

# Бронхит



# Острый бронхит

**Острый бронхит (ОБ) – воспалительное заболевание трахеи и бронхов, которое характеризуется острым течением и обратимым диффузным поражением слизистой оболочки.**

ОБ является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания, которым чаще болеют дети и пожилые люди (чаще мужчины). Этому заболеванию в большей степени подвержены лица, проживающие в районах с холодным и влажным

климатом, работающие на сквозняках, в сырых холодных помещениях.

ОБ нередко сочетается с поражением верхних дыхательных путей (ринофарингит, ларингит, трахеит), либо наблюдается изолированно.



# Этиология

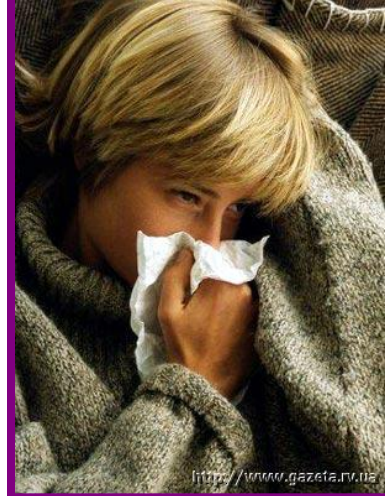
## Причинные факторы:

- инфекционные (вирусы, бактерии);
- физические (воздействие чрезмерно горячего или холодного воздуха);
- химические (вдыхание паров кислот, щелочей, ядовитых газов);
- аллергические (вдыхание пыльцы растений, органической пыли).



## Способствующие факторы:

- острые инфекции верхних дыхательных путей;
- очаговые инфекции придаточных пазух носа и миндалин;
- нарушение носового дыхания;
- охлаждение;
- курение;
- снижение реактивности организма (после тяжелых заболеваний, операций, при гиповитаминозе, нерациональном питании и др.).



# Клиника

Заболевание начинается остро. Иногда предшествуют симптомы острого респираторного заболевания – насморк, першение в горле, охриплость. Клиническая картина ОБ складывается из симптомов общей интоксикации и поражения бронхов.

## **Симптомы общей интоксикации:**

слабость, головная боль, боль в мышцах спины и ногах, ломота, озноб. Температура может повышаться до субфебрильной, иногда высокой, либо остается нормальной.



**Симптомы поражения бронхов:** сухой грубый болезненный малопродуктивный **кашель** с небольшим количеством слизистой мокроты; через 1 – 3 дня кашель становится влажным, откашливается слизисто-гнойная **мокрота**.

Боль в горле и трахее уменьшается, температура снижается, общее состояние улучшается;

возможна **одышка** – симптом **обструкции** (нарушения проходимости) бронхов;



- при перкуссии грудной клетки – без изменений (ясный легочный звук);



- при аускультации – **жесткое дыхание и сухие хрипы**, в период разжижения мокроты – **влажные** разнокалиберные хрипы.



## Дополнительные исследования:

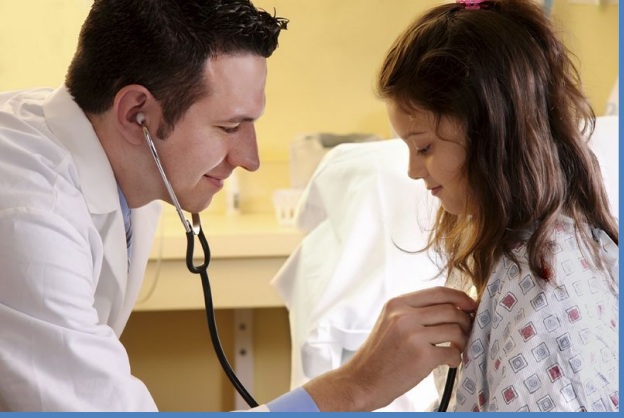
Общий анализ мокроты: при гнойном бронхите определяется большое количество лейкоцитов

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.



ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.





# Прогноз

- обычно благоприятный – выздоровление через 2 – 3 недели;
- При отсутствии правильного лечения ОБ может приобретать затяжное течение (до 1 месяца и дольше) или осложняться.



# Осложнения

- бронхопневмония,
- острая легочно-сердечная недостаточность (ОЛСН),
- хронический бронхит.



