



Хронический бронхит.



Орындаған: Сатенова З, Сомбаева А
Тобы:ВОП-706-2к
Қабылдаған: Динара Илиясовна

Алматы, 2017 жыл

План.

- ✓ Определение
- ✓ Этиология
- ✓ Классификация
- ✓ Формулировка диагноза
- ✓ Клинические проявления
- ✓ Дифференциальная диагностика
- ✓ Лечение
- ✓ Экспертиза нетрудоспособности
- ✓ Диспансеризация
- ✓ Профилактика

Ситуационная задача



Пациентка К., 33 года. Жалуется на кашель с небольшим количеством вязкой мокроты белого цвета. Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. На этом фоне сохраняются субфебрильная температура тела 37,1-37,2°C, слабость, потливость. Пациентка курит. Настоящее ухудшение после перенесенной ОРВИ, сохраняется кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты. При **осмотре** состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,1 °С, кожные покровы влажные, цианоза нет. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук, при аускультации - жесткое дыхание. ЧДД - 18 в минуту. ЧСС - 70 в минуту. АД -110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Поставьте предварительный диагноз?

*Дайте
определение
хроническому
бронхиту?*



Хронический бронхит(ХБ) - хроническое заболевание, характеризующееся продуктивным кашлем на протяжении трех и более месяцев в течение двух последовательных лет и более при исключении иной бронхолегочной и/или сердечно-сосудистой патологии.

Код(ы) МКБ-10

J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

J42 Хронический бронхит неуточненный



*Классификация
хронического
бронхита?*



Классификация по протоколу:

Единой классификации хронического бронхита нет.

По характеру воспаления выделяют:

- катаральный;
- гнойный.

По фазе заболевания:

- обострение;
- ремиссия.

Также при формулировке диагноза необходимо отметить возможные осложнения, возможные для данной патологии, а именно: дыхательная недостаточность.

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

Классификация

По характеру воспалительного процесса:

- катаральный
- гнойный

По функциональной характеристике:

- необструктивный
- обструктивный

По уровню поражения:

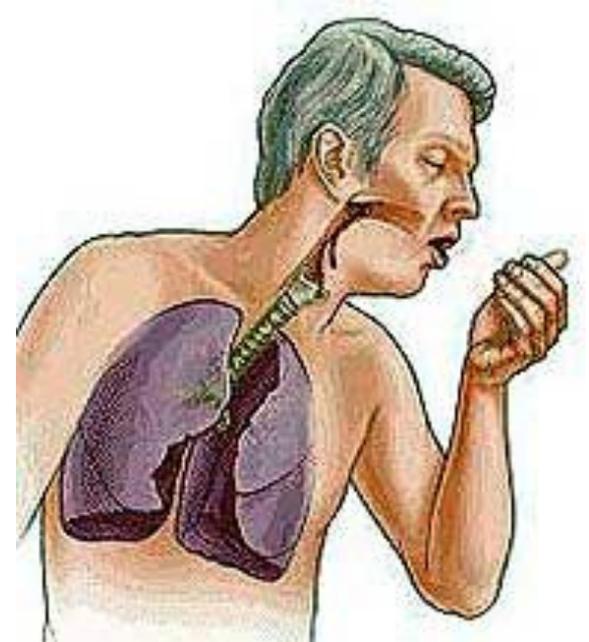
- проксимальный
- дистальный

По клинической форме:

- простой неосложненный
- обструктивный
- гнойный
- гнойно-обструктивный

По фазам течения:

- обострение
- ремиссия



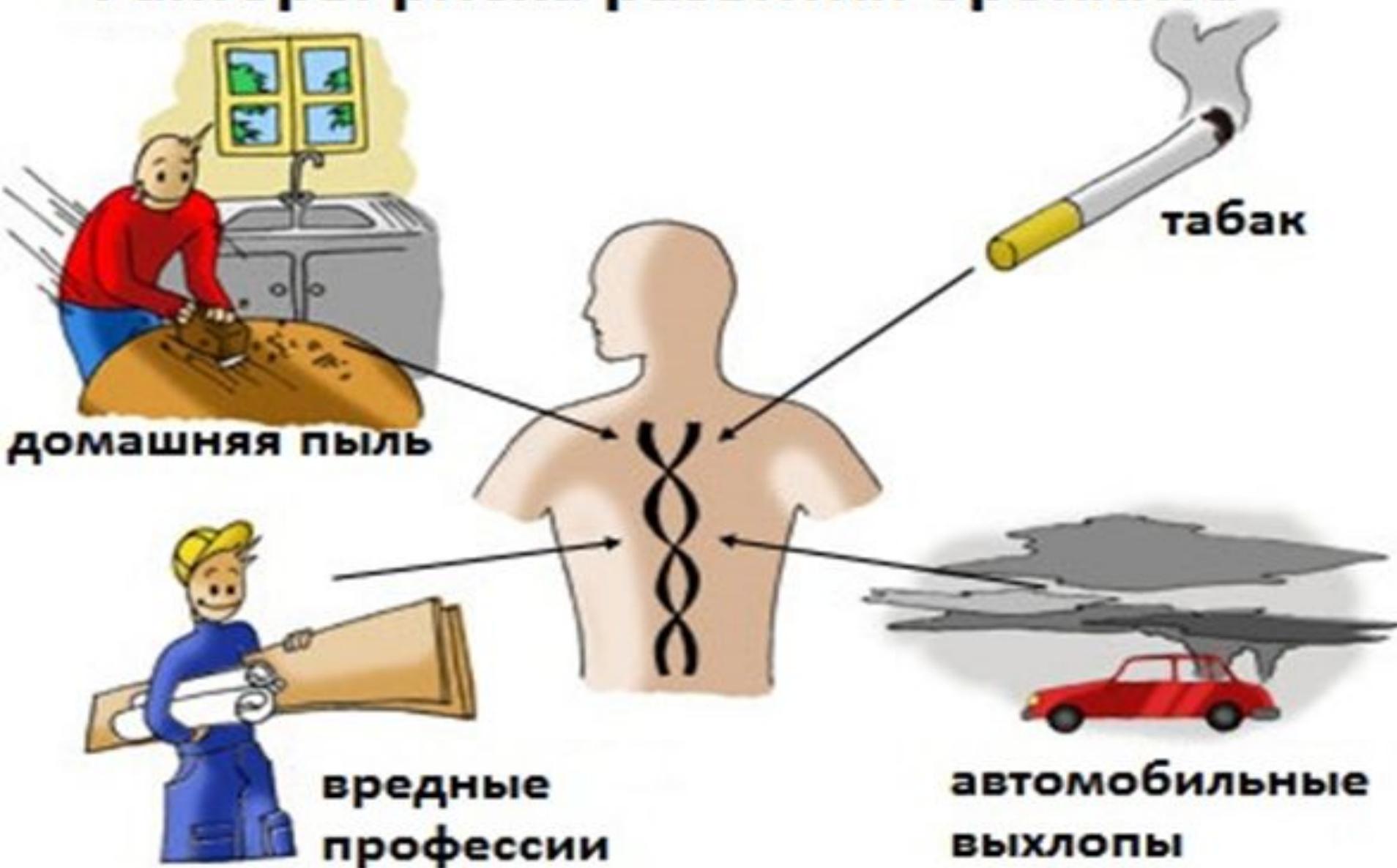
**Как вы думаете, что
способствует развитию
хронического
бронхита?**



