

# Бронхити у дітей: современные представления

**Бронхиты – это группа заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит неспецифическое воспаление бронхов любого размера. В зависимости от течения все бронхиты делят на две группы: острые и хронические. Клинически острый бронхит представляет собой кратковременное поражение бронхов (максимально – до 3 нед). По преимущественной локализации и типу поражения бронхиального дерева острый бронхит разделяется на простой, обструктивный бронхит и бронхиолит.**

## Этиология

В подавляющем большинстве случаев этиологическим фактором острого бронхита являются вирусы гриппа А, В, С, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус и риновирусы. Значительно реже встречаются бронхиты бактериальной этиологии, практическое значение в основном имеют три микроорганизма: хламидии, микоплазмы и возбудители коклюша. У детей в редких случаях бронхит может вызываться воздействием химических и токсических факторов, например, при вдыхании дыма, паров лакокрасочных веществ (так называемый ирритативный бронхит). У пациентов с нарушениями функции глотания, которые часто наблюдаются при детском церебральном параличе или различных нервно-мышечных дистрофиях, встречается так называемый аспирационный бронхит, связанный с частой аспирацией пищи.

Этиология бронхита и его клинические особенности зависят от возраста ребенка. Бронхиолит характерен для детей раннего возраста и вызывается респираторно-синцитиальным вирусом, в то время как вирусы гриппа и парагриппа чаще являются причиной бронхита у детей старшей возрастной группы.

## Вопросы терминологии

К сожалению, до настоящего времени в практической медицине используется устаревшая терминология для описания бронхитов. В частности, не существует астматического бронхита. Зачастую использование термина «астматический бронхит» приводит к необоснованной отсрочке противовоспалительной терапии бронхиальной астмы.

В отечественной медицине до сих пор используется диагноз «рецидивирующий бронхит». Диагностическим критерием последнего является наличие 3 и более эпизодов бронхита ежегодно на протяжении 2 лет подряд, развитие которых связывают с несовершенством местной неспецифической иммунологической защиты дыхательной системы у детей. У взрослых такое заболевание, как правило, не диагностируется. Тем более не правомочен диагноз «рецидивирующий обструктивный бронхит». При дальнейшем наблюдении у таких детей диагностируют или бронхиальную астму, или различные варианты пороков развития органов дыхательной системы. Как правило, хронические либо рецидивирующие симптомы со стороны дыхательной системы у детей

свидетельствуют о наличии хронического воспалительного процесса различной этиологии, что не может иметь место при любой из форм острого бронхита.

Определенная путаница наблюдается и при использовании диагноза «хронический бронхит» у детей. У взрослых хронический бронхит определяют при наличии рецидивов продуктивного кашля длительностью не менее 3 мес на протяжении 2 лет и более. При этом основная роль в этиологии хронического бронхита отводится длительному курению; считается, что до 80% пациентов с хроническим бронхитом курили в прошлом или курят в настоящее время и имеют стаж курения около 10 лет. Другими этиологическими факторами хронического бронхита являются профессиональные вредности или тяжелые повторные инфекции легких. Данные этиологические предпосылки практически отсутствуют у детей и ставят под сомнение наличие в педиатрии хронического бронхита как отдельной нозологической формы. Считается, что в детском возрасте не успевают реализоваться факторы риска (курение, действие поллютантов и др.), которые ответственны за развитие хронического бронхита у взрослых. Конечно, в некоторых случаях длительное курение может иметь место у определенного контингента детей, но в таком случае развитие клиники хронического бронхита теоретически возможно как минимум в юношеском возрасте.

Таким образом, поражение легких у детей в виде хронического бронхита следует рассматривать не как отдельную нозологическую форму, а как клинический синдром, обусловленный либо врожденной бронхолегочной патологией (первичный хронический бронхит), либо частыми и тяжелыми инфекциями нижних дыхательных путей (вторичный хронический бронхит), которые имеют место при врожденных дефектах иммунитета. Например, хронический бронхит (не в качестве отдельной нозологии, а как клинический синдром) сопровождается муковисцидозом с панкреатической недостаточностью, синдромом Картагенера, недостаточностью  $\alpha_1$ -антитрипсина и другие наследственные и генетические заболевания, ассоциированные с поражением легких.

