

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. Кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., ассистент Педанова Е.А.

Реферат на тему:

**Острый бронхит у детей.**

Выполнила: врач-ординатор Масленникова А.А.

Красноярск 2020 г.

**Содержание:**

1. Введение……………………………………………………………………….3
2. Этиология и эпидемиология …………….…………………………………..4
3. Патогенез………………………………………………..……………..……...4
4. Классификация……………………………………………………………….5
5. Клиническая картина……………………….………………….…………….6
6. Диагностика…………………………………………………………………..7
7. Дифференциальная диагностика…………………………………...……….8
8. Лечение ………………………………...…………………………………...10
9. Профилактика…………………………………………………………….....11
10. Дополнительная информация……………………………………………..12
11. Вывод……………………………………………………………………….13
12. Список литературы………………………………………………………...14

**Введение**

Заболевания органов дыхания являются важной проблемой педиатрии, в связи с их ведущей ролью в общей структуре детской заболеваемости. Высокая распространенность острой патологии верхних и нижних отделов дыхательных путей является актуальной социальной и важной медицинской проблемой, особенно среди детей раннего возраста. Лидирующие позиции среди острой патологии дыхательных путей занимал и продолжает занимать острый бронхит. Бронхит является одним из самых распространенных острых заболеваний респираторного тракта у детей. Наиболее сложным следует признать вопрос о назначении и выборе антибиотикотерапии при этом заболевании. От характера поражения бронхов, особенностей клинического течения выделяют острый бронхит, острый обструктивный бронхит и острый бронхиолит. Клиническая картина острого бронхита и бронхиолита зависит от клинической формы болезни и этиологии заболевания. Наиболее тяжелой формой является острый бронхиолит, основным возбудителем которого является респираторно-синцитиальный вирус. Острым бронхитом болеют дети всех возрастов, но более распространение данная патология получила у детей дошкольного и школьного возрастов.

**Бронхит** – воспалительный процесс в бронхах в отсутствие инфильтративных изменений в паренхиме легких (инфильтративных или очаговых теней на рентгенограмме). Бронхит характеризуется диффузным характером процесса; при преобладании изменений трахеи говорят о трахеобронхите.

**Этиология и эпидемиология**

Острый бронхит (ОБ) является наиболее значимой проблемой в педиатрической практике. Частота ОБ в Российской Федерации составляет 75 – 250 на 1000 детей, с возрастным пиком в 1-3 года. Наиболее тяжелой формой является острый бронхиолит, основным возбудителем которого является респираторно-синцитиальный вирус. По данным зарубежных исследователей, частота бронхиолита составляет 11 заболевших на 100 детей грудного возраста.

Острый бронхит в большинстве случаев является проявлением респираторновирусной инфекции, наиболее часто его вызывают вирус парагриппа, а также рино-, РС-, корона-, метапневмо– и бокавирусы. Около 10% бронхитов у детей старше 5 лет, особенно в осенний период, связаны с инфекцией Мycoplasma pneumoniae. Chlamydia trachomatis может вызывать бронхит у детей первых месяцев жизни, Chlamydophila pneumoniae – у подростков. Реже бактериальная этиология может быть обусловлена Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis. Бактериальный трахеобронхит осложняет стенозы гортани и как первичное заболевание у детей наблюдается крайне редко. Особую группу составляют аспирационные бронхиты, связанные с привычной аспирацией пищи у детей грудного и раннего возраста, этиопатогенез которых обусловлен не только агрессивным физико-химическим действием аспирата, но и смешанной кишечной флорой.

**Патогенез**

Развитию бронхита предшествует воздействие на организм предрасполагающих факторов (охлаждение или перегревание, загрязненный воздух, пассивное курение, снижение иммунитета, очаги хронической инфекции и др.). Инфекция (чаще вирусы) попадают в организм воздушно-капельным путем. Размножение вирусов происходит в клетках дыхательной системы. При различной этиологии в патогенезе имеются особенности, связанные с этиологией заболевания. В развитии воспалительного процесса в стенке бронхов принимают участие интерлейкины, простагландины, клеточные медиаторы, нервная система. Основными проявлениями воспаления бронхов, являются отек, гиперемия слизистой, повышенная выработка слизи, нарушение мукоцилиарного клиренса.

