

An anatomical illustration of the human respiratory system, showing the trachea at the top, which branches into the left and right bronchi. These bronchi further divide into a complex network of smaller bronchioles that fill the lungs. The drawing is rendered in a light, sketchy style with grey and black lines on a white background.

Бронхиты

Преподаватель: Дорониная Е. А.

Острый бронхит (ОБ)

- Острое воспалительное заболевание верхних дыхательных путей преимущественно вирусной этиологии, ведущим клиническим симптомом которого является кашель, продолжающийся не более 2-3 недель.

Этиология

Основная роль в этиологии ОБ принадлежит вирусам – 90%, менее, чем в 10% бактериям.

1. Вирусы: вирус гриппа А и В, парагриппа, РС-вирус, коронавирус, аденовирус, риновирус.
2. Бактерии: стрептококки, стафилококки, бордетелла, микоплазмы, хламидии, гемофильная палочка.

Факторы риска ОБ

- Аллергические заболевания (ринит, бронхиальная астма)
- Курение (в т.ч. пассивное)
- Гипертрофия носоглоточных и нёбных миндалин
- Иммунодефицитные состояния
- Пожилой и детский возраст
- Воздушные поллютанты (пыль, химические агенты)
- Переохлаждение
- Очаги хронических инфекций верхних дыхательных путей

Клиническая картина

- Сухой мучительный кашель; через 2-3 дня кашель становится продуктивным, появляется слизистая или слизисто-гнойная мокрота;
- Боли в грудной клетке при кашле;
- Першение в горле;
- Лихорадка (t- субфебрильная, 2-3 дня)
- Недомогание, головная боль, боль в спине, суставах;
- Потеря аппетита.

Факторы риска



Диагностика

- Объективно: при аускультации выслушивается жёсткое дыхание (вдох равен выдоху), сухие хрипы, при появлении продуктивного кашля выслушиваются влажные хрипы;
- Лабораторные данные:
 - 1) Клинический анализ крови – возможен лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, повышение СОЭ;
 - 2) Биохимический анализ крови – в пределах нормы или несколько повышен С-реактивный белок;
 - 3) Общий анализ мокроты, бактериоскопическое и бактериологическое исследование мокроты.

- **Инструментальные методы:**

Рентгенография органов грудной клетки выполняется в целях дифференциальной диагностики, когда появляются подозрения на развитие пневмонии или других заболеваний лёгких. Рентгенограмма чаще всего без изменений, в тяжёлых случаях наблюдаются расширение корней лёгких, усиление лёгочного рисунка в нижних отделах.

Лечение

- Лёгкие и среднетяжёлые формы лечатся амбулаторно, тяжёлые формы в стационаре;
- Диета: рекомендуется пища, богатая витаминами, обильное питье, щелочные минеральные воды;
- Медикаментозная терапия:
 - 1) Муколитики (амбробене, флуимуцил, синекод) Per os или через небулайзер
 - 2) В случае мучительного кашля, усиливающегося ночью - противокашлевые: либексин, ренгалин.
 - 3) Антибиотики назначаются только при осложнённом течении ОБ.

4) Фитотерапия (термопсис, багульник, чабрец, корень алтея)

- Физиотерапия:

1) дыхательная гимнастика;

2) ЛФК;

3) электрофорез кальция на грудную клетку;

4) массаж грудной клетки.

Исходы заболевания

1. Выздоровление
2. Переход в хроническую форму
3. Развитие пневмонии

Хронический бронхит (ХБ)

Хроническое заболевание, характеризующееся волнообразным течением и проявляющееся кашлем с выделением вязкой мокроты, одышкой и снижением толерантности к физической нагрузке.

По определению ВОЗ к больным ХБ следует относить тех, у которых кашель с мокротой длится не менее 3х месяцев в году в течение 2х лет подряд при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и лёгких, которые могли бы вызвать эти СИМПТОМЫ.