## Клиническая картина

Острый бронхит носит сезонный характер и наблюдается в осенне-зимний период, часто на фоне вспышек острых респираторных заболеваний. Наибольшая заболеваемость острым бронхитом отмечается

у детей дошкольного возраста. Заболевание у детей имеет следующую этапность развития: острый бронхит практически не встречается у детей первых 3-5 мес жизни, в дальнейшем до 1,5-2 лет он протекает в виде острого бронхиолита, а в более старшем возрасте – в виде простого или обструктивного бронхита. В подростковом возрасте бронхит встречается достаточно редко, а обструктивный бронхит практически не наблюдается. В связи с этим первые эпизоды обструктивного бронхита в раннем возрасте в подавляющем большинстве имеют вирусную этиологию, а у подростков – аллергическую, то есть могут рассматриваться как проявления бронхиальной астмы. Отмечается следующая клиническая закономерность: обструктивный бронхит у детей раннего возраста может сопровождаться выраженными симптомами дыхательной недостаточности (одышкой), в то время как у подростков обструктивный бронхит и одышка – вещи несопоставимые. Поэтому у детей старшего возраста остро возникающие одышка и клиника обструктивного синдрома в большей степени свидетельствуют в пользу бронхиальной астмы. Данная закономерность объясняется анатомо-физиологическими особенностями бронхиального дерева в раннем возрасте, а именно узостью мелких и средних бронхов, несовершенством мукоцилиарного клиренса и склонностью к гиперсекреции.

Острый обструктивный бронхит представляет собой острый бронхит, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции на уровне средних и мелких бронхов. Обычно развивается у детей на 2-3-м году жизни. В настоящее время общепризнано, что в этой возрастной группе обструктивный бронхит вызывается исключительно вирусами. У детей старшего возраста могут встречаться бронхиты хламидийной и микоплазменной этиологии.

Клиническая картина острого обструктивного бронхита отличается от таковой при простом бронхите наличием двустороннего бронхообструктивного синдрома: сухого частого кашля; одышки у детей раннего возраста; коробочного легочного звука при перкуссии; жесткого дыхания с удлиненным вдохом; сухих свистящих хрипов с обеих сторон. Признаки бронхиальной обструкции редко развиваются уже в 1-й день ОРВИ и обычно проявляются на 3-4-й день заболевания. Появление выраженного бронхообструктивного синдрома в 1-й день ОРВИ прогностически неблагоприятно и более характерно для бронхиальной астмы.

При выраженной бронхообструкции у ребенка наблюдают шумное свистящее дыхание с удлиненным выдохом, слышное на расстоянии (экспираторный визинг). Однако общее состояние, несмотря на выраженность обструктивных явлений, остается удовлетворительным. Для обструктивного бронхита не характерны высокие показатели температуры при лихорадке, температура тела чаще субфебрильная или нормальная.

Острый бронхиолит – острое воспаление мелких бронхов и бронхиол, протекающее с выраженной дыхательной недостаточностью. Заболевание развивается преимущественно у детей первого года жизни.



А.В. Катилів

Наиболее часто бронхиолит вызывается респираторно-синцитиальным вирусом, реже – вирусом парагриппа и аденовирусами. Клиническая картина острого бронхиолита характеризуется признаками дыхательной недостаточности, которая определяет тяжесть состояния ребенка. Могут наблюдаться цианоз носогубного треугольника, экспираторная, реже смешанная одышка, часто отмечаются вздутие грудной клетки и выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При перкуссии выявляют коробочный перкуторный звук, при аускультации – обильные рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы на вдохе и выдохе с обеих сторон. В отличие от простого и обструктивного бронхитов параметры хрипов, их локализация и количество после кашля не изменяются. Для бронхиолита высокая гипертермия не характерна.

В таблице 1 приведена клиническая характеристика форм острого бронхита.

## Дополнительные методы диагностики

В общем анализе крови независимо от этиологии бронхита отсутствуют какие-либо специфические изменения. Возможны как лейкопения, так и умеренный лейкоцитоз, которые не позволяют предположить вирусную или бактериальную этиологию заболевания. Доказано, что любые лабораторные изменения в общем анализе крови не отражают вероятности бактериальной этиологии бронхита и не рекомендуются в качестве критерия для назначения антибактериальной терапии. В то же время лейкоцитоз с лимфоцитозом характерен при бронхите, наблюдаемом при коклюше, однако и он не является показанием для проведения антибактериальной терапии. У детей при бронхите уровень лейкоцитов  $>15 \times 10^9/\text{л}$  расценивается как один из признаков бактериальной этиологии заболевания. Но более точными лабораторными критериями вероятности бактериальной инфекции являются содержание С-реактивного белка  $>30 \text{ мг/л}$  и уровень прокальцитонина  $>2 \text{ нг/мл}$ .

