

Затяжний бактеріальний бронхіт у практиці педіатра

Кашель – найчастіша причина звернення дітей і їх батьків за медичною допомогою до лікарів первинної ланки. Хронічний кашель є актуальною проблемою педіатрії, адже симптом знижує якість життя як самої дитини, так і її родини. За даними досліджень, хронічний вологий кашель у дітей найчастіше виникає на тлі затяжного бактеріального бронхіту (ЗББ), що у 2-3 рази перевищує за частотою інші діагнози, у тому числі бронхіальну астму. У статті наведена узагальнена картина ЗББ у дітей, яка дозволить педіатрам покращити розуміння патології та впровадити нові знання у повсякденну клінічну практику.

Що таке ЗББ?

Сьогодні застосовують різні діагностичні критерії для встановлення діагнозу ЗББ. Першим варіантом діагностичних критеріїв є мікробіологічні: наявність хронічного вологого кашлю тривалістю понад 4 тижні, бактеріальної інфекції в нижніх відділах респіраторного тракту, підтвердженої результатом мікробіологічного дослідження бронхоальвеолярного лаважу (виявлені патогенні респіраторні бактерії в титрі $\geq 10^4$ КУО/мл для одного штаму), при відсутності доведеної за допомогою серологічних методів або полімеразної ланцюгової реакції інфекції *Bordetella pertussis* або *Mycoplasma pneumoniae*, купірування кашлю після 2 тижнів перорального прийому антибіотиків (J.M. Marchant et al., 2006).

Оскільки бронхоскопія та бронхоальвеолярний лаваж не є практичними методами обстеження у дітей, деякі автори використовують модифіковані діагностичні критерії. Вони включають клінічні критерії ЗББ: наявність хронічного вологого кашлю тривалістю понад 4 тижні, виключення симптомів та інших причин продуктивного чи вологого кашлю (біль у грудях, вдихання стороннього тіла в анамнезі, задишка, кровохаркання, порушення фізичного розвитку, харчування (ядуха/блювання під час прийому їжі), розлади нервової та серцево-судинної систем, рекурентна респіраторна інфекція, імунodefіцит, обтяжений епідеміологічний анамнез щодо туберкульозу, ознаки респіраторного дистрес-синдрому, потовщення на пальцях, деформація грудної клітки, хруст при аускультатії легень, зміни на рентгенографії органів грудної клітки, порушення функції легень), купірування кашлю після 2 тижнів перорального прийому антибіотиків. ЗББ також діагностують у пацієнтів, у яких наявні мікробіологічні або клінічні критерії ЗББ, однак розрешення кашлю відбувається через 4 тижні антибіотикотерапії. Окремо виділяють рекурентний ЗББ, при якому відмічається >3 епізодів ЗББ за рік. Слід зазначити, що ці критерії не є досконалими, залежать від віку дитини, точності опису симптомів батьками/опікуном, досвіду медичного працівника, доступності різних методів обстеження тощо. Тому ці діагностичні критерії потребують подальшого вдосконалення.

Чому ЗББ є актуальною проблемою сучасної педіатрії?

Результати кількох когортних досліджень, які стосуються ЗББ, обґрунтовують тягар захворюваності, вплив патології на якість життя пацієнтів, застосування лікарських препаратів і частоту відвідувань медичних закладів пацієнтами цієї категорії.

Реальна поширеність ЗББ невідома. Деякі клініки Австралії та Туреччини повідомляли, що ЗББ входить до трьох найпоширеніших діагнозів у дітей із хронічним кашлем (A.B. Chang et al., 2012; J.M. Marchant et al., 2006; S. Asilsoy et al., 2008; G.B. Usta et al., 2014). Зокрема, в одному з австралійських досліджень 41% (142 із 346) дітей із хронічним кашлем мали ЗББ. Патологія частіше зустрічалася у дітей молодшого віку (A.B. Chang et al., 2012). Як свідчать результати кількох досліджень, найчастішими збудниками ЗББ є *St. pneumoniae*, *H. influenzae* та *M. catarrhalis*.

Дані щодо впливу ЗББ на якість життя дитини та її батьків обмежені. Однак в одному багатоцентровому дослідженні повідомлялося, що якість життя дітей із ЗББ є такою ж, як у пацієнтів з іншими захворюваннями (бронхіальною астмою, бронхоектатичною хворобою, а також хронічним кашлем, що минув без лікування; P.A. Newcombe et al., 2008; A.B. Chang et al., 2015).

