

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**.

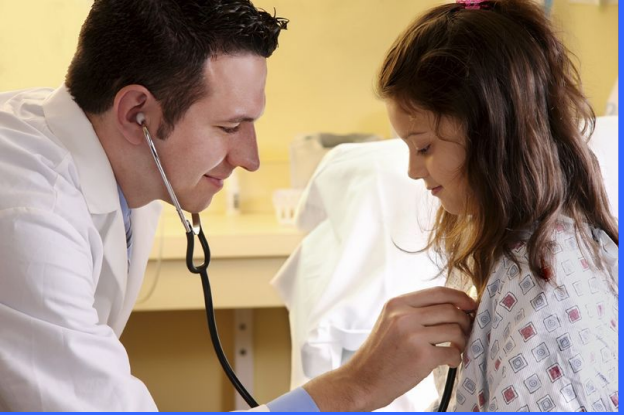


Дополнительные исследования:

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);

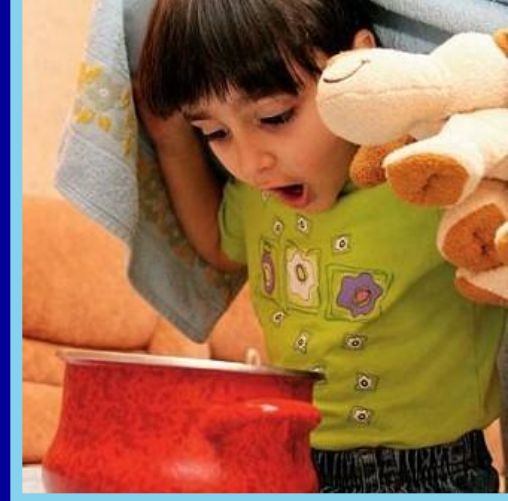


фитотерапия отхаркивающего действия:

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:

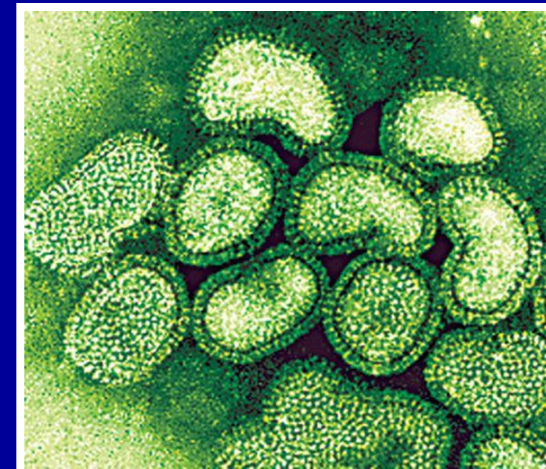
табачный дым;

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**.



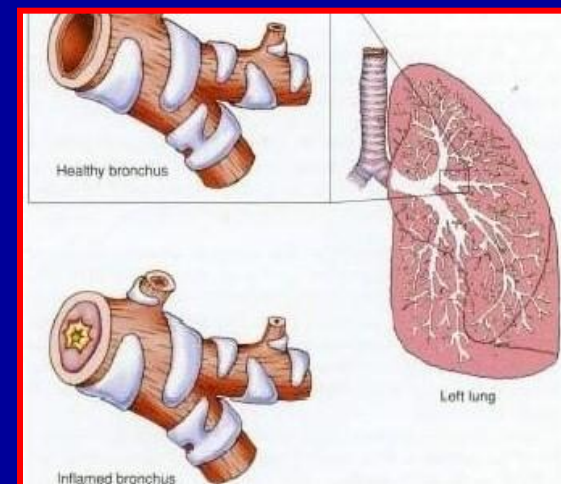
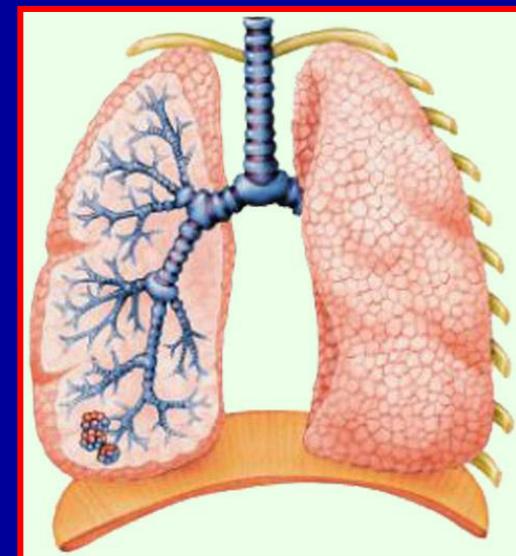
Классификация ХБ

