



10 ЛЕТ - СОХРАНЯЯ ТРАДИЦИИ УСТРЕМЛЕН В БУДУЩЕЕ

Северо-Западный
государственный
медицинский
университет
им. И.И. Мечникова

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
"Северо-Западный государственный медицинский
университет
им. И. И. Мечникова" Минздрава России

Хронический бронхит

Тематический доклад

Текущий контроль: Производственная практика
диагностического профиля

Докладчик студент 3 курса ЛФ 341Б группы
Самохвалова Ангелина Валерьевна
Лечащий врач Шерстюк А.А.

Эпидемиология

Заболеваемость ХБ достаточно высока: в структуре ХНЗЛ на долю ХБ приходится более 70%.

- За последние годы умершие от ХБ составили 82% всех умерших от ХНЗЛ.
- Обострения ХБ являются в 65% причиной всех дней нетрудоспособности, связанных с ХНЗЛ.
- Инвалидность при ХБ устанавливается как правило поздно и практически сразу вторая группа.
- Летальность при ХБ обусловлена в более половины случаев нарастающей ДН: больные гибнут на высоте вдоха, не в силах его сделать из-за усталости дыхательных мышц и в другой половине случаев, вследствие декомпенсированного легочного сердца. Летальность от ХБ занимает пятое место (после ИБС, онкологических заболеваний, нарушений мозгового кровообращения и несчастных случаев), причем она растет быстрее, чем от других ведущих причин. При этом летальность от сердечно-сосудистых заболеваний даже снизилась на 45%, а церебро-васкулярных - на 58%, за исключением СПИДа.

Регион, субъекты, число, возраст	Результаты
Финляндия, 8000, 20-69 лет	Продуктивный кашель, 27%
Испания, 4035, 40-69 лет	Кашель, 13,5%, экспекторация мокрота, 10,7%, ХБ*, 4,8%
Европа, 17966, 20-44 года	ХБ, 2,6% (от 0,7 до 9,7% в разных странах)
Многонациональное, 18277, 20-48 лет	Продуктивный кашель 10,2%
Франция, 14076	ХБ, 4,1%, хронический кашель и/или экспекторация мокроты 11,7%
Испания, 6758, > 40 лет	Кашель: 5% у никогда не курящих, 11% у курильщиков или бывших курильщиков Экспекторация мокроты: 4% у никогда не курящих, 11% у курильщиков или бывших курильщиков
Финляндия, 1711, мужчины, 40-59 лет	Хронический продуктивный кашель: 42% курильщиков, 26% бывших курильщиков, 22% никогда не куривших
Многонациональное, 5002, 20-44 года с нормальной функцией легких	Хронический кашель/экспекторация мокроты: 9,2%
Испания, 4274, 40-80 лет	Хронический кашель: 3,4% экспекторация мокроты: 11,7%
США, 5858, взрослые, без нарушения функции легких	ХБ, 34,6%

Факторы риска

- наличие вредных привычек (курение),
- воздействие физических и химических факторов (вдыхание пыли, дыма, окиси углерода, сернистого ангидрида, окислов азота и других химических соединений),
- климатические факторы (сырой и холодный климат),
- сезонность (осень, зима, ранняя весна),
- аллергические заболевания и иммунодефицитные состояния,
- вирусная инфекция (обычно имеет значение как причина обострения),
- генетические факторы, конституциональная предрасположенность

КЛАССИФИКАЦИЯ

Функциональная характеристика:

- необструктивный
- с обструктивным синдромом

Характер воспаления:

- катаральный
- слизисто-гнойный
- гнойный

Степень тяжести течения:

- легкая
- средняя
- тяжелая

Фаза заболевания:

- обострение
- нестойкая ремиссия (стихающее обострение)
- клиническая ремиссия

Клиническая картина

Основные симптомы хронического бронхита:

- кашель
- выделение мокроты
- одышка
- симптомы общего характера (потливость, слабость, повышение температуры, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности и т. д.), которые могут появляться при обострении болезни либо быть результатом длительной хронической интоксикации или же возникать как проявление гипоксии при развитии легочной недостаточности и других осложнений.

