

ГОСТРИЙ БРОНХІТ У СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ТА ДЕЯКІ АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

О.І. Сміян, В.В. Гринишин

Медичний інститут Сумського державного університету, м.Суми

У статті розглянуті проблемні питання перебігу та раціональної терапії гострих бронхітів у дітей раннього віку. Гострі бронхіти займають значне місце у структурі захворювань дихальної системи, а кількість хворих за останні роки невинно зростає, що обґрунтовує доцільність пошуку нових підходів до лікування цього захворювання.

ВСТУП

Проблема гострих запальних захворювань органів дихання, зокрема гострого бронхіту у дітей раннього віку, залишається актуальною у педіатричній практиці у зв'язку зі значною поширеністю (250 випадків на 1000 дітей) і стабільним зростанням кількості хворих за останні роки (за 10 років захворюваність зросла у 3,6 раза) [1]. За даними офіційної статистики, у структурі захворюваності дітей від 0 до 18 років хвороби органів дихання займають перше місце і становлять близько 62-68%, тобто 818,75 на 1000 дітей. Рівень захворюваності ГРВІ, у тому числі гострими бронхітами, перевищує рівень усіх інших інфекцій серед дітей в 7-7,5 раза та є у 5-6 разів вищим серед аналогічних показників у дорослих. На особливу увагу заслуговують діти, які часто і тривало хворіють респіраторними захворюваннями (15-75% дитячої популяції) [1, 2, 3].

Бронхіт – це запальне захворювання бронхів різноманітної етіології (інфекційної, алергічної, фізико-хімічної тощо). Виділяють такі клінічні форми бронхіту: гострий, рецидивний і хронічний [3, 5]. Гострий бронхіт – гостре запалення слизової оболонки трахеобронхіального дерева, що, як правило, завершується повнимвилікуванням та відновленням функцій. Здебільшого гострий бронхіт є одним із проявів гострого респіраторного захворювання вірусної, бактеріальної, грибкової, паразитарної чи змішаної етіології. Існує також гострий бронхіт хімічної, алергічної та іншої неінфекційної природи. Бронхіт, якщо він не супроводжується клінічно вираженими ознаками обструкції, прийнято позначати як гострий простий бронхіт. Трапляється ця форма в будь-якому віковому періоді життя людини. На відміну від простого гострого обструктивного бронхіту характеризується тим, що запалення слизової оболонки бронхів супроводжується звуженням і/або закупоренням дихальних шляхів за рахунок набряку й гіперплазії слизової оболонки, гіперсекреції слизу чи розвитку бронхоспазму. Можливий поєднаний характер бронхообструкції. Обструктивний бронхіт частіше реєструється у дітей раннього віку (до 3 років), при цьому він переважно зумовлений гіперсекрецією в'язкого й густого слизу та гіперплазією слизової оболонки. Бронхоспазм більш характерний для дітей старше 4 років. Однією з клінічних форм гострого запалення слизової оболонки бронхів є бронхіоліт. Він являє собою клінічний варіант гострого обструктивного бронхіту, але на відміну від останнього характеризується запаленням слизових оболонок дрібних бронхів і бронхіол. Цим визначаються клінічні особливості захворювання, його тяжкість і прогноз. Гострий бронхіоліт спостерігається у ранньому віці з частотою 3-4 випадки за 1 рік на 100 дітей перших 2 років життя. Рецидивний бронхіт–

захворювання бронхів із повторенням епізодів гострого бронхіту 2-3 рази на рік протягом 1-2 років на фоні гострих респіраторних інфекцій [5]. Це епізоди бронхіту тривалістю клінічних проявів 2 тиж. і більше. Фази патологічного процесу – загострення та ремісія. Загострення рецидивного бронхіту клінічно проходить у вигляді гострого простого чи обструктивного бронхіту, рідше – як епізоди повторного бронхіоліту. У дітей рецидивний бронхіт спостерігається у будь-якому віковому періоді дитинства, але частіше реєструється у 4-7 років.

Хронічний бронхіт – хронічне поширене ураження бронхів із повторними загостреннями, морфологічною перебудовою секреторного апарату слизової оболонки, розвитком склеротичних змін у більш глибоких шарах бронхіальної стінки. Він характеризується наявністю продуктивного кашлю протягом кількох місяців упродовж 2 років, постійними різнокаліберними вологими хрипами та збереженням у фазі ремісії ознак порушення вентиляції легень. Розрізняють первинний та вторинний хронічні бронхіти [6, 7].