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

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

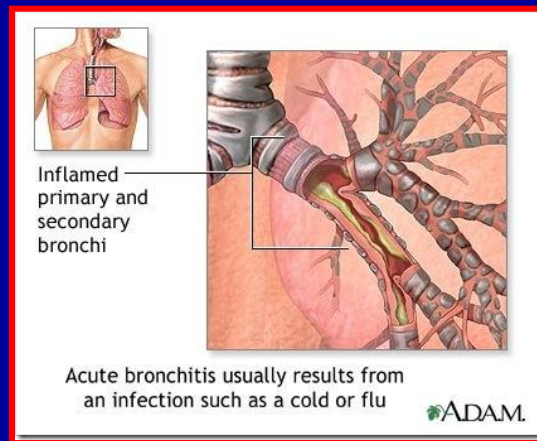
– **Уровень поражения бронхиального дерева:**
с преимущественным поражением крупных бронхов, с поражением мелких бронхов и бронхиол.

– **Течение:**
латентное,
с редкими обострениями,
с частыми обострениями,
непрерывно рецидивирующее.



Фаза:

обострение,
ремиссия.



Осложнения:

эмфизема легких,

диффузный пневмосклероз,

кровохарканье,

дыхательная недостаточность (ДН) (острая,

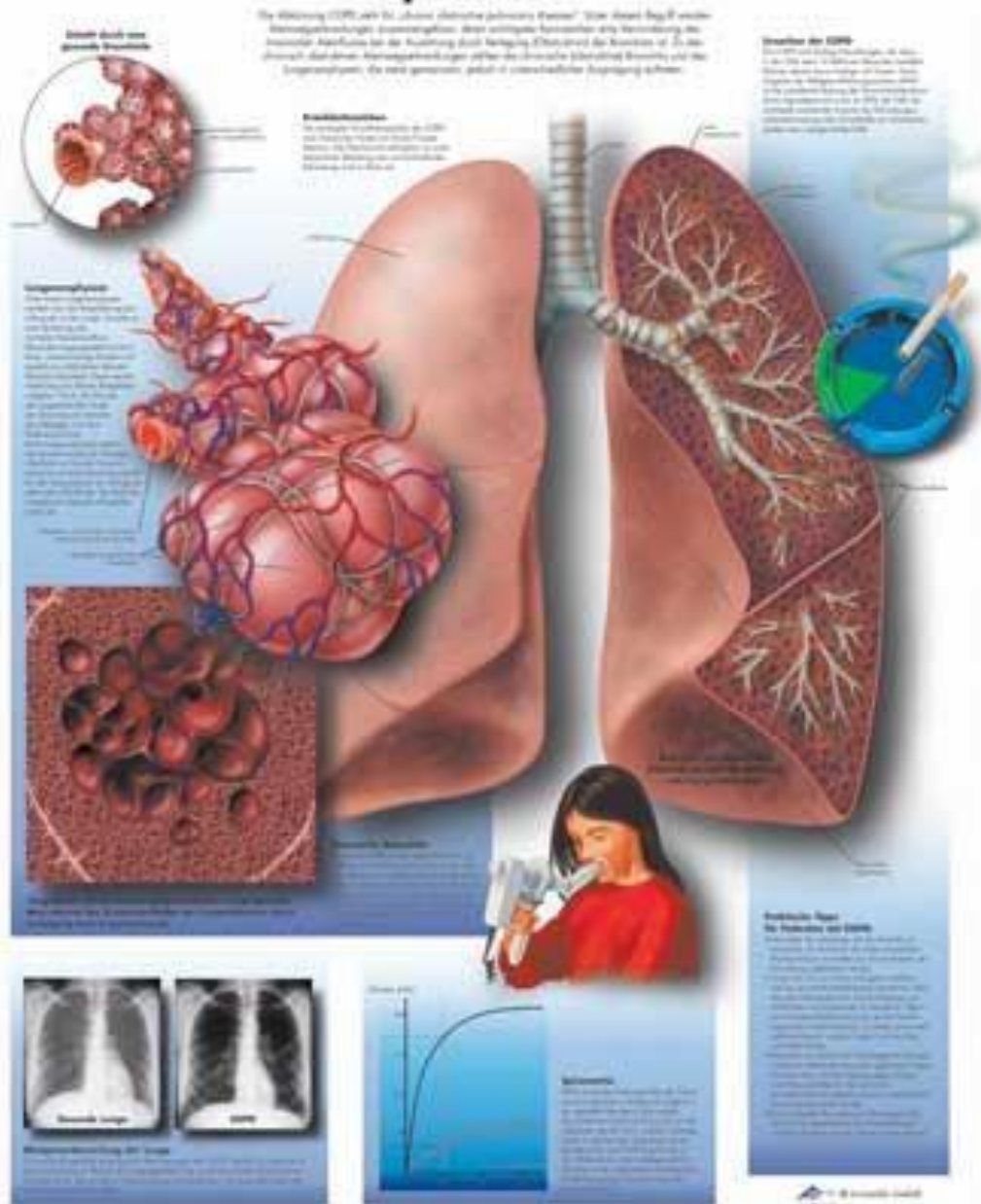
хроническая I, II, III ст.),

вторичная легочная гипертензия (транзиторная,

с недостаточностью кровообращения или без

нее).

Хронический обструктивный бронхит



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;

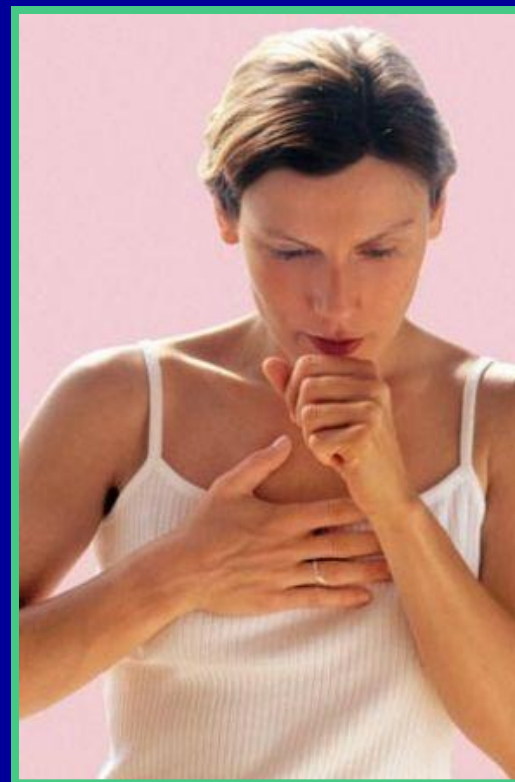
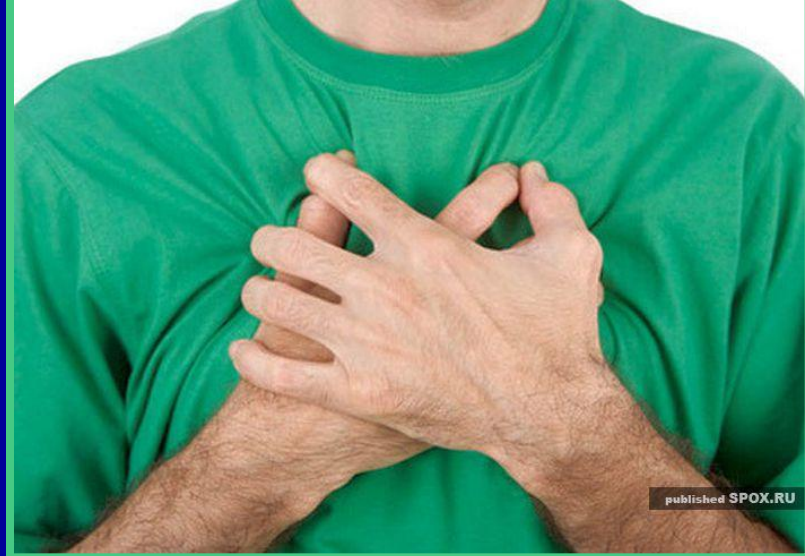
наблюдается **усиление кашля, увеличение отделения мокроты**, особенно по утрам, изменение ее характера (**гнойная**) – при необструктивном бронхите;