Як правило, до встановлення діагнозу діти із ЗББ відвідують кількох різних спеціалістів та отримують кілька препаратів. Так, у дослідженні, проведеному у м. Шеффілд, було виявлено, що 59% з 81 дитини із ЗББ до встановлення правильного діагнозу отримували лікування від бронхіальної астми (D.E. Donnelly et al., 2007). В іншому австралійському багатоцентровому дослідженні 70% зі 138 дітей із ЗББ отримували лікування від бронхіальної астми, а 76% – відвідували >5 різних фахівців зі скаргами на хронічний кашель (A.B. Chang et al., 2015).

Яке лікування при ЗББ?

Як зазначено у діагностичних критеріях, кашель при ЗББ минає після тривалого курсу антибіотикотерапії (щонайменше 2 тижні). У разі стандартного курсу прийому антибіотику (протягом 5-7 днів) кашель зазвичай рецидивує або повністю не усувається. Деякі діти потребують лікування протягом 4 тижнів. У рандомізованому контрольованому дослідженні було показано, що у дітей, у яких кашель не минав після 2 тижнів прийому антибіотика, мала місце трахеобронхомаліяція, що потребувала більш тривалого курсу антибіотикотерапії (J.M. Marchant et al., 2012). Згідно з рекомендаціями Британського торакального товариства, діти із ЗББ мають приймати антибіотики протягом 4-6 тижнів (M.D. Shields et al., 2008).

Незважаючи на те, що деякі діти потребують тривалої антибіотикотерапії, розпочинати слід із 2-тижневого курсу, що відповідає сучасним принципам антибактеріального лікування та дає можливість знизити ризик виникнення побічних ефектів, пов'язаних із лікуванням. Крім того,

результати нещодавно проведеного дослідження показали, що у дітей, у яких не було досягнуто розрешення хронічного вологого кашлю після 4 тижнів перорального прийому антибіотиків, зростає імовірність виникнення бронхоектазів, що візуалізуються при комп'ютерній томографії (V. Goyal et al., 2014).

Оптимальним варіантом ведення пацієнта з хронічним кашлем є мікробіологічне дослідження мокротиння з нижніх дихальних шляхів перед призначенням лікування. Зокрема, у клінічних настановах Британського торакального товариства до встановлення діагнозу ЗББ рекомендовано виконати посів мокротиння та виключити інші стани, які можуть бути причинами хронічного кашлю. Однак більшість педіатричних пацієнтів із хронічним кашлем – це діти молодшого віку, які не можуть самостійно відкашлювати мокротиння. Тому єдиним шляхом отримання біологічного матеріалу з нижніх дихальних шляхів є бронхоскопія, проведення якої в багатьох клінічних ситуаціях є недоцільним. Коли все ж бронхоскопія проводиться, у просвіті бронхів зазвичай виявляють гнійні виділення та ознаки бронхіту (рис.).

Таким чином, у дітей з ізолюваним хронічним вологим кашлем, у яких рентгенографія органів грудної клітки без особливостей, відсутні симптоми й ознаки іншого патологічного стану (аспірації стороннього тіла, муковісцидозу, бронхоектатичної хвороби, туберкульозу тощо), слід запідозрити

ЗББ і рекомендувати пероральний прийом антибіотиків протягом 2 тижнів. Як емпіричну терапію 1-ї лінії найчастіше використовують амоксицилін/клавуланову кислоту (J.M. Marchant et al., 2011). При виборі антибактеріального засобу необхідно враховувати локальний резистентність бактеріальних збудників та розглянути можливість застосування альтернативних антибіотиків для емпіричного лікування (пероральних цефалоспоринів*, ко-тримоксазолу або макролідів, що є препаратами вибору при алергії на пеніцилін). Якщо дитина може відкашлювати мокротиння, слід взяти його зразок для мікробіологічного дослідження. Якщо кашель не минає протягом 2 тижнів, антибіотикотерапію можна продовжити до 4 тижнів. Якщо протягом усього курсу прийому антибіотиків стан дитини не покращився, необхідно провести додаткове обстеження для визначення причини кашлю.

Іноді ЗББ поєднується з іншими захворюваннями (бронхомалією, бронхіальною астмою). У таких випадках лікувати необхідно одразу всі захворювання. Важливо також проводити профілактику хронічного захворювання легень і рекомендувати дитині та батькам уникати впливу негативних чинників (тютюнового диму, інших токсичних речовин, які можуть потрапити у дихальні шляхи з навколишнього середовища), своєчасно проводити щеплення, забезпечувати повноцінне харчування на наголосити на важливості фізичних навантажень.

За матеріалами Chang A.B., Upham J.W. et al. Protracted Bacterial Bronchitis: The Last Decade and the Road Ahead. *Pediatric Pulmonology*. 2016; 51: 225-242.