Причинами гострого і рецидивного бронхітів у переважній більшості випадків є інфекційні агенти: віруси, бактерії та вірусно-бактеріальні асоціації [3, 5, 10]. На цей час відомо близько 200 вірусів і 50 різних бактерій, що можуть бути етіологічно причетними до розвитку бронхітів у дітей. Найчастіше збудником гострого бронхіту є вірусна інфекція [2, 3, 10]. У дітей раннього віку збудниками гострого бронхіту здебільшого є респіраторно-синцитіальний вірус (RS-вірус) і вірус парагрипу III типу, а також цитомегаловірус, риновіруси, вірус грипу. У старшому віці бронхіт спричиняють аденовіруси, збудники грипу, кору, мікоплазми (табл. 1).

Таблиця 1 – Етіологія гострих бронхітів у різних вікових групах

Вікова група				
	0 – 3 міс.	3 – 6 міс.	6 міс. – 3 роки	6 – 17 років
Етіологія	Цитомегаловірус	Хламідії	Риносинцитіальний вірус	Хламідії
	Ентеровірус			
	Герпес		Вірус парагрипу III типу	
	Аденовірус			
	Вірус грипу			
	Риновірус			

Віковий та епідеміологічний аспекти відіграють у розвитку гострого бронхіту немаловажливу роль. Такі віруси, як парагрип, аденовірус, риновірус, вірус грипу, практично з однаковою частотою спричиняють бронхіти у будь-якому віці. Велике значення має епідеміологічна ситуація: пора року (переважно холодний період), «скупченість» у колективах, епідемія. РС-вірус як причина бронхіту частіше трапляється у дітей раннього віку в основному від 3 міс. до 3 років, що зв'язано з певним тропізмом збудника. При цьому сезонність і «скупченість» відіграють значно меншу роль. Вид вірусної інфекції виявляє суттєвий вплив на характер ураження слизової. Так, для парагрипу, грипу, ЦМВ-інфекції характерні дистрофія і деструкція епітелію з відторгненням цілих шарів. Для РС-вірусної інфекції – гіперплазія дрібних бронхів і бронхіол, розростання епітелію з порушенням бронхіальної провідності. Саме з цим пов'язують той факт, що при РС-

вірусній інфекції частіше розвивається бронхіоліт чи гострий обструктивний бронхіт. Аденовірусна інфекція супроводжується вираженим ексудативним компонентом, нерідко спостерігаються слизові нашарування, розпушення і відторгнення епітелію, утворення у стінці бронха великоклітинних інфільтратів, що сприяє обструкції дихальних шляхів [11, 12].

МЕТА РОБОТИ

Вивчити особливості перебігу гострого бронхіту у дітей раннього віку та оцінити ефективність лікування антибактеріальними препаратами.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами були проаналізовані історії хвороб 424 дітей віком від 1 міс. до 3 років, що перебували на стаціонарному лікуванні у Сумській міській дитячій клінічній лікарні протягом 2005р. З них дітей до 1-го року життя – 210(49%), 1-2р. – 101(23%), 2-3р. – 113(28%). Діти були доношеними, не мали в анамнезі респіраторних захворювань у періоді новонародженості, повторних епізодів бронхіальної обструкції та атопії.

З діагнозом гострого простого бронхіту на лікуванні перебувало 108 хворих (25%), обструктивного бронхіту – 140 (33%), трахеобронхіту 176 дітей (42%) (рис.1). Вперше захворіло 315 дітей (75%), повторно – 109 (25%). Супутня патологія відмічалась у 340 хворих (80%), серед неї найпоширеніша дефіцитна анемія – 282 хворих (66%).

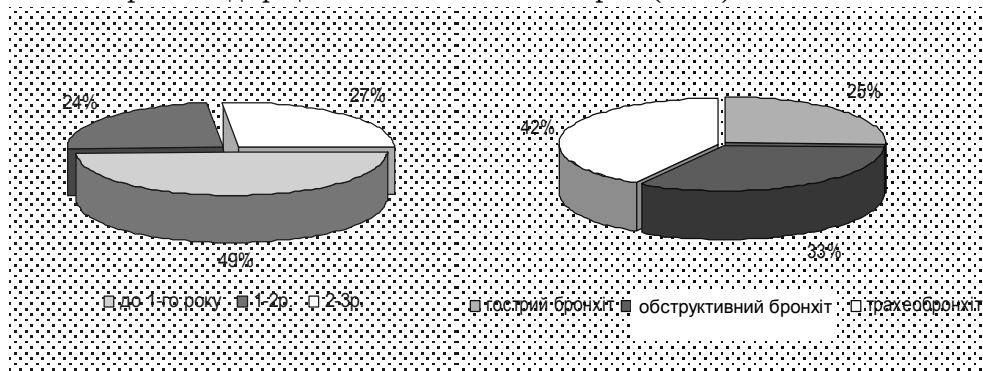


Рисунок 1 – Розподіл дітей за віковими групами та клінічними формами гострого бронхіту