Появление в динамике в общем анализе крови при бронхите у детей лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и увеличение скорости оседания лейкоцитов с высокой вероятностью указывают на присоединение бактериальной инфекции (чаще среднего отита, а не пневмонии).

Обнаружение в мокроте при остром бронхите таких бактериальных возбудителей, как *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* или *Haemophilus influenzae*, указывает на колонизацию ротоглотки, а не этиологию бронхита. В настоящее время концепция острого бактериального бронхита у детей является ошибочной. Гнойный характер мокроты также не является достоверным признаком бактериальной этиологии острого бронхита.

Рентгенографию органов грудной клетки, скорее, проводят для исключения пневмонии, а не для подтверждения бронхита. Умеренное диффузное усиление

Симптом	Острый бронхит (простой)	Острый бронхит обструктивный	Острый бронхиолит
Кашель	Любой	Малопродуктивный	Малопродуктивный
Наличие одышки, ее характер	Отсутствует	Наблюдается, разной степени тяжести; экспираторная	Обязательно присутствует, степень выраженности значительная; экспираторная или смешанная
Перкуссия	Ясный легочной звук	Коробочный легочной звук	Коробочный легочной звук
Аускультация	Жесткое дыхание, двусторонние разнокалиберные влажные хрипы	Жесткое дыхание с удлиненным выдохом, двусторонние сухие базовые и свистящие хрипы	Равномерно ослабленное с обеих сторон везикулярное дыхание, двусторонние влажные мелкопузырчатые хрипы (похожи на крепитации)

Продолжение на стр. 46.



**А.В. Катилів, к.м.н., кафедра педіатрії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. Н.І. Пирогова; Д.В. Дмитрієв, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня**

## Бронхити у дітей: сучасні представлення

Продолжение. Начало на стр. 45.

легочного рисунка не специфічно для простого бронхита і зазвичай має місце при будь-якому захворюванні верхніх дихальних шляхів.

При обструктивному варіанті бронхита визначаються рентгенологічні ознаки надмірного роздування легень: симетричне підвищення прозорості легочної тканини і зупинення або низьке розташування куполів діафрагми (рис. 1). При значній бронхообструкції можливо наявність сегментарного ателектазу (рис. 2). Указана рентгенологічна картина при бронхіоліті (рис. 3) більш виражена, часто спостерігаються ателектази, що ускладнює диференціальну діагностику з пневмонією.

На практиці диференціальна діагностика гострих бронхітів у дітей в основному проводиться з двома захворюваннями: пневмонією і першим епізодом бронхіальної астми. Звичайно відсутність фебрильної лихоманки, тахіпною та тахікардії і двосторонній характер ураження легень (відсутність локального фокуса ураження) свідчать на користь бронхіту. Рецидиви обструктивних бронхітів у дітей (більше 3 за рік) з високою ймовірністю дозволяють діагностувати бронхіальну астму. Хронічні або рецидивуючі симптоми з боку дихальної системи вимагають розширення діагностичного пошуку.

### Лікування

Рекомендації по догляду за дитиною в режимі домашнього лікування дітей з будь-якими формами гострого бронхіту, зустрічаються в українській літературі, нерідко неадекватні. Ребенок сам визначає свій режим поведінки в залежності від синдрому інтоксикації. Не існує спеціальної дієти, харчування дитини в принципі не повинно відрізнятися від звичайного. Апетит дитини також визначається ступенем синдрому інтоксикації і лихоманки. Рекомендації по забезпеченню обильного пиття в виконанні батьками приводять до надмірного вливання рідини в дитину, що часто провокує блювоту і капризну поведінку, це, в свою чергу, оцінюється лікарем як симптоми погіршення загального стану. Необхідно пам'ятати, що потреба дитини в рідині зростає при підвищеній фізичній активності, а не при постільному режимі.

