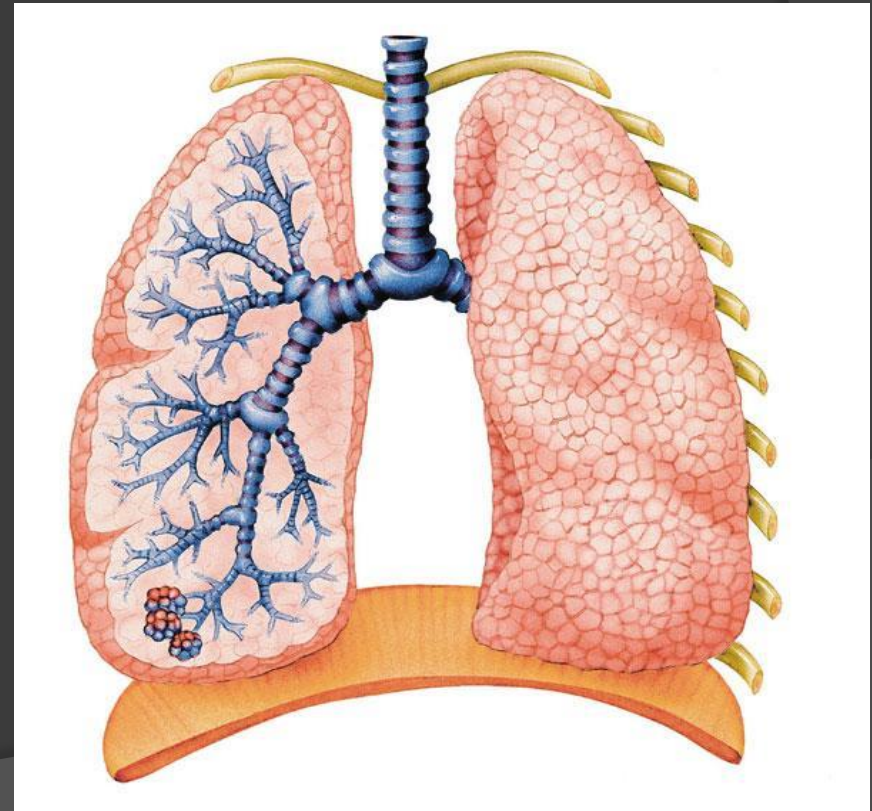
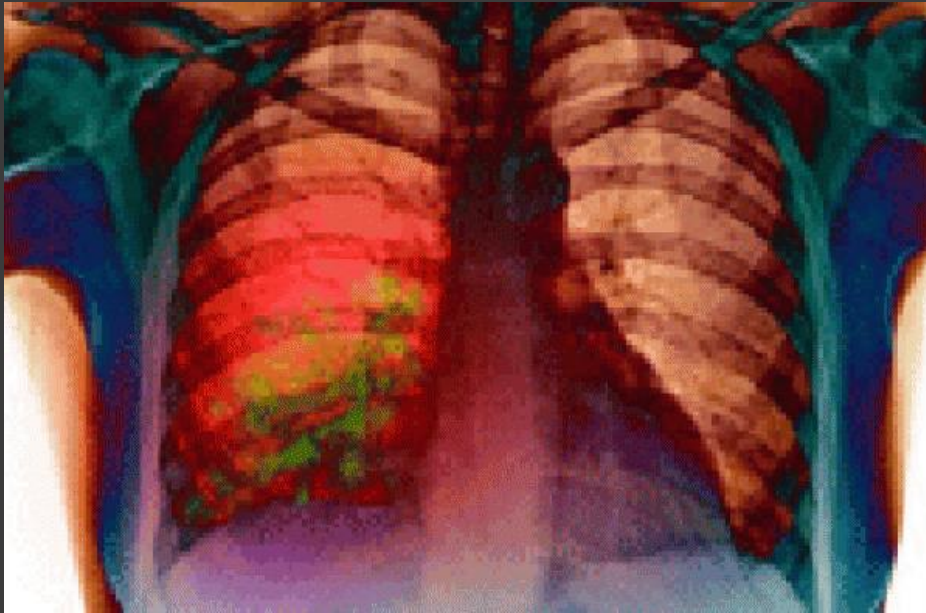


