

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.).

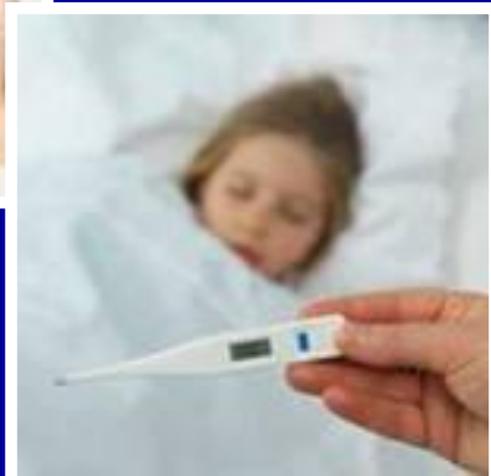


Клиника

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:

рентгенологическая картина легких – без изменений, иногда усилен легочный рисунок и расширены корни легких;



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

Тактика фельдшера

- **ФАП** – назначение лечения и выдача больничного листа на 5 дней;
- **Здравпункт** – рекомендации по лечению, выдача справки-освобождения на 3 дня, в течение которых при необходимости больной должен обратиться к участковому врачу;
- **СМП** – оказание неотложной помощи (жаропонижающие, бронхолитики) и рекомендация вызвать участкового врача.



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.

Согласно рекомендации ВОЗ, 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:

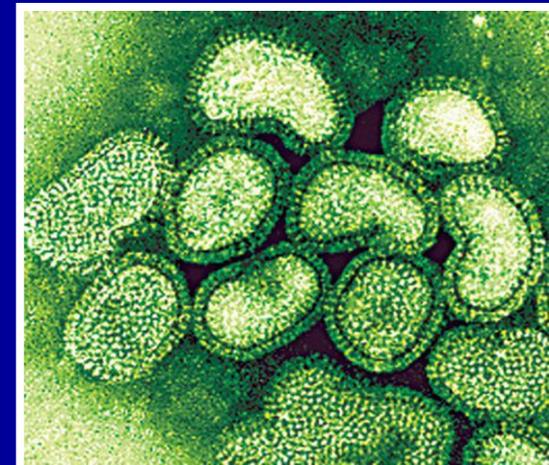
табачный дым;

вещества промышленно-производственного происхождения;

пыль;

климатические факторы, охлаждение;

инфекционные факторы;



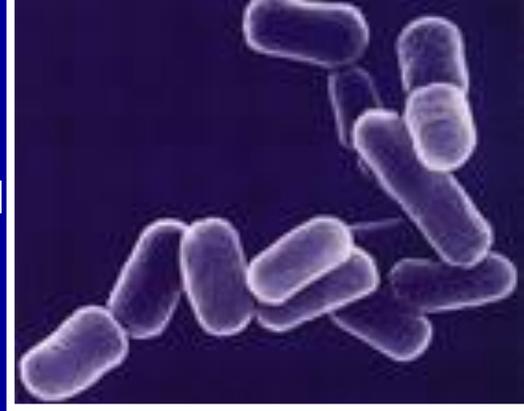
эндогенные:

частые ОРВИ, не излеченный
острый бронхит, затяжной
бронхит;

очаговые инфекции ВДП;

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**.