Патогенез

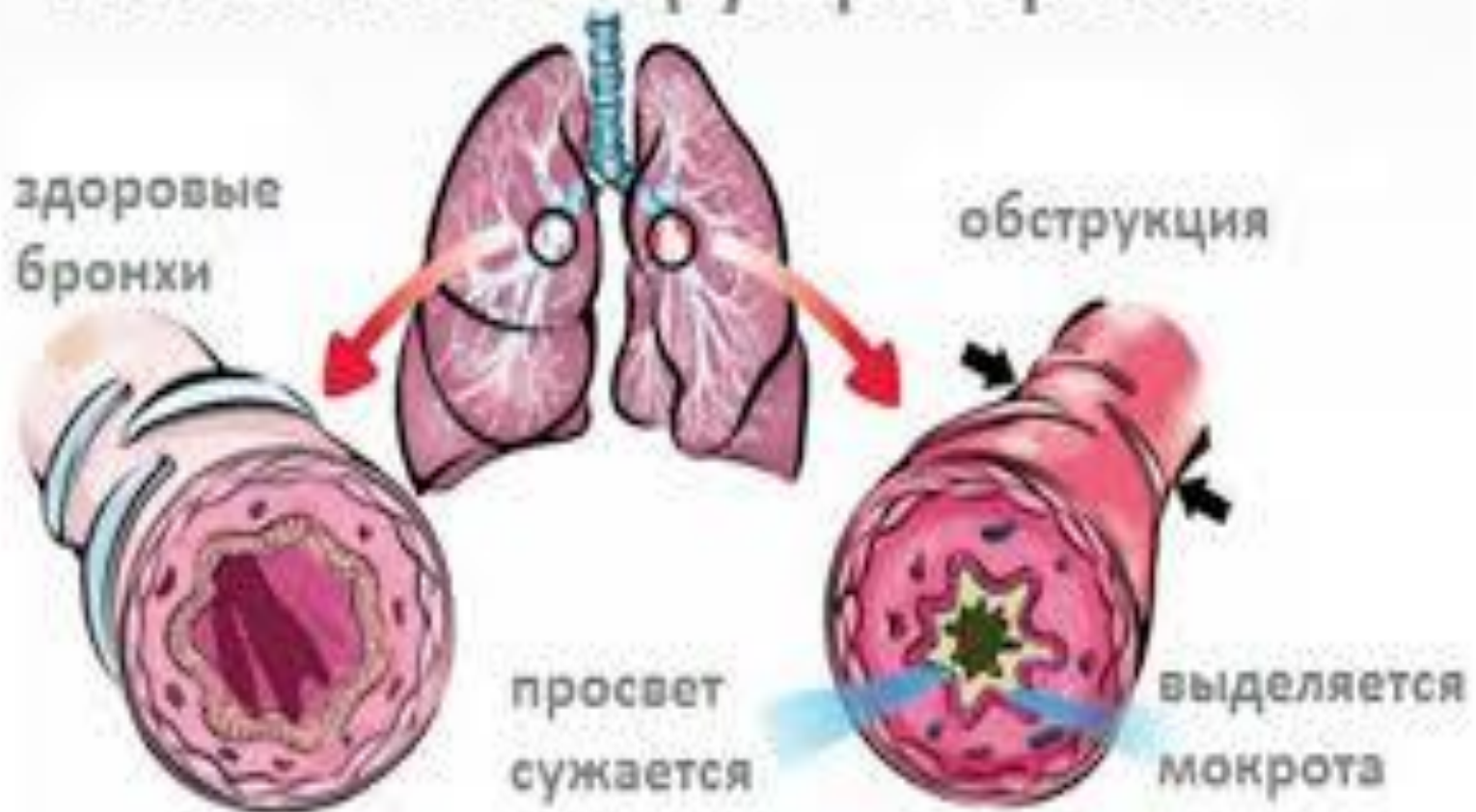
Воздушные поллютанты, химические, физические, термические агенты, нарушая структуру и функцию слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, приводят к развитию асептического воспаления – экссудации и инфильтрации. Нарушенная дренажная функция способствует присоединению респираторной инфекции, активность и рецидивы которой зависят во многом от иммунитета. В результате хронического воспаления происходит гибель реснитчатого эпителия и образование фиброзной ткани.

Клиническая картина

- Кашель с вязкой (при обострении с гнойной) мокротой;
- Одышка экспираторного характера, усиливающаяся при нагрузке;
- При обострении лихорадка, слабость, недомогание.

Патогенез

Механизм обструкции бронхов



Диагностика

- При общем осмотре обращает на себя внимание цианотичность кожных покровов;
- ЧДД выше 20-22 в минуту (при обострении показатели выше);
- При аускультации выслушивается жёсткое дыхание (вдох равен выдоху), диффузные влажные хрипы;
- Лабораторная диагностика (см. ОБ)+ определение газового состава крови;

Инструментальные данные

- Рентгенография органов грудной клетки
- Спирометрия отражает степень бронхиальной обструкции
- Фибробронхоскопия выполняется с целью санации трахеобронхиального дерева, взятия лаважной жидкости на посев, а также с лечебной целью

Лечение

- Обильное щелочное питьё;
- Витаминотерапия;
- Муколитики;
- Бронхолитики (беродуал);
- Антибиотики (супракс, таваник, кларитромицин);
- При осложнённом течении и выраженной бронхообструкции – ингаляционные глюкокортикостероиды;

- Профилактика обострений: ликопид, рибомунил;
- Фитотерапия;
- Физиотерапия (дыхательная гимнастика, ЛФК, массаж, магнитотерапия, электрофорез эуфиллина);
- Лечебная фибробронхоскопия (антибиотики, муколитики, антисептики).

Профилактика бронхитов

- Регулярная влажная уборка помещений;
- Соблюдение правил личной гигиены;
- Избегать переохлаждений;
- Использовать воздухоочиститель;
- Борьба с курением.

Спасибо за внимание!