Этиология

Факторы риска	Характеристика
Пол	Мужчины чаще, чем женщины, в соотношении 7:1
Возраст	Старше 40 лет
Профессия	Низкоквалифицированный труд в перерабатывающей промышленности, предусматривающий контакт с мелкодисперсной пылью
Наследственность	Дефицит альфа -1- антитрипсина, группа крови А II
Факторы окружающей среды	Температура и влажность воздуха, загрязнение воздушного бассейна крупных промышленных центров
Социальная группа	Низкое социально экономическое положение
Вредные привычки	Курение

Факторы риска развития бронхита



Воспалительные факторы

Раздражители

колебания температуры

упражнения



аллергены

респираторные инфекции

работа

медикаменты



Другие



стресс и эмоции

холодный воздух

табак



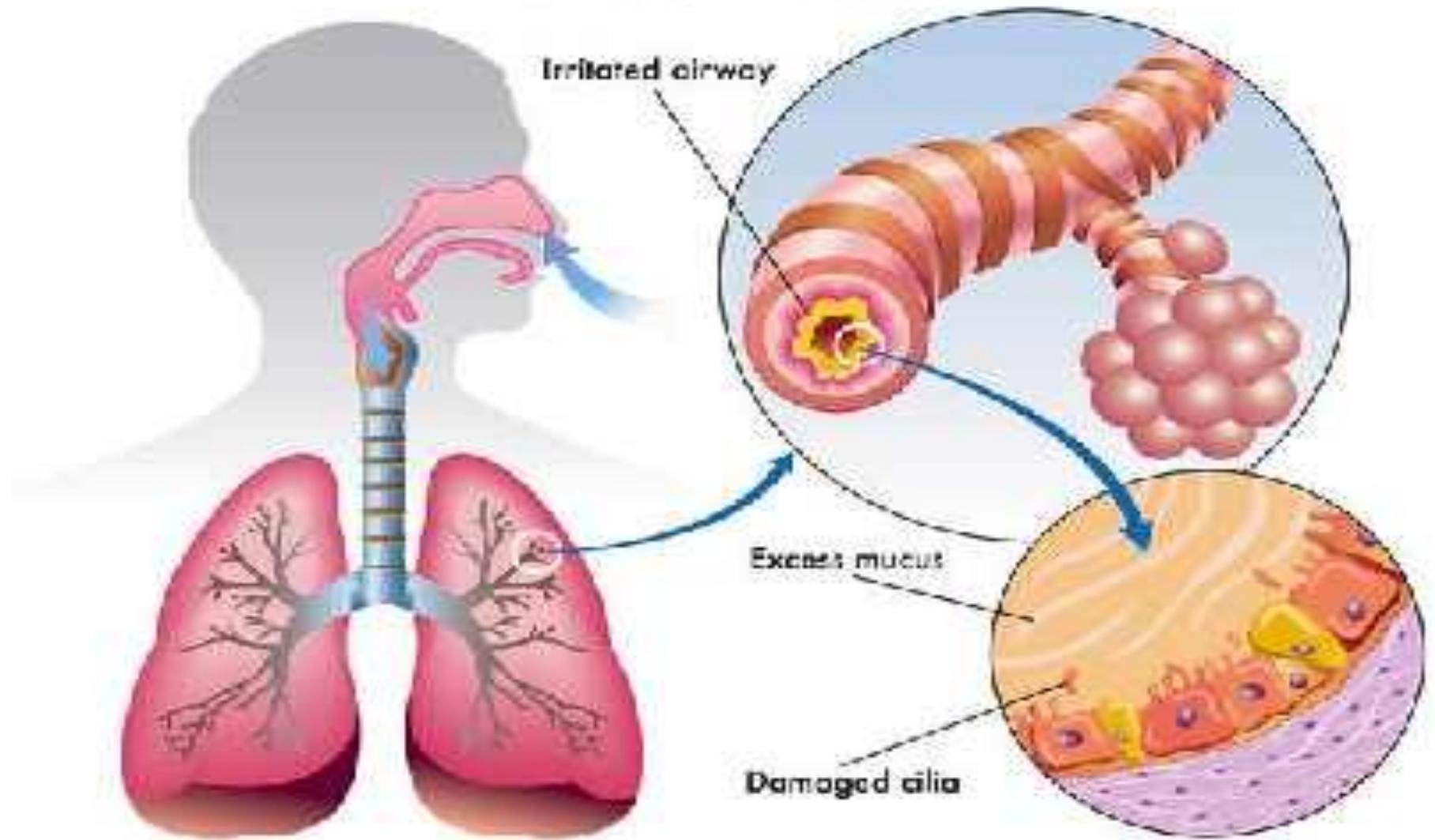
пища

желудочный рефлюкс

загрязнение

Патогенез:

Chronic Bronchitis



**Как проявляется
хронический
бронхит?**



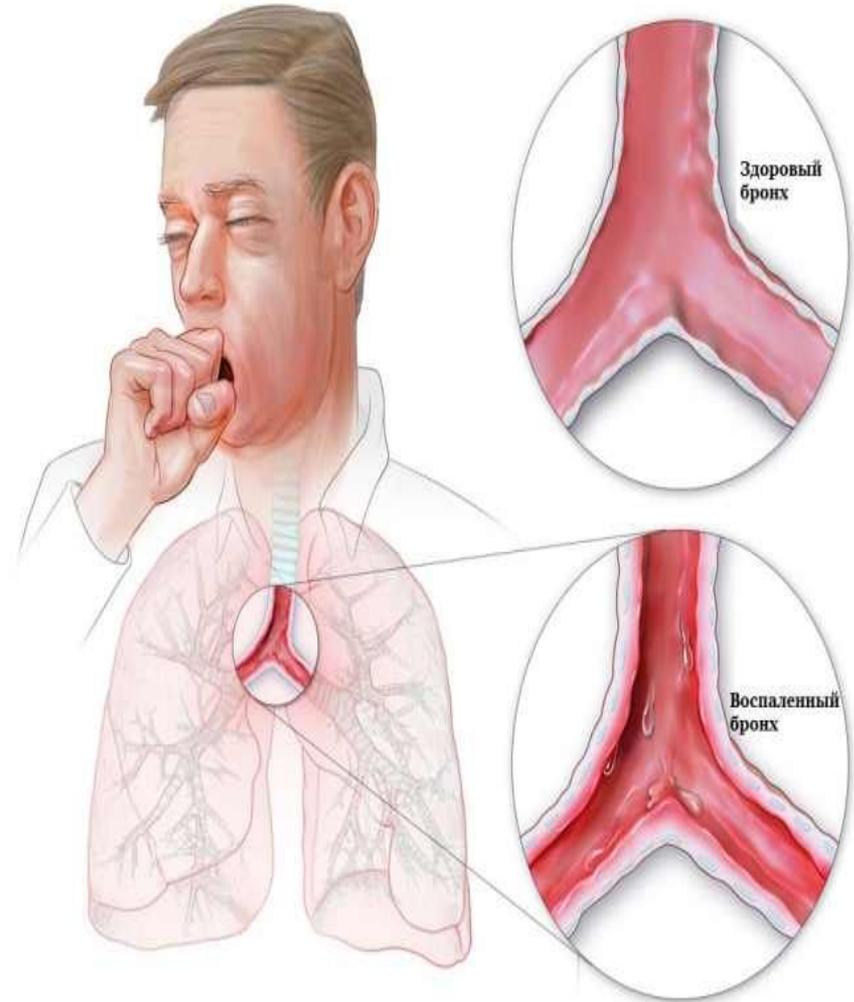
Клинические признаки и симптомы хронического необструктивного бронхита

В фаза ремиссии: кашель с отделением
слизистой или слизисто-гноной мокроты
до 100-150 мл/сут, преимущественно утром.