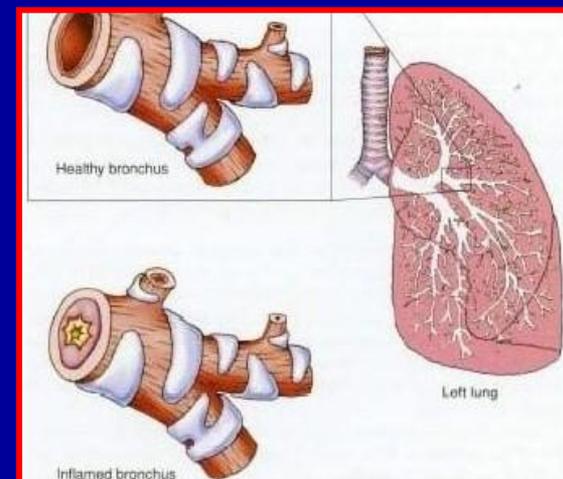
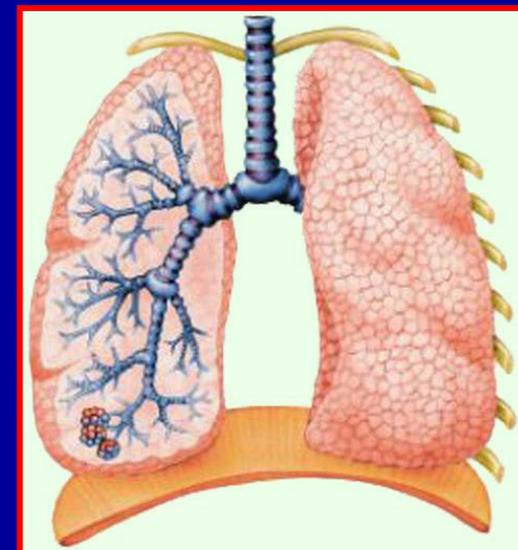
Классификация ХБ

– **Характер воспалительного процесса:**
простой (катаральный),
гнойный,
слизисто-гнойный,
особые формы (геморрагический, фибринозный).

– **Наличие или отсутствие бронхиальной обструкции:**
необструктивный,
обструктивный.

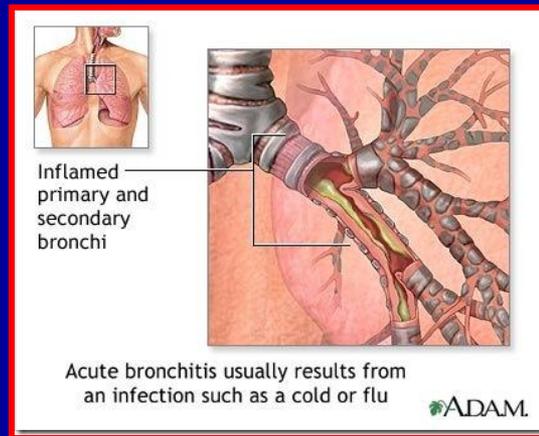
– **Уровень поражения бронхиального дерева:**
с преимущественным поражением крупных бронхов, с поражением мелких бронхов и бронхиол.

– **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.),

вторичная легочная гипертензия (транзиторная,

с недостаточностью кровообращения или без

нее).

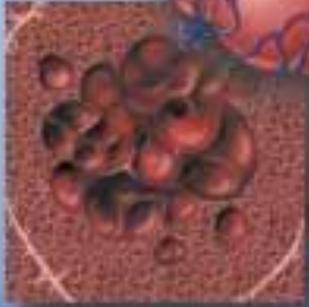
Хронический обструктивный бронхит

Die Abbildung zeigt die „chronische obstruktive Lungenerkrankung“ (COPD) als Beispiel für eine chronische Atemwegserkrankung. Diese Erkrankung kann durch eine Kombination aus genetischer Prädisposition und der Einwirkung von Reizstoffen (insbesondere Tabakrauch) entstehen. Die Abbildung zeigt die anatomischen Veränderungen der Atemwege und die damit verbundenen Symptome.

Symptome der COPD
Die COPD ist eine chronische Atemwegserkrankung, die durch eine Kombination aus genetischer Prädisposition und der Einwirkung von Reizstoffen (insbesondere Tabakrauch) entstehen kann. Die Abbildung zeigt die anatomischen Veränderungen der Atemwege und die damit verbundenen Symptome.

Struktur der Atemwege
Die Abbildung zeigt die anatomischen Veränderungen der Atemwege bei COPD. Die Bronchien sind verengt und die Lungen sind überbläht.

Struktur der Atemwege



Medikation
Die Behandlung der COPD erfolgt in der Regel mit inhalativen Medikamenten. Diese können Bronchodilatoren (langwirksam und kurzwirksam) sowie Kortikosteroide (inhalativ) sein. Die Dosis und die Art der Medikation werden individuell angepasst.

Пример формулировки диагноза:
Хронический обструктивный
бронхит, непрерывно
рецидивирующее течение, фаза
обострения, эмфизема
легких, диффузный пневмосклероз.
ДН I – II.