Клиническая картина

Кашель - наиболее типичное проявление болезни - по характеру кашля и мокроты можно предположить тот или иной вариант течения заболевания:

1. При катаральном бронхите кашель сопровождается выделением небольшого количества слизистой водянистой мокроты, чаще по утрам, после физических упражнений или в связи с учащением дыхания. Количество мокроты может увеличиваться при обострении бронхита. В начале болезни кашель не беспокоит больного, если в дальнейшем он становится приступообразным, это указывает на развитие бронхиальной обструкции
2. При гнойном и слизисто-гнойном бронхите больных больше беспокоит выделение мокроты, однако иногда они не замечают, что она выделяется при кашле. При обострении болезни мокрота приобретает гнойный характер, количество ее может увеличиваться (преобладание воспалительного синдрома); иногда мокрота выделяется с трудом (возникновение бронхиальной обструкции при обострении).
3. При обструктивном бронхите кашель малопродуктивный и надсадный, сопровождается одышкой, мокрота (даже гнойная) выделяется в небольшом количестве. Если бронхит начинается с поражения дистальных бронхов, кашля может не быть, а единственный симптом заболевания — одышка.

Клиническая картина

Одышка возникает у всех больных ХБ в различные сроки от начала болезни. Появление у «длительно кашляющих» больных одышки первоначально лишь при значительной физической нагрузке обычно свидетельствует о присоединении бронхиальной обструкции. С увеличением продолжительности болезни одышка становится более выраженной и постоянной, свидетельствуя о развитии дыхательной (легочной) недостаточности.

!!!! Иногда только появление одышки заставляет больных впервые обратиться к врачу

В типичных случаях ХБ прогрессирует медленно; одышка появляется обычно через 10 — 20 лет от начала болезни. Такие больные начало болезни почти никогда не фиксируют (утренний кашель с мокротой связывают с курением и не считают проявлением болезни). Они считают началом болезни период, когда появляются осложнения или частые обострения.

Клиническая картина

Изменения при аускультации:

- жесткое дыхание (при развитии эмфиземы может стать ослабленным)
- сухие хрипы рассеянного характера, тембр которых зависит от калибра пораженных бронхов
- Свистящие хрипы, особенно хорошо слышимые на выдохе, характерны для поражения мелких бронхов.

Если при обычном дыхании хрипы не выслушиваются, то следует проводить аускультацию в положении больного лежа и обязательно при форсированном дыхании.

ВАЖНО Изменения данных аускультации будут минимальными при хроническом необструктивном бронхите в стадии ремиссии и наиболее выражены при обострении процесса, когда можно прослушать и влажные хрипы, калибр которых также зависит от уровня поражения бронхиального дерева.

!!!! Влажные хрипы при ХБ могут исчезать после хорошего откашливания и выделения мокроты.

Клиническая картина

При обострении обструктивного бронхита одышка усиливается, нарастают явления дыхательной недостаточности, усугубляющиеся присоединением воспалительного компонента. Гнойный вязкий секрет еще больше затрудняет проходимость бронхов. Обструктивный компонент может присоединяться к катаральной и слизисто-гнойной формам бронхита в период обострения или в процессе их эволюции. Бронхиальная обструкция значительно «утяжеляет» течение бронхита.

Признаки бронхиальной обструкции при обследовании больного выражаются:

1. в удлинении фазы выдоха при спокойном и особенно при форсированном дыхании;
2. в свистящих хрипах на выдохе, которые хорошо слышны при форсированном дыхании и в положении лежа;
3. в симптомах обструктивной эмфиземы легких.

