

Бронхіти у дітей

Доц. кафедри ОМД
Ігнатко Людмила Василівна



○ ЗАТВЕРДЖЕНО

○ Наказ МОЗ України

○ від 13.01.2005 № 18

○ Протокол лікування гострого бронхіту у дітей

- J20 Гострий бронхіт
- J20.0 Гострий бронхіт, спричинений *Mycoplasma pneumoniae*
- J20.1 Гострий бронхіт, спричинений *Haemophilus influenzae* (паличкою Пфейффера)
- J20.2 Гострий бронхіт, спричинений стрептококом
- J20.3 Гострий бронхіт, спричинений вірусом Коксакі
- J20.4 Гострий бронхіт, спричинений вірусом парагрипу
- J20.5 Гострий бронхіт, спричинений респіраторно-синцітialьним вірусом
- J20.6 Гострий бронхіт, спричинений риновірусом
- J20.7 Гострий бронхіт, спричинений екховірусом
- J20.8 Гострий бронхіт, спричинений іншими уточненими агентами
- J20.9 Гострий бронхіт, не уточнений



○ Діагностичні критерії:

- Кашель - на початку сухий, нав'язливий, на 2-му тижні вологий, продуктивний та поступово зникає.
- Огляд - не виявлено ознак дихальної недостатності (задишка не виражена, допоміжна мускулатура не бере участі в акті дихання, ціаноз відсутній), та симптомів інтоксикації.
- При пальпації і перкусії зміни в легенях відсутні.
- Аускультативно вислуховується жорстке дихання, подовжений видих. Хрипи вислуховуються з обох сторін в різних відділах легень, при кашлі змінюються. На початку хвороби хрипи сухі, а згодом з'являються незвучні, вологі дрібно-, середньо-, та великоміхурові хрипи відповідно діаметра вражених бронхів.



Зміни гемограми непостійні, можуть проявлятися прискореною ШОЄ при нормальному чи зниженому вмісту лейкоцитів.

На рентгенограмі грудної клітки спостерігається посилення легеневого малюнку, тінь кореня легень розширена, не чітка.



-
- **Лікування:**

- Госпіталізація при підозрі на ускладнення.
- Дієта повноцінна, відповідно до віку дитини, збагачена вітамінами, висококалорійна.
- В стаціонарах за основу береться стіл №5.
- Симптоматичне лікування



- Відхаркувальні та муколітичні препарати синтетичного та рослинного походження
 - проспан,
 - флюдітек,
 - гербіон,
 - геделікс N-ацетилцистеїн,
 - бромгексин,
 - лазолван,
 - мукалтін,
 - амброгексал,
 - пертусін,
 - корінь солодки,
 - корінь алтею,
 - лист подорожника,
 - калія йодид,
- Препарати застосовуються ентерально та в інгаляціях.



➤ Протикашльові препарати призначаються тільки при нав'язливому, малопродуктивному, сухому кашлі – з метою пригнічення кашлю

- глауцин,
- лібексін,
- тусупрекс,
- бутамірат,
- Бронхолітін



Антигістамінні препарати (кларітін, тайлед, семпрекс) показані дітям з алергічними проявами.

Полівітаміни (ревіт, оліговіт, пікавіт та ін.) призначають в дозах, що перевищують фізіологічні потреби.

При гіпертермії – жарознижуючі (парацетамол, ібуфен).



- Вібраційний масаж разом з постуральним дренажем – ефективний при продуктивному кашлі
- В умовах стаціонару із фізіотерапевтичних процедур ефективні:
 - УВЧ-терапія,
 - мікрохвильова терапія,
 - діадинамічні та сінусоїдальні моделювальні струми,
- різноманітні варіанти електрофорезу.(KI, CaCL₂, MgSO₄).



○ Етіологічна терапія призначається з
урахуванням,
що в 90-92% випадків причиною гострого
бронхіту є вірусна інфекція,
тому сучасне етіотропне лікування повинне
використовувати
специфічну протівірусну терапію та
мінімізувати використання
антибіотиків.



○ Протівірусні препарати ефективні в перші дві-три доби захворювання.

Застосовують: ремантадін,
арбидол-ленс,
аміксін,
ребетол,
інтерферони,
ДНК-ази та ін.



