

ОСТРЫЙ БРОНХИТ

Острый бронхит – поражение слизистой оболочки бронхов вследствие острой вирусной или вирусно-бактериальной респираторной инфекции.

Причины развития

В 90% случаев причинами развития острого бронхита являются вирусы – возбудители так называемых ОРЗ (острых респираторных заболеваний). Как известно, существует очень много вирусов, которые вызывают сходные по клинике с ОРЗ заболевания. К ним относят вирусы гриппа и парагриппа, аденовирусы, вирус простого герпеса, реовирусы, коронавирусы, риновирусы, энтеровирусы, респираторно-синцитиальный вирус. Кроме того, причиной заболевания могут быть микоплазмы, стрептококки, стафилококки и другие бактерии. Нередко бактериальная инфекция наслаивается на вирусную.

Инфекция передается преимущественно воздушно-капельным путем. Этот путь распространения типичен для инфекций, которые поражают органы дыхания, в том числе трахею и бронхи, их так и называют – «воздушно-капельные». Вирусы или бактерии передаются от человека к человеку путем вдыхания воздуха, содержащего мельчайшие капельки слюны или слизи больного, попадающие в атмосферу при кашле, чихании и разговоре. Наибольшую опасность представляют собой люди с легким течением заболевания и стертыми его формами: они, несмотря на ухудшение самочувствия, остаются социально активными – работают, учатся и посещают места большого скопления людей.

Кроме того, причиной развития острых бронхитов могут быть физические и химические агенты – холодный или горячий сухой воздух, пыль, примеси окислов азота, производных серы, хлора, аммиака, пары брома и пр. Иногда причиной развития заболевания является выраженная аллергическая реакция, в этом случае отмечается его связь с воздействием какого-либо аллергена. Среди предрасполагающих к его развитию факторов следует отметить общее переохлаждение, вредные привычки (особенно курение), наличие очага хронической инфекции в организме, нарушения носового дыхания, а также разного рода деформации грудной клетки и иммунодефицитные состояния.

Как правило, острый бронхит начинается, как и ОРЗ, с поражения носоглотки, но затем в воспалительный процесс вовлекаются нижележащие отделы трахеобронхиального дерева: трахея, бронхи и бронхиолы (реже). Попавшие в дыхательные пути вирусы проникают в клетки слизистой оболочки и вызывают их некроз. Через 2-3 дня на погибших клетках активизируется бактериальная флора. Слизистая оболочка при этом становится покрасневшей и набухшей, на стенках бронхов и в их просвете формируется слизистый, слизисто-гнойный или гнойный секрет (мокрота), а также нарушается активность ресничек. При тяжелом течении воспаление захватывает ткани стенки бронхов, лежащие глубже, что в дальнейшем приводит к их деформации

и способствует переходу воспаления в хроническую форму.

Основные симптомы

Начало заболевания может быть как острым, так и постепенным, температура обычно поднимается до 38-38,5°, в ряде случаев она может быть субфебрильной (не выше 37,5°). В первые дни обычно наблюдаются типичные проявления ОРЗ. Они характеризуются явлениями ринита – разной степени выраженности заложенностью носа с разного рода отделяемым: от водянистого при риновирусной природе заболевания до слизисто-гнойного при бактериальной природе инфекции. Другим основным признаком нередко становится покраснение задней стенки глотки, по которой может стекать слизистое отделяемое из полости носа. В ряде случаев слизистая оболочка задней стенки глотки бывает разрыхленной или зернистой, на ней иногда видны покрасневшие фолликулы.

Жалобы больного чаще всего включают в себя слабость, незначительную головную боль или тяжесть в голове, першение или боли в горле, насморк, саднение за грудиной, кашель, который обычно сначала бывает сухим, затем может становиться влажным. При легком течении заболевания через несколько дней явления интоксикации проходят, температура нормализуется (иногда может сохраняться на субфебрильном уровне). При выслушивании врач определяет так называемое жесткое дыхание и единичные сухие хрипы. Изменений в лабораторных анализах при этом не возникает.

