

## **Захворювання органів дихання. Бронхіт**

У структурі патології раннього дитячого віку, особливо новонароджених і грудних дітей, захворювання органів дихання посідають одне з перших місць. За класифікацією, затвердженою в 1978 р., до неспецифічних бронхолегеневих захворювань належать: бронхіт (гострий, гострий обструктивний, рецидивуючий), гострий бронхіоліт, пневмонія (гостра, хронічна), дифузний пневмофіброз, бронхіальна астма (астматичний бронхіт), плеврит, вади розвитку бронхів, легень, легеневих судин.

### **Гострий бронхіт**

Гострий бронхіт — запальне захворювання бронхів переважно вірусної етіології. Найчастіше на бронхіт хворіють діти грудного (в другому півріччі) і раннього віку.

Етіологія та патогенез. Гострий бронхіт у дітей, як правило, спричиняється вірусами парагрипу, грипу, респіраторно-синцитіальним аденовірусом, вірусом кору, а також мікоплазмою пневмонії, стафілококом, стрептококом, пневмококом. Факторами, що сприяють захворюванню, є охолодження та перегрівання, забруднене повітря.

Віруси, розмножуючись в епітелії дихальних шляхів, пошкоджують його, знижують бар'єрні властивості стінки бронхів і створюють умови для розмноження бактерій та розвитку запального процесу. Респіраторні віруси уражают нервові закінчення, ганглії, порушують нервову регуляцію бронхіального дерева та його трофіку.

У дітей (особливо раннього віку) звуження дихальних шляхів при бронхіті зумовлюється набряком слизової оболонки та виділенням секрету в просвіт бронхів і меншою мірою брохио-спазмом, який характерний для астматичного бронхіту (еквівалента бронхіальної астми). Синдром обструкції бронхів клінічно проявляється шумним диханням з свистячим видихом, який часто чути на відстані від хворого.

Клініка. Гострий бронхіт переважно є проявом гострої вірусної інфекції. Спочатку підвищується температура тіла, з'являються риніт, фарингіт (покашлювання), інколи ларингіт (хрипкий голос), трахеїт (біль за грудиною, сухий болючий кашель), кон'юнктивіт. Кашель сухий, потім більш м'який вологий. При перкусії в легенях визначають ясний легеневий звук з коробковим відтінком, вислуховують сухі, а потім і середньопухирчасті хрипи на видиху, подовжений видих. Хрипи переважно розсіяні, симетричні, після кашлю кількість їх набагато зменшується. Задишка не є вираженою. Рентгенологічне при

гострому бронхіті виявляють симетричне посилення легеневого рисунка в прикореневих та нижньомедіальних зонах.

## Гострий обструктивний бронхіт

Для гострого обструктивного бронхіту характерними є свистячий видих, який чути· на відстані, різноманітні сухі хрипи на видиху, участь в акті дихання допоміжних м'язів, емфізема. До кінця першого тижня хвороби кашель стає вологим, температура тіла знижується. Період зворотного розвитку триває 2—3 тижні.

В аналізі крові у хворих на гострий бронхіт виявляють лейкопенію або помірний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ.

Лікування. Режим постільний протягом 2—3 днів. У гарячковому періоді показаною є збільшена кількість настою шипшини, журавлиногого морсу, чаю з лимоном, теплого боржому, молока з медом, при гіпертермії — чаю з малиною, липовим цвітом, м'ятою.

Специфічна терапія ГРВІ починається із закапування інтерферону лейкоцитарного по 0,25 мл в обидва носові ходи кожні 2 год у перші два дні хвороби; при аденоірусній інфекції призначають закапування в ніс по 3—4 краплі і в кон'юнктивальний мішок 1—2 краплі кожні 3 год розчину дезоксирибояуклеази {2 мг в 1мл ізотонічного розчину натрію хлориду).

Якщо є гарячка, призначають оцтово-водні розтирання, всередину — амідопірин, анальгін (0,01 г/кг), відтяжні засоби (гірчицники кругові, розтирання маззю календули). При болючому кашлі роблять парові інгаляції з 2 % розчином натрію гідрокарбонату або ацетилцистеїном, відсмоктують слиз із верхніх дихальних шляхів. Відхаркувальні засоби можна рекомендувати дітям, старшим за 1 рік (відвар алтеї, мукалтин, сік подорожника, бромгексин, пертусин). При обструктивному бронхіті призначають збори трав: трави фіалки триколірної і чебрецю, листя підбілу по 30 г, плодів анісу — 10г, плодів шипшини — 100 г. По 1 чайній, десертній, столовій ложці суміші '(залежно од віку) заливають 200—300 мл окропу; вживають настій по 50—60 мл 5—6 разів на день. Аскорбінову кислоту, тіамін, рибофлавін дають усередину в дозах, що перевищують фізіологічну потребу в 2—4 рази.

Фізіотерапевтичне лікування: в стаціонарі призначають електровихрові струми (ЕВС) на грудну клітку, УФО місцеве.