# Лечение

Лечение ОБ в основном симптоматическое, обычно амбулаторное, в тяжелых случаях – стационарное: **режим** постельный при высокой температуре



**мероприятия,  
устраняющие  
раздражение бронхов,  
облегчающие дыхание**  
(проветривание комнаты,  
исключение курения,  
приготовления пищи,

использования пахучих веществ.

**обильное теплое питье** (чай с малиной,  
лимоном, медом, липовый цвет, молоко с содой.



**При снижении температуры  
применяются:**

**отвлекающие средства** при болях в груди(горчичники, перцовый пластырь или согревающие компрессы на область грудины и межлопаточную область, теплые ножные ванны);



# фитотерапия отхаркивающего действия:

**паровые ингаляции** отваров трав (эвкалипт, зверобой, ромашка),

эфирных масел (анисовое, эвкалиптовое, ментоловое);

**прием внутрь настоев трав** термопсиса, корня солодки, алтея, листьев подорожника, мать-и-мачехи, травы чабреца, плодов аниса, настойки эвкалипта.



# Медикаментозная терапия включает:

- **противокашлевые успокаивающие средства** при сухом мучительном кашле (кодеин, кодтерпин, синекод, либексин, левопронт);
- **бронхолитические средства** при бронхообструктивном синдроме (сальбутамол, беротек в ингаляциях, эуфиллин в таблетках, бронхолитин в виде сиропа и др.);
- **отхаркивающие препараты** (колдрекс бронхо, Доктор Мом, бронхипрет, гербион сироп первоцвета, алтей сироп и др.);
- **муколитики** (флюдитек, флуимуцил, ацетилцистеин, карбоцистеин, мукодин; амброксол, бромгексин, амбробене, лазолван, солвин, и др.);
- **местные антисептики, противовоспалительные и обезболивающие препараты** при одновременном поражении носоглотки (гексорал, стрепсилс, септолете, стопангин, иокс и др.);
- **жаропонижающие препараты** (анальгин, ацетилсалициловая кислота, парацетамол и др.);





– применяются также **препараты комбинированного действия:** бронхолитического и противокашлевого (бронхолитин), отхаркивающего и противовоспалительного (гербион сироп подорожника) отхаркивающего и противокашлевого (коделак) противокашлевого, противоаллергического и жаропонижающего (колдрекс найт)

– **общеукрепляющие средства** (витамины, иммуномодуляторы);

– **антибактериальные препараты**

(лучше с учетом микробного спектра) применяются при отсутствии эффекта от симптоматического лечения, высокой температуре, появлении гнойной мокроты, а также у пожилых и ослабленных больных.

Минимальная длительность лечения 5 – 7 дней.



применяются **антибиотики:** полусинтетические *пенициллины* (ампициллин, амоксициллин), *макролиды* (эритромицин, ровамицин, азитромицин), *цефалоспорины* (цефаклор, цефалексин), *тетрациклины* (доксциклин) и **сульфаниламиды:** бисептол (бактрим), сульфален и др.



Наиболее часто



# Профилактика

- Закаливание, предупреждение ОРВИ;
- Лечение заболеваний ВДП, удаление полипов, лечение искривлений носовой перегородки;

- санитарно-гигиенические мероприятия – борьба с влажностью, запыленностью, задымленностью, курением и т.д.



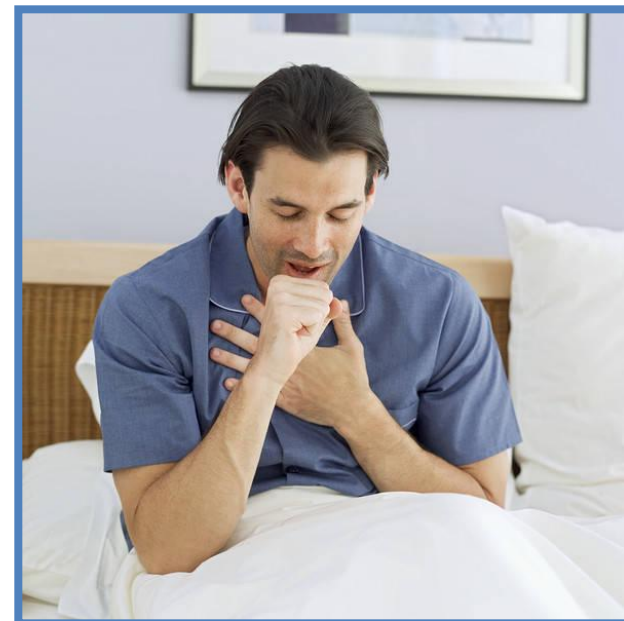


# Хронический бронхит

**Хронический бронхит (ХБ) – прогрессирующее диффузное поражение слизистой оболочки и более глубоких слоев бронхов, обусловленное длительным раздражением бронхиального дерева различными вредными агентами, проявляющееся кашлем, отделением мокроты, одышкой и нарушениями функции дыхания.**