Не менш важливі рекомендації по догляду в приміщенні мікроклімату, який дозволяє підтримувати оптимальну вологість слизових оболонок верхніх дихальних шляхів. Денна температура не повинна перевищувати 21°C, вночі температура — близько 18°C при збереженні оптимальної вологості повітря більше 60%, що досягається достатнім провітрюванням або зволоженням повітря.

Уважаючи, що бронхіт часто виникає на фоні ураження верхніх дихальних шляхів (ОРВИ), а саме риніту, відновлення прохідності носової порожнини досягається застосуванням сольових розчинів ендоназально в формі спрею або крапель. Не рекомендується рутинне використання місцевих судосуживаючих засобів. Останні можуть застосовуватися у дітей раннього віку з вираженим порушенням носового дихання тривалістю більше 3-4 днів. Таким чином, не риніт є показанням для призначення місцевих деконгестантів, а виражена назальна обструкція у дітей раннього віку. Крім того, сучасні дані свідчать, що терапія місцевими судосуживаючими засобами не запобігає розвитку

середнього отиту у дітей при ОРВИ, як передбачалося раніше. При вираженій назальній обструкції можливо застосування пероральних деконгестантів коротким курсом, однак ця група препаратів на українському ринку практично не представлена. Оптимально раннє використання сучасних фітотерапевтичних засобів. Наприклад, Синупрет — фітопрепарат з доведеним ефектом — може застосовуватися одразу після появи перших симптомів захворювання, подразнення в носу, чихання, закладеності носа. При цьому своєчасно будуть реалізовані противовірусні і противовоспалительні ефекти препарату, мінімізований ризик виникнення вторинних бактеріальних ускладнень. Синупрет застосовується на всіх основних рівнях патогенезу гострого вірусного риніту, маючи виражену противовоспалительну, секретолітичну активність, проявляючи противовірусні, антимікробні і імуномодулюючі властивості, тобто вирішує всі стратегічні завдання етіопатогенетичного лікування. Довготривале застосування — 7-14 днів в віковій дозуванні.

Наступним напрямком в терапії бронхітів, як і при ОРВИ, є застосування раціональної антипіретическої терапії. Жаропонижувальні засоби в віковій дозуванні зазвичай рекомендують застосовувати при показателях температури тіла вище 38,5-39,0°C. У дітей в віці до 3 міс, пацієнтів з ураженням нервової системи і фебрильними судомними нападами в анамнезі за останні 3 роки антипіретик застосовують при температурі тіла вище 38,0°C. Препаратом вибору є парацетамол, разова доза якого становить 10-15 мг/кг перорально і 10-20 мг/кг ректально. Ефективним антипіретиком є ібупрофен в дозуванні 5-10 мг/кг, максимальна допустима суточна доза становить 40 мг/кг. Рекомендується при температурі тіла нижче 39,0°C вибирати дозу 5 мг/кг, при більшій — 10 мг/кг. Через можливі побічні ефекти не рекомендується рутинно застосовувати метамізол натрію. При вірусних інфекціях у дітей до 12 років заборонено застосування ацетилсаліцилової кислоти.

Застосовуючи антипіретик, необхідно врахувати, що він застосовується не для нормалізації температури тіла дитини, а з метою зниження лихоманки і покращення її переносимості. При інфекції, особливо вірусній, лихоманка вище 38,5°C свідчить про сильну захисну реакцію організму.

Специфічне лікування гострого простого бронхіту відсутнє. В більшості випадків гострий бронхіт характеризується самостійним разрешенням протягом 2-3 нед. Для даної форми бронхіту в світовій літературі відсутні будь-які доказателі ефікації муколітичної або противо-

кашлевої терапії, а противовірусні препарати не застосовуються. Указані лікарські засоби мають ефект плацебо. Однак на практиці як в Україні, так і за кордоном при гострому бронхіті часто призначають муколітики. Використовуючи лікарські засоби даної групи, необхідно врахувати недоліки і обмеження використання певних препаратів. Наприклад, препарати термопіса, алтеї, солодки, йодид натрію/калію в високих дозах у дітей раннього віку можуть викликати блювоту і діарею. Використання цих засобів також обмежене через малий діапазон терапевтичної дози.