В фазе обострения различают
субъективные и объективные проявления.

1. Субъективные проявления:

- усиление кашля
- появление или усиление одышки
- изменение количественных и
качественных параметров мокроты
- повышение температуры
- декомпенсация сопутствующих
соматических заболеваний
- снижение физической выносливости при
нагрузке



Объективные проявления:

При аускультации в легких выслушиваются:

- жесткое дыхание, обычно над всей поверхностью легких;
- сухие рассеянные низкотоновые хрипы, тембр хрипов становится более высоким при поражении бронхов меньшего калибра;
- влажные хрипы (при появлении в бронхах жидкого секрета), тембр которых также зависит от уровня поражения бронхиального дерева.

В отличие от пневмонии нет "очаговости" аускультативной картины, звуковые феномены выслушиваются над всей поверхностью легких.

Для периода обострения характерно нарастание количества сухих хрипов над всей поверхностью легких.



Признаки проявления бронхиальной обструкции:

- одышка преимущественно экспираторного характера
- малопродуктивный, затяжной, коклюшеподобный кашель
- наличие свистящих хрипов
- набухание шейных вен во время выдоха и падение на вдохе
- участие дополнительных мышц в акте дыхания
- вынужденное положение ортопноэ

Пример формулировки диагноза.

Хронический катаральный бронхит в
фазе обострения. Дыхательная
недостаточность 0

Просвет бронхов



**Здоровый
бронх**

**Бронх при хроническом
бронхите**

**Какие осложнения
бывают при
хроническом
бронхите?**



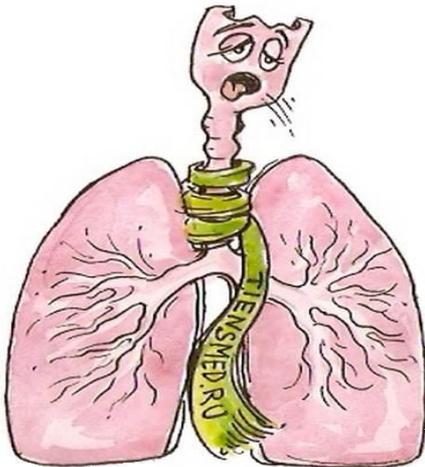
Осложнения при хронических бронхитах:



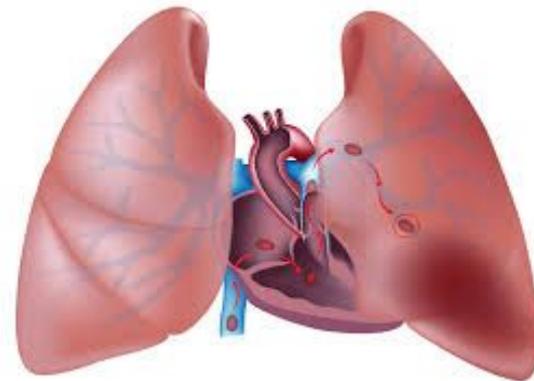
Кровохарканье



Эмфизема легких



Дыхательная недостаточность



Хроническое легочное сердце

**КАКИЕ МЕТОДЫ
ДИАГНОСТИКИ
ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА?**

- *Клинический анализ крови*
- *Клинический анализ мокроты или бронхоальвеолярного лаважа (микроскопическое, бактериологическое)*
- *Исследование функции внешнего дыхания (ПИКФЛОУМЕТРИЯ и СПИРОМЕТРИЯ)*
- *Рентгенография или КТ органов грудной клетки*
- *Фибробронхоскопия*
- *Серологические тесты*



Пикфлоуметрия

Позволяет оценить:

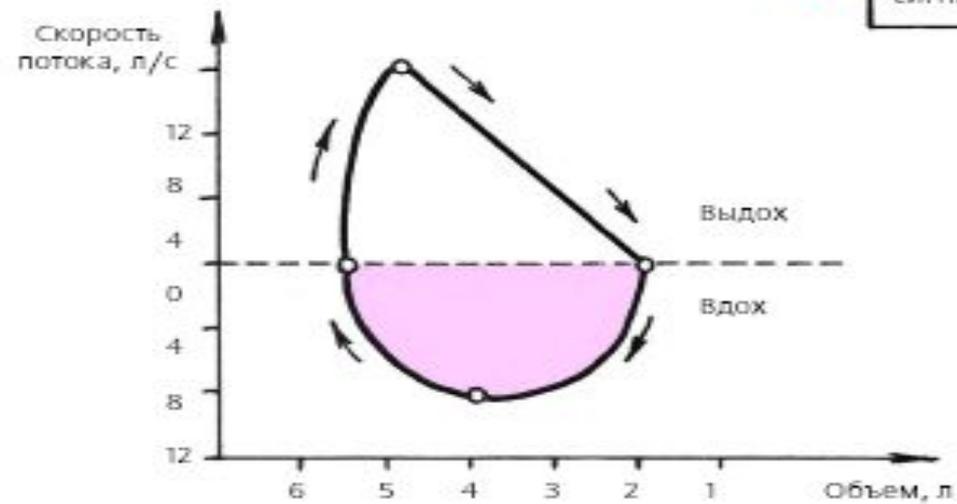
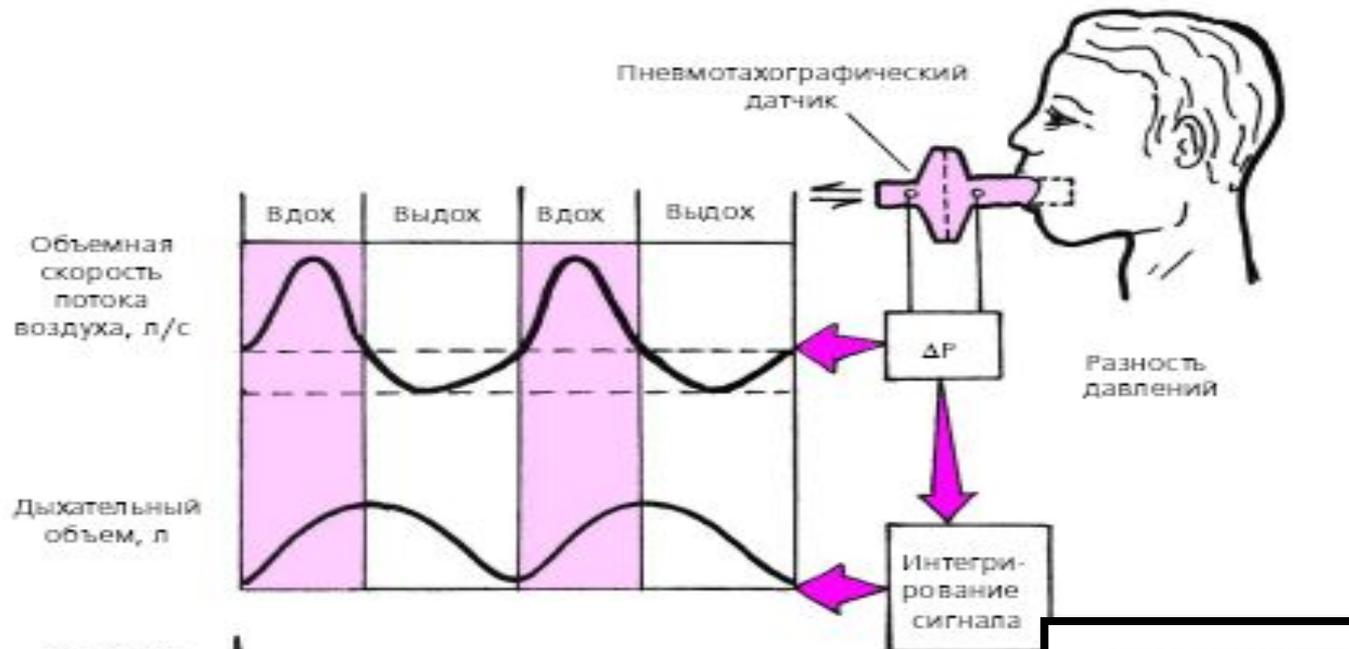
- выраженность обструкции
- обратимость обструкции
- вариабельность бронхиальной проходимости в динамике
- тяжесть течения заболевания
- эффективность терапии



