

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ, С ОСНОВАМИ  
НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

**НАЗВАНИЕ ЛЕКЦИИ:** Рецидивирующий бронхит.  
(краткий конспект лекций)

**Ташкент 2012-2013 г**

**План лекции:**

1. Определение рецидивирующих бронхитов, причины и факторы предопределяющие его развитие.
2. Понятие об иммунной системы
3. Течение и диагностика рецидивирующих бронхитов
4. Лечение и меры профилактики рецидивирующих бронхитов

**Цель лекции:** Информировать студентов о причинах, патогенезе, клиническом течении, диагностики и лечении рецидивирующих бронхитов.

## **Рецидивирующие обструктивные бронхиты, этиопатогенез, клиника, лабораторно-инструментальные методы исследования.**

**Рецидивирующий обструктивный бронхит** - Это инфекционно-воспалительное заболевание бронхов, сопровождающееся нарушением бронхиальной проходимости по обструктивному типу.

### **Критерии диагностики**

Анамнестические – развиваются на 2-3 день ОРВИ.

### **Клинические**

респираторный синдром:

катаральные явления со стороны слизистых зева и носоглотки, кашель в начале заболевания в начале сухой, затем влажный, малопродуктивный, мокрота отделяется с трудом.

### **Синдром дыхательной недостаточности:**

одышка с затруднением выдоха, до 50 реже 60-70 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа), дистанционные хрипы, пероральный цианоз, усиливающийся при нагрузке.

### **Бронхолегочный и бронхообструктивный синдром:**

коробочный перкуторный тон, дыхание с удлинённым выдохом, жесткое определяются сухие свистящие хрипы, крупно- и среднепузырчатые хрипы, могут быть единичные мелкопузырчатые хрипы, после кашля, меняющие локализацию и звучность.

При тахипноэ удлинение выдоха может отсутствовать.

### **Симптомы интоксикации**

слабо выражены (ребенок беспокоен, ищет удобную позу), повышение температуры тела умеренное, отсутствует или значительно (при аденовирусной и микоплазменной инфекции).

### **Параклинические.**

Рентгенография

Лабораторные анализы.

### **Дифференциальная диагностика**

с острым бронхитом,  
бронхиолитом,  
бронхопневмонией,  
бронхиальной астмой.

**Таблица 1 Дифференциальная диагностика рецидивирующего бронхита с муковисцерозом, инородным телом дыхательных путей.**

Признаки	Рецидивирующий бронхит	Муковисцидоз	Инородное тело бронхов
Начало заболевания	Чаще на втором году жизни	На первом году жизни	Начиная со второго полугодия жизни
Внешний вид ребенка	Без особенностей	Кукольное лицо, сухая серовато-землистая кожа, нередко деформированная грудная клетка, деформация концевых в виде « барабанных палочек», гипотрофия I-III степени, большой вздутый живот, пупочная грыжа	Без особенностей
Респира-торный синдром	При рецидиве бронхита кашель сначала сухой, большую часть периода влажный, со слизистогнойной мокротой. Вне рецидивов – повышенная кашлевая готовность: появление кашля при охлаждении, физической нагрузке, нервно-психическом перенапряжении	Кашель относительно постоянный, нередко мучительный, приступообразный, малопродуктивный. Мокрота имеет чрезмерную вязкость, что резко нарушает мукоцилиарный клиренс	Развивается остро с приступов кашля или диспноэ в течение нескольких минут. В последующем кашель обуславливается развившемся бронхитом – наблюдается высокий, иногда свистящий тон в конце кашлевого толчка. У большинства детей кашель не отличается своеобразием, но данный симптом стойкий
Бронхообструктивный синдром	Клинически отсутствует у большинства больных	Выявляется нередко	Может отмечаться генерализованный бронхоспазм, ликвидирующийся после откашливания инородного тела
Бронхоле-гочной синдром	Перкуторный звук легочный или с небольшим коробочным оттенком, дыхание жесткое, выслушиваются грубые сухие, средне- и крупнокалиберные хрипы, рассеянные с обеих сторон. Аускультативная картина в легких переменчива.	Одышка, цианоз, коробочный перкуторный тон, большое количество влажных и сухих разнокалиберных хрипов с обеих сторон.	При полной закупорке бронха ателектаз с укорочением перкуторного тона, смещением органов средостения в пораженную сторону, ослабление дыхания. При неполной обтурации бронха – вздутие соответствующего

			легкого, коробочный, вплоть до тимпанита перкуторный звук, ослабление дыхания на стороне поражения
Изменения других органов и систем	Нередки синуситы, тонзиллиты	Частое сочетание с поражением желудочно-кишечного тракта: ферментативная недостаточность поджелудочной железы – обильный, частый (до 4-6 раз в день), жирный, зловонный, замазкообразный стул и метеоризм.	Не отмечается
Рентгено-грамма грудной клетки	Усиление легочного рисунка, расширение корней легких. Редко наблюдается кратковременные сегментарные ателектазы и гиповентиляция	Рентгенологическая картина полиморфна. Признаки эмфиземы, уплощение куполов диафрагмы, расширение межреберных промежутков. Усиление и деформация легочного рисунка в виде линейных или округлых из-за уплотнения стенок бронхов теней, узелковокистозные изменения, множественные небольшие парабронхиальные абсцессы, сегментарные или долевы ателектазы, пневмонические инфильтрации, расширение и смазанность корней легких.	Появление рентгеноконтрастного инородного тела. При полной обтурации бронха в ранние сроки выявляется ателектаз со смещением средостения в сторону поражения. При неполной обтурации бронха – картина вентильной эмфиземы со смещением средостения в противоположную сторону. При диагностических трудностях – рентгеноскопия легких: выявляется симптом Гольцкнехта-Якобсона (толчкообразное смещение тени средостения при дыхании).
Бронхо-скопия	Эндоскопическая картина не изменена, редко обратимый эндобронхит с небольшим количеством секрета в просвете бронхов	Признаки гнойного эндобронхита с деформацией бронхов	Разлитой гнойный бронхит с гиперемией и отечностью слизистой оболочки. Типично разрастание грануляционной ткани, ее кровоточивость

Исследование электролитов пота	Не изменены	Повышены в 2-5 раз	Не изменены
Определение ферментов поджелудочной железы	Без изменений	Снижение содержания исследуемых показателей	Без изменений

### **Список рекомендуемой литературы.**

1. Кайталанувчи бронхит. “Библиотека практического врача” 2010 г Москва
2. Иммунология ва аллергология. Журнал 2009 год №1, 22-28 стр.
3. Болезни органов дыхания . Рачинский, Таточенко 2004 год, 148-156 стр.