Муколітики на основі ефірних масел сприяють розвитку або посиленню бронхообструктивного синдрому. Головним показанням для застосування ацетилцистеїну і карбоцистеїну є наявність значної кількості гнійної і в'язкої мокроты, яка для гострого бронхіту в принципі не характерна. Одним з недоліків ацетилцистеїну є його здатність посилювати бронхоспазм, що обмежує застосування вказаного препарату при бронхообструктивному синдромі будь-якої етіології. Синтетичні муколітики, зокрема амброксол і бромгексин, не застосовують при дисфункції кишечника, гастриті і виразковій хворобі. Амброксол здатний викликати значну гіперсекрецію і з обережністю повинен застосовуватися у дітей раннього віку. В першу чергу це обумовлено неефективністю кашлю в цій віковій групі. Ферментні препарати, такі як рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза і їм подібні, не рекомендують застосовувати через можливе пошкодження слизової дихальних шляхів з розвитком кровохаркання або бронхоспазму.

Традиційна фітотерапія (отвари, настої) також не позбавлена недоліків через порушення техніки збору, зберігання трав і заготовки сировини, неможливість забезпечення точної концентрації і токсичності окремих компонентів трав. Фітопрепарати, приготовлені в промислових умовах, можуть застосовуватися при бронхітах. В деяких випадках їх прийом переважить застосування синтетичних муколітиків у дітей раннього віку, виходячи з високого профілю безпеки і відсутності розвитку синдрому гіперсекреції. Сьогодні прослідковується чітка еволюція парадигми в фармакології — від синтетичних монопрепаратів до комплексних рослинних екстрактів. Це абсолютно логічно, тому що використання комплексних стандартизованих фітопрепаратів забезпечує виконання завдань багатоцільової терапії бронхіту. Це добре видно на прикладі препарату

Бронхіпрет<sup>®</sup>, що містить екстракти тим'яну і площи. Отхаркиваючий ефект його рослинних компонентів реалізується за допомогою місцевого і рефлекторного механізмів і сприяє евакуації мокроты при кашлі, що дозволяє оптимізувати муколітичну терапію респіраторних інфекцій. Перевагою Бронхіп्रेта порівняно з синтетичними муколітиками є помірний секретолітичний ефект і відсутність синдрому гіперпродукції слизу, а також наявність антимікробного, бронхоспазмолітичного і противовоспалительного дійствій.

Такі противокашлеві засоби, як бутамірату цитрат, оксаладину цитрат, глауцина гідробромід, ефедрину гідрохлорид і др., застосовують тільки в разі сухого нав'язливого кашлю. При зменшенні інтенсивності кашлю або його трансформації во вологий противокашлевий засіб необхідно відмінити. Виключенням є більш тривале застосування противокашлевих засобів при коклюші.

При обструктивному бронхіті, як і при бронхообструктивному синдромі, не рекомендують застосовувати противокашлеві препарати, ацетилцистеїн і засоби, що містять ефірні масла.

Найбільш ефективними препаратами при обструктивному бронхіті є β<sub>2</sub>-агоністи короткого дії, переважно салбутамол. Найбільш високий профіль безпеки салбутамол має при інгаляційному застосуванні. При обструктивному бронхіті можливо його застосування до 3-4 разів на день через доставочні пристрої (небулайзер або спейсер). У дітей раннього віку застосування небулайзера переважить, що обумовлено більш високою тривалістю інгаляційної терапії порівняно з спейсером і, відповідно, більш тривалою експозицією препарату в дихальних шляхах. Довготривале інгаляційне застосування β<sub>2</sub>-агоністами зазвичай становить від 2 до 5-6 днів. Через досвід застосування дозованих інгаляторів у пацієнтів з обструктивним бронхітом відсутній, не рекомендується їх застосування без доставочних пристроїв незалежно від віку. У пацієнтів з незначною бронхообструкцією і у дітей старшого віку можливо застосування салбутамолу перорально, однак профіль безпеки даної лікарської форми нижчий, ніж при інгаляційному введенні. Слід пам'ятати, що одночасне застосування салбутамолу перорально і інгаляторно заборонено через збільшення частоти побічних дійствій, особливо у пацієнтів старшої вікової групи.