Характерним для гострого бронхіту був гострий початок захворювання з підвищення температури тіла частіше до субфебрильних цифр (у 285 хворих – 67%). Гарячковий період тривав близько 3 днів (у 90% хворих). Об'єктивні дані: катаральні явища у вигляді затрудненого носового дихання, помірних виділень з носа; кашель, частіше продуктивний; коробковий відтінок перкуторного звуку. Постійним симптомом при гострому бронхіті була наявність жорсткого дихання та хрипів з обох боків у різних відділах легенів, що змінювалися при кашлі. На початку захворювання хрипи сухі, а з часом з'являються вологі дрібно-, середньо-, великоміхурцеві. Зміни гемограми проявлялися прискороною ШОЕ (92%), лейкоцитозом (30%).

Патогенна мікрофлора при посіві з носа виявилась у 68 хворих (16%) - *Str. mitis*, *Str. pyogenus*, із зіва у 112 хворих (26%) – *Str. mitis*, *Str. pyogenus*, *Staph. aureus*.

Протикашльові та муколітичні препарати застосовувались у 100% хворих. Антибактеріальна терапія проводилась у 398 хворих (93%), причому у дітей віком до 2 років у всіх без винятку.

З клінічним видужанням виписано 424 дитини: на 5-7-й день захворювання – 340 дітей (80%), на 7-14-й день – 45 дітей (10%).

Враховуючи вищезазначене, найбільш складним у тактиці лікування бронхітів слід визнати питання про призначення та вибір адекватної терапії. Значна роль вірусів в етіології хвороби, переважання легких форм, самолікування порушують питання про доцільність використання антибіотиків у терапії гострих бронхітів. І це питання широко обговорюється. Так, за даними В.К. Таточенка [13], при гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ) у дітей антибактеріальна терапія потрібна всього в 6-8% випадків, що супроводжуються бактеріальними ускладненнями. Частота призначення антибактеріальних препаратів у дітей значно перевищує цю цифру, досягаючи у поліклініках 65-85%, у стаціонарах – 98%. Разом із тим результати проведених досліджень переконливо показали, що включення антибіотиків до комплексної терапії неускладнених ГРВІ не оптимізує процес лікування. Часте призначення антибіотиків при бронхітах вірусної етіології лікарі мотивують необхідністю профілактики бактеріальних ускладнень. Але клінічні спостереження доводять, що їх застосування не запобігає розвитку ускладнень, не прискорює зникнення основних симптомів гострого бронхіту і не чинить істотного впливу на перебіг хвороби з двох причин [20]. По-перше, пригнічуючи ріст чутливої мікрофлори, вони відкривають шлях для заселення дихальних шляхів стійкою флорою, підвищуючи у 2 рази частоту таких ускладнень, як отит і пневмонія, а також ризик розвитку астми у подальшому. По-друге, бактеріальні ускладнення розвиваються, як правило, швидко, вже у перший день захворювання, на фоні викликаних вірусами порушень мукоциліарного кліренсу і короткочасної імуносупресії. Ця ситуація потребує вирішення передусім шляхом створення раціональних рекомендацій з антибактеріального лікування дітей із бронхітами та їх неухильного упровадження у практику. Згідно з наказом МОЗ України [14] етіологічна терапія призначається з урахуванням того, що у 90-92% випадків причиною гострого бронхіту є вірусна інфекція, тому сучасне етіотропне лікування повинне включати специфічну протівірусну терапію та мінімізувати застосування антибіотиків. Антибактеріальна терапія при гострому бронхіті показана дітям перших 6 місяців життя при тяжкому перебігу бронхіту (нейротоксикоз та ін.); за наявності обтяжливого преморбідного фону (пологова травма, недоношеність, гіпотрофія тощо), активних хронічних вогнищ інфекції (тонзиліт, отит та ін.); підозрі на нашарування бактеріальної інфекції (лихоманка з температурою тіла вище 39 °С, слабкість, відмова від їжі, виражені симптоми інтоксикації, наявність задишки, асиметрія хрипів, лейкоцитоз та прискорена швидкість осідання еритроцитів), затяжний перебіг захворювання, особливо при підозрі на внутрішньоклітинну природу збудника. Також варто вважати показанням бронхіоліт, смертність від якого досягає 1-3% [14]. Вибір антибактеріальної терапії для лікування інфекції нижніх відділів респіраторного тракту практично завжди здійснюється емпірично. При цьому він ґрунтується на рекомендаціях емпіричної стартової терапії з урахуванням вірогідної етіології захворювання та чутливості ймовірного збудника у конкретному регіоні. Крім того, при виборі антибактеріального препарату необхідно враховувати низку чинників: вік дитини, індивідуальну переносимість, позалікарняний чи внутрішньолікарняний (госпітальний) характер зараження, особливості клінічної картини хвороби (типова, атипова), характер перебігу (затяжний, рецидивний), ефективність попередньої терапії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, гострий бронхіт залишається доволі поширеним захворюванням серед дітей раннього віку. Найчастіше ця патологія трапляється у грудному віці. У цієї групи дітей превалював діагноз трахеобронхіт, рідше – простий бронхіт. Доволі часто у хворих спостерігалася супутня патологія, особливо дефіцитна анемія. Як правило, гострий бронхіт розпочинався з підвищення температури до субфебрильних цифр (майже у 70% пацієнтів). Об'єктивно відмічалися катаральні явища. Постійним симптомом при гострому бронхіті на початку захворювання були сухі хрипи, а з часом – вологі різнокаліберні. З боку гемограми найбільш показовим було прискорення ШОЕ.

