиляции при функциональных исследованиях не выявляется.

Хронический гнойный бронхит

отличается от простого :

- легкой одышкой без явных признаков нарушения проходимости бронхов.
- кашель в период обострения постоянный, с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки
- одышка появляется при выполнении обычной физической работы
- общее состояние пациента ухудшается незначительно . Цианоза нет.

Хронический обструктивный бронхит характеризуется:

- одышкой при физической нагрузке
- усилением одышки под влиянием раздражителей
- надсадным малопродуктивным кашлем с трудноотделяемой мокротой
- удлинением фазы выдоха
- сухими хрипами высокого тембра в фазе выдоха

Аускультативная картина сходна с признаками приступа бронхиальной астмы. Выявляются элементы хронического легочного сердца (увеличение размеров сердца вправо). При функциональных пробах выявляются

Лабораторные и инструментальные исследования

- **ОАК:** без существенных изменений. При выраженном обострении гнойного бронхита возможен небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное увеличение СОЭ.
- **БАК:** повышение уровня С-реактивного белка, гаптоглобина, сиаловых кислот в сыворотке крови — основные показатели активности воспаления при бронхите.

- **Анализ мокроты.** Мокрота может быть слизистая (белая или прозрачная) или гнойная (желтая или желто-зеленая). Возможен черный цвет мокроты при содержании в ней частиц каменноугольной пыли. Прожилки крови характерны для геморрагического бронхита. Для фибринозного бронхита характерно наличие в мокроте слепков бронхов.

- **При микроскопическом** исследовании гнойной мокроты обнаруживается большое количество нейтрофильных лейкоцитов, нередко находят клетки бронхиального эпителия, макрофаги, бактериальные клетки.
- **Бактериологическое исследование мокроты** выявляет различные виды инфекционных возбудителей и их чувствительность к антибактериальным средствам.
- **Бронхоскопия:** может выявить катаральный, гнойный, гипертрофический, атрофический бронхит.

- **Рентгенография легких.** Рентгенологические признаки хронического бронхита выявляются лишь у длительно болеющих, характерно усиление и деформация легочного рисунка по петлисто-ячеистому типу, повышение прозрачности легочных полей, расширение теней корней легких.
- Исследование функции внешнего дыхания. **Спирографическое исследование**, а также **пикфлоуметрия** не выявляют нарушений бронхиальной проходимости при хроническом необструктивном бронхите.

При обструктивном бронхите наблюдается обструктивный вариант вентиляционных нарушений (снижение $ОФВ_1$, теста Тиф-фно, максимальной объемной скорости), реже смешанный (обструктивно-рестриктивный) вариант.

Лечение хронического бронхита

1. Отказ от курения

2. Стационарное лечение и постельный режим показаны только определенным группам больных:

1) Выраженное обострение хронического бронхита с нарастанием дыхательной недостаточности, несмотря на активное амбулаторное лечение.

2) Острая пневмония или спонтанный пневмоторакс.

3) Появление или усиление правожелудочковой недостаточности.

4) Значительная интоксикация и выраженное ухудшение общего состояния.

5) Неудовлетворительный социальный статус.

3. Больным хроническим бронхитом рекомендуется **сбалансированная диета** с достаточным содержанием витаминов, включать в диету сырые овощи и фрукты, соки. При хроническом бронхите с отхождением большого количества мокроты происходит потеря белка. Этим больным показана обогащенная белком диета. При декомпенсированном легочном сердце назначается диета № 10 с ограничением соли и жидкости и повышенным содержанием

4. Медикаментозная терапия

1) Бронхолитическая терапия:

а) основной препарат атровент (холинолитик) 2-4 ингаляции -3-4 раза в день

б) при отсутствии эффекта- назначают бета2-агонисты: беротек , сальбутамол или беродуал(атровент+фенотерол)

в) эуфиллин, теопек

2) Антибактериальная терапия:

а) полусинтетические пенициллины:

- амоксициллин 500мг-3 раза в день

б) макролиды:

- эритромицин 0,1 г 4 раза в день 1-2 недели

- Рулид (1т=50;100; 150мг) 150мг-2 раза за 15 мин до еды (1-2 нед)
- Сумамед 1т по 500мг
(азитромицин-1капс по 250мг и 500мг) по 500 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней

в) тетрациклины:

- доксициклин: 0,1г 1 раз в день 7-10 дней

г) цефалоспорины:

- кефзол
- клафоран

3. Отхаркивающие, муколитики:

- амброксол (амбробене, амбросал,лазолван)
(1т=30мг) 30 мг 2 раза в день (после еды, запивая достаточным количеством воды)или сироп 2 чл 3 раза в день - 2 нед

- АЦЦ(таб и гранулы =200мг) 1т(200мг) 2-3 раза в день
- Аскорил(бронхолитик,муколитик) 2чл-3 раза в день
- Можно рекомендовать традиционные отхаркивающие средства:

Калия йодит- 3 %р-р, настой и отвар травы термопсиса, алтея, «грудной сбор», обильное горячее питье, щелочные ингаляции, щелочные минеральные воды

4.Антигистаминные (супрастин, цетрин, фенкарол)

5.иммуномодуляторы:

а)Т-активин 100 мкг п/к 1 раз в 3 дня

б) левомизол 100мг-150мг в день в 2-3 приема 2-3 дня подряд с 4-5 дневным перерывами. Всего 8-12 циклов

Профилактика хронического бронхита.

Основой первичной профилактики является предотвращение факторов, способствующих развитию заболевания. Существенно снизить заболеваемость хроническим бронхитом можно при решении экологических проблем, уменьшении воздействия вредных пыли и газов на производстве. Большое значение имеет борьба с курением, тщательное обследование лиц, принимаемых на работу, связанную с производственными вредностями и периодическое профилактическое обследование работающих.

Вторичная профилактика прежде всего включает раннюю диагностику заболевания. Эффективность диспансеризации тем выше, чем больше ранних форм заболевания берут на диспансерный учет. Во всех случаях необходимы рациональное трудоустройство больных, тщательное лечение воспалительных заболеваний носоглотки, предупреждение вирусных респираторных заболеваний, обучение больных мерам, улучшающим бронхиальный дренаж и повышающим резистентность организма. В зависимости от течения и осложнений обструктивного бронхита проводят непрерывную базисную терапию бронхорасширяющими средствами.