З урахуванням механізму обструктивного бронхіту, тобто переважання в генезі

Таблиця 2. Тактика щодо призначення антибактеріальної терапії при гострому бронхіті

Етіологія бронхіту	Етіотропна терапія
Віруси	Антибіотики не показані
Хламідії	Азитроміцин, кларитроміцин
Мікоплазма	Азитроміцин, кларитроміцин
Возбудитель коклюша	Азитроміцин, кларитроміцин (має не тільки клінічне, але і епідеміологічне значення)

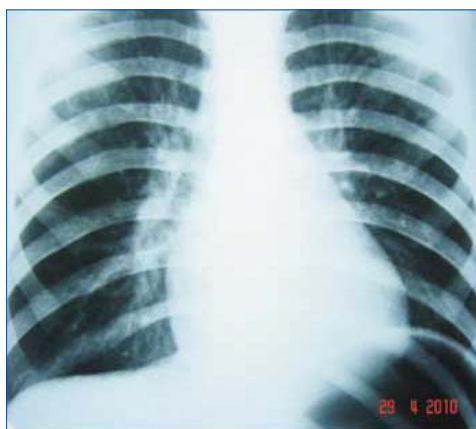


Рис. 1. Рентгенограма грудної клітки пацієнта з обструктивним бронхітом



Рис. 2. Рентгенограма грудної клітки пацієнта з ателектазом сегмента лівого легкого при обструктивному бронхіті



Рис. 3. Рентгенограма грудної клітки пацієнта з гострим бронхітом



бронхообструкції отека бронхов і гіперсекреції слизи над спазмом мускулатури бронхов, ефективність  $\beta_2$ -агоністів значительно нижче, ніж при бронхіальній астме. Данню особенність ефекта терапії салбутамолом можливо використати і як додатковий діагностичний ознак при диференціальній діагностиці обструктивного бронхіта і бронхіальної астми. Слишком швидко купіровання вираженої бронхообструкції в теченні декількох годин або перших сутток констатує преваліровання бронхоспазма над іншими механізмами розвитку обструктивного синдрому і косвенно свідечує в користь бронхіальної астми. В цілому критерієм призначення  $\beta_2$ -агоністів при обструктивному бронхіті повинно бути наявність експіраторної одышки у пацієнта, а не сухі свистячі хрипи, вислушувані при аускультации легких, що зазвичай спостерігається на практиці.

Ефективність антихолінергічних препаратів (іпратропія броміда) в ліченні боліх з острым бронхітом не изучалась. С учетом точки приложенія указанные лекарственные средства могут применяться в терапии тяжелой бронхообструкции у детей раннего возраста совместно с  $\beta_2$ -агонистами или, реже, самостоятельно.

Достоверные данные, подтверждающие эффективность использования  $\beta_2$ -агонистов короткого действия (салбутамол) при бронхолите, на сегодняшний день отсутствуют, хотя в качестве симптоматической терапии такой подход может иметь место. В зарубежных руководствах при бронхолите рекомендовано применять ингаляции (через небулайзер) адреналина, который более эффективен по сравнению с  $\beta$ -адреномиметиками. К сожалению, в нашей стране данная форма препарата для ингаляций отсутствует.

До настоящего времени не известно ни об одном исследовании по оценке эффективности и безопасности ингаляционных глюкокортикоидов у пациентов с различными вариантами бронхита. В связи с тем, что противовоспалительный эффект известных ингаляционных глюкокортикоидов развивается не ранее чем через 1-2 нед, они не могут оказать достаточного влияния на течение острого бронхита, максимальная длительность которого составляет до 2-3 нед. Таким образом, они не должны применяться в лечении острого простого и обструктивного бронхитов. Тем не менее данная группа лекарств широко используется при терапии острого бронхолита. Обычно в лечении бронхолита применяют системные глюкокортикоиды парентерально (преднизолон, дексаметазон) и только затем ингаляционные. Назначение ингаляционных глюкокортикоидов в первые сутки терапии острого бронхолита не оправдано.

В мировой литературе противовирусная терапия при остром простом и обструктивном бронхитах не рассматривается. Доказана эффективность противовирусных препаратов в случае гриппа. Имеющиеся данные свидетельствуют, что назначение в течение первых 2 дней от начала заболевания ремантадина и амантадина уменьшает выраженность и длительность симптомов заболевания. В последние годы также доказана эффективность новых противовирусных средств занамивира и озелтамивира, но исключительно в случае гриппа. Эффективность других противовирусных препаратов не изучалась. Имеются данные о недостаточной эффективности использования противовирусного препарата рибавирин ингаляторно при бронхолите у пациентов с тяжелыми формами заболевания, что требует дальнейшего изучения.