Является чувствительным методом раннего выявления обострений астмы

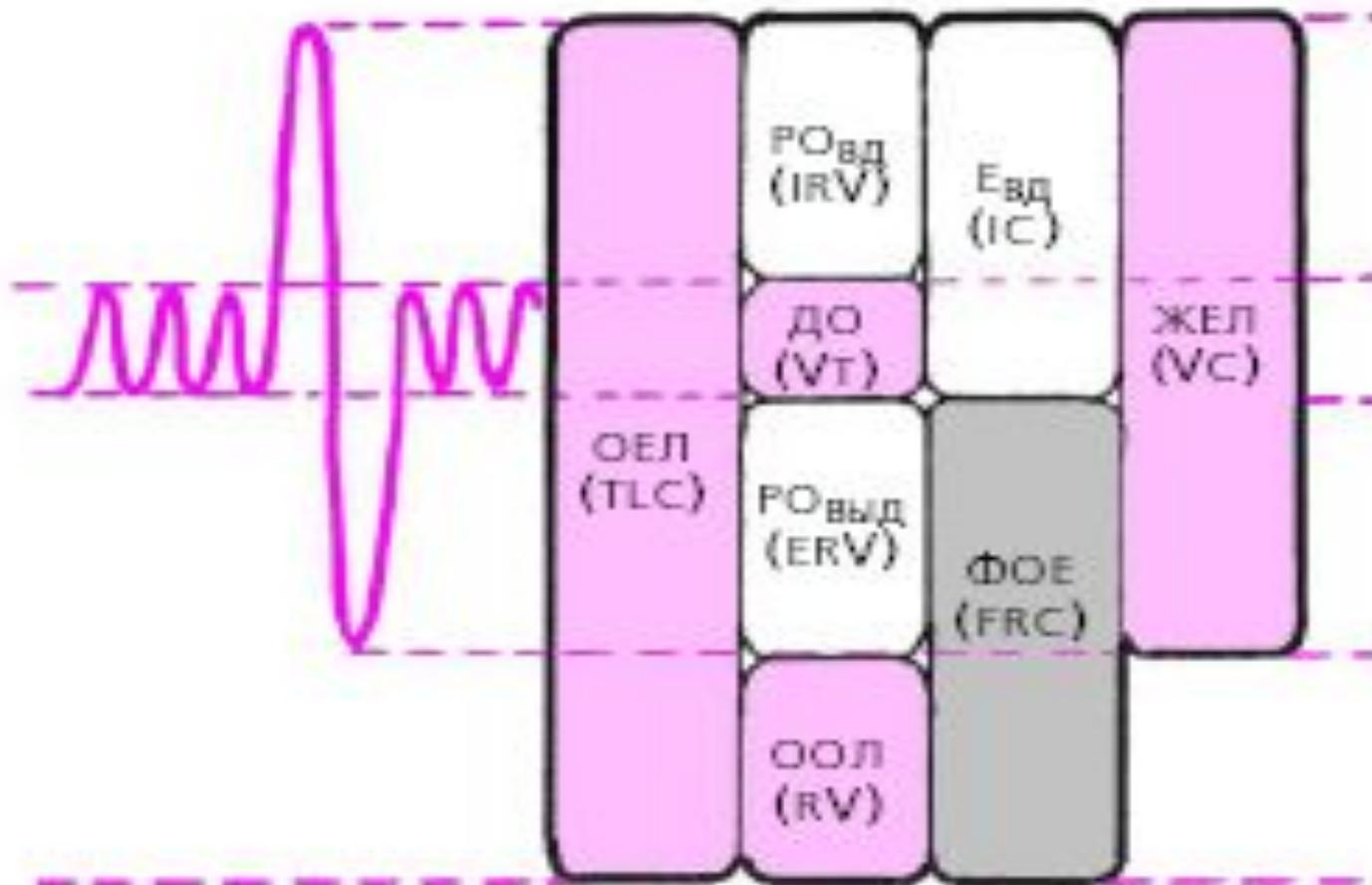


Наиболее достоверно измерение утренней ПСВ



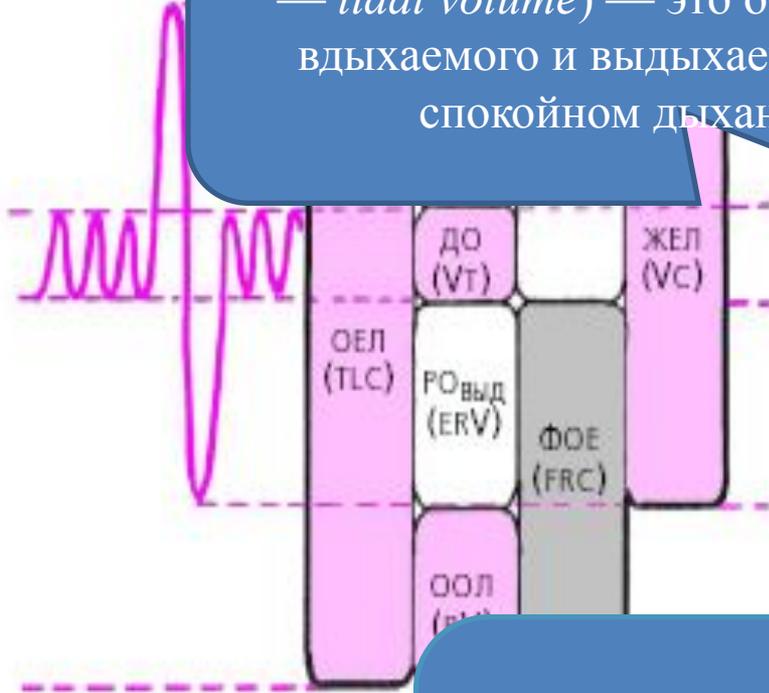
Спирометрия

Легочные объемы



Легочные о

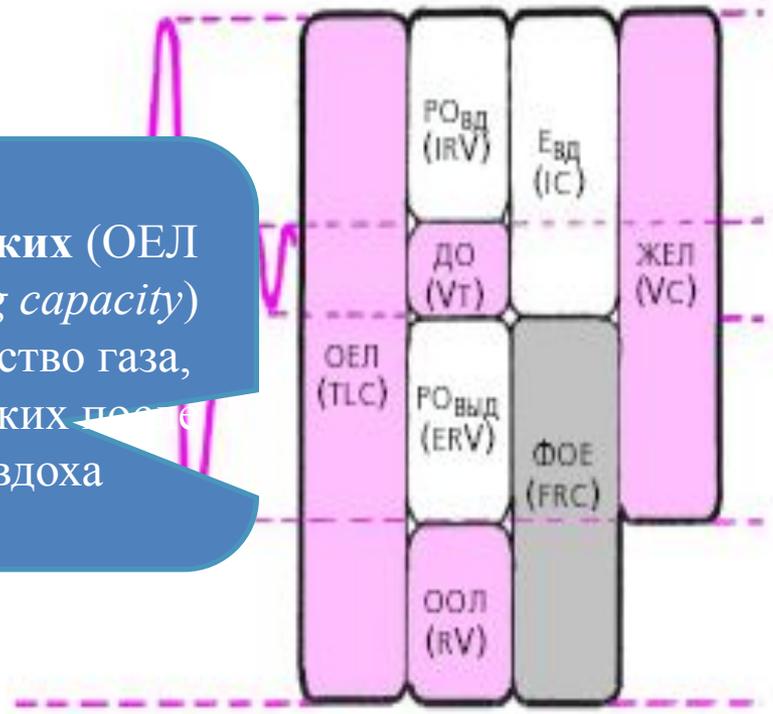
Дыхательный объем (ДО, или V_T — *tidal volume*) — это объем газа, вдыхаемого и выдыхаемого при спокойном дыхании



