

ОСТРЫЙ БРОНХИТ

Острый бронхит (О.Б.) – остро или подостро возникшее воспаление бронхиального дерева, преимущественно инфекционной этиологии, ведущим клиническим симптомом которого является кашель (чаще продуктивный), и ассоциированное с характерными признаками инфекции, как верхних, так и нижних отделов дыхательных путей (хрипы, дискомфорт в грудной клетке, одышка) без возможности их альтернативного объяснения. О.Б. продолжается не более 3 недель. (Может быть, затяжная форма, до 1 – 1,5 месяцев).

Острый бронхит относится к антропонозным инфекциям.

Источником инфекции являются: – больные, а также

– здоровые носители.

Основной **механизм передачи**

– аэрозольный, в ряде случаев возможен –
контактно-бытовой или
– фекально-оральный

Является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания.

Эпидемиология острого бронхита прямо связана с эпидемиями гриппа и других респираторных вирусных болезней. Обычно типичными пиками нарастания частоты возникновения заболеваний являются конец декабря и начало марта.

Часто сочетается с поражением верхних дыхательных путей. С ринофарингитом, ларингитом, трахеитом. Но может протекать и самостоятельно.

● **Этиология заболевания. Предрасполагающие факторы.**

Этиология:

1. Инфекция

В подавляющем числе случаев пусковыми этиологическими агентами ОБ у взрослых являются **респираторные вирусы** (гриппа, парагриппа, риновирусы и др.)

Бактериальная этиология острых бронхитов наблюдается у 5–10% пациентов

У 30% пациентов с ОБ диагностируется **сочетанная инфекция**, к вирусной инфекции присоединяется бактериальная (чаще отмечается при гриппе и риновирусной инфекции)

2. Реже:

- вдыхание аэрополлютантов (пары аммиака, хлора, двуокиси серы)
- вдыхание очень сухого, горячего или холодного воздуха.
- аллергические факторы (пыль, пыльца растений)

Предрасполагающие факторы: - охлаждение организма,
 - курение,
 - очаги хронической инфекции ЛОР-органов,
 - нарушение носового дыхания,
 - снижение защитных сил организма,
 - рефлюкс-эзофагит,

● Патогенез.

Чаще вирусная инфекция (реже др этиологические факторы) + предрасполагающие факторы воздействуя на слизистую и вызывают альтерацию (то есть повреждение эпителиальных клеток) → создаются условия для проникновения и активизации условно-патогенной бактериальной флоры и возникает воспаление, с его характерными проявлениями:

- гиперемия слизистой,
- слизистая набухшая, отечная, инфильтрирована Le,
- гиперсекреция слизи, нарушение мукоцилиарного клиренса,
- воспалительный отек слизистой оболочки бронхов приводит к нарушению их проходимости.

● Классификация

в МКБ-10 принят этиологический подход в классификации острого бронхита. Однако из-за ряда факторов (нетяжелое течение заболевания, , отсутствие возможностей для вирусологического исследования, распространенная практика самолечения, включающего прием АБП и др.) являются причиной того, что этиология заболевания верифицируется крайне редко.

С клинической точки зрения, в зависимости от этиологического фактора, выделяют:

- острый бронхит инфекционного происхождения (вирусный, бактериальный, вызванный вирусно-бактериальным);
- острый бронхит, обусловленный ингаляционным воздействием химических или физических факторов.

● Клиническая картина.

Началу заболевания могут предшествовать респираторной вирусной инфекции и поражения верхних дыхательных путей:

- ✓ заложенность носа, ринорея
- ✓ жжение и дискомфорт за грудиной, сухой, раздражающий кашель
- ✓ осиплость голоса
- ✓ конъюнктивит

- ✓ **Основной симптом** – *кашель*, как правило, продуктивный, с отделением небольшого количества слизистой, а иногда слизисто-гнойной и гнойной мокроты. В ряде случаев кашель приобретает надсадный мучительный характер.
- ✓ **Лихорадка** (как правило субфебрильная), **симптомы интоксикации** различной степени выраженности (слабость, разбитость, недомогание, потливость).
- ✓ У большинства больных отмечаются **боли в** нижних отделах **грудной клетки**. Они возникают из-за перенапряжения дыхательных межреберных мышц в результате кашля и судорожного сокращения диафрагмы во время кашля.
- ✓ Может быть **одышка**. Она незначительная или выраженная при диффузном поражении, при закупорке мелких бронхов вязкой мокротой.