- Згідно рекомендацій В.К.Таточенко та співавторів (2000), показаннями до призначення антибіотиків при гострому бронхіті може бути:
 - Діти перших 6-ти місяців життя;
 - Важкий перебіг бронхіту (нейротоксикоз та ін.);
 - Наявність обтяжливого преморбідного фону (пологова травма, недоношеність, гіпотрофія та ін.);
 - Наявність активних хронічних вогнищ інфекцій (тонзиліт, отит та ін.);

- Підозра на нашарування бактеріальної інфекції:
 - Лихоманка з температурою тіла вище 39 С;
 - В`ялість, відмова від їжі;
 - Виражені симптоми інтоксикації;
 - Наявність задишки;
 - Асиметрія хрипів;
 - **Лейкоцитоз, прискорена ШЗЕ**



Оскільки при гострому захворюванні відсутні дані про збудника у конкретного хворого, вибір препарату базується на рекомендаціях емпіричної стартової терапії з урахуванням вірогідної етіології хвороби та чутливості вірогідного збудника в даному регіоні.

Застосовують препарати:
цефалоспоринового ряду (цефалексін; цефадріксіл; цефазолін; цефаклор; цефотаксім; цефтріаксон);
захищені пеніциліни (аугментін; амоксіклав)
макроліди (азітроміцин)

На етапі реабілітаційних заходів показані дихальна гімнастика, масаж, фітотерапія (мати-й-мачуха, подорожник, солодка, алтей лікарський, айр, термлісіс, чабрець та ін.).

- ЗАТВЕРДЖЕНО
- Наказ МОЗ України
- від 13.01.2005 № 18

○ Протокол лікування та профілактики хронічного бронхіту у дітей.

○ J40 Хронічний бронхіт –

- хронічне розповсюджене ураження бронхів з повторними загостреннями, з морфологічною перебудовою секреторного апарату слизової оболонки, розвитком склеротичних змін у більш глибоких шарах бронхіальної стінки і характеризується:
- наявністю продуктивного кашлю протягом кількох місяців впродовж 2-х років,
- постійними різнокаліберними вологими хрипами,
- 2-3 загостреннями на рік протягом 2-х років,
- збереженням у фазі ремісії ознак порушення вентиляції легень.
- Рентгенологічно: підсилення і деформація рисунку легень, порушення структури коренів легень.



○ Класифікація :

○ **Первинний хронічний бронхіт**

діагностується при виключенні інших хронічних захворювань легень: муковісцидозу, бронхіальної астми, вад розвитку, легеневої і серцево-судинної систем, синдрому циліарної дискінезії тощо.

○ **Вторинний хронічний бронхіт є**

ускладненням вроджених вад розвитку легень і серцево-судинної системи, муковісцидозу, спадкових захворювань легень, а також специфічних бронхолегеневих процесів

○



- Виділяють **4 форми** хронічного бронхіту:
 - Ж 41 простий неускладнений бронхіт;
 - Ж 41.1 гнійний бронхіт;
 - Ж 44 обструктивний бронхіт;
 - Ж 41.8 гнійно-обструктивний бронхіт
- **.Фази патологічного процесу:**
 - загострення або ремісія.



- **Етіологія формування хронічного бронхіту:**
 - віруні асоціації;
 - вірусно-мікоплазменні;
 - вірусно-бактеріальні;
 - вірусно-бактеріально-грибкові;
- персистенція опортуністичної мікрофлори





○ Патогенез:

- порушення мукоциліарного кліренса
 - порушення дренажної функції
 - зниження місцевого імунітету
- гіпертрофія і гіперфункція бронхіальних залоз
- зниження протеолітичної активності трахеобронхіального секрета;
- недостатність неспецифічного ферментного захисту



- **Клінічні критерії діагностики хронічного бронхіту:**
- загострення процесу з тривалістю кілька місяців, впродовж 2-х років і більше;
- 2-3 загострення на рік протягом не менше 2-х років;
- збереження у фазі ремісії ознак порушення вентиляції легень;
- наявність продуктивного кашлю протягом кількох місяців впродовж 2-х років;
- надсадний малопродуктивний кашель ранком;
- кашель на початку захворювання з'являється вранці після сну, виділяється невелика кількість мокротиння (недостатність мукоциліарного транспорту проявляється у нічний час). Кашель посилюється у холодний період року, а також у період загострення хвороби, у період ремісії, а також при ураженні дрібних бронхів, які не мають рецепторів кашльового рефлексу, практично відсутній;



- при прогресуванні хвороби кашель наростає і з'являється протягом всього дня і вночі;
- при дихальній недостатності III ступеня, кашльовий рефлекс згасає, кашель стає малопродуктивним, навіть при наявності бронхоектазів;
- мокротиння має різний характер, але переважає підвищена в'язкість;
- задишка спочатку з'являється при загостренні, пізніше наростає після фізичного навантаження;
- можлива деформація грудної клітки у вигляді кіфозу грудного відділу хребта, та симптом барабанних паличок;
- обмеження екскурсії грудної клітки при диханні, участь у диханні допоміжних м'язів;
- перкуторно: коробочний відтінок тону - над ділянками з емфіземою, притуплений – у місцях запального процесу;



- аускультативно: подовжений видих, жорстке дихання, при емфіземі дихання ослаблене; при ураженні дрібних бронхів - у горизонтальному положенні при видиханні - сухі високотональні хрипи, якщо вони відсутні у вертикальному положенні, то це “прихована бронхообструкція”. При бронхоектазах - вологі хрипи різного калібру. Характер хрипів нестійкий, можуть зникати після кашлю.
- Рентгенологічно: порушення структури корнів легенів, підсилення і деформація рисунку легень, пневмосклероз.