Резервный объем вдоха (PO_{вд} или IRV — *inspiratory reserve volume*) — максимальный объем газа, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного

Легочные объе

Общая емкость легких (ОЕЛ или TLC — *total lung capacity*) — это общее количество газа, содержащегося в легких после максимального вдоха



Легочные объемы



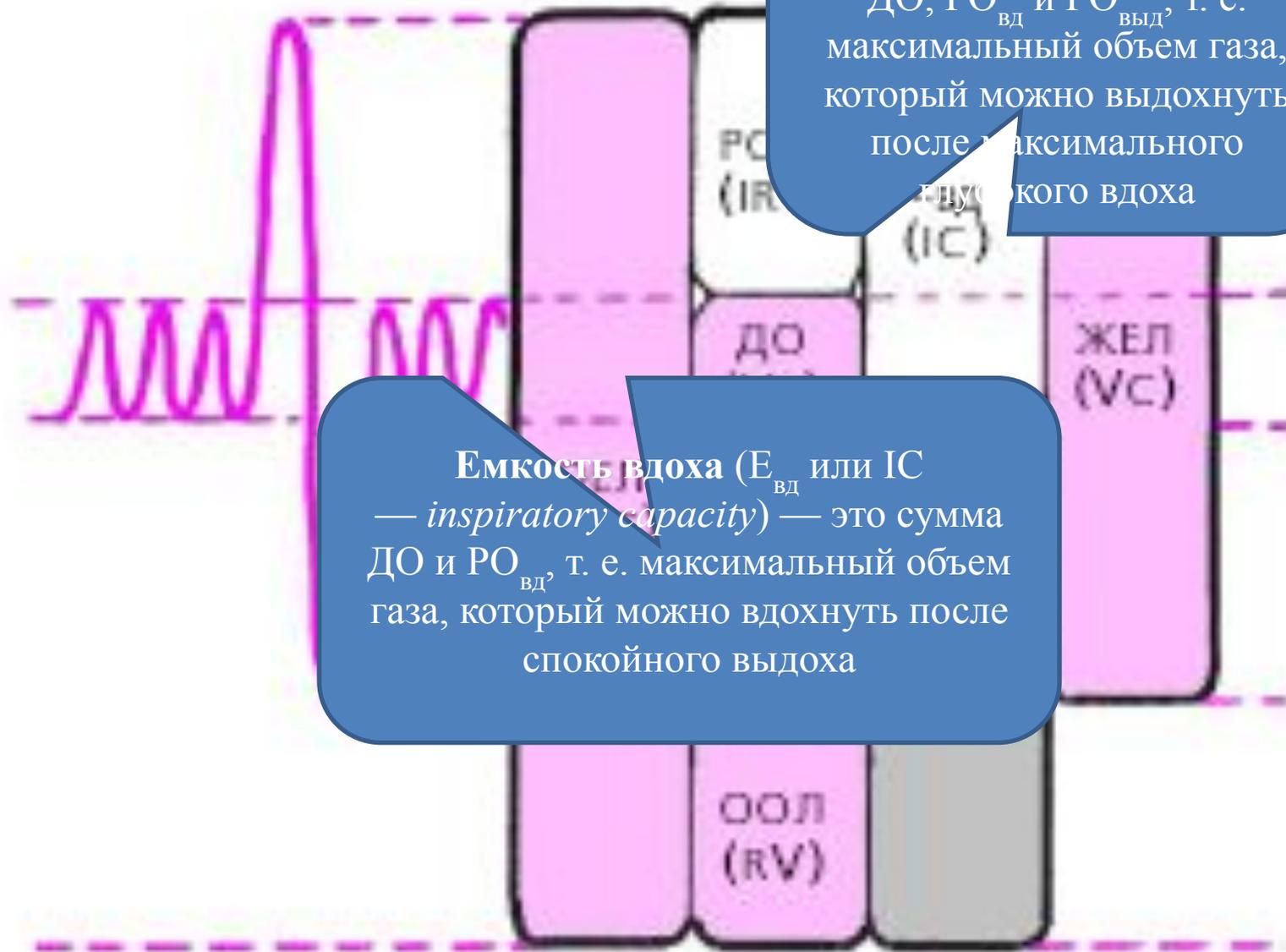
Резервный объем выдоха ($PO_{\text{выд}}$ или ERV

— *expiratory reserve volume*) —
максимальный объем газа, который
можно **ДОПОЛНИТЕЛЬНО** выдохнуть
после спокойного выдоха

Остаточный объем легких (ООЛ или RV — *reserve volume*) —
объем газа, остающийся в легких
после **максимального** выдоха

ООЛ
(RV)