● **Объективное обследование.**

пальпация → без изменений

перкуссия → без изменений

аускультация → ✓ в первые дни болезни: жесткое дыхание, сухие хрипы;
 ✓ далее: влажные разнокалиберные хрипы
 (при разжижении мокроты)

● **Дополнительные методы диагностики.**

✓ Всем больным ОБ рекомендуется развернутый **общий анализ крови** .

— при вирусной этиологии нет лейкоцитоза и сдвига лейкоформулы влево

— напротив, лейкоцитоз $>10-12 \times 10^9/\text{л}$ с повышением уровня нейтрофилов и/или палочкоядерный сдвиг $>10\%$, указывает на высокую вероятность бактериальной инфекции, что требует дальнейшего обследования пациента с целью исключения пневмонии.

✓ Также рекомендуется определять уровень С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Цель – исключение бактериальной инфекции.

— при значении СРБ менее 20 мг/л в подавляющем числе случаев ОБ можно предположить вирусную этиологию и отказаться от применения антибиотиков

— при СРБ > 100 мг/л подтверждает подозрение в пользу пневмонии.

✓ ОАМокроты: микробиологическая диагностика, ПЦР-диагностику для выявления респираторных вирусов. В амбулаторных условиях, как правило, не проводится

✓ R: с целью исключения пневмонии, при ОБ как правило, без изменений, м.б

- усиление легочного рисунка, за счет переbronхиального отека,
- расширение и нечеткость корней легких, в связи с реакцией на инфекцию.

! Диагноз основывается на клинической картине, диагноз ставят методом исключения.

● Осложнения.

- Бронхиолит
- Бронхопневмония
- Хронический бронхит

● Бронхиолит

Это воспаление дистальных отделов бронхиального дерева, то есть бронхиол. Чаще встречается у детей и стариков.

Характеризуется тяжелым течением:

- ✓ Температура тела до 39,
- ✓ Мокрота скудная, плохо отходит,
- ✓ Высокая степень дыхательной недостаточности (выраженная одышка)
- ✓ Длительность заболевания 1,5 – 2 месяца,
- ✓ Возможен летальный исход.

● Принципы лечения.

- ✓ Госпитализация при ОБ не показана.
- (В стационаре лечат ОБ с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).
- ✓ Рекомендуются обильное теплое витаминизированное питье (чай с лимоном, малиной, черной смородиной, липовым цветом)
 - ✓ С целью воздействия на вирусную инфекцию в первые 1 – 3 дня заболевания:
 - интерферон,
 - арбидол,
 - когацел
 - ✓ Инструктировать пациента о пользе увлажнённого воздуха.
 - ✓ Физлечение, электрофорез, дома паровые щелочные ингаляции при отсутствии лихорадки

Основными препаратами для лечения ОБ являются муколитики и отхаркивающие :

- ✓ **Муколитики** для разжижения мокроты:
 - бромгексин
 - амброксол
 - ацетилцистеин
- ✓ **Отхаркивающие** для облегчения отхождения мокроты:
 - муколтин

– трава термопсиса, тимьян, плющ

✓ **Антибиотикотерапия** при неосложнённом ОБ не рекомендована!

Острый бронхит — одна из наиболее частых причин злоупотребления антибиотиками, так как в большинстве случаев имеет вирусную этиологию.

Антибиотикотерапия показана при явных признаках бактериального поражения бронхов : изменения в крови , увеличение количества гнойной мокроты, нарастание одышки и признаков интоксикации.

✓ **Противокашлевые** при сухом, мучительном кашле:

- либексин
- тусупрекс
- кодеин

✓ При бронхообструктивном синдроме применяют комбинированные препараты содержащие бронхолитик сальбутамол

✓ **Жаропонижающие:**

- аспирин
- парацетамол

С целью профилактики ОБ гриппозной этиологии при меняются инактивированные гриппозные вакцины. Введение гриппозной вакцины рекомендуется всем пациентам с высоким риском осложненного течения гриппа. К ним относятся:

- пациенты в возрасте 65 лет и старше;
- лица с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой системы, СД, заболеваниями почек, крови, нервной системы (эпилепсия, миопатии и др.);
- лица с иммуносупрессией (включая ВИЧ и прием иммунодепрессантов);
- беременные;
- пациенты с морбидным ожирением (индекс массы тела ≥ 40 кг/м²);
- лица, проживающие в домах престарелых и других учреждениях закрытого типа.

Вакцинация также рекомендуется медицинским работникам, осуществляющим лечение и уход за лицами, входящими в группы высокого риска осложнений гриппа.

Вакцинация гриппозной вакциной проводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации:

- ✓ октябрь и
- ✓ первая половина ноября.

