## Реферат

Хронічний обструктивний бронхіт. Типові клінічні прояви. Методи діагностики. Організація догляду за хворими.

Хронічний обструктивний бронхіт - це дифузне, прогресуюче нейтрофільне запалення бронхів, пов’язане з тривалим подразненням повітряносних шляхів шкідливими агектами, характеризується перебудовою секреторного апарату слизової оболонки, склеротичними змінами в глибоких шарах бронхіальної стінки і перібронхіальної тканини, супроводжується гіперсекрецією слизі, порушенням очищувальної і захисної функції мукоциліарного апарату бронхів, проявляється постійне або періодичним кашлем з виділенням харкотиння не менше 3 місяців в році на протязі останніх 2 літ, з повторним спалахом запального процесу в бронхах, що приводить до стійких обструктивних порушень вентиляції і формування легеневого серця.

В Україні біля 7,8 млн., а у Івано-Франківську і області 0,4 млн. людей страждають на хронічні обструктивні захворювання легень, і ця патологія є четвертою за значимістю причиною смерті, а в структурі загальної інвалідності займає 18,5 - 21,5%. Смертність при хронічному обструктивному бронхіті складає 66% через 10 літ і 92% через 20 літ від початку появи задишки.

Етіологія хронічного бронхіту включає багато факторів, які приймають участь у виникненні і розвитку хвороби, однак ведучими екзогенними факторами, з діями яких зв’язано виникнення хронічного бронхіту являється на першому місці активне або пасивне куріння тютюну; на другому інгаляційні професійні шкідливості на роботі (пил, токсичні пари, гази, кремній, кадмій); забруднення повітря навколишнього середовища; на третьому - вроджений або набутий дефіцит а1 - антиприпсипу. Інфекційний фактор вважається вторинний, приводить до загострення, який приєднується пізніше, на фоні хронічного кашлю з виділенням харкотиння, коли появляються умови, сприятливі для інфікування стерильного на початку бронхіального дерева.

У розвитку загострення бронхіту на першому місці у 92,6% виділяють пневмококи і гемофільну паличку. Значно менше значення мають віруси, мікоплазма, стафілококи, гемолітичний стрептокок. Має значення обтяжена спадковість у хворих ХОЗЛ в порівнянні з здоровими.

Початок захворювання пацієнти пов’язують з яким-небудь “простудним" захворюванням. Однак, при даному анамнезі вдається вияснити, що ранковий кашель викликаний необхідністю “ранкового туалету бронхів", виникає у них вже давно. З роками кашель стає постійним, зменшується лише у літні місяці. Збільшується виділення слизисто-гнійного харкотиння. Появляється задишка, переважно експіраторного характеру на початку при фізичному навантаженні, а потім і в спокої. Хворі зауважують періодичне погіршення здоров’я, особливо в холодний і сирий час року, пов’язують це погіршення з гострим респіраторними інфекціями, грипом і ін.

Задишка та кашель з виділенням слизисто-гнійного харкотиння зберігаються і в період ремісії. Часто спостерігається і бронхоспазм. На відміну від не обструктивного бронхіту вентиляційна здатність легень в фазі ремісії не нормалізується, продовжують вислуховуватись поодинокі сухі свистячі хрипи.

Клінічна картина хронічного бронхіту залежить від того, який рівень бронхіального дерева переважно втягнутий в патологічний процес.

При ураженості бронхів великого калібру турбує кашель з виділенням слизистого харкотиння. Аускультативно може вислуховуватися везикулярне дихання, сухі жужжачі хрипи. Порушення бронхіальної провідності не виникає. Для загального процесу в бронхах середнього калібру характерно осінньо-зимове загострення, що супроводжується кашлем з виділенням слизисто-гнійного харкотиння, появою сухих жужжачих хрипів.

Ураження дрібних бронхів супроводжується поряд з вологим кашлем, сухими свистячими хрипами і симптомами порушення бронхіальної прохідності.

Для хронічного обструктивного бронхіту характерна наявність сухих свистячих хрипів навіть в період ремісії, які легко виявляються при проведенні спеціальних прийомів: форсованого видоху та пробі Вотчела Б.Е.

Хронічний обструктивний бронхіт знижує якість життя пацієнта та скорочує його термін в результаті ускладнень на 16-23 роки.

Про порушення бронхіальної прохідності свідчать слідуючі ознаки:

Проява задишки, переважно експіраторного характеру при фізичному навантаженні і при виході з теплого приміщення на холод.

Виділення харкотиння після тривалого і виснажливого кашлю.

Наявність сухих, свистячого характеру хрипів, що виникають переважно на видосі, особливо форсованому.

Подовження фази видоху. Наявність скритого бронхоспазму виявляється з допомогою проб з форсованим видохом (в положенні стоячи) та проби Вотчала Б.Е. (в лежачому положенні).

Класичними ознаками обструкції являються свистячі хрипи при одиночному вдосі, або при форсованому видосі, що вказує на звуження дихальних шляхів. Разом з тим, ці ознаки не відображають важкості захворювання, а їх відсутність не виключає наявність хронічного обструктивного бронхіту у пацієнта.