При среднетяжелом течении недомогание и слабость выражены более четко, температура тела длительно сохраняется на субфебрильном уровне. Больного беспокоит сильный сухой кашель, сопровождающийся затруднением дыхания и одышкой, а также боли в нижних отделах грудной клетки и мышцах брюшного пресса, связанные с перенапряжением мышц при кашле. Длительные приступы кашля приводят к появлению головных болей и головокружения. Постепенно кашель становится влажным, мокрота приобретает слизисто-гнойный и гнойный характер. При выслушивании легких врач определяет жесткое дыхание, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, равномерно распределенные над всей поверхностью грудной клетки. Изменения в лабораторных анализах крови незначительные.

Поражение мелких бронхов сопровождается ухудшением состояния больного из-за присоединения обструктивного синдрома. Явления бронхиальной обструкции характеризуются нарушением функции дыхания – одышкой, при которой, как правило, значительно удлиняется выдох. Это возникает вследствие набухания слизистой оболочки, усиления выработки слизи и повышения тонуса мышечной оболочки бронхов, а просвет и без того мелких бронхиальных трубочек значительно сужается. Для обструктивного синдрома характерно появление звучных сухих хрипов на фоне удлиненного выдоха при выслушивании легких. Выраженный обструктивный синдром характеризует течение аллергического бронхита.

Как правило, при легком и среднетяжелом течении острого бронхита

длительность заболевания составляет 2-3 недели, однако полное восстановление всех функций дыхательной системы (в том числе и бронхиальной проходимости) происходит, как правило, в течение 1 месяца.

При поражении бронхиол развивается тяжелое течение заболевания. Температура тела высокая – до 39°, выражена одышка. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательных мышц, грудная клетка зафиксирована в состоянии вдоха. Отмечается синюшность кожи носогубного треугольника, у маленьких детей она может распространяться на периферические отделы конечностей – кисти и стопы. Кашель мучительный со скудным отделением прозрачной мокроты, беспокоят боли в грудной клетке. При выслушивании легких отмечается ослабление дыхания, обильные, незвучные, мелкопузырчатые хрипы. Длительность заболевания при тяжелом течении составляет 1-1,5 месяца.

Диагностика

Диагностика острого бронхита складывается из клинических симптомов (повышения температуры тела, кашля), выявления распространенных сухих и влажных хрипов над всей областью проекции легких и отсутствия выраженных изменений рентгенологической картины и лабораторных показателей: рентгенологически определяется усиление бронхолегочного рисунка, в общем анализе крови отмечается умеренное повышение количества лейкоцитов и СОЭ до 30 мм/ч.

Лечение острого бронхита

Больные должны соблюдать постельный режим, им рекомендовано обильное теплое витаминизированное питье. Из лекарственных препаратов назначают жаропонижающие, аскорбиновую кислоту до 1 г в день, противовирусные средства, различные отхаркивающие и разжижающие мокроту препараты.

Бронхоспазм купируют назначением эуфиллина 0,25 г по 1 таблетке 2-3 раза в день и других бронхорасширяющих средств. При появлении гнойной мокроты, а также при тяжелом и среднетяжелом течении заболевания применяют антибиотики в общепринятых дозировках. Хорошо зарекомендовал себя в лечении острого бронхита препарат эреспал (по 2 таблетки 2 раза в день).

Большое значение в терапии острого бронхита уделяется тепловым процедурам (компрессам, горчичникам на грудную клетку), ингаляциям отхаркивающих препаратов и лекарственных трав в течение 5-10 минут 2-3 раза в день 3-5 дней при нормальной температуре.

При развитии бронхиолита, особенно у маленьких детей и пожилых больных, требуется интенсивная терапия в условиях стационара.

Жукова Р.Б., врач-терапевт.