

Острый бронхит

Острый бронхит – воспалительное поражение бронхов любого калибра различной этиологии (инфекционной, аллергической, токсической), развившееся за короткий промежуток времени. Выделяют острый бронхит, острый обструктивный бронхит, острый бронхиолит.

Чаще всего **этиологический фактор** острого бронхита – различные вирусы, реже бактерии. Бронхиты возникают при воздействии токсических и химических веществ, физических факторов. Возможны аллергические острые бронхиты. Вирусы повреждают дыхательный эпителий, повышают проницаемость слизистой оболочки, способствуют развитию отёка и воспалительной инфильтрации клеточными элементами, нарушают мукоцилиарный клиренс. Спазм бронхов может быть вызван выбросом биологически активных веществ.

Острый бронхит (простой)

Острый бронхит (простой) – острое воспалительное заболевание бронхов, протекающее без признаков бронхиальной обструкции.

Клиническая картина

При остром бронхите, как правило, повышается температура тела. Основной симптом бронхита – кашель, сухой и навязчивый в начале заболевания, в дальнейшем – влажный и продуктивный. При аускультации выявляют распространённые грубые сухие и влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы.

При вирусной инфекции выявляют лейкопению, лимфоцитоз. Может быть небольшое увеличение СОЭ.

Рентгенографию органов грудной клетки проводят для исключения пневмонии и обнаруживают умеренное диффузное усиление лёгочного рисунка.

Острый бронхиолит

Острый бронхиолит – острое воспаление мелких бронхов и бронхиол, протекающее с дыхательной недостаточностью и обилием мелкопузырчатых хрипов. Заболевание развивается преимущественно у детей на первом году жизни. Наиболее часто бронхиолит вызывают аденовирусы, РСВ, реже – вирусы парагриппа.

Клиническая картина

Обычно лихорадка продолжается 2-3 дня (при аденовирусной инфекции – до 8-10 дней). Состояние детей довольно тяжёлое, выражены признаки дыхательной недостаточности: цианоз носогубного треугольника, одышка экспираторная или смешанная, тахипноэ. Часто наблюдают вздутие грудной клетки. При перкуссии выявляют коробочный перкуторный звук, при аускультации – рассеянные влажные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы на вдохе и выдохе.

Осложнения могут развиваться при прогрессировании дыхательных расстройств и могут привести к апноэ и асфиксии.

При рентгенографии органов грудной клетки определяют признаки вздутия лёгких; повышение прозрачности лёгочной ткани. Показатели периферической крови могут быть не изменены или выявляют небольшое увеличение СОЭ, лейкопению и лимфоцитоз.

Острый обструктивный бронхит

Острый обструктивный бронхит – острый бронхит, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции. Обычно развивается у детей на 2-3-м году жизни.

Клиническая картина

Признаки бронхиальной обструкции нередко развиваются в первый день ОРВИ. У ребёнка наблюдают шумное свистящее дыхание с удлинённым выдохом, слышное на расстоянии (дистанционные хрипы). Общее их состояние остаётся удовлетворительным. Температура тела субфебрильная или нормальная. Перкуторный звук коробочный. При аускультации выявляют большое количество рассеянных влажных средне- и крупнопузырчатых, а также сухих свистящих хрипов. На рентгенограмме органов грудной клетки выражены признаки вздутия лёгких: повышение прозрачности лёгочной ткани, горизонтально расположенные рёбра. В анализе периферической крови могут быть небольшое увеличение СОЭ, лейкопения, лимфоцитоз, эозинофилия.

Чаще всего острый бронхит необходимо дифференцировать с острой пневмонией. При повторных эпизодах бронхиальной обструкции необходимо проводить дифференциальную диагностику с бронхиальной астмой.

Лечение

Лечение при острых бронхитах в большинстве случаев симптоматическое

- Постельный режим до нормализации температуры тела.
- Обильное питьё (чай, морс, отвар шиповника, щелочные минеральные воды, горячее молоко с боржоми в соотношении 1:1)
- Восстановление носового дыхания. Используют различные сосудосуживающие препараты. Использование капель, в особенности сосудосуживающих, не должно быть длительным, так как может привести к атрофии или, напротив, гипертрофии слизистой оболочки.
- Жаропонижающие средства в возрастной дозировке при повышении температуры тела выше 38,5-39,0°C. Препарат выбора – парацетамол.
- Противокашлевые средства (бутамират, глауцин, преноксидиазин) применяют только в случае сухого навязчивого кашля. Гиперсекреция слизи и бронхоспазм – противопоказания к назначению противокашлевых средств.
- Отхаркивающие (препараты термопсиса, алтея, солодки, эфирные масла и муколитические препараты показаны при всех клинических вариантах течения бронхитов. Назначают обычно внутрь или ингаляционно с помощью небулайзера или аэрозольного ингалятора.
- Бронхолитики применяют при клинических признаках бронхиальной обструкции в виде ингаляций.
- Регидратацию дыхательных путей осуществляют увлажнёнными аэрозолями, паровыми ингаляциями с щелочными растворами, в том числе минеральными, к которым при отсутствии аллергических реакций можно добавлять эфирные масла.
 - Дренирование и удаление мокроты с помощью лечебной гимнастики, вибрационного массажа, постурального дренажа.
 - Проводят также борьбу с дегидратацией, ацидозом, сердечной недостаточностью, назначают витамины.
 - Антибактериальную и противовирусную терапию назначают только по строгим показаниям:
 - фебрильная лихорадка в течение 3 дней и более;
 - нарастание признаков инфекционного токсикоза и дыхательной недостаточности.