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

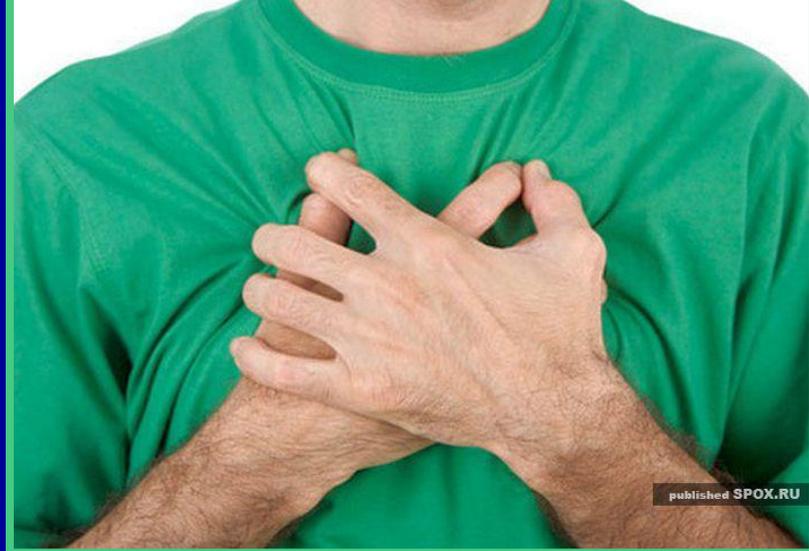
бронхиальной проходимости (обструктивный бронхит) с развитием **одышки вплоть до**

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

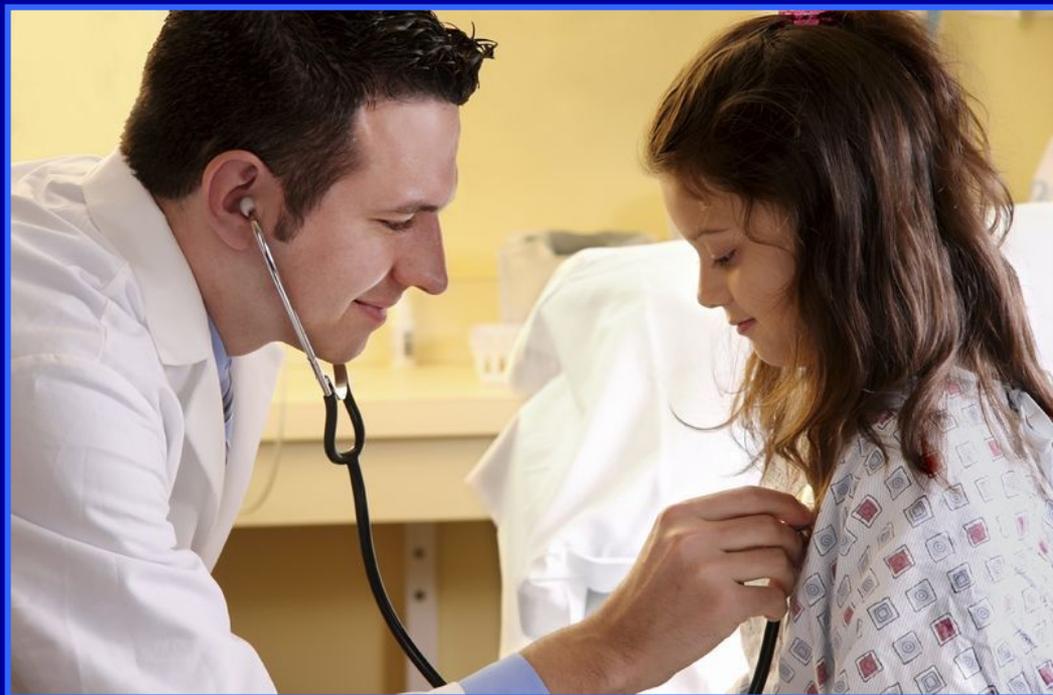
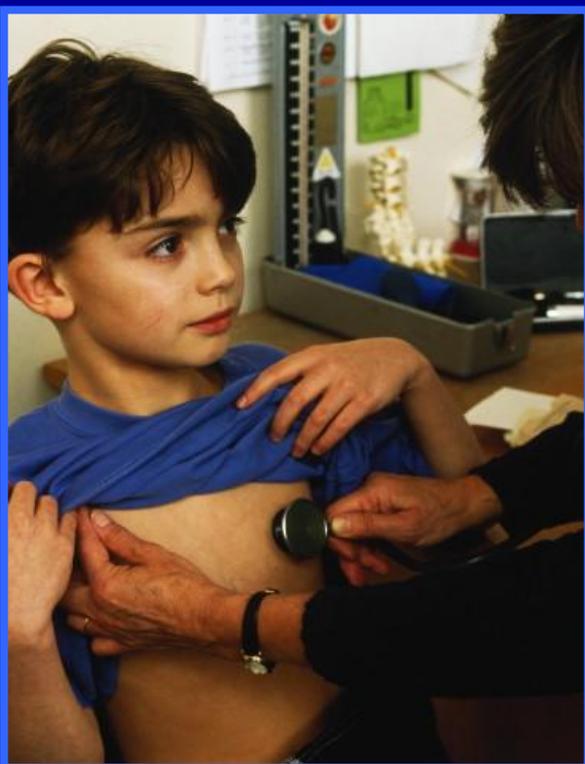
- амбулаторное или стационарное (в зависимости от тяжести состояния больного, наличия осложнений, эффективности ранее проводимого лечения):
- **исключение факторов, способствующих обострению болезни;**
- **диета** с повышенным содержанием витаминов и белка, (ограничение соли, жидкости);
- **в фазе обострения:**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