Легочные объемы

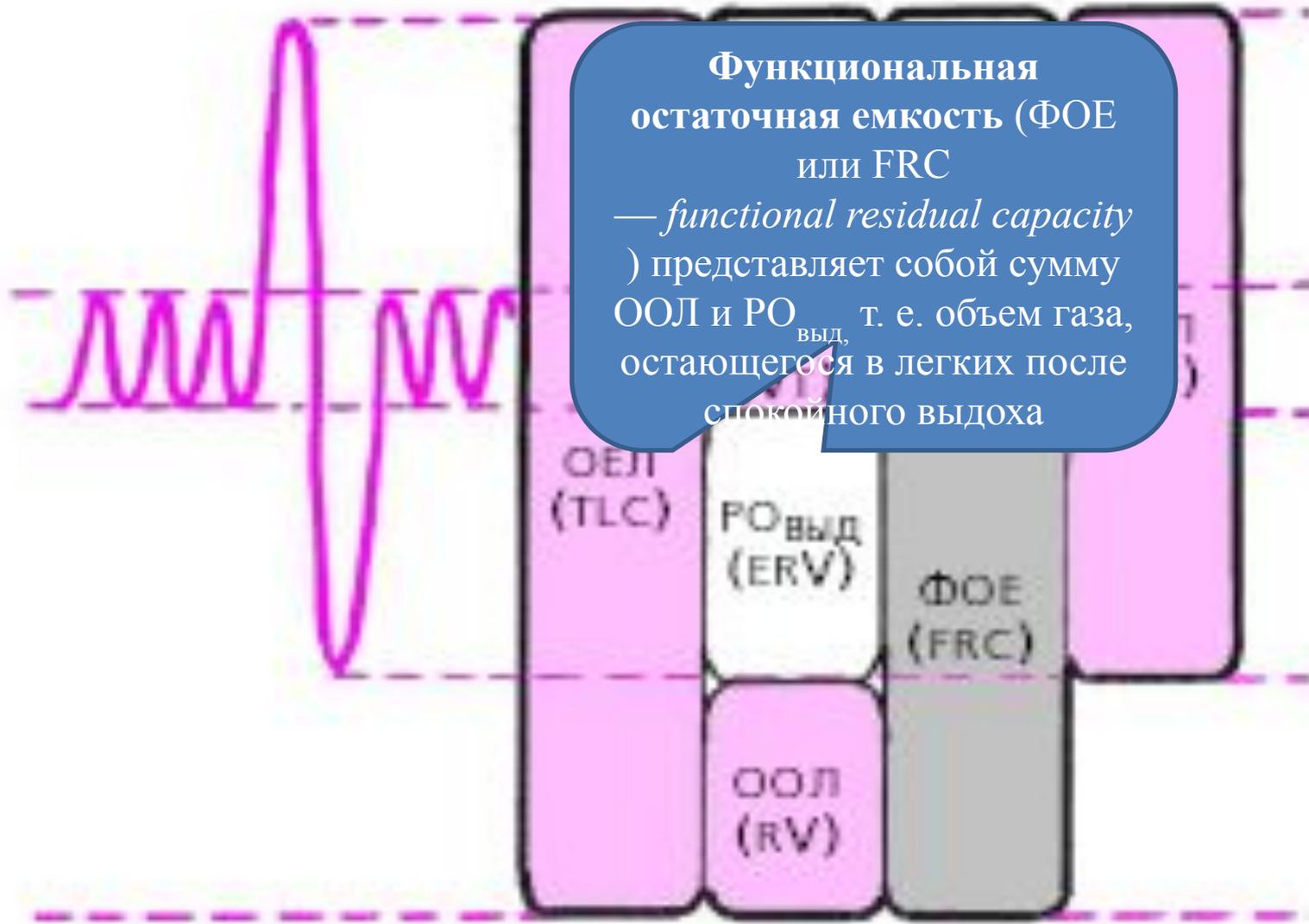


Жизненная емкость
легких (ЖЕЛ или VC
— *vital capacity*)
представляет собой сумму
ДО, $PO_{ВД}$ и $PO_{ВЫД}$, т. е.
максимальный объем газа,
который можно выдохнуть
после максимального
вдоха

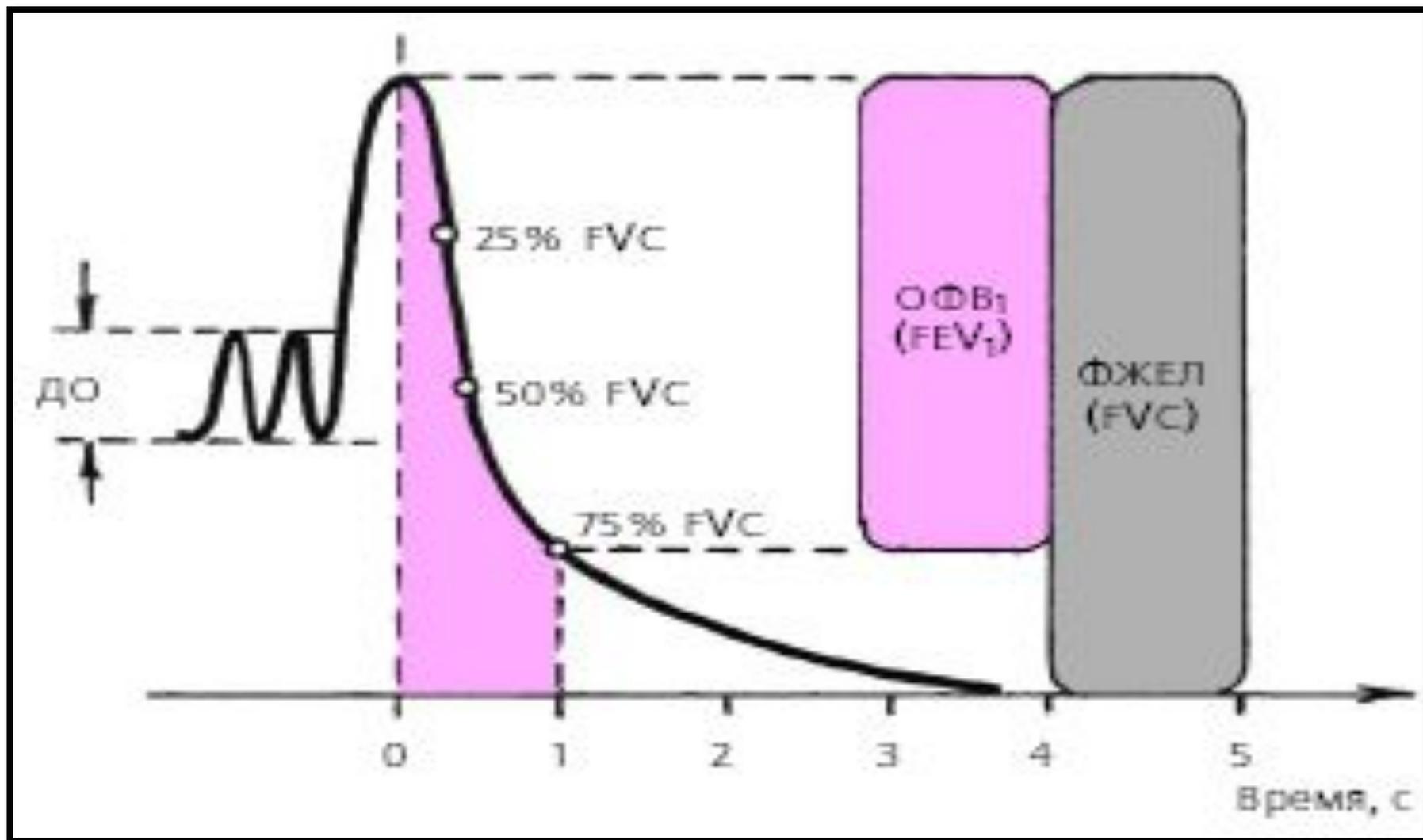
Емкость вдоха ($E_{ВД}$ или IC
— *inspiratory capacity*) — это сумма
ДО и $PO_{ВД}$, т. е. максимальный объем
газа, который можно вдохнуть после
спокойного выдоха

ООЛ
(RV)