Неухильне прогресування хвороби - найважливіша ознака хронічного обструктивного бронхіту. Вираженість клінічних ознак у хворих цим захворюванням постійно зростає. Для визначення наявності прогресування захворювання використовують повторні визначення ОФВ1 і ПШВ1 (моніторинг з допомогою пікфлоуметра). Зменшення ОФВ1 на 50мл за рік і більше свідчить про прогресування хвороби (норма - до 20 мл за рік).

Наявність обструкції дихальних шляхів визначається зменшенням співвідношення об’єму форсованого видоху за 1 сек до життєвої ємкості легень. Вапокість бронхіальної обструкції оцінюється по зниженню ОФВ1 по відношенню до нормативних величин.

Бронхіальна обструкція вважається зворотною при наростанні ОФВ1 на 15% і більше після інгаляції формакопрепарату. Рекомендується проведення фармакологічної проби перед призначенням бронходилятаційної терапії.

Проба з фізичним навантаженням.

Рекомендується в тих випадках, коли ступінь задишки не корелює зі змінами ОФВ1, також вона використовується при відборі пацієнтів для проходження реабілітаційних програм. Звичайно використовується проста “крокова проба" або присідання 10-20 разів.

Визначення газового складу крові.

Рекомендується у хворих хронічним обструктивним бронхітом середньої і важкої ступені перебігу. Кореляція між ОФВ1 і ПШВ1 і газовим складом крові не суттєва.

Імунологічні дослідження крові. Проводяться при неконтрольованому прогресуванні хвороби. У цих випадках також проводиться вимірювання тиску в легеневій артерії, дослідження нічного апноє, комп’ютерна томографія, ЕЖО-КС.

Якість життя.

Інтегральний показник, що визначає адаптацію пацієнта до наявності хвороби і можливість виконання звичних для хворого функцій, зв’язаний з його соціально-економічним положенням на роботі і в побуті. Визначається за спеціальними опитувальниками.

Фаза загострення:

Хронічний обструктивний бронхіт проявляється посиленням кашлю, збільшенням кількості харкотиння, наростанням задишки, слабкості, втоми, пітливості. Температура тіла підвищується рідко і звичайно до субфебрильних цифр.

Показники клінічного аналізу крові: ШОЕ у багатьох хворих змінюється мало. Може появлятися лейкоцитоз і зсув формули вліво. Із-за еритроцитозу, згущення крові і дихального ацидозу ШОЕ сповільнена і нерідко дорівнює “0". Більше достовірними є біохімічні показники крові (СРП, сіалова кислота, серомукоїд).

Дослідження харкотиння використовують у діагностиці: поява гною в харкотинні, лейкоцитів, клітин згущеного епітелію свідчать про загострення бронхіту. Проводять цитологічне та мікробіологічне дослідження харкотиння. При рентгенологічному обстеженні хворих обструктивним бронхітом відмічається:

а) деформація легеневого малюнку

б) низьке стояння куполів діафрагми

в) посилення легеневого малюнку за рахунок перебронхіального пневмосклерозу.

На бронхографії ознаки хронічного бронхіту проявляються обривами бронхів середнього калібру та відсутністю заповнення дрібних розгалужень бронхів, що відповідає зображенню "мертвого дерева”, зазубреність контурів, нерівність стінок, виражена деформація і чоткоподібність в бронхах. В периферичних відділах, можливе контрастування бронхоектазів.

Бронхоскопії належить один із найважливіших методів в діагностиці і лікуванні патології легень. По рекомендації Європейської респіраторної спілки визначена важкість хронічного обструктивного бронхіту по значенню ОФВ1.

Легка ступінь - ОФВ1 - 70,0%

Середня ступінь - ОФВ1 - 59-69,0%

Важка ступінь - ОФВ1 - менше 50,0%.

Підхід до оцінки важкості хворих хронічним обструктивним бронхітом доповнюється визначенням стадії захворювання, основаної на загальній картині хвороби, порушення бронхіальної прохідності згідно рекомендації Американського торокального товариства і міжнародного консенсусу.

При загостренні хронічного обструктивного бронхіту назначається ліжковий режим на 5-10 днів, необхідно створити оптимальний повітряний режим в приміщенні з частим провітрюванням. Хворий повинен дотримуватися режиму харчування. Їжа повинна бути калорійною і містити велику кількість вітамінів В, С. Рекомендується приймати велику кількість теплого пиття (чай з медом, або малиновим варенням, підігріта лужна мінеральна вода).

В період ремісії необхідно виконувати режим дня, ранкову гімнастику з вправами для зміцнення дихальних м’язів, а також діафрагми і м’язів грудної клітки. Необхідні тривалі прогулянки на свіжому повітрі, рухливі ігри, плавання. Відмовитись від шкідливих звичок. Рекомендовано санітарно-курортне лікування в санаторіях південного берега Криму та в місцевих санаторіях.