Антибіотикотерапія при гострому бронхіті доцільна лише для дітей перших місяців життя з обтяженим преморбідним фоном (родова травма, глибока недоношеність, гіпотрофія), при підозрі на нашарування бактеріальної інфекції. Призначають пеніцилін,

оксацилін, ампіокс, гентаміцин та інші, нітрофурані та сульфаніламіди при середній тяжкості бронхіту у дітей старшого віку.

### **Рецидивуючий бронхіт**

Рецидивуючий бронхіт діагностується тоді, коли у дитини протягом року 3 рази і більше спостерігаються симптоми бронхіту. У таких дітей відмічають зв'язок загострень рецидивуючого бронхіту з гострими респіраторними захворюваннями вірусної та бактеріальної природи. Факторами, що сприяють його розвитку, є хронічні джерела інфекції в горловому лімфоїдному кільці (аденоїди, хронічний тонзиліт, гайморит), вік (хворіють діти переважно раннього та дошкільного віку), тощо.

Лікування призначають залежно від періоду хвороби. При рецидиві доцільною є антибіотикотерапія (ампіокс, лінкоміція, цефалоспорія тощо) протягом 7-8 днів, відхаркувальні засоби та фітотерапія.

Призначають лужні аерозолі 2 % розчин натрію гідрокарбонату), потім додають ромашку та шавлію, проводять ЕВС; згодом курс УФО на грудну клітку, електрофорез калію йодидом, магнію сульфатом, еуфіліном. Рекомендують лікування хронічних джерел інфекції, повторні курси стимулюючої терапії — нуклеїнату натрію або дібазолу, метацилу з адаптогенами (настої елеутерокока, лимонника, заманихи, пантокрин), вітамінів (апіридоксин, кальцію пангамат). Показаними є лікувальний масаж та гімнастика в поєднанні з постуральним дренажем та вібраційним масажем.

### **Гострий бронхіоліт**

Гострий бронхіоліт (капілярний бронхіт) — захворювання дітей перших двох років життя (найчастіше хворіють діти 5—6-місячного віку), яке характеризується поширеним обструктивним ураженням бронхіол та малих бронхів.

Етіологія та патогенез. Гострий бронхіоліт найчастіше спричиняється респіраторно-синцитіальним вірусом (РС-вірус), рідше — вірусом парагрипу, цитомегаловірусом, хламідіями, мікоплазмою пневмонії. Розвиткові бронхіоліту сприяють алергічний та ексудативний діатез, паратрофія, штучне вигодовування.

Обструкція при бронхіоліті зумовлена набряком стівок бронхів та бронхіол, сосочковим розростанням їхнього епітелію, скупченням у просвіті слизу та відмерлих клітин. Спостерігається двостороннє та дифузне ураження бронхіол, з'являється дихальна недостатність. Вираженою є задишка. Емфізема, яка притаманна гострому бронхіоліту, розвивається компенсаторне (гіпервентиляція непошкоджених ділянок).

Клініка. Клінічним симптомам бронхіоліту передує риніт, назофарингіт. Далі стан погіршується: дитина стає квolioю, знижується апетит, з'являється кашель, посилюється задишка із утрудненим диханням, втягуванням піддатливих частин грудної клітки, роздуванням крил носа. Вираженою є блідість, перш-ральний ціаноз, тахікардія. Перкуторний звук над легенями з коробковим відтінком. У легенях вислуховують багато незвучних дрібнопухирчастих і крепітаційних хрипів на вдиху, свистячі хрипи на видиху. При значній задишці інколи хрипи не вислуховуються. Виражена задишка веде до ексикозу. В аналізі крові кількість лейкоцитів нормальна або помірно знижена, збільшена ШОЕ.

При рентгенологічному дослідженні визначають підвищенну прозорість легеневих полів, особливо на периферії, низьке стояння діафрагми, невеличкі ділянки ущільнення легеневої тканини (субсегментарні ателектази, ущільнення альвеол). Зливних інфільтративних тіней немає.

Зворотний розвиток процесу повільний (понад три тижні).

Лікування. Проводять корекцію дихальної недостатності II—III ступеня, відсмоктування слизу. Призначають аерозолі 2 % натрію гідрокарбонату, ацетилцистеїну, гідрокортизону, вологий кисень (кисневий намет). При різкому зневодненні та електролітних розладах застосовують інфузійну терапію. Призначають гепарин (50 ОД/кг маси підшкірно 3 рази на добу протягом тижня, внутрішньовенно еуфілін (0,3—0,4 мл/кг 2,4 % розчину) кожні 8 год. Протипоказаними є седативні препарати (пригнічують дихання) та ефедрин. Антибіотики призначають, якщо бронхіоліт триває понад 5—7 днів, а також при вираженому лейкоцитозі, нейрофільозі зі зсувом вліво та ШОЕ більше 30 мм/год. Глікокортикоїди дають хворим на бронхіоліт при клінічних симптомах надніркової недостатності, дихальної недостатності II—III ступеня, їх застосовують у вигляді аерозолю (гідрокортизон, бетаметазон) та парентерально (в першу добу внутрішньовенно по 1—3 мг/кг преднізолону), щоб запобігти обструкції (протягом 2—3 днів). У разі