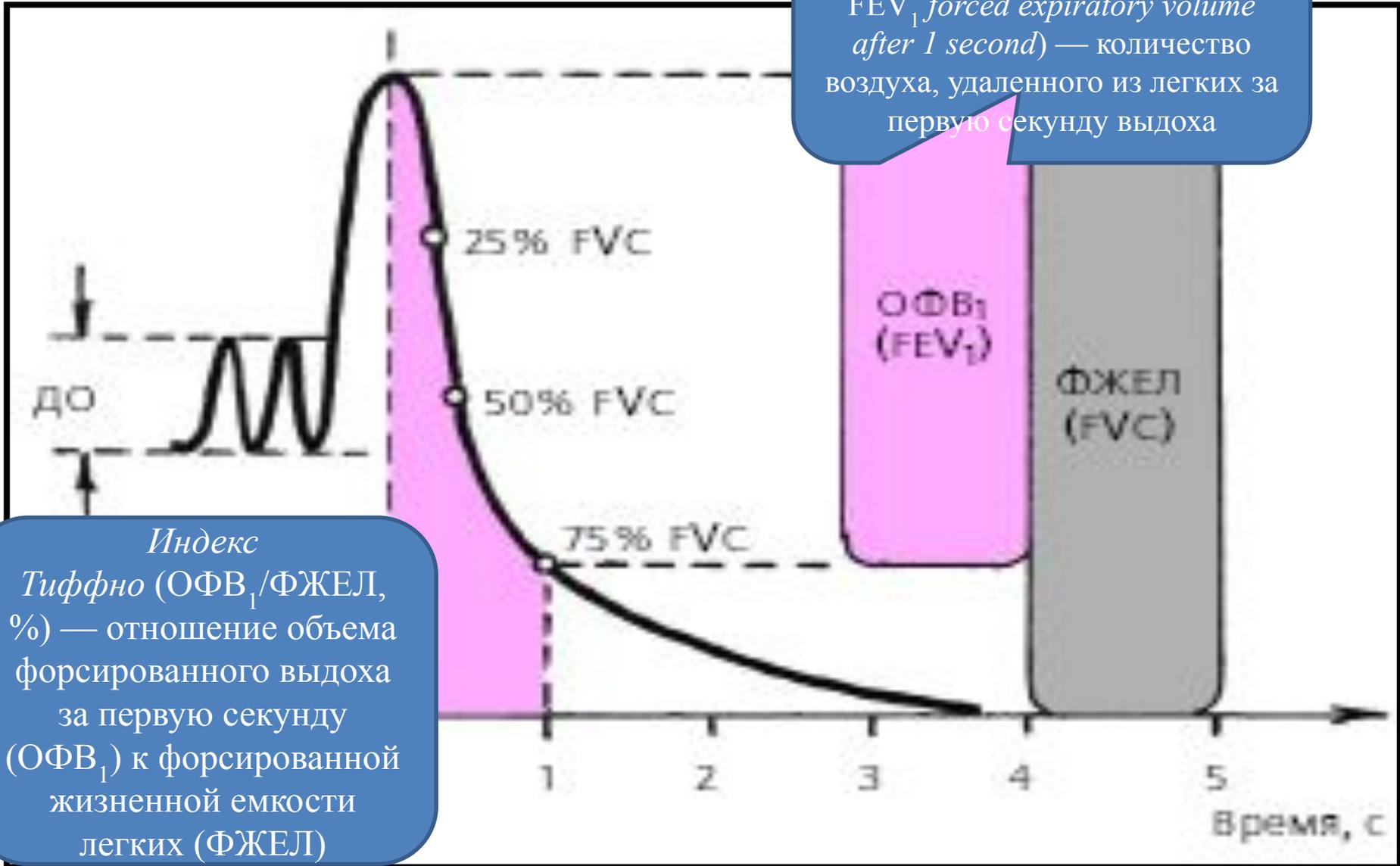
Легочные объемы



Спирометрия экспираторный маневр



Объем форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ₁ или FEV₁ forced expiratory volume after 1 second) — количество воздуха, удаленного из легких за первую секунду выдоха



Индекс
Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ,
%) — отношение объема
форсированного выдоха
за первую секунду
(ОФВ₁) к форсированной
жизненной емкости
легких (ФЖЕЛ)

- Наиболее приемлемым способом оценки получаемых при исследовании спирографических показателей является их сопоставление с так называемыми *должными величинами*, которые были получены при обследовании больших групп здоровых людей с учетом их возраста, пола и роста

Показатели	Норма	Условная норма	Отклонения		
			Умеренные	Значительные	Резкие
ЖЕЛ	> 90	85–89	70–84	50–69	<50
ОФВ1	> 85	75–84	55–74	35–54	<35
ОФВ1/ФЖЕЛ	> 70	65–69	55–64	40–54	<40

Функциональные медикаментозные пробы.

Их разрешающая способность – в детализации холинергического компонента бронхоконстрикции (проба с М-холинолитиками), ее адренергического компонента (проба с β_2 -агонистами), в прогнозе эффективности использования препаратов той и другой группы и комбинированных средств типа беродуала. Проба оценивается как положительная при увеличении ОФВ1 на 15 % и более.

Рентгенологические методы.

Обнаружение повышенной прозрачности легочных полей, низкого стояния купола диафрагмы, ограничения ее подвижности – признаки эмфиземы легких.



Цитологическое исследование мокроты

необходимо для идентификации типа воспаления, морфологических изменений в бронхах.

На ночь пациент должен почистить зубы, утром дважды прополоскать рот кипяченой водой. Мокрота выделяется кашлевым толчком в стерильную баночку.

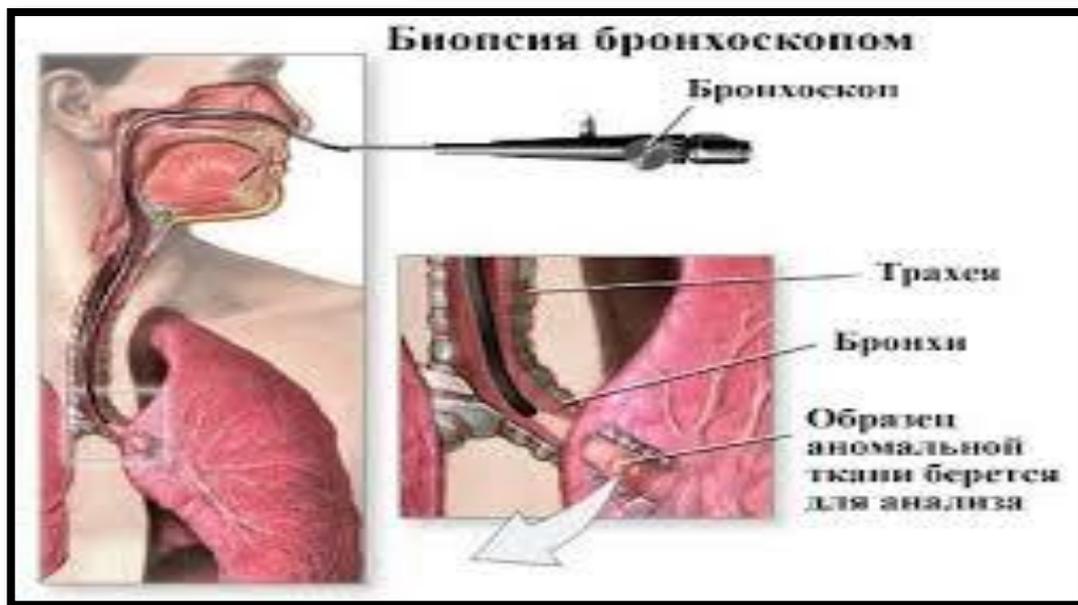
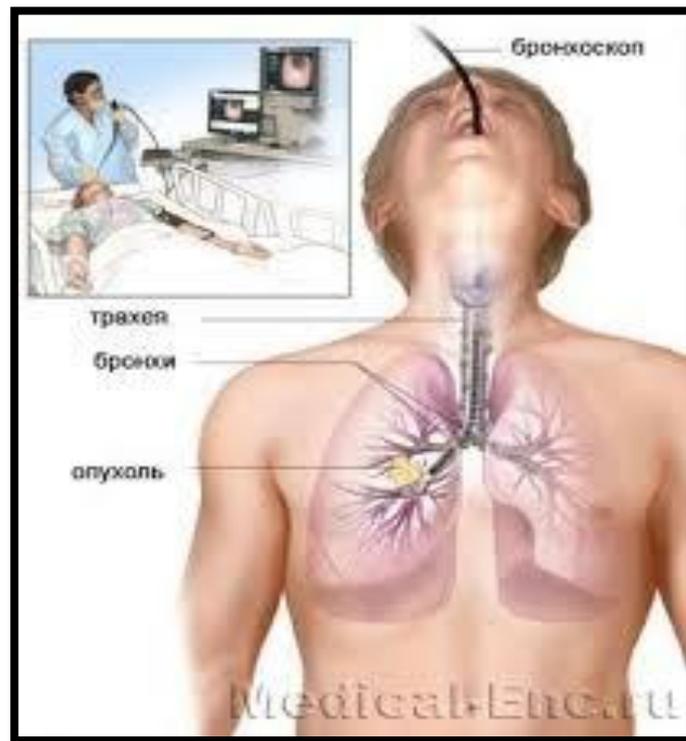
Мазки окрашиваются краской Романовского-Гимзы. При катаральном бронхите обнаруживается много дистрофизированных клеток эпителия бронхов, единичные полиморфно-ядерные нейтрофилы.