**Бронхит может считаться хроническим, если сопровождается постоянным кашлем с выделением мокроты не менее 3-х месяцев в году в течение 2-х и более лет.**

ХБ встречается в основном у лиц старше 40 лет, у мужчин в 2 – 3 раза чаще, чем у женщин.

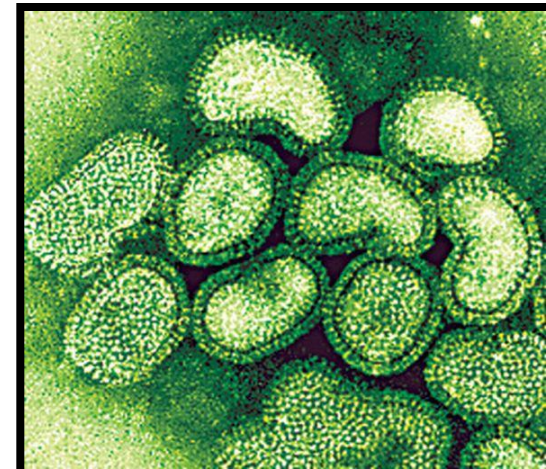


# Этиология

В этиологии ХБ имеет значение **продолжительное воздействие на слизистую оболочку бронхов раздражающих факторов**, среди которых можно условно выделить:

## **ЭКЗОГЕННЫЕ:**

- табачный дым;
- вещества промышленно-производственного происхождения;
- пыль;
- климатические факторы, охлаждение;
- инфекционные факторы;



## **эндогенные:**

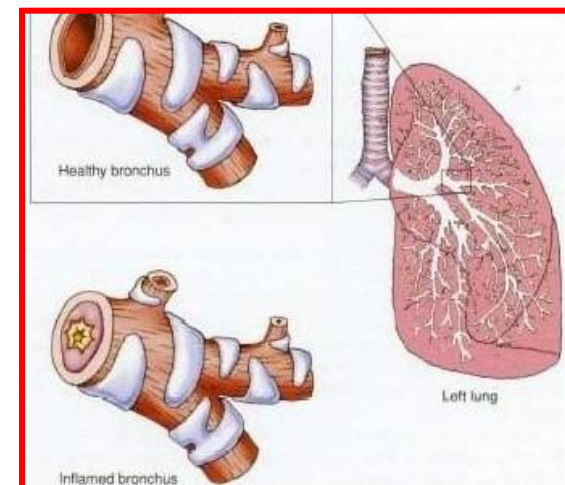
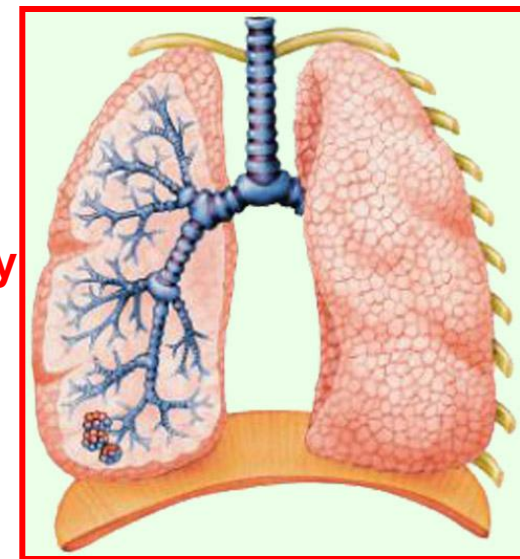
- частые ОРВИ,
- не излеченный острый бронхит, затяжной бронхит;
- патология носоглотки, нарушение дыхания через нос;
- наследственное нарушение ферментных систем;
  - нарушение обмена веществ.

Главная роль в возникновении ХБ принадлежит **поллютантам** – различным примесям, содержащимся во вдыхаемом воздухе. Главной причиной обострения болезни является **инфекция**.