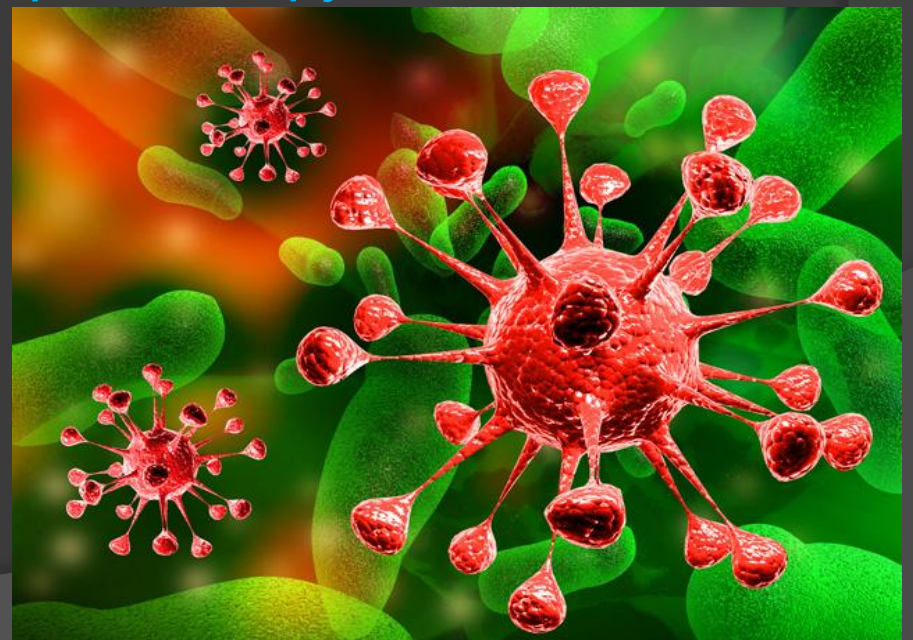
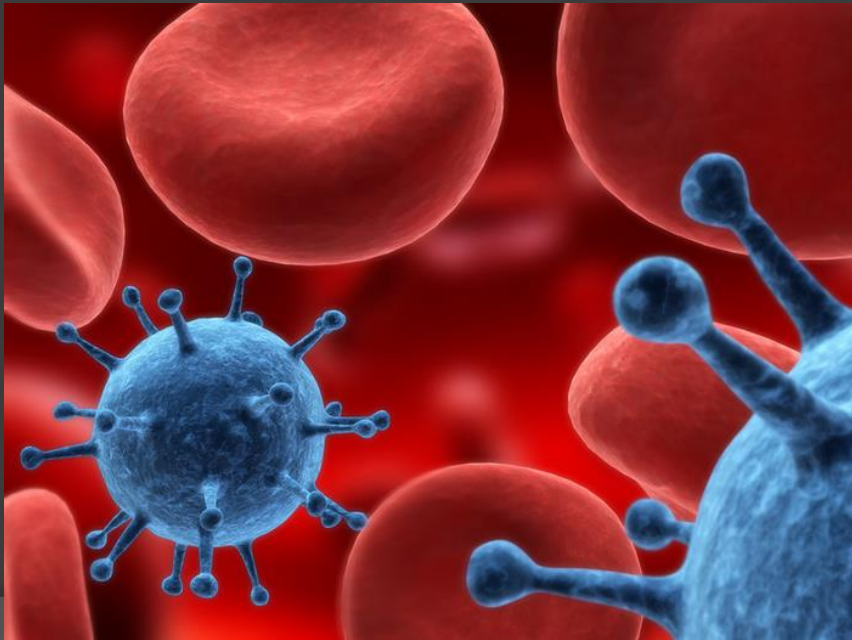
КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Бронхит острый