- При гнойном бронхите соотношение клеток эпителия и полиморфно-ядерных нейтрофилов обратное.
- При гипертрофическом бронхите видны в большом количестве гипертрофированные эпителиальные клетки с крупным ядром, группы и скопления клеток – «частоколы» и псевдожелезы; при атрофическом бронхите – пласты метаплазированного эпителия, фибрин; при фибринозном – много фибрина, «слепки» бронхиол, кристаллы Шарко-Лейдена.

Бронхоскопическое исследование

показано при необходимости проведения дифференциальной диагностики хронического обструктивного бронхита с другими заболеваниями (бронхоэктатической болезнью, раком, туберкулезом бронхов и др.).

Газовый состав крови надо исследовать пациентам с тяжелым течением болезни, выраженной дыхательной недостаточностью при необходимости решения вопроса о целесообразности длительной кислородной терапии.



**С чем дифференцировать
хронический бронхит?**

ДИАГНОЗ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Туберкулез bronхов

- характерны симптомы туберкулезной интоксикации бронхов (ночные поты, анорексия, слабость, субфебрильная температура тела), кровохарканье, отсутствие «гнойности» мокроты,
- наличие бацилл Коха в мокроте и промывных водах бронхов,
- туберкулезный семейный анамнез, положительные туберкулиновые пробы
- локальный эндобронхит с рубцами и свищами при фибробронхоскопии,
- положительный эффект от лечения туберкулоостатическими препаратами

Внебольничная пневмония

- Фебрильная лихорадка свыше $\geq 38,0$
- Пневмония
- Озноб, боль в груди
- Кашель с отделением гнойной мокроты
- Тахикардия
- Дыхательная недостаточность
- Укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, крепитация, влажные хрипы

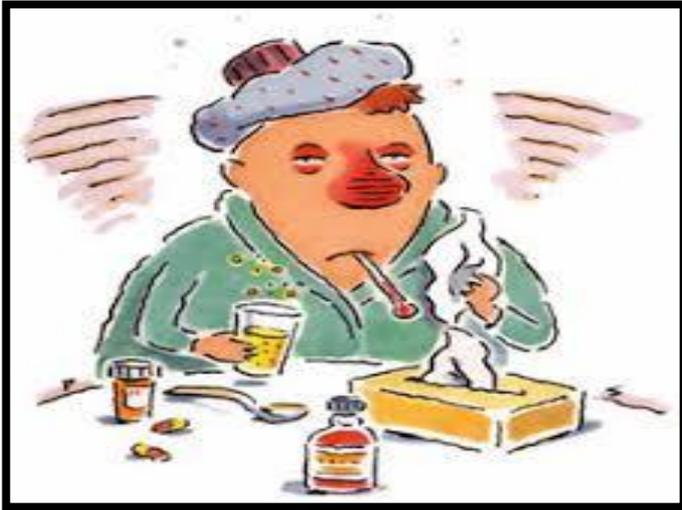
Бронхиальная астма

- Рентгенологически – инфильтрация легочной ткани
- Аллергоанамнез
- Приступообразный кашель в ночное время и/или утренние часы, при контакте с аллергеном
- Хрипы, свисты в груди
- Наличие сопутствующих аллергических заболеваний
- (атопический дерматит, аллергический ринит, проявления пищевой и лекарственной аллергии).
- Эозинофилия в крови.
- Повышение уровня IgE в крови.
- Наличие в крови специфических IgE к различным аллергенам.

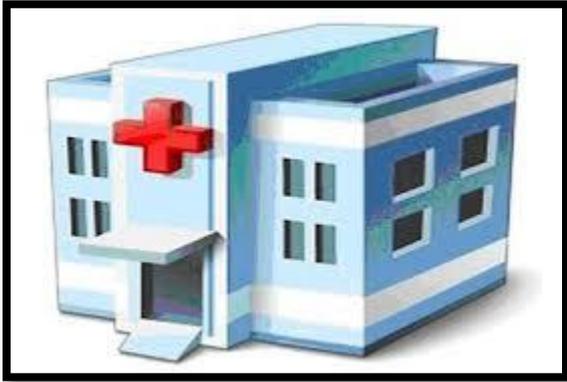
Рак бронха

- чаще у курящих мужчин и характеризуется надсадным кашлем с примесью крови,
- атипичные клетки в мокроте, в поздних стадиях
- боли в грудной клетке,
- геморрагический экссудативный плеврит.
- решающую роль в диагностике рака

**Какие цели лечения?
Тактика лечения
хронического бронхита?**



Ведение пациентов в период обострения

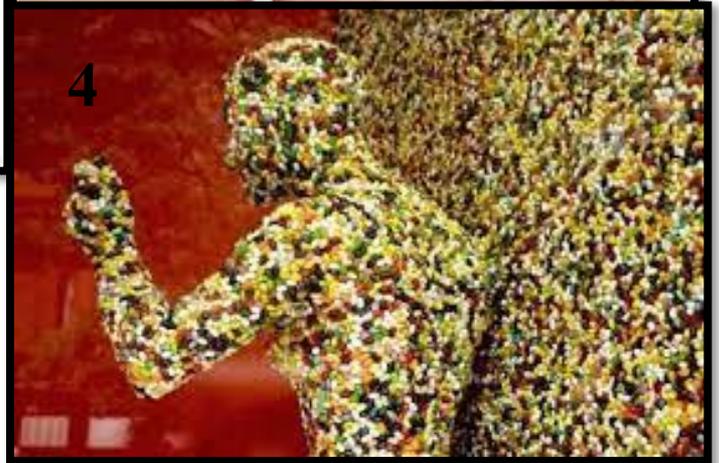


- ✓ Допускается у больных с простой (неосложненной) формой хронического бронхита



- ✓ Требуется больным с обструктивной, гнойной и гнойно-обструктивной формами хр.бронхита,
- ✓ Людям старше 70 лет при наличии сопут.заб.
- ✓ По социальным показаниям

Медикаментозное лечение



Экспертиза нетрудоспособности

В период обострения заболевания больные временно нетрудоспособны.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности составляют 7-14 дней. В зависимости от тяжести обострения и сопутствующих заболеваний они определяются индивидуально. При ХБ тяжелой степени трудоспособность может быть стойко утрачена, и больные признаются инвалидами III или II групп.

Диспансеризация

При ХБ с редкими обострениями(не чаще 3 раз в год) пациенты наблюдаются участковым терапевтом 2 раза в год(проводятся ОАК, мокроты, ЭКГ, 1 раз в год - рентгенография органов грудной клетки)

При ХБ с частыми обрстрениями больные должны осматриваться теапевтом 3 раза в год (3 раза в год проводится клинический анализ крови, 2 раза в год - ФВД, БАК, анализ мочи; рентгенография органов грудой клетки - 1 раз в год)

Профилактика

Первичная - предупреждает развитие заболевания.

Рекомендован отказ от курения, при наличии производственных вредностей использование индивидуальных респираторов, проживание в экологически чистых зонах с теплым климатом.

Вторичная - направлена на предупреждение обострений уже имеющегося ХБ. Выполняются вакцинация противогриппозной, пневмококковой вакциной, закаливание, общеукрепляющие процедуры.