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

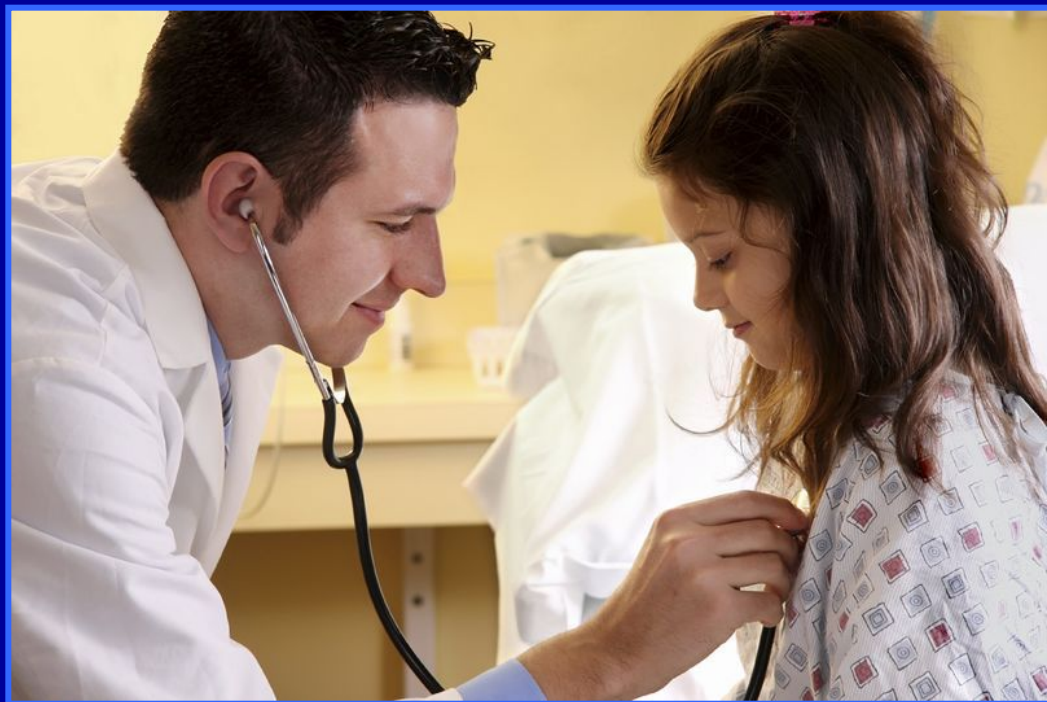
- амбулаторное или стационарное (в зависимости от тяжести состояния больного, наличия осложнений, эффективности ранее проводимого лечения):
- **исключение факторов, способствующих обострению болезни;**
- **диета** с повышенным содержанием витаминов и белка, (ограничение соли, жидкости);
- **в фазе обострения:**
- **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.