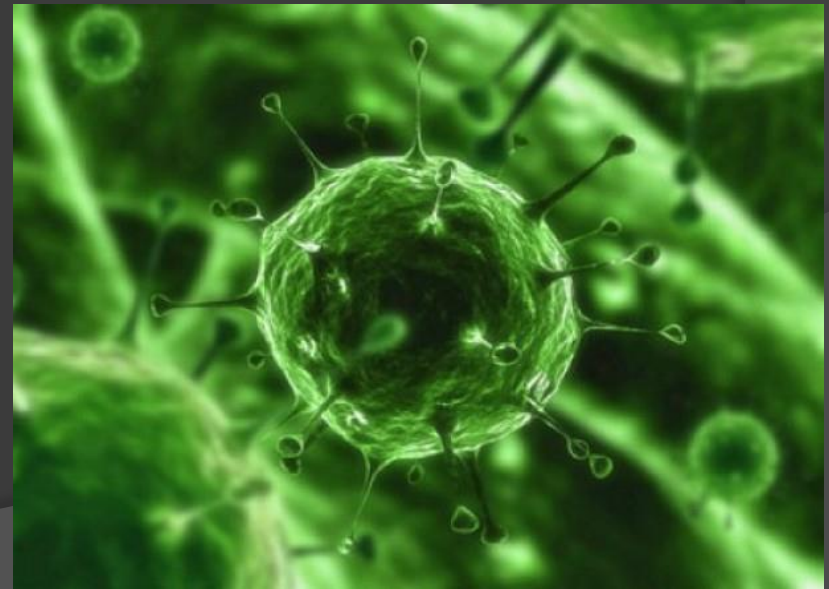
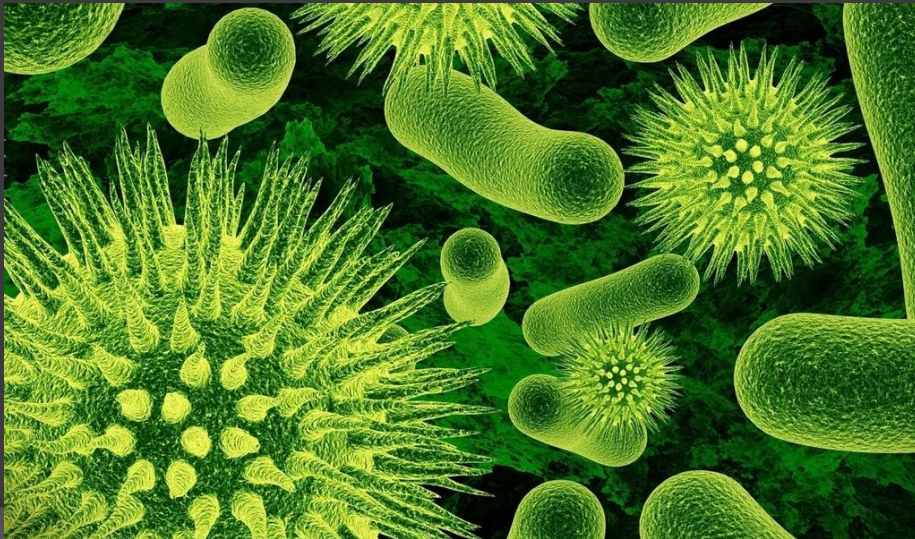
- *Бронхит острый – острое, диффузное воспаление трахеобронхиального дерева. Классификация: острый бронхит (простой), острый обструктивный бронхит, острый бронхиолит, острый облитерирующий бронхиолит, рецидивирующий бронхит, рецидивирующий обструктивный бронхит, хронический бронхит, хронический бронхит с облитерацией.*



- ◎ **Этиология.** Заболевание вызывают вирусные инфекции (вирусы гриппа, аденовирусы, парагриппозные, респираторно-синцитиальные, коревые, коклюшные вирусы и др.) и бактериальные инфекции (стафилококки, стрептококки, пневмококки и др.); физические и химические факторы (сухой, холодный, горячий воздух, окислы азота, сернистый газ и др.). Предрасполагают к заболеванию охлаждение, хроническая очаговая инфекция в назофарингеальной области, нарушение носового дыхания, деформация грудной клетки.