**Классификация**

Согласно принятой в России Классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей выделяют: Острый бронхит - острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами. Критерии диагностики: Клинические: субфебрильная температура, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких. Рентгенологические: изменение легочного рисунка (возможно усиление и повышение прозрачности) при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких. Рецидивирующий бронхит – повторные эпизоды острых бронхитов 2-3 раза и более в течение года на фоне респираторных вирусных инфекций. Критерии диагностики острого эпизода соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита. Встречается, как правило, у детей первых 4-5 лет жизни. Хронический бронхит - хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов. Критерии диагностики: 7 Клинические: продуктивный кашель, разнокалиберные влажные хрипы в легких при наличии не менее 2-3-х обострений заболевания в год на протяжении 2-х и более лет подряд. Рентгенологические: усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмосклероза. Хронический бронхит как отдельная нозологическая форма у детей диагностируется крайне редко и только после исключения заболеваний, протекающих с синдромом хронического бронхита (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, пороки развития бронхолегочной системы, другие хронические заболевания легких).

**Клиническая картина**

**Острый бронхит (вирусный)** – наблюдается преимущественно у детей дошкольного и школьного возраста. Его характеризует острое начало с субфебрильной (реже фебрильной) температурой, катаральными симптомами (кашлем, ринитом). Кашель может появляться со 2-3 дня болезни. Клинические признаки бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, свистящие хрипы, свистящее дыхание) отсутствуют. Признаки интоксикации обычно отсутствуют, длится обычно 5-7 дней. У грудных детей при РС-вирусной инфекции и у старших – при аденовирусной – может сохраняться до 2 недель. Кашель длительностью ≥2 недель у школьников может свидетельствовать о коклюшной инфекции.

**Бронхит, вызванный Mycoplasma pneumoniae**. Возможна стойкая фебрильная температура в отсутствие токсикоза, покраснение конъюнктив («сухой конъюнктивит» с обычно скудными другими катаральными явлениями). Нередки признаки обструкции. Без лечения температура и хрипы могут сохраняться до 2 недель.

**Хламидийный бронхит, вызванный C. trachomatis**, наблюдается у детей в возрасте 2-4 месяцев при интранатальном заражении от матери. Состояние нарушается мало, температура обычно нормальная, кашель усиливается в течение 2-4 недель, иногда приступообразный «коклюшеподобный», но без реприз. Одышка выражена умеренно. В пользу хламидийной инфекции говорят признаки урогенитальной патологии у матери, упорный конъюнктивит на 1-м месяце жизни ребенка.

**Хламидийный бронхит, вызванный C. pneumoniae**, у подростков диагностируется редко, иногда протекает с бронхообструкцией. Клиническая картина его может сопровождаться фарингитом и лимфаденитом, однако она изучена недостаточно из-за сложностей этиологической диагностики.

**Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции:** повторные эпизоды синдрома бронхиальной обструкции наблюдаются достаточно часто – на фоне очередной респираторной инфекции и требуют исключения у пациента бронхиальной астмы. Они, как правило, сопровождаются свистящими хрипами и удлинением выдоха, которые появляются уже в 1-2 день болезни. ЧДД редко превышает 60 в 1 минуту, диспноэ может быть не выражено, но иногда его признаком является беспокойство ребенка, смена позы в поисках наиболее удобной. Не редко оксигенация не снижается. Кашель малопродуктивный, температура умеренная. Общее состояние при этом обычно остается удовлетворительным.

**Диагностика**

Физикальное обследование.

