

ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ

¹Байгом С.И., ²Марушка И.В., ²Литовор А.М.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

Актуальность. Заболевания органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости детей и подростков [1, 4, 5]. Высокая распространенность острой патологии верхних и нижних отделов дыхательных путей является актуальной социальной и важной медицинской проблемой, особенно среди детей раннего возраста [2]. Острый бронхит является распространенным заболеванием нижних дыхательных путей и частой причиной госпитализации детей раннего возраста [1, 2, 5].

Ежегодно в мире регистрируется 150 миллионов случаев бронхита (11 заболевших на 100 детей грудного возраста), 7-13% из которых требуют стационарного лечения и 1-3% – госпитализации в отделение интенсивной терапии [3].

Цель исследования – изучить особенности течения острого бронхита у детей.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 29 карт стационарного пациента (18 мальчиков и 11 девочек) с острым бронхитом, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2017 году. Обструктивный бронхит был диагностирован только у детей первого года жизни.

Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. В 2017 году в пульмонологическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» прошли лечение 729 пациентов с острым обструктивным синдромом, из них детей с острым бронхитом – 29 (4%).

Острый бронхит – это воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол. Острый бронхит чаще отмечается у детей раннего возраста, что связано с особенностями строения бронхиального дерева. Вследствие недоразвития дыхательной мускулатуры, у детей ослаблен кашлевой толчок, что приводит к закупорке слизию мелких бронхов, которые состоят из хрящевых полуколец, мало эластических волокон [3, 4]. В течение первого года жизни у детей происходит интенсивный рост мелких бронхов, их просвет расширяется и поэтому данное заболевание развивается реже у детей старшего возраста [3, 4].

Бронхит наиболее часто встречается у детей в возрасте до 9 месяцев

(90% случаев). Средний возраст составляет 6-7 месяцев. Мальчики болеют более часто [1, 3]. Сезонный пик заболеваемости бронхолитом отмечается с ноября по апрель [4].

Согласно литературным данным причиной острого бронхолита является чаще всего вирусная инфекция, а респираторный синцитиальный вирус – наиболее часто встречающимся возбудителем (70-80% случаев) [1, 2, 5]. Другие вирусы (риновирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа А и парагриппа, аденовирусы, коронавирусы) выявляются реже [3, 4]. РС-вирусную инфекцию переносят практически все дети в первые два года жизни (90%), однако лишь приблизительно в 20% случаев у них развивается бронхолит, что может быть обусловлено наличием предрасполагающих факторов [1, 2, 3]. К дополнительным факторам риска развития бронхолита относят: наличие старших детей в семье, возраст до 6 месяцев, рождение за 6 месяцев до начала РСВ-сезона, большую семью (более 4 человек), грудное вскармливание менее 2 месяцев, посещение детского сада, детей от многоплодной беременности, недоношенных [1, 3].

Показаниями для госпитализации детей с бронхолитом являются: апноэ, признаки дыхательной недостаточности 2-3-й степени, возраст до 6 месяцев у недоношенных детей, пониженное питание, дегидратация, затруднение в кормлении, сонливость, потребность постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях, отягощенный преморбидный фон, социальные показания [1, 3, 4].

Среди пациентов с острым бронхолитом детей от 1 до 3 месяцев было 73%, 3-6 месяцев – 19%, от 6 до 12 месяцев – 8%.

Был изучен аллергологический анамнез: у 24% детей установлены аллергические заболевания у родственников. У 76% детей наследственность была не отягощена. Острый бронхолит у детей часто протекал на фоне сопутствующей патологии. Атопический дерматит был диагностирован у 17% пациентов, анемия – у 51%, рахит – у 6%, избыточная масса тела у 19 детей.

Большинство детей (72%) находились на грудном вскармливании, на смешанном вскармливании – 6% детей и 12% – на искусственном вскармливании.

Клинические проявления заболевания развивались на 2-5-й день на фоне острой инфекции верхних дыхательных путей. Отмечалась вялость, апатия, снижение аппетита у детей. Повышение температуры тела до 37°C отмечалось в 30% случаев, у 36% детей – до 37-38°C, в 26% случаев – 38-39°C, у 8% детей – выше 39°C. Непродуктивный редкий кашель отмечался у 7% детей, непродуктивный, частый, приступообразный кашель – у 47%, малопродуктивный – у 46% детей.

Визуально было установлено незначительное вздутие грудной клетки. Перкуторно определялся коробочный оттенок звука у 75% пациентов, 25% – ясный легочной звук. Нарастающее диспноэ сопровождалось учащением дыхания. У всех детей с острым бронхолитом отмечалось усиление выдоха, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, втяжение межреберных промежутков на вдохе, раздуванием крыльев носа. У всех детей была

диагностирована дыхательная недостаточность 1 степени.

У 42% пациентов с острым бронхолитом выслушивалось ослабленное дыхание с влажными мелкопузырчатыми хрипами, у 52% – жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы и крепитация.

На рентгенограмме органов грудной клетки у пациентов с острым бронхолитом была выявлена повышенная прозрачность легких с опущением куполов диафрагмы.

В периферической крови анемия отмечалась у 51% детей. Лейкопения была выявлена у 17% пациентов с небольшим повышением СОЭ. У 32% детей отмечался лимфоцитоз на фоне нормального количества лейкоцитов, у 27% – моноцитоз и небольшого повышения СОЭ. У 47,2% детей в периферической крови отмечался лейкоцитоз, у 29,6% – нейтрофилез, нейтрофильный сдвиг влево выявлен у 22,4% детей, у 25,6% – повышение СОЭ.

В лечении острого бронхолита использовались бронхолитики через небулайзер 3-4 раза в день: сальбутамол на прием 0,15 мл/кг массы тела, максимально 2,5 мл; фенотерол + ипратропия бромид, на прием 2 капли/кг массы тела, максимально 10 капель (0,5 мл), пероральная гидратация и ингаляции с 0,9% раствором хлорида натрия. Детям с выраженными воспалительными изменениями в крови проводилась лечение антибиотиками.

Срок госпитализации детей был различный: 38% детей с острым бронхолитом находились в пульмонологическом отделении 5-7 дней, 48% – 8-10 дней, у 14% пациентов длительность заболевания составила 12 койко-дней.

Выводы. Таким образом, острым бронхолитом чаще болеют дети первых трех месяцев жизни. Мальчики болеют чаще девочек. Острый бронхолит у детей часто протекал на фоне сопутствующей патологии. Для острого бронхолита характерны определенные клинические и рентгенологические проявления. У детей на фоне поражения верхних дыхательных путей присоединяются признаки дыхательной недостаточности, отмечается раздувание крыльев носа, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, тахипное.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Острый бронхолит у детей. Современные подходы к диагностике и терапии / А. А. Баранов [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2015. – Т. 12, № 4. – С. 441-446.
2. Воробьева, А.В. Об этиопатогенезе острого бронхолита у детей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. – 2017. – Т. 11, № 4. – С. 268-273.
3. Патрушева, Ю.С. Лечение острого бронхолита у детей / Ю.С. Патрушева // Фарматека. – 2012. – Т. 248, № 15. – С. 56-62.
4. Спичак, Т.В. Вирусные бронхолиты и их последствия в детском возрасте / Т.В. Спичак // Педиатрия. – 2013. – Т. 92, № 3. – С. 90-91.
5. Ralston, S. L. The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis: Clinical Practice Guideline / S. L. Ralston [et al] // Pediatrics. American Academy of Pediatrics. – 2014. – Vol. 134, № 5. – P. 1474-1502.