- **Патогенез.** Повреждающий агент гематогенным и лимфогенным путем проникает в трахею и бронхи с вдыхаемым воздухом. Острое воспаление бронхиального дерева сопровождается нарушением бронхиальной проходимости отечно-воспалительного или бронхоспастического механизма. Характерны гиперемия, набухание слизистой оболочки, на стенках бронхов в их просвете слизистый, слизисто-гнойный или гнойный секрет, дегенеративные изменения реснитчатого эпителия. При тяжелых формах воспалительный процесс захватывает не только слизистую оболочку, но и глубокие ткани стенки бронхов.



- ◎ **Клиника.** Бронхит инфекционной этиологии начинается с ринита, назофарингита, умеренной интоксикации, повышения температуры тела, слабости, чувства разбитости, саднения за грудиной, сухого, переходящего во влажный кашля. Тяжелое течение болезни наблюдается при преимущественном поражении бронхиол. Острые симптомы болезни стихают к 4-му дню и при благоприятном исходе полностью исчезают к 7-му дню. Острый бронхит с нарушением бронхиальной проходимости имеет тенденцию к затяжному течению и переходу в хронический бронхит.



- **Лечение.** Постельный режим, обильное теплое питье с медом, малиной, липовым цветом. Назначают противовирусную и антибактериальную терапию, витаминотерапию (аскорбиновую кислоту до 1 г в день, витамин А по 3 мг 3 раза в день), горчичники, банки на грудную клетку. При выраженном сухом кашле назначают противокашлевые препараты кодеин, либексин и др.
- При влажном кашле – муколитические препараты бромгексин, амбробене и др. Показаны ингаляции отхаркивающих средств, муколитиками, подогретой минеральной щелочной водой, эвкалиптовым, анисовым маслом с помощью парового ингалятора. Ингаляции проводят по 5 мин 3 – 4 раза в день (в течение 3 – 5 дней). Бронхоспазм купируют назначением эуфиллина (0,15 г 3 раза в день). Показаны антигистаминные препараты.



Профилактика. Устранение этиологического фактора острого бронхита (переохлаждения, хронической и очаговой инфекции в дыхательных путях и др.)



Бронхит хронический

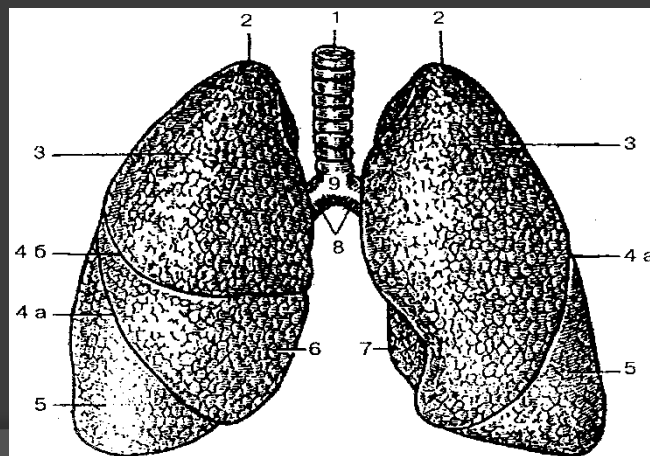
- ◎ *Бронхит хронический – это прогрессирующее, диффузное воспаление бронхов, не связанное с локальным или генерализованным поражением легких и проявляющееся кашлем. О хроническом характере процесса принято говорить, если кашель продолжается не менее 3 месяцев в первом году в течение 2 лет подряд.*

- **Этиология.** Заболевание связано с длительным раздражением бронхов различными вредными факторами (вдыханием воздуха, загрязненного пылью, дымом, окисью углерода, сернистым ангидридом, окислами азота и другими химическими соединениями), курением, рецидивирующей респираторной инфекцией (главная роль принадлежит респираторным вирусам, палочке Пфейффера, пневмококкам).

Предрасполагающие факторы: хронические воспалительные, нагноительные процессы в легких, хронические очаги инфекции в верхних дыхательных путях, снижение реактивности организма, наследственные факторы.