Підготувала Ілона Цюпа

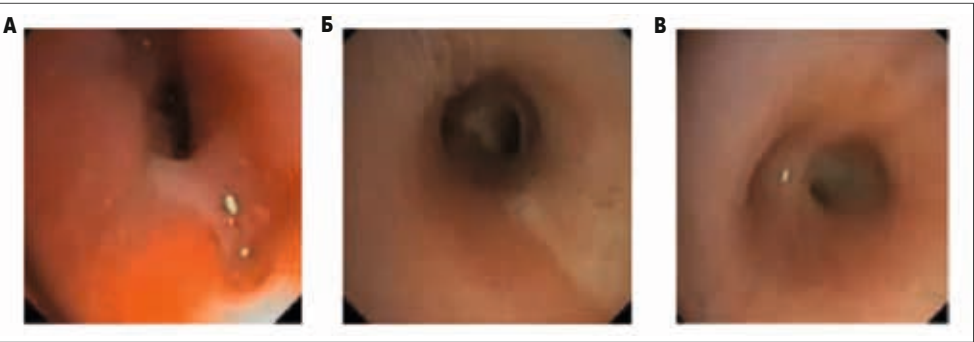


Рис. Бронхоскопія у різних дітей із ЗББ. У більшості випадків при ЗББ наявний секрет у кількох бронхах та інші ознаки бронхіту (набряк і запалення дихальних шляхів), зокрема бронхомаліяція та слиз гнійні виділення візуалізуються уже в трахеї (Б), але частіше вони локалізуються в бронхах (В – гнійні виділення у бронху правої нижньої частки легені)

*Довідка ЗУ. Серед пероральних цефалоспоринів, які можуть застосовуватися у дітей з інфекціями дихальних шляхів бактеріального генезу, доступний препарат Сорцеф® (фармацевтична компанія «Алкалоїд»). Діюча речовина препарату – цефіксим – ефективна проти найпоширеніших респіраторних бактерій, включаючи збудники ЗББ (*St. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*).

СОРЦЕФ®

ЦЕФІКСИМ

ВІРНИЙ ВИБІР

СОРЦЕФ®

400 мг таблеток
100 мг/5мл гранули для приготування суспензії

КОРОТКА ВСТРІЧКА ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ
Діюча речовина: цефіксим.
Лікарська форма: таблетки, гранули.
Гранули для приготування суспензії.

Фармакологічна група: Антибактеріальні засоби для системного застосування. Бета-лактамні антибіотики. Цефалоспорины третього покоління. Код АТХ J01D D08.

Показання: Інфекційно-запальні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікробіотами:
- Інфекції верхніх дихальних шляхів (у тому числі запалення середнього вуха) із гнійної інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, фарингіт, тонзиліт, бактеріальний епіглотит) у випадку відсутності або підозрюваної стійкості збудника до інших часто використовуваних антибіотиків, або в разі ризику неадекватності лікування;
- Інфекції нижніх дихальних шляхів (у тому числі гострий бронхіт, загострення хронічного бронхіту);
- Інфекції генітально-сечових шляхів (у тому числі гострий цистит, цистит рецидивний, нереабілітований пієлонефрит).

Спосіб застосування та дози: Препарат не застосовують на імунодепресованих пацієнтів. Звичайний курс лікування становить 7 днів, за необхідності – до 14 днів. При лікуванні неускладнених інфекцій курс лікування становить 3 дні.
Дорослі (вага тіла понад 50 кг): 400 мг (одна таблетка) 1 раз на добу.
Діти (вага тіла менше 50 кг): 100 мг (одна таблетка) 1 раз на добу.
Лікарство тільки для дітей: 100 мг/5мл гранули для приготування суспензії.
Лікарство тільки для дітей: 100 мг/5мл гранули для приготування суспензії.
Лікарство тільки для дітей: 100 мг/5мл гранули для приготування суспензії.

Умови зберігання: Зберігати при температурі не вище 25 °С.
Категорія лікарства: Зберігати. Виробник: Алкалоїд АД-Скопје.
Місця продажів: виробника та його адреси місця продажів: дистрибуція, Бульвар Олександр Македонський, 12, Скопје, 1000, Республіка Македонія.

Матеріал призначено для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Діюча речовина призначена для розведення в спеціалізованих центрах, конформації, симетрії з медичної точки зору та для глибокої у спеціалізованих центрах, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.
PIL UA/1157/01/01, марка МОЗ № 2779 від 02.12.2020 р., UA/1157/02/01, марка МОЗ № 134 від 26.01.2021 р.