

БРОНХИТ ХРОНИЧЕСКИЙ

Хронический бронхит – хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся продуктивным кашлем, продолжающемся не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд, при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких, которые могли бы вызвать эти симптомы.

• **Этиология.**

Причины развития и обострения :

1. Длительное раздражение слизистой, так называемыми, поллютантами. Это примесь раздражающих слизистую веществ, содержащихся во вдыхаемом воздухе:
 - √ табачный дым,
 - √ токсические пары и газы промышленно-производственного характера.
2. Инфекция (вирусная, бактериальная), которая редко является первопричиной заболевания. Роль ее вторична, то есть она присоединяется тогда, когда созданы условия для воздействия на слизистую инфекции, в результате чего наступает период обострения и персистирования хронического процесса.

Предрасполагающие факторы:

1. Сырой и холодный климат
2. Нарушенное носовое дыхание
3. Хронические заболевания носоглотки
4. Переохлаждение
5. Злоупотребление алкоголем

• **Патогенез.**

В норме очищение бронхов происходит за счет обволакивания слизью инородных веществ и переноса их реснитчатым эпителием из периферических бронхов к трахеи и гортани. Кроме того, сама слизь обладает антимикробными свойствами.

При хроническом бронхите этиологические факторы, воздействуя на слизистую вызывают следующие изменения в ней:

1. Снижается активность мерцательного эпителия. Далее он слущивается, происходит метаплазия мерцательного эпителия в многослойный плоский.

2. Увеличивается количество слизи (гиперкриния), как за счет гиперфункции, так и за счет увеличения количества бакаловидных клеток, которые продуцируют бронхиальный секрет.
3. Изменяются реологические свойства слизи (дискриния). Слизь становится вязкой, снижаются её антимикробные свойства.
4. В результате этих 3-х составляющих нарушается мукоцилиарный транспорт, то есть нарушается дренажная функция бронхов. → Очищение бронхов замедляется → Происходит застой в бронхах слизи с имеющимися в ней вредными веществами и микробами – мукостаз.
5. Со временем изменениям подвергается не только слизистая, но и другие слои и структуры бронхиальной стенки. Развивается дистрофия мышечных волокон, нервных окончаний, нарушается кровоснабжение стенки → в результате происходит атрофия и гибель эластического каркаса, нарастание склероза, бронхи деформируются.
6. В результате возникает ещё более выраженное нарушение бронхиальной проходимости (бронхиальная обструкция) и нарушается вентиляция легких.

● Классификация

1. МКБ 10

J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит

J42 Хронический бронхит неуточненный

2. Клиническая классификация хронического бронхита (единой классификации не существует, при постановке диагноза рекомендуется указывать следующее)

По характеру воспаления: √ простой (катаральный)
 √ слизисто-гнойный
 √ гнойный
 √ Особые формы: Геморрагический, Фибринозный

По функциональной характеристике: √ необструктивный
 √ обструктивный

По уровню поражения бронхиального дерева:

- √ с преимущественным поражением крупных бронхов (проксимальный).
- √ с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол

Фаза: √ Обострение
 √ Ремиссия

Осложнения: √ Эмфизема легких.
 √ Пневмосклероз.

- ✓ Кровохарканье.
- ✓ Дыхательная недостаточность.
- ✓ Хроническое легочное сердце.

Сочетание хронического бронхита с эмфиземой определяется как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Варианты формулировки диагноза:

Хронический катаральный необструктивный бронхит с преимущественным поражением крупных бронхов в фазе ремиссии. ДН 0 ст.

Хронический гнойный обструктивный бронхит в фазе обострения. ДН 1 ст.

• **Клиника.**

Кашель.

Вначале сухой или с выделением небольшого количества слизистой мокроты.

Беспокоит по утрам, так называемый, кашель курильщика. Ему часто не придают значения.

Далее, с годами, кашель становится постоянным, сопровождается выделением мокроты, уменьшается лишь в теплое время года.

Мокрота слизисто- гнойная или гнойная, вне обострения слизистая.

Количество ее от 20 – 50 мл в сутки (при катаральном воспалении)

до 100 – 150 мл в сутки (при слизисто-гнойном)

Одышка

В начале болезни чаще поражаются крупные бронхи, бронхиальная проходимость нарушается незначительно. По мере прогрессирования вовлекаются мелкие бронхи, и развивается обструкция. Одышка – это главный симптом при развитии обструкции.

Она экспираторного типа, выдох в 2 – 3 раза длиннее вдоха.

Усиливается при обострении и физической нагрузке.

Период обострения характеризуется:

- ✓ Усилением кашля
- ✓ Увеличением количества мокроты
- ✓ Нарастанием одышки
- ✓ Может быть незначительное повышение температуры тела – 37,2 – 37,5.
- ✓ Появляется слабость, потливость по ночам

В период ремиссии симптомы либо исчезают, либо значительно уменьшаются. Зависит это от степени поражения бронхиального дерева.

• **Объективное обследование.**

Осмотр →

При неослаженном бронхите отклонений нет

При присоединении осложнений их проявления.