- ◎ **Патогенез.** Основным патогенетическим механизмом является гипертрофия и гиперфункция бронхиальных желез с усилением секреции слизи, уменьшением серозной секреции, изменением состава секреции – увеличением в нем кислых мукополисахаридов, что повышает вязкость мокроты. При нарушении дренажной функции бронхов возникает бронхогенная инфекция, активность и рецидивы которой зависят от местного иммунитета бронхов и развития вторичной иммунологической недостаточности, развивается бронхиальная обструкция в связи с гиперплазией эпителия слизистых желез, отеком и воспалительной инфильтрацией бронхиальной стенки, обтурацией бронхов избытком вязкого бронхиального секрета, бронхоспазмом. Обструкция мелких бронхов приводит к перерастяжению альвеол на выдохе и нарушению эластических структур альвеолярных стенок и появлению гиповентилируемых или невентилируемых зон, в связи с чем проходящая через них кровь не оксигенируется, развивается артериальная гипоксемия.



- **Клиника. Начало постепенное. Первым симптомом является кашель по утрам с отделением слизистой мокроты, постепенно кашель начинает возникать и ночью и днем, усиливается в холодную погоду и с годами становится постоянным. Количество мокроты увеличивается, она становится слизисто-гнойной или гнойной. Появляется одышка.**
- **При гнойном бронхите периодически выделяется гнойная мокрота, но бронхиальная обструкция не выражена. Обструктивный хронический бронхит характеризуется стойкими обструктивными нарушениями. Гнойно-обструктивный бронхит протекает с выделением гнойной мокроты и обструктивными нарушениями вентиляции.**



Диагностика. Возможен небольшой лейкоцитоз с палочко-ядерным сдвигом в лейкоцитарной формуле.

