**БРОНХИТ. БРОНХИОЛИТ**

**ОСТРЫЙ ПРОСТОЙ БРОНХИТ (ОПБ)**- воспаление слизистой проводящей части легких (бронхов, бронхиол).

Клинически проявляется синдромами:

* астеническим;
* интоксикационным;
* диспептическим (чаще у младших детей);
* катаральным (кашель – в течение дня, сначала сухой, затем – с нарастающей продукцией слизистой, а в динамике – слизисто-гнойной и гнойной мокроты, отхождение которой увеличивается утром, при нарастании двигательной активности, а также после нагрузки. Боль в грудной клетке, особенно, при кашле. Перкуторно – мозаичная картина, аускультативно – разнокалиберные влажные рассеянные симметрично с обеих сторон, со сгущением в задне – нижних участках легких и сухие хрипы на фоне жесткого дыхания);

+ рентгенологическим (усиление легочного рисунка мягкотеневого характера в прикорневых и нижнемедиальных зонах, симметрично с обеих сторон, расширение корней лёгких) при отсутствии инфильтративных и очаговых изменений в лёгочной ткани;

**+** лабораторным (ускорение СОЭ, лимфоцитарный лейкоцитоз – при вирусной этиологии; нейтрофильный- при бактериальной со сдвигом влево, постинфекционная анемия);

**При обструктивном бронхите** - обструктивный синдром или синдром дыхательной недостаточности по обструктивному типу (нарушение проведение воздуха)

  

 

фолликулярный бронхит

инфильтративный бронхит

*обструктивный* бронхит отличается от *простого* наличием

**обструктивного синдрома**, т.е. **дыхательной недостаточности**

**ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИТА**

Иногда возникают повторные волны лихорадки, что связано с наслоением с наслоением вторичной бактериальной инфекции или перекрёстной вирусной инфекции. О затяжном течении бронхита говорят, когда он продолжается более 3 недель.

**Дифференциальный диагноз** прежде всего с пневмонией. Опорными пунктами пневмонии является наличие дыхательной недостаточности, стойкой лихорадки, очаговость поражения лёгких (локальность ослабления дыхательных шумов, укорочения перкуторного звука, постоянных звучных мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов). Во всех сомнительных случаях должна быть проведена рентгенография лёгких.



**ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ (ООБ) –** острый бронхит, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции.т.е. с экспираторной одышкой.

**Бронхообструктивный синдром (БОС) –** патофизиологическое понятие, характеризующее нарушение бронхиальной проходимости при очень широком круге острых и хронических заболеваний. Применительно к ООБ в нарушении бронхиальной проходимости основногй этиологический фактор – инфекции, хотя и не всегда можно по данным клинической картины отличить аллергический генез ООБ.

Примерно 20 – 25% бронхитов у детей протекают как ООБ, что существенно выше, чем у взрослых.

**Этиология:** самые разные респираторные вирусы, микоплазмы, хламидии, но у детей раннего возраста особенно часто – респираторно – синцитиальный вирус, цитомегаловирус, вирус парагриппа.

**Предрасполагающие факторы**: курение матери во время беременности, пассивное курение, дыхание «загрязненным» воздухом, фетальный алкогольный синдром, задержка внутриутробного развития, экссудативно – катаральная и лимфатико - гипопластическая аномалия конституции.

**Клиническая картина** в начале болезни определяется симптомами респираторной вирусной инфекции – интоксикация, катаральные изменения верхних дыхательных путей, нарушение общего состояния.

**ДН.** Признаки экспираторного затруднения дыхания могут появиться как в первый день болезни, так и в процессе течения вирусной инфекции (на 3 – 5 день болезни). Постепенно увеличивается частота дыхательных движений и продолжительность выдоха. Дыхание становится шумным и свистящим, что связано с тем, что по мере нарастания гиперсекреции и накоплении секрета в просвете бронхов (Схема: компоненты 1, 2)

Из-за одышки и лихорадки происходит изменение вязкостных свойств секрета – он «подсыхает», что ведёт к появлению жужжащих (низких) и свистящих (высоких) сухих хрипов. Поражение бронхов носит распространённый характер, а потому жёсткое дыхание с сухими жужжащими и свистящими хрипами слышны одинаково над всей поверхностью лёгких. Хрипы могут быть слышны на расстоянии. Чем младше ребёнок, тем чаще у него помимо сухих могут быть выслушаны и влажные среднепузырчатые хрипы.

Если в генезе обструкции бронхов ведущую роль играет спастический компонент (Схема: компонент 3), то аускультативные данные над лёгкими обычно более разнообразны и лабильны в течение дня. По мере увеличения выраженности одышки становится всё большим участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания – втяжение межреберий и эпигастрия, надключичных ямок, раздувание (напряжение) крыльев носа. Нередко выявляют периоральный цианоз, бледность кожных покровов, ребёнок становится беспокойным, старается принять сидячее положение с опорой на руки. Дыхательная недостаточность тем более выражена, чем младше ребёнок, но обычно при ООБ она не превышает второй степени.

**При физикальном обследовании**, помимо рассеянных сухих хрипов и жёсткого дыхания, обнаруживаются признаки вздутия лёгких: сужение границ относительной сердечной тупости, коробочный оттенок перкуторного звука.

**Изменения в периферической крови** соответствует характеру вирусной инфекции. Бактериальная флора наслаивается редко – не более 5%.

**Рентгенологически**, помимо двустороннего усиления лёгочного рисунка и расширения корней лёгких, выявляют: низкое стояние уплощенного купола диафрагмы, повышение прозрачности лёгочных полей, горизонтальное расположение рёбер, т.е. признаки вздутия лёгких.

**Течение заболевания**, как правило, непродолжительное (7 – 12 дней).

**Дифференциальный диагноз**

****