Диспансеризация

1. ХБ необструктивный с обострениями не чаще 3-х раз в год без ДН:

- осмотр терапевта, ОАК, мокроты и анализ мокроты на БК 2 раза в год;
- осмотр ЛОР врача и стоматолога 1 раз в год;
- ЭКГ, бронхологическое обследование по показаниям;
- противорецидивное лечение 2 раза в год: ингаляции, витамины, отхаркивающие, ФТЛ, ЛФК, массаж, закаливание, спорт, санация очагов инфекции, СКЛ, отказ от курения, рациональное трудоустройство.



2. ХБ необструктивный с частыми обострениями без ДН:

- осмотры терапевта, ОАК, спирография 3 раза в год;
- флюорография, биохимический анализ крови 1 раз в год, остальные исследования как в первой группе;
- противорецидивное лечение 2 – 3 раза в год (как в первой группе +иммунокорригирующая терапия).



3. ХБ обструктивный с ДН:

- осмотры терапевта 3 – 6 раз в год;
 - другие обследования как во второй группе;
- противорецидивное лечение 3 – 4 раза в год (как во второй группе +бронходилататоры, эндобронхиальная санация)



Тактика фельдшера

- **ФАП** – при обострении ХБ направить больного к участковому терапевту.
- **Здравпункт** – направить к цеховому или участковому врачу для уточнения диагноза и назначения амбулаторного лечения, либо решения вопроса о госпитализации по показаниям.
- **СМП** – оказание неотложной помощи адекватно симптоматике: при высокой температуре – жаропонижающие, при кровохарканье – кровеостанавливающие, при одышке – увлажненный кислород, бронхорасширяющие препараты и т.д. В зависимости от состояния больного: либо госпитализация в терапевтическое отделение, либо рекомендация вызвать участкового врача.

Рецепты

Rp.:Tab. Libexini 0,1 №20

D.S. По 1 – 2 таблетки 3 – 4 раза в день.

Rp.:Dragee Bromhexini 0,04 №20

D.S. По 2 драже 3 раза в день независимо от приема пищи.

Rp.:Biseptoli 480

D.t.d. № 20 in tabul.

S. По 2 таблетки 2 раза в день после еды.

Rp.:Azithromycini 0,25

D.t.d. № 6 in caps.

S. По 1 капсуле 1 раз в день за 1 ч до еды или через 2 ч после еды в течение 5 дней.