

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО_ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ С КУРСОМ ПО

Реферат

Тема: «Бронхиты у детей»

Выполнила: клинический ординатор

Кафедра Детской болезни ПО

Рагимова Севинч Низами кызы

Проверила: к.м.н., доцент Гришкевич Наталья Юрьевна

г. Красноярск, 2017-2019 г

План:

1. Определение
2. Этиология и патогенез
3. Эпидемиология
4. Классификация
5. Диагностика
6. Лечение
7. Реабилитация
8. Профилактика и диспансерное наблюдение
9. Список литературы

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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.

Бронхит нередко сопутствует пневмонии, в диагноз его выносят, если его симптомы (обилие мокроты) дополняют картину болезни (малоупотребимый сейчас термин «бронхопневмония»)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Острый бронхит в большинстве случаев является проявлением респираторно-вирусной инфекции, наиболее часто его вызывают вирус парагриппа, а также рино-, РС-, корона-, метапнеumo- и бокавирусы.

Около 10% бронхитов у детей старше 5 лет, особенно в осенний период, связаны с инфекцией *Mycoplasma pneumoniae*. *Chlamydia trachomatis* может вызывать бронхит у детей первых месяцев жизни, *Chlamydia 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.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболеваемость острым бронхитом в России составляет в среднем 75-250 на 1000 детей в год, т.е. на 2 порядка выше, чем пневмонией. Наиболее часто у детей бронхит встречается в возрастной категории 1-3 года. Бронхиты на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), в т.ч. повторные, наблюдаются особенно часто у детей до 6 лет в зонах промышленного и бытового (пассивное курение, печи, плиты) загрязнения воздуха, что может быть связано с бронхиальной гиперреактивностью (БГР).

КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ-10

Острый бронхит (J20)

J20.0 - Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*

J20.1 - Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae* [палочкой Афанасьева-Пфейффера]

J20.2 - Острый бронхит, вызванный стрептококком

- J20.3 - Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки
- J20.4 - Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа
- J20.5 - Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
- J20.6 - Острый бронхит, вызванный риновирусом
- J20.7 - Острый бронхит, вызванный эховирусом
- J20.8 - Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами
- J20.9 - Острый бронхит неуточненный

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 (J20.0 –J20.9).

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 (J40.0) – 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 (J41) - хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов.

Критерии диагностики:

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).

ДИАГНОСТИКА

Диагноз бронхита обычно клинический.

Диффузный характер хрипов, невысокая температура, отсутствие токсикоза,

перкуторных изменений и лейкоцитоза позволяют исключить пневмонию и поставить диагноз бронхита, не прибегая к рентгенографии грудной клетки

ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

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.

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.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- В типичных случаях течения острого бронхита у детей не рекомендовано рутинное проведение лабораторных исследований
- 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
- При подозрении на хламидийный бронхит, вызванный *C. trachomatis*, рекомендовано определение титр IgM-антител

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Не рекомендуется в типичных случаях острого бронхита у детей проводить рентгенографию органов грудной клетки

ЛЕЧЕНИЕ

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1) Не рекомендовано применение при остром бронхите у детей антигистаминных препаратов, электропроцедур в связи с отсутствием доказательств их эффективности.
- 2) Не рекомендовано применение горчичников, жгучих пластырей, банок в связи с тем, что вред от их применения существенно превышает возможную пользу.
- 3) Не рекомендована антибактериальная терапия при остром бронхите (вирусном, неосложненном)
- 4) Острый бронхит (вирусный) обычно не требует госпитализации, рекомендованы:
 - о Обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки;
 - о Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции

- 5) 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
- 6) Рекомендовано назначение противовирусных препаратов – при симптомах гриппа
- 7) Рекомендовано назначение муколитических и отхаркивающих средств – при вязкой, трудно отделяемой мокроте.
- 8) Рекомендовано при сохранении температуры $\geq 38^\circ$ более 3 суток решить вопрос о необходимости дообследования (общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки или иного, по показаниям) и антибактериальной терапии.
- 9) Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В случае первого эпизода, в зависимости от выраженности степени бронхиальной обструкции рекомендовано назначение:
Ингаляционные β 2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер,
добавляя к препарату 0,9% раствор натрия хлорида ж,вк, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день:
- сальбутамол ж,вк (код АТХ: R03AL02) на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл <6 лет;, 5мл старше 6 лет) либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней или
- фенотерол + ипратропия бромид (код АТХ: R03AK03) на прием 2 капли/кг, максимально 10 капель - 0,5 мл детям ≤ 6 лет и 1,0 мл – старше 6 лет либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней.
- 10) При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO_2 менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β 2-агонистов рекомендовано назначение ингаляционных кортикостероидов (ИГКС) через небулайзер – будесонид ж,вк в суспензии, в среднем 250-500мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней
- 11) При бронхите, вызванном микоплазмой или хламидиями: рекомендовано назначение макролидов
- 12) При остром бронхите, сопровождающемся признаками бактериальной инфекции, обусловленной типичной бактериальной флорой, в некоторых случаях рекомендовано рассмотреть использование амоксициллина ж,вк в дозировке 70мг/кг/сут курсом 5-7 дней

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ- не требуется.

РЕАБИЛИТАЦИЯ- не требуется.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

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

Список литературы:

- 1 А.А. Баранов, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе (ред.) Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. Союз педиатров России, М. 2011 208 стр.
- 2 Таточенко В.К. Болезни органов дыхания (Практическое руководство. М.ПедиатрЪ. 2012).
- 3 Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2009 18с.
- 4 <http://www.uptodate.com>
- 5 Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 1;3:CD000245.
- 6 Panpanich R, Lertrakarnnon P, Laopaiboon M. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD001954.
- 7 Ott SR. Antibiotics for acute bronchitis without benefit. MMW Fortschr Med. 2013 May 16;155(9):32.
- 8 Kuehn BM. Excessive antibiotic prescribing for sore throat and acute bronchitis remains common. JAMA. 2013 Nov 27;310(20):2135-6.
- 9 Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. JAMA. 2014 May 21;311(19):2020-2.
- 10 Hersh AL et al. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. Pediatrics 2011 Dec;128(6):1053-61.
- 11 Jefferson T, Jones MA, Doshi P, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 4:CD008965.