Аускультация → характерны жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы или м.б. влажные хрипы

● **Дополнительные методы исследования.**

ОАК → при обострении лейкоцитоз, повышение СОЭ

АМ →

- ↗ Бактериологическое исследование
- ↘ Общий анализ (лейкоциты, м.б. эритроциты, макрофаги, цилиндрический мерцательный эпителий)

R-гр → малоинформативен, может быть усиление легочного рисунка, его деформация - при длительном течении, + признаки осложнений.

Бронхоскопия по показаниям → можно выявить характерные имеющемуся воспалению изменения слизистой

ИФВД → при необструктивном бронхите не нарушена при развитии обструкции: ↓ОФВ₁, ↓ максимальной объемной скорости.

Пульсоксиметрия

● **Лечение**

√ **Показания для госпитализации**

Простой хронический бронхит лечится в амбулаторных условиях. Показаниям для госпитализации являются появление осложнений:

- ✓ признаков дыхательной недостаточности;
- ✓ признаков пневмонии;
- ✓ отсутствие эффекта от терапии, необходимость проведения дифференциальной диагностики;
- ✓ обострение серьезных сопутствующих заболеваний с признаками функциональной недостаточности (сердечно-сосудистая, почечная патологии и др.).

√ Важным является **отказ от курения** – это улучшает прогноз заболевания.

√ Для облегчения выделения мокроты - поддержание адекватной **гидратации** (обильное питье воды, морсов до 2-3 л/сутки)

√ **Увлажнение воздуха** в помещении, особенно в условиях засушливого климата и зимой (поддержание температурного режима в помещении 20- 22 градуса)

√ **Муколитики** : Они разжижают мокроту, облегчают выведение мокроты, оказывают противовоспалительное действие.

- ацетилцистеин (АЦЦ, флуимуцил)
- бромгексин,
- амброксол – *метаболит бромгексина* (лазолван, амбробене, халиксол, амброгексал, мукосольван)

√ **Отхаркивающие:** Они улучшают отхождение мокроты, повышают активность мерцательного эпителия, оказывают противовоспалительное действие.

- настои и отвары трав – термопсис, багульник, солодка, алтей, девясил.
- «грудной сбор»,
- «Линкас»
- мукалтин

√ **Бронхолитики:** назначаются при обструкции, уменьшают одышку, улучшают вентиляцию легких.

короткодействующие бета-2-агонисты :

- сальбутамол (вентолин)
- фенотерол (беротек),

холинолитик (ипратропия бромид),

а также комбинированные препараты в виде раствора для ингаляций через небулайзер или аэрозоля до 4-6 раз/сутки.

√ При сохранении затяжного кашля и появлении признаков гиперреактивности дыхательных путей возможно применение

- **противовоспалительных нестероидных препаратов** (фенспирид (эриспал)),
- **ИГКС** (при неэффективности) (будесонид, беклометазон, флутиказон, циклесонид и др.), в том числе через небулайзер (суспензия будесонида)

√ **Антибактериальные препараты** - при наличии бактериального обострения, признаками которого являются такие симптомы, как: усиление одышки, увеличение объема мокроты и усиление гнойного характера мокроты, повышения температуры более 3 дней, выраженные воспалительные изменения в анализе крови. Предпочтение отдают препаратам широкого спектра действия:

- защищенные амоксициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам)
- макролиды (спирамицин, азитромицин, кларитромицин, джозамицин),
- «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин),
- цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефотаксим)

Обычно продолжительность антибиотикотерапии при обострении ХБ составляет 5-10 дней.

√ **Постуральный дренаж** – дренаж положением.

Пациент занимает определенные дренажные положения («монета под кроватью») и проводит форсированные выдохи (откашливается)

√ ЛФК

√ Физ лечение, отвлекающие процедуры, щелочные ингаляции

√ Эндобронхиальная санация.

√ Диспансерное наблюдение 2 раза в год.

ХРОНИЧЕСКАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ДН – это вторичный синдром, возникающий при неспособности дыхательной системы поддерживать газовый гомеостаз, что приводит к снижению P_{aO_2} и повышению P_{aCO_2} в артериальной крови. Развивается в течение ряда лет; проявляется одышкой, изменением ЧД, цианозом, тахикардией

Степени по SaO_2 , % Насыщение гемоглобина кислородом менее 90% указывает на ДН

Норма: $SpO_2 \geq 95$ мм рт.ст.

I степень (умеренная) $SpO_2 = 90-94\%$

II степень (выраженная) $SpO_2 = 76-89\%$

III степень (тяжелая) $SpO_2 \leq 75\%$

Клиническая оценка степеней хронической дыхательной недостаточности

I степень – субъективно одышка появляется во время или после значительной физической нагрузки. ЧДД в покое в пределах нормы - 16-24 в 1 минуту. Цианоза нет. Пульс не учащен.

II степень – одышка появляется при незначительной (привычной) физической нагрузке, держится продолжительное время. ЧДД в покое – 24 – 28 в минуту. Цианоз появляется после значительной физической нагрузки. Пульс - склонность к учащению.

III степень – одышка в покое или при малейшей физической нагрузке. ЧДД в покое - 30 и больше в минуту. Цианоз появляется при малейшей физической нагрузке и в покое. Пульс учащен постоянно.