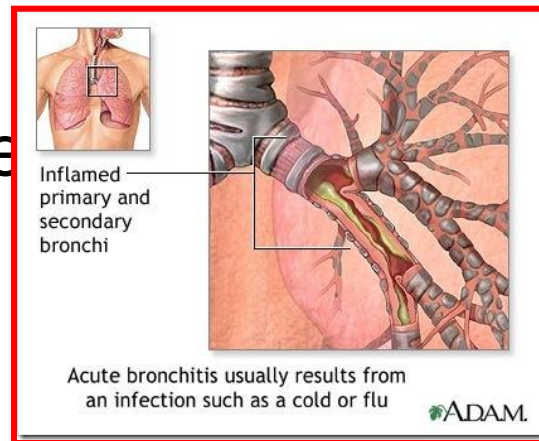
# Классификация ХБ

- **Характер воспалительного процесса:**
  - простой (катаральный),
  - гнойный,
  - слизисто-гнойный,
- **Наличие или отсутствие бронхиальной обструкции:**
  - необструктивный,
  - обструктивный.
- **Уровень поражения бронхиального дерева:**
  - с преимущественным поражением крупных бронхов,
  - с поражением мелких бронхов и бронхиол.
- **Течение:**
  - латентное,
  - с редкими обострениями,
  - с частыми обострениями,
  - непрерывно рецидивирующее.



## Фаза:

- обострение
- ремиссия.



## Осложнения:

- эмфизема легких,
- диффузный пневмосклероз,
  - кровохарканье,
- дыхательная недостаточность (ДН) (острая, хроническая I, II, III ст.)

# Клиника

## В фазе обострения:

больные отмечают повышение температуры до субфебрильной, слабость, потливость и др.

**симптомы общей интоксикации;**

наблюдается **усиление кашля, увеличение отделения мокроты**, особенно по

утрам, изменение ее характера (**гнойная**) – при необструктивном бронхите;

по мере прогрессирования заболевания и

вовлечения в процесс мелких бронхов

наступает выраженное нарушение

бронхиальной проходимости (обструктивный бронхит) с развитием **одышки вплоть до**

**удушья.**

Кашель непродуктивный

«лающий», мокрота выделяется в небольшом количестве;

больные могут жаловаться на боли в мышцах груди и живота, которые связаны с частым кашлем;



при аускультации – **жесткое дыхание, разнокалиберные сухие и влажные хрипы;**



в крови – **лейкоцитоз, увеличение СОЭ;**  
в мокроте – лейкоциты, эритроциты, эпителий.

**В фазе ремиссии:**

симптомы бронхита отсутствуют или слабо выражены. Но признаки легочно-сердечной недостаточности и эмфиземы (если таковые имелись) сохраняются

# Осложнения

## **обусловленные непосредственно инфекцией:**

- пневмония;
- бронхоэктазы;
- бронхоспастический и астматический компоненты;

## **обусловленные прогрессирующим развитием бронхита:**

- кровохарканье;
- эмфизема легких;
- диффузный пневмосклероз;
- легочная (дыхательная) недостаточность, которая приводит к легочной гипертензии, формированию хронического легочного сердца.



# Диагностика

**Предварительный диагноз ХБ** ставится при наличии у больного:

- кашля с мокротой, возможно, одышки,
- жесткого дыхания с удлинённым выдохом, рассеянных сухих и влажных хрипов,
- «кашлевого анамнеза» (длительное курение, патология носоглотки, профессиональные вредности, затяжное или рецидивирующее течение ОБ и др.).

**Диагноз позволяют подтвердить:**

- признаки воспалительного поражения бронхов по данным бронхоскопии, исследования мокроты и содержимого бронхов

- необходимо исключить другие заболевания со сходной симптоматикой (пневмония, туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмокониозы, рак легкого и др.).

**При обструктивном ХБ** в отличие от необструктивного наблюдаются:

- признаки эмфиземы легких на рентгенограмме;
- нарушение бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания (данные спирографии, пикфлоуметрии)



# Лечение

- амбулаторное или стационарное (в зависимости от тяжести состояния больного, наличия осложнений, эффективности ранее проводимого лечения):
- **исключение факторов, способствующих обострению болезни;**
- **диета** с повышенным содержанием витаминов и белка, (ограничение соли, жидкости);
- **в фазе обострения:**
- **антибактериальная терапия** антибиотики назначаются как можно раньше, чаще вводятся парентерально в больших дозах, в тяжелых случаях – интратрахеально (через бронхоскоп);
- **отхаркивающие, бронхолитики;**
- **отвлекающие средства;**