При остром бронхите рекомендуется оценка общего состояния ребенка, характера кашля, проведение осмотра грудной клетки (обратить внимание на западение межреберных промежутков и яремной ямки на вдохе, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания); перкуссия и аускультация легких, оценка состояния верхних дыхательных путей, подсчет частоты дыхания и сердечных сокращений. Кроме того, рекомендуется проведение общего стандартного осмотра ребенка. При остром бронхите (вирусном) – аускультативно в легких можно обнаружить рассеянные сухие и влажные хрипы. Бронхиальная обструкция отсутствует. Признаков интоксикации обычно нет. Бронхит, вызванный Mycoplasma pneumoniae при аускультации легких– обилие крепитирующих и мелкопузырчатых хрипов с двух сторон, но, в отличие от вирусного бронхита, они часто асимметричны, с преобладанием в одном из легких. Нередко определяется бронхиальная обструкция. Хламидийный бронхит, вызванный C. trachomatis: аускультативно в легких выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Хламидийный бронхит, вызванный C. pneumoniae: аускультативно в легких возможно выявление бронхиальной обструкции. Могут быть обнаружены увеличенные лимфоузлы и фарингит. Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции: аускультативно в легких– свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха.

Лабораторная диагностика

В типичных случаях течения острого бронхита у детей не рекомендовано рутинное проведение лабораторных исследований.

При остром бронхите изменения в общем анализе крови, как правило, незначительны, число лейкоцитов 30 мг/л и прокальцитонина (ПКТ) >2 нг/мл.

• Не рекомендуется рутинное применение вирусологического и бактериологического исследования при остром бронхите, вызванном M. pneumoniae, т.к. в большинстве случаев результаты не влияют на выбор терапии. Специфические IgM-антитела появляются лишь к концу второй недели болезни, полимеразная цепная реакция (ПЦР) может выявить носительство, а нарастание IgG-антител говорит о ранее перенесенной инфекции. Диагноз бронхита, вызванного микоплазмой, чаще всего предположительный, клинические признаки оправдывают назначение макролидов, дающих эффект в течение 1-2 дней. Рентгенография грудной клетки показана при обилии и выраженной асимметрии хрипов для диагностики пневмонии, вызванной Mycoplasma pneumoniae.

• При подозрении на хламидийный бронхит, вызванный C. trachomatis, рекомендовано определение титр IgM-антител. Выявляется положительный титр IgM-антител (обычно титр выше материнского).

**Дифференциальная диагностика**

Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции следует дифференцировать с бронхиальной астмой, так как на фоне острой респираторной инфекции у 80-90% больных бронхиальной астмой дошкольного возраста отмечается обострение заболевания, дифференциальная диагностика «вирусной» обструкции зачастую затруднена. Для астмы характерна приступообразность – внезапность появления обструкции, а также, у большинства больных, указание в анамнезе на развитие приступов в ответ на различные триггеры.

Кроме того, у детей, особенно до 5 лет причины бронхиальной обструкции и/или свистящих хрипов в легких достаточно разнообразны: врожденные и наследственные аномалии респираторного тракта (трахео- и бронхомаляция и другие пороки развития бронхиальной стенки, муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, трахеопищеводные свищи), инородные тела, сосудистое кольцо, бронхолегочная дисплазия, гастроэзофагеальный рефлюкс и т.д.

Учитывая вышесказанное, при повторяющихся эпизодах обструкции ребенка следует направить на консультацию и дообследование, в первую очередь, к аллергологу-иммунологу при подозрении на бронхиальную астму и к пульмонологу для исключения или подтверждения более редких причин бронхиальной обструкции.

Дифференциально-диагностические признаки острого (простого) бронхита и острой пневмонии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинические признаки | Острый бронхит | Пневмония |
| Степень лихорадки | Ниже 38гр. | Выше 38гр. |
| Длительность лихорадки | Менее 3 дней | Более 3 дней |
| Характер кашля | Поверхностный, сухой, безболезненный | Глубокий, влажный, болезненный |
| Одышка | Нет | Есть |
| Цианоз | Нет | Есть |
| Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания | Нет | Есть |
| Голосовое дрожание | Не изменено | Усилено |
| Укорочение перкуторного звука | Нет | Есть |
| Локальные мелкопузырчатые звучные хрипы | Нет | Есть |
| Крепитация | Нет | Есть |
| Бронхофония | Не изменена | Усилена |

**Лечение**

Бронхиты, как и ОРВИ – самый частый повод лекарственной терапии. Десятки «средств от кашля» и их агрессивная реклама ведут к избыточному лечению, полипрагмазии и излишним расходам на лечение.

Консервативное лечение

• Острый бронхит (вирусный) обычно не требует госпитализации, рекомендованы:

Обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки;

Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции .

• Рекомендовано рассмотреть назначение противокашлевого средства центрального действия в отдельных случаях коротким курсом при сухом мучительном болезненном кашле при отсутствии хрипов в легких и других признаков бронхообструкции .

Например, может быть назначен бутамират : капли 4 р./день: детям 2-12 месяцев по 10; 1-3 лет по 15 капель, сироп: 3 р./день: детям 3-6 лет – по 5 мл; 6-12 лет – по 10 мл; депо-таблетки 50 мг детям старше 12 лет по 1-2 таб. в день. Дополнительно при бронхитах по показаниям могут быть назначены другие препараты.

• Рекомендовано назначение противовирусных препаратов – при симптомах гриппа

• Рекомендовано назначение муколитических и отхаркивающих средств – при вязкой, трудно отделяемой мокротемукорегуляторы: например, амброксол табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл. Детям 0-5 лет по 7,5 мг, 6-12 лет по 15 мг, >12 лет по 30 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: детям 0-5 лет по 2 мл, старше 5 лет по 2-3 мл 2 раза в день. Секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей: ацетилцистеин внутрь детям старше 6 лет - по 200 мг 2-3 раза/сут; детям в возрасте от 2 до 6 лет - по 200 мг 2 раза/сут или по 100 мг 3 раза/сут, до 2 лет - по 100 мг 2 раза/сут.; карбоцистеин детям в возрасте от 2,5 до 5 лет по 5 мл 2%-го сиропа дважды в день, детям старше 5 лет по 5 мл 5%-го сиропа трижды в день или 10 мл 2%-го сиропа трижды в день.

• Рекомендовано при сохранении температуры ≥38° более 3 суток решить вопрос о необходимости дообследования (общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки или иного, по показаниям) и антибактериальной терапии.

• Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В случае первого эпизода, в зависимости от выраженности степени бронхиальной обструкции рекомендовано назначение: Ингаляционные β2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день: - сальбутамол на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл.

**Профилактика**

Профилактика респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций), борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением.

**Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома**

Ведение детей

Больной с бронхитом, как правило, не требует госпитализации, режим полупостельный до падения температуры. Детей с рецидивами острого бронхита и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к аллергологу-иммунологу и пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения.

Исходы и прогноз

Прогноз благоприятный, острый бронхит редко осложняется пневмонией. Детей с повторяющимися бронхитами, в том числе, сопровождающимися бронхиальной обструкцией, следует направить к аллергологу-иммунологу и/или пульмонологу.

**Вывод**

ОБ является одной из наиболее значимых проблемой в педиатрической практике. Частота ОБ в Российской Федерации составляет 75-250 на 1000 детей, с возрастным пиком в 1-3 года. Наиболее тяжелой формой является острый бронхиолит, основным возбудителем которого является респираторно-синцитиальный вирус. По данным зарубежных исследователей, частота бронхиолита составляет 11 заболевших на 100 детей грудного возраста. Бронхит у детей многообразен и является одним из наиболее распространённых заболеваний респираторного тракта. Бронхиолит является распространенной патологией среди детского возраста. Данные частоты бронхиолитов у российских и зарубежных исследователей совпадают и в среднем составляют 107 на 1000 детей. В РФ ежегодно большое количество детей болеют заболеваниями верхних и нижних отделов дыхательных путей, где лидирующие позиции занимал и продолжает занимать острый бронхит.

**Список литературы**

1. Таточенко, В. К. Болезни органов дыхания у дете : практическое руководство / В. К. Таточенко. - Новое, доп. изд. - Москва : ПедиатрЪ, 2012. - 479 с
2. Клинические рекомендации «Острый бронхит у детей» Союз педиатров России 2016г.
3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА И БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ Евразийский Союз Ученых (ЕСУ) # 32, 2016 Сухорукова Диана Николаевна, Кузнецова Татьяна Анатольевна
4. Опыт лечения острого бронхита у детей в амбулаторных условиях Russian pediatric journal (Russian journal). 2018; 21(3)
5. ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ОСТОРОГО БРОНХИТА И БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ ВЕСТНИК НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, электронный журнал – 2017 – N 4