Крім того, на сьогоднішній день залишається багато дискусійних питань, пов'язаних з низкою об'єктивних труднощів у виборі тактики терапії, зокрема у визначенні необхідності застосування антибіотиків. Сьогодні перед лікарями постає завдання якнайбільше звузити показання для антибактеріального лікування, спростити його, зробити цілеспрямованим і менш травмуючим, більш безпечним і дешевим. Сучасна стратегія лікування бронхітів у дітей повинна базуватися, з одного боку, на точних показаннях та адекватному виборі найбільш ефективного препарату, а з іншого – на відмові від необґрунтованого призначення антибіотиків з метою мінімізації їх використання взагалі, у тому числі при бронхітах у дітей раннього віку.

SUMMARY

ACUTE BRONCHITIS IN THE STRUCTURE OF RESPIRATORY SYSTEM DISEASES AT BABIES AND SOME ASPECTS OF RATIONAL ANTIBACTERIAL THERAPY

O.I. Smiyan, V.V. Grinishin

Sumy State University, Medical Institute

The children of early age have problem questions of motion and rational therapy of sharp bronchitis in the articles considered. A sharp bronchitis occupy a considerable place in the structure of diseases of the respiratory system, and the amount of patients in the last few years grows incessantly, that grounds expedience of search of the new going near treatment of this disease.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лук'янова О. М. Проблеми здоров'я здорової дитини та наукові аспекти профілактики його порушень // Мистецтво лікування. – 2005. – № 2. – С. 6–15.
2. Козловский А.А., Зарянкина А.И. Бронхиты у детей. Методические рекомендации, 2005.
3. Самсыгина Г.А. Антибиотики в лечении острых бронхитов у детей // Лечащий врач. – 2001. – № 1. – С. 12-16.
4. Сучасні підходи до діагностики, профілактики рецидивних і хронічних бронхітів у дітей / Антипкін Ю.Г., Арабська Л.П., Смірнова О.А. та співавт. – Київ, 2003. – 122 с.
5. Волков И.К. Диагностика и терапия хронических бронхитов у детей // Доктор. – 2003. – № 12. – С.20.
6. Смирнова М.О., Розина Н.Н. Хронический бронхит у детей: определение, клинические варианты // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2004.-№10.-С.24.
7. Новиков Ю.К. Инфекционное поражение дыхательных путей. – 2006.-№6.-36 с.
8. Климанская Е.В., Возжаева Ф.С., Андрищенко Е.В., Сосюра В.Х. Стратегия и тактика лечения хронических воспалительных заболеваний легких у детей // Рос. педиатр. журнал. – 1998. – № 6. – С. 22-25.
9. Самсыгина Г.А. Охлопкова К.А., Сулова О.В. Этиология внебольничных бронхитов и пневмоний у детей раннего возраста как основа выбора антибактериальной терапии // Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – № 11. – С. 29-30.
10. Самсыгина Г.А. Охлопкова К.А., Сулова О.В. Болезни органов дыхания у детей // Матер.конф. – М. – 21-22.09.99. - С.112.
11. Самсыгина Г.А., Зайцева О.В., Брашнина Н.П., Казюкова Т.В. // Педиатрия. – 1998. – №3. – С.50-53.
12. Таточенко В.К., Катосова Л.К. Антибиотики при бактериальных ОРЗ у детей // Антибиотики и химиотерапия. – 1999. – № 9. – С. 13-18.

13. Протокол лікування дітей з гострими бронхітами. Додаток № 2 та Протокол лікування дітей з хронічними бронхітами. Додаток № 5 до Наказу МОЗ України № 18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія» від 13.01.2005 р. – Київ, 2005. – С. 58.

Сміян О.І., д-р. мед. наук, професор, Медичний інститут СумДУ, м.Суми;
Гринишин В.В., магістр, Медичний інститут СумДУ, м.Суми.

Надійшла до редакції 20 червня 2008 р.