Назначение антибактериальной терапии при остром бронхите не показано, потому что большинство случаев заболевания вызвано вирусами. Ни в одном из исследований, проведенных ранее, не удалось доказать преимуществ назначения антибиотика при остром бронхите. Из бактерий в настоящее время в этиологии острого бронхита

признается роль хламидий, микоплазм и возбудителя коклюша; соответственно, если антибактериальная терапия и показана, то она должна проводиться у детей исключительно макролидами (табл. 2). Антибактериальная терапия при бронхолите не проводится из-за отсутствия точки приложения антибиотика при данной нозологии.

Антибактериальную терапию при остром бронхите назначают только по строгим показаниям, то есть при наличии клинических симптомов, характерных для вышеуказанной атипичной микрофлоры или коклюша. Дополнительными критериями могут быть признаки бактериального воспаления: лейкоцитоз  $>15 \times 10^9/\text{л}$ , содержание С-реактивного белка  $>30 \text{ мг/л}$  и прокальцитонина  $>2 \text{ нг/мл}$ .

При коклюше антибиотик, назначаемый не с 1-й недели заболевания, оказывает минимальное влияние на динамику

клинической картины. В то же время антибактериальная терапия при коклюше способствует эрадикации возбудителя из носоглотки и препятствует дальнейшему распространению инфекции. Фебрильная лихорадка продолжительностью более 3 сут не является критерием к назначению антибиотика при бронхите, скорее, требует дифференциальной диагностики с пневмонией или связана с сопутствующим заболеванием, например отитом.

Активно обсуждается вопрос негативного влияния антибиотикотерапии на развитие в дальнейшем бронхальной астмы. Доказана связь между антибиотикотерапией в течение первых 6 мес жизни и развитием бронхальной астмы или другой аллергопатологии по достижении 6-летнего возраста. Таким образом, прием антибактериальных препаратов напрямую связан с повышенным риском развития бронхальной астмы

у детей. Кроме того, предполагается, что сокращение частоты неоправданного применения антибиотиков будет способствовать уменьшению вероятности возникновения и распространения антибиотикорезистентности.

Рекомендации по использованию других симптоматических препаратов в лечении острого бронхита, в том числе поливитаминов, нерациональны, так как приводят к полипрагмазии и увеличению частоты негативных лекарственных реакций. Точно так же использование различных методов физиотерапии, лечебной физкультуры патогенетически и экономически не показано, а возможно, даже вредно из-за риска реинфицирования при контакте с другими пациентами.

Список литературы находится в редакции.

Medical Nature, № 1/17, 2014 г.



Bionorica®

Кашель? Бронхіт?

Бронхипрет®



полегшує відкашлювання<sup>1</sup>



усуває запалення<sup>2</sup>



зменшує напади кашлю<sup>3</sup>

Розкриваючи силу рослин

**Бронхипрет®. Показання для застосування:** лікування запальних захворювань верхніх та нижніх дихальних шляхів, зокрема гострого та хронічного бронхіту, що супроводжується утворенням мокротиння та кашлем. **Дозування:** Бронхипрет® сироп 50мл., 100 мл. Діти від 1 року до 5 років – 3,2 мл. 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 4,3 мл. 3 рази на день. Діти від 12 років та дорослі 5,4 мл 3 рази на день. Бронхипрет® табл. № 20, № 50. Діти від 12 років та дорослі приймають по 1 таблетці на 3 рази на день. **Противопоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** не рекомендується застосовувати під час вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: у поодиноких випадках підвищена чутливість шкіри, шлункові розлади та алергічні реакції.

1. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхипрет» Medical Nature, №7/2011 стр. 23-26. Ізмаїл та інші співавтори, Бронхипрет при гострому бронхіті, 2003, 171-175; Нові можливості застосування секретолітиків в комплексній терапії гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку (В.Дуднік), «Сучасна педіатрія» 2 (42) / 2012.

2. Дані наукової брошури, озвучені на Європейській конференції «Запальні захворювання», Регенсбург, 1998 р.

3. Новітні дослідження підтверджують терапевтичну ефективність препарату «Бронхипрет» Medical Nature, № 7/2011 стр. 23-26.

**Бронхипрет® таблетки:** Р.П. № UA/8674/01/01 від 18.07.2013 р. **Бронхипрет® сироп:** Р.П. № UA/8673/02/01 від 18.07.2013 р.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.