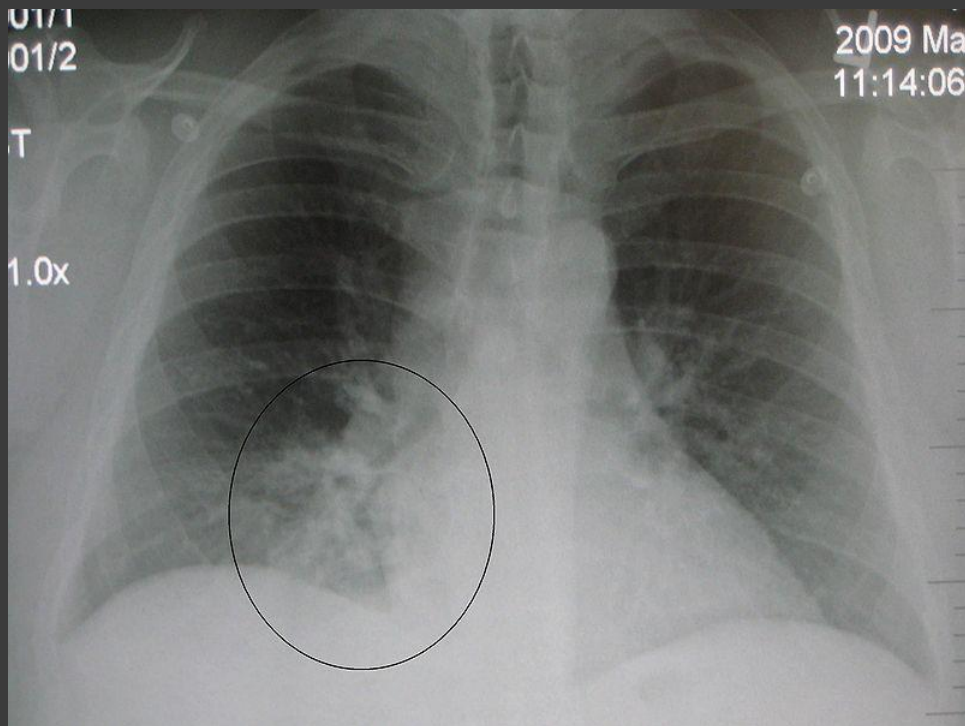


- ◎ **Лечение.** Назначают бактериальную терапию, которую подбирают с учетом чувствительности микрофлоры мокроты, назначают внутрь или парентерально, иногда сочетают с внутритрахеальным введением. Показаны ингаляции.
- ◎ Применяют отхаркивающие, муколитические и бронхоспазмолитические препараты, обильное питье для восстановления и улучшения бронхиальной проходимости. Фитотерапия с применением алтейного корня, листьев мать-и-мачехи, подорожника. Назначают протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), которые уменьшают вязкость мокроты, но в настоящее время применяются редко. Ацетилцистеин обладает способностью разрывать дисульфидные связи белков слизи и вызывает сильное и быстрое разжижение мокроты.

Пневмония

- Пневмония – это воспаление легких, характеризуется воспалением паренхиматозной, респираторной части легких. Классификация по форме: острая пневмония делится на внебольничную, внутрибольничную, при перинатальной инфекции и у больных с иммунодефицитом. По развитию осложнений: легочные (синпневмонический плеврит, метапневмонический плеврит, легочная деструкция, абсцесс легкого, пневмоторакс, пиопневмоторакс), внелегочные (инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром, сердечно-сосудистая недостаточность, респираторный дистресс-синдром).

- **Этиология.** В качестве этиологического фактора выступают различные бактерии: пневмококки, стафилококки, стрептококки, клебсиелла пневмонии, грамотрицательная флора и микоплазмы (внебольничная форма); стафилококк, синегнойная палочка (внутрибольничная форма); хламидии, цитомегаловирусы (при перинатальной инфекции); различные бактерии у больных с иммунодефицитом.



- ◎ **Патогенез.** *Возбудитель проникает в легочную ткань бронхогенным, гематогенным и лимфогенным путями из верхних дыхательных путей обычно при наличии в них острых или хронических очагов инфекции или из инфекционных очагов в бронхах (при хроническом бронхите, бронхоэктазах). Особую роль в патогенезе играют нарушения защитных механизмов бронхолегочной системы, а также состояния гуморального и тканевого иммунитета.*

- Клиника. Зависит от этиологии, характера и фазы течения, морфологического субстрата болезни и его распространенности в легких, а также осложнений (легочного нагноения, плеврита и др.). Острая пневмония обычно начинается резко, нередко после охлаждения: больной испытывает потрясающий озноб; температура тела повышается до фебрильных цифр 39 – 40 °С, реже до 38 или 41 °С; боль при дыхании на стороне пораженного легкого усиливается при кашле, вначале сухом, затем влажном, с гнойной вязкой мокротой. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы лица гиперемированы и цианотичны. Дыхание учащенное, поверхностное, с раздуванием крыльев носа.

- ◎ **Диагностика. На основании клинических и лабораторных данных учитывают укорочения перкуторного звука, отмечают усиление везикулярного дыхания, иногда с очагами бронхиального, крепитацию, мелко– и среднепузырчатые хрипы, на рентгенограммах (иногда на томограммах) – очаговые затемнения. Исследуют мокроту или мазки из глотки на бактерии, включая микобактерии туберкулеза, вирусы, микоплазму пневмонии.**



- **Лечение** пневмоний при легком течении и благоприятных бытовых условиях может осуществляться на дому, но большинство больных нуждается в стационарном лечении. По экстренным показаниям госпитализируют больных с долевыми и другими пневмониями и выраженным инфекционно-токсическим синдромом. В разгар болезни показаны постельный режим, механически и химически щадящая диета с ограничением поваренной соли и достаточным количеством витаминов, особенно А и С. При исчезновении или значительном уменьшении явлений интоксикации расширяют режим, назначают лечебную физкультуру, при отсутствии противопоказаний (болезней сердца, органов пищеварения) больного переводят на диету № 15.
- Сразу же после взятия мокроты, мазков или смывов для бактериологического исследования начинают этиотропную антибактериальную терапию, которую проводят под контролем клинической эффективности, в последующем – с учетом высеянной микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Спасибо за внимание!!!



spicecomments.com