- **Методи діагностики хронічного бронхіту**
- 1. Виділення етіологічного збудника - мазок із носа і зіву на патогенну мікрофлору і віруси.
- 2. Дослідження мокротиння на патогенну мікрофлору і віруси.
- 3. Рентгенологічне дослідження.
- 4. Бронхоскопія та браш-біопсія слизової оболонки бронхів (див. додаток).
- 5. Бронхографія або комп'ютерна томографія (КТ)
- 6. Реопульмонографія.
- 7. Спірографія (див.додаток).
- 8. Пневмотахометрія
- 9. Пікфлоуметрія
-



- **Основні принципи лікування**
- Етіотропну терапію загострення

хронічного бронхіту починають з урахуванням виду
можливого збудника.

Показанням до призначення антибіотиків є
активний бактеріальний процес,
на що вказує фебрильна температура,
яка тримається більше 3-х діб,
відповідні зміни в аналізі крові
(лейкоцитоз і зсув формули крові вліво,
прискорена ШОЕ).



○ Антибактеріальні препарати вибору в залежності від виду бактеріального збудника.

Вид збудника	Антибактеріальний препарат
Мікоплазма	Макроліди
Стафілокок	Напівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою, цефалоспоріни I-II поколінь, фторхінолони, аміноглікозиди, лінкозаміди
Стрептокок	Захищені пеніциліни, цефалоспоріни I-III поколінь, карбапенеми
Хламідія	Макроліди, фторхінолони
Гемофільна паличка	Амінопеніциліни з клавулановою кислотою, макроліди, цефалоспоріни II-IV поколінь, карбапенеми, фторхінолони
Пневмокок	Непівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою, цефалоспоріни I-II поколінь, макроліди
Синьогнійна паличка	Фторхінолони, аміноглікозиди, цефалоспоріни III покоління
Легіонела	Макроліди, фторхінолони

- При наявному сухому болючому кашлі в перші дні захворювання призначають протикашльові препарати центральної дії.
- При сухому подразливому трахеальному кашлі — протикашльові препарати периферійної дії.
- При обструктивному синдромі показано призначення бронхолітиків:
 β_2 -агоністи короткої дії — сальбутамол, алупент, атровент, фенотерол тощо,
антихолінергічні засоби та препарати теофіліну (метилксантини).
- Для розрідження і виділення мокротиння призначають *муколітики* - (ацетилцистеїн, бромгексин гідрохлорид, амброксол гідрохлорид).



- Патогенетична терапія загострення хронічного бронхіту повинна включати антиоксиданти та стабілізатори клітинних мембран, вітамінні комплекси з мікроелементами.
- Для покращення мікроциркуляції у легенях показані такі препарати, як серміон, цинарізін, компламін, трентал тощо. З метою нормалізації енергетичного балансу клітин (АТФ-ЛОНГ, рибоксін).
- Для запобігання прискореного розвитку пневмосклерозу показано застосування нестероїдів, які інгібують активність медіаторів запалення, підсилюють терапевтичну дію антибіотиків



- *Дихальна гімнастика* включає елементи тренування механізмів або складових компонентів дихального акту. Комплекс гімнастики повинен включати статичні дихальні звукові вправи для тренування подовженого видиху. Окрім статичних, комплекс має і динамічні дихальні вправи, коли фізичні вправи поєднуються з диханням. Видалення мокротиння найкраще досягається в дренажному положенні з опущеною верхньою частиною тіла, цьому сприяє вібромасаж (ручний чи за допомогою вібромасажера).
- При недостатній ефективності поведеної терапії при катарально-гнійному і гнійному ендобронхітах показана *бронхоскопічна санація*.

○ *Вторинна профілактика хронічного бронхіту*
включає:

- Лікування як у період загострення, так і в період ремісії запального процесу.
 - Режим дня і раціональне харчування
- Загартовування, загальзміцнююча та лікувальна фізкультура.
 - Фітотерапія.
 - Вітамінотерапія.
- Адаптогени та біогенні стимулятори.
 - Фармакологічна імунокорекція.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ

