

ХРОНИЧЕСКИЕ БРОНХИТЫ

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ – это диффузное прогрессирующее поражение бронхов, связанное с длительным раздражением дыхательных путей вредными агентами, характеризующееся воспалительными и склеротическими изменениями в бронхиальной стенке, и проявляется постепенным или периодическим кашлем с мокротой на протяжении не менее 3 месяцев в году в течение 2 и более лет.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ

ПО ПАТОГЕНЕЗУ:

- 1) первичные**
- 2) вторичные**

ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ:

- 1) необструктивные**
- 2) Обструктивные**

**ПО КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ НАЛИЧИЯ И
ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ:**

- 1) катаральные**
- 2) слизисто-гнойные**
- 3) гнойные**

ПО ФАЗЕ БОЛЕЗНИ:

- 1) обострение**
- 2) клиническая ремиссия**

ПО ОСЛОЖНЕНИЯМ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ:

- 1) хроническое легочное сердце**
- 2) дыхательная (легочная) и легочно-сердечная недостаточность**

ЭТИОЛОГИЯ

- 1. Вдыхание поллютантов (табачный дым, пыль, токсические пары, газы).**
- 2. Инфекция (бактерии, вирусы, микоплазмы, грибки).**
- 3. Эндогенные факторы – застойные явления в легких при НК, выделение слизистой оболочкой бронхов продуктов азотистого метаболизма при ХПН.**
- 4. Неизлеченный острый бронхит.**

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

- 1. Нарушение носового дыхания**
- 2. Заболевания носоглотки – хронические тонзиллиты, риниты, фарингиты, синуситы**
- 3. Охлаждение**
- 4. Злоупотребление алкоголем**
- 5. Проживание в местности, где атмосфера загрязнена поллютантами**

ПАТОГЕНЕЗ

1. Нарушение функции системы местной бронхо-пульмональной защиты:

- снижается функция мерцательного эпителия**
- снижается активность α 1-антитрипсина**
- снижается продукция сурфактанта, лизоцина, интерферона, IgA, альвеолярных макрофагов**

2. Развитие классической патогенетической триады:

гиперпродукция слизи, повышение вязкости мокроты, мукостаз или застой в бронхах густой мокроты

3. Благоприятные условия для внедрения в бронхи инфекционных агентов

4. Развитие сенсibilизации к микрофлоре и аутосенсibilизации

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

- Кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты до 100-150 мл, особенно утром.
- В фазе обострения – слабость, потливость, при гнойном бронхите – повышение t тела.
- При гнойном многолетнем хроническом бронхите – «барабанные палочки», «часовые стекла».

- **Перкуторно – коробочный звук и ограничение дыхательной подвижности легких.**
- **Аускультативно – жесткое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие, жужжащие хрипы, влажные хрипы.**

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

- Одышка экспираторного типа**
- Меняющийся характер одышки в зависимости от погоды, времени суток**
- Затрудненный и удлиненный выдох**
- Набухшие шейные вены во время выдоха и спадение их при вдохе**
- Непродуктивный кашель (коклюшеподобный)**
- Перкуссия – коробочный звук (при эмфиземе)**

- **Аускультация – дыхание жесткое с удлиненным выдохом, свистящие, жужжащие хрипы при форсированном выдохе**
- **Положительная проба со спичкой по Вотчалу: больной не может погасить зажженную спичку на расстоянии 8 см ото рта**
- **Симптомы гиперкапнии: нарушение сна, головная боль, повышенная потливость**

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

- 1. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ: повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево.**
- 2. БИОХИМИЯ КРОВИ: повышение уровня сиаловых кислот, серомукоида, фибрина**
- 3. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ – характер мокроты: цвет, вязкость, реакция, наличие спиралей Куршмана, лейкоцитов, эозинофилов, эритроцитов**
- 4. ПОСЕВ МОКРОТЫ на флору, БК, чувствительность к антибиотикам, а также на наличие атипичных клеток**

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1. БРОНХОСКОПИЯ**
- 2. БРОНХОГРАФИЯ (дистальные концы бронхов «ампутированы»)**
- 3. РЕНТГЕНОГРАФИЯ Л/С – усиление легочного рисунка, сетчатая деформация, у 30% эмфизема**
- 4. СПИРОГРАФИЯ - ↓ ЖЕЛ, ↓ коэффициента использования кислорода**
- 5. ПНЕВМОТАХОМЕТРИЯ – ↓ максимальной скорости выдоха**

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1. УСТРАНЕНИЕ ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ, КУРЕНИЕ, ОЧАГИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ).**
- 2. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С УЧЕТОМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ.**
- 3. ОТХАРКИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА**
- 4. ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА**

- 5. ПОСТУРАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ**
- 6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕР-
ТЕНЗИИ РЕКОМЕНДУЮТ АНТАГО-
НИСТЫ КАЛЬЦИЯ, НИТРАТЫ**
- 7. ПРИ РАЗВИТИИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКО-
ВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦЕЛЕСО-
ОБРАЗНО ВЕРОШПИРОН ДО 150-200
МГ**
- 8. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ –
ОСТОРОЖНО В НЕБОЛЬШИХ ДОЗАХ**
- 9. ЛФК**