Основные диагностические направления

- Клинический анализ крови (развёрнутый анализ, СОЭ, лейкоцитарная формула)
- Биохимический анализ крови (С-реактивный белок, общий белок, белковые фракции)
- Общий анализ мокроты
- Общий анализ мочи
- Бактериологическое исследование мокроты
- Бронхоскопия
- Рентгенография ОГК
- Исследование функции внешнего дыхания
- Пикфлоуметрия
- Спирометрия + проба с бронхолитиком
- ЭКГ
- ЭхоКГ

Дифференциальный диагноз

Заболевания	Основные дифференциальные признаки
Бронхиальная астма	Факторы риска: бытовые аллергены, пыльца растений, некоторые производственные факторы Отягощённая наследственность Начало в молодом возрасте (часто) Волнообразность и яркость клинических проявлений, их обратимость (либо спонтанно, либо под влиянием терапии)
Бронхоэктазии	Большое количество гнойной мокроты Частые рецидивы бактериальной респираторной инфекции Грубые сухие разного тембра и разнокалиберные влажные хрипы при аускультации КТВР: расширение бронхов и уплотнение их стенок
Туберкулёз	Начало в любом возрасте Характерные рентгенологические признаки Микробиологическое подтверждение Эпидемиологические признаки (высокая распространённость туберкулёза в регионе)
Облитерирующий бронхолит	Начало в молодом возрасте у некурящих Указание на ревматоидный полиартрит или острое воздействие вредных газов КТВР обнаруживает зоны пониженной плотности на выдохе
Застойная сердечная недостаточность	Соответствующий кардиологический анамнез Характерные хрипы при аускультации в базальных отделах Рентгенография - расширение тени сердца и признаки отёка лёгочной ткани Спирометрия – преобладание рестрикции

Диета

При обструктивном бронхите для скорейшего выздоровления нужно принимать пищу пять раз в день.

- В рационе больного должен преобладать белок
- Также с пищей пациент должен получать достаточное количество витаминов А, Е, С, В1, В12.
- Рекомендуется кушать больше фруктов и овощей, отварное мясо, рыбу, злаковые, орехи, яйца, морепродукты.
- Количество соли снизить до 5 г в сутки.
- Отказаться от специй, острых блюд — они провоцируют приступы кашля.
- Обязательно теплое обильное питье. Смягчению кашля способствуют:
 - липовый чай с медом/малиновым вареньем;
 - имбирный чай;
 - молоко с минеральной водой;
 - фруктовые и овощные соки;
 - лимонная вода.

В день выпивать не менее 2 литров жидкости взрослому и не менее 1 литра ребенку.

Лечение

Основные цели терапии ХБ должны быть направлены на различные патофизиологические механизмы, лежащие в основе данного заболевания:

- 1) уменьшить избыточное образование бронхиального секрета;
- 2) уменьшить выраженность воспаления в дыхательных путях;
- 3) улучшить отхождение бронхиального секрета путем улучшения цилиарного транспорта секрета и уменьшения вязкости слизи;
- 4) модифицировать кашель. Эти цели могут быть достигнуты с помощью ряда немедикаментозных и медикаментозных средств.

Медикаментозные средства:

- Муколитические препараты (амброксол**, бромгексин, карбоцистеин, ацетилцистеин**, эрдостеин и др.);
- Противокашлевые препараты центрального действия (кодеин, декстрометорфан)
- Бронходилататоры
- Антибиотики

Консервативное лечение:

- отказ от курения
- Кислородотерапия

Профилактика рецидивов

Важной мерой профилактики ХБ является своевременное лечение обострений заболевания в случаях, если они возникли, а также санация носоглотки и других очагов хронической инфекции.

Вакцинация при хроническом бронхите Пациентам с ХБ рекомендуется вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции для профилактики гриппа и бронхолегочных заболеваний и их обострений

Спасибо за внимание



Северо-Западный
государственный
медицинский
университет
им. И.И. Мечникова

10 ЛЕТ - СОХРАНЯЯ ТРАДИЦИИ УСТРЕМЛЕН В БУДУЩЕЕ

СЗГМУ имени И.И. Мечникова

<https://radiopaedia.org/articles/adenomyomatosis-of-the-gallbladder>