## ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

Хронический бронхит – это хроническое диффузное воспаление бронхов, сопровождающееся кашлем (с мокротой или без) не менее 3 месяцев, со склонностью к рецидивам не менее 2 лет подряд и не связанное с локальным поражением органов дыхания туберкулезом, пневмонией, опухолью или другим подобным процессом.

**Этиология.** Развитию хронического бронхита способствуют табакокурение, поллютанты воздуха и жилых помещений, профессиональные вредности, наследственность, рецидивирующие вирусно-бактериальные инфекции.

**Классификация.** По МКБ-10 выделяют:

1. Хронический бронхит простой и слизисто-гнойный;

2. Хронический бронхит неуточненный.

В МКБ-10 выделена хроническая обструктивная болезнь легких, которая ранее рассматривалась как хронический обструктивный бронхит.

Фазы течения хронического бронхита: обострение и ремиссия.

**Клиника.** Клинические признаки хронического бронхита зависят от фазы процесса (обострение или ремиссия), наличия или отсутствия осложнений. Изменения в легких соответствуют синдрому бронхиальной обструкции, повышенной воздушности легких.

При обострении больные могут предъявлять жалобы, характерные для гипертермического (лихорадочного) и интоксикационного синдромов: на субфебрильную температуру, общую слабость, снижение работоспособности, потливость, сердцебиение.

Для необструктивного бронхита характерен кашель с отделением слизистой, слизисто-гнойной мокроты в умеренном количестве (до 100-150 мл в сутки), чаще утром, при выходе из теплого помещения на холодный, сырой воздух. При развитии пневмосклероза, эмфоземы легких появляется одышка, усиливающаяся при нагрузке.

При развитии дыхательной недостаточности появляется диффузный цианоз, возможно утолщение концевых фаланг пальцев рук в виде барабанных палочек и ногтей в виде часовых стекол.

Осмотр грудной клетки при неосложненном течении хронического бронхита отклонений от нормы не дает. При развитии эмфиземы легких грудная клетка приобретает бочкообразную форму, в дыхании может участвовать вспомогательная мускулатура.

Сравнительная перкуссия легких при неосложненном течении хронического бронхита отклонений от нормы не дает. При развитии эмфиземы появляется коробочный звук.

При аускультации легких у больных хроническим бронхитом наблюдается жесткое везикулярное дыхание, жужжащие и (или) свистящие сухие хрипы. Бронхофония при неосложненном течении хронического бронхита не изменена. При развитии эмфиземы бронхофония ослаблена.

**Лабораторно-инструментальная диагностика**.

Общий анализ крови: при обострении – незначительный лейкоцитоз, сегментоядерный нейтрофилез, ускорение СОЭ. При дыхательной недостаточности – эритроцитоз, замедление СОЭ.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Анализ мокроты: при простом бронхите – мокрота слизистая, с наличием нитей фибрина, большим содержанием лейкоцитов, метаплазированного цилиндрического эпителия, при гнойном бронхите – гнойная или слизисто-гнойная мокрота с большим количеством нейтрофилов.

Бактериологическое исследование мокроты: различные виды микроорганизмов (пневмококки, гемофильная палочка, гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк).

Биохимический анализ крови: появление С-реактивного белка, увеличение сиаловых кислот, гаптоглобина, серомукоида, фибрина, альфа-2 и гамма-глобулинов.

Рентгенография легких: усиление легочного рисунка, признаки эмфиземы легких.

Исследование функции внешнего дыхания: уменьшение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) при развитии эмфиземы.

**Лечение.** Медикаментозное лечение чаще всего применяется в период обострения, которое включает прием антибиотиков (только при бактериальной инфекции), бронхолитиков, муколититиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, физиолечения.