

Остър бронхит в детската възраст

Доц. д-р И. Гълъбов, д-р М. Гълъбова, гл. ас.

Катедра по педиатрия и медицинска генетика, МУ - гр. Варна

■ Определение

Остър бронхит е възпаление на горните дихателни пътища, наричани бронхи, но може да бъде резултат и на възпаление на долните дихателни пътища, след което ще последва инфекция и на горните дихателни пътища. Той се характеризира с кашлица, производство на големи количества мукопуrolентна слюнка и стесняване на бронхите поради спазмотични контракции. Дихателните пътища са възпалени и раздразнени и ако лечението не е ефективно, може да прогресира до пневмония.

■ Етиология

Острият бронхит обикновено се причинява от инфекциозни агенти-вируси или бактерии. Тази форма на болестта може да продължи няколко дни или дори седмици.

■ Обичайните причини включват:

- Вируси А и Б, парагрипни, аденовируси, риновируси, респираторно синцитиалния вирус и др. (в над 90% от болните).
- Бактериални инфекции – най-често Стрептококус, Хемофилус, Мораксела катаралис и Микоплазма пнеумоние.

■ Редките причини включват:

- Атипични патогени, като Микоплазма пнеумоние, Хламидия пнеумоние и Хламидия пситаци.

■ Рискови фактори

- Излагането на вторичен тютюнев дим.
- Контакт с някои хора, които са болни от остри респираторни заболявания.
- Вирусна инфекция на нос, сливици, фаринкс.
- Астма.
- Хронично възпаление на тонзилите и налична аденоидна вегетация.
- Белодробно сърце.
- Вродени пороци на сърцето с ляво-десен шънт.

- Вентилационна недостатъчност.
- Отслабена имунна система.

■ Патология

Острият бронхит е описан за първи път през 1800 г. като възпаление на бронхиалната лигавица, в резултат на една сложна поредица от събития с инфекциозен и неинфекциозен характер. Това води до увреждане на епитела на бронхиалната стена, като отговор на възпалението и резултат - повишена лигавична секреция. Възстановяването на лигавицата отнема няколко седмици, а кашлицата в половината пациенти продължава повече от две седмици, а при 1/4 и повече от месец. В резултат на възпалението се стига до хипертрофия на мукозните жлези в бронхиалната стена, увеличаване броя на букалните клетки.

Повтарящите се инфекции в детската възраст могат да доведат до формиране на хронични възпалителни огнища, фиброза, деформации, свръхактивност на слезестите жлези, стигащо до запушване на бронхите.

■ Клиника

Признаците и симптомите на заболяването зависят от тежестта и етапа, на който то се диагностицира. Това означава, че някои симптоми могат да присъстват в някои случаи и да отсъстват при други.

■ Общи симптоми

- Кашлица, която в началото е суха, дразнеща и болезнена, а по-късно става продуктивна с гноини храчки.
- Храчките може да съдържат кръв.
- Кашлицата може да продължи повече от 2 седмици.
- Продължителната силна и мъчителна кашлица може да доведе до болки в мускулите на гърдния кош и корева.
- Поява на свирене в гърдите.
- Затруднено дишане.



■ Общофизикални белези

- Гръдният кош е с увеличен предно-заднен диаметър.
- Диафрагмата изглежда по-ниска и по-плоско разположена.
- Парадоксално движение на долните ребра по време на вдишване и издишване.
- Черният дроб е изместен надолу поради развиващата се хиперинфлация на белия дроб.
- Грубо везикуларно дишане с леко удължен експириум и сухи свиркащи хрипове, най-често двустранно.

■ Субективни оплаквания

- Суха непродуктивна кашлица.
- Засилване на кашлицата от студен и прашен въздух.
- Леко повишена температура до прояви на втрисане.
- Хрема.
- Болка зад гръдната кост, засилваща се при кашлица.
- Поява на продуктивна кашлица.
- Болки в мускулите на гърба, гърдите и корема.
- Възпалено гърло.

■ Изследвания

- **Рентгенография на гръден кош.** Този тест се използва по-скоро, за да се изключи пневмония, тъй като при острия бронхит не се наблюдават съществени промени. При бронхит ще покаже, че няма данни за инфилтрати и консолидации.
- **Култура от храчка.** Това позволява да се изолира бактериалният причинител, но е възможна само при деца над 6 години (малките деца не храчат, а поглъщат храчките).
- **Кръвни тестове.** Тези тестове включват артериалните кръвни газове и тестват нивата на кислород, въглероден двуокис и киселинността на кръвта.
- **Пулсоксиметрия.** Този тест ще определи количеството кислород в кръвта на детето.
- **Функционално изследване на дишането.** При него се измерват въздушните обеми и белодробният капацитет. Недостатък е, че се използват при деца над 6 год.

■ Диагноза

Както при всички други заболявания, диагнозата започва с историята на заболяването на пациента. При физикалното изследване са налице промени във фазите на дишането,

както и поява на допълнителни шумове (хрипове). Диагнозата се потвърждава и от направените изследвания.

Физикалната находка в началото е оскъдна и се изразява в грубо везикуларно дишане с единични сухи свиркащи хрипове, разпръснати в двете гръдни половини. В следващите дни се появяват едри и средни влажни хрипове, предимно отзад и в белодробните основи. Не съществува строг паралелизъм между богатството на белодробната находка и тежестта на клиничната картина.

■ Диференциална диагноза

Бронхитът трябва да се отдиференцира с:

- Остър пневмоничен процес.
- Бронхиална астма.

И двете заболявания са от изключително важно значение за децата и има сериозна разлика в терапевтичното поведение.

■ Лечение

Основна цел на лечението е да се запази целостта и функцията на бронхиолите и алвеолите, да се улесни отстраняването на секретите, за да се предотвратят усложнения и допълнително увреждане и да се подобри качеството на живот, колкото е възможно.

■ Режим и диета

- Да се осигури чиста стая с достатъчно добър достъп на свеж и влажен въздух.
- Детето да се поддържа чисто и сухо и при изпотяване бързо да се преоблича.
- Да се хранят бавно и продължително.
- Да се осигурят по-голямо количество течности с оглед добрата хидратация на детето.
- При нужда да се хоспитализират в стандартно детско отделение.

■ Медикаментозно лечение

- **Противотемпературни средства** при повишена температура $>38^{\circ}\text{C}$, средства за облекчаване на болките и главоболието, причинено от дразнещата кашлица.
- **Антитусиви.** Те се използват за контрол на кашлицата, особено в случаите, в които тя създава дискомфорт. Изборът на противокашлечни средства зависи от причината за кашлицата. Антихистамини също се използват, особено при кашлица, свързана с алергичен ринит. Деконгестанти и антихистамини се из-

ползват при лечението на кашлица, предизвикана от постназална секреция. При наличие на бронхоспазъм се използват и бронходилататори. Неспецифични антитусивни средства се използват само при подтикване на непродуктивната кашлица, която в същото време не пречи на резолюцията на инфекцията.

- *Разводняващи и отхрачващи средства.* Те разводняват и подпомагат отстраняването на храчките и предотвратяват поява на ателектаза и бронхоспазъм.
- *Антибиотици.* Използват се за лечението на остър бронхит, само ако е причинен от бактериална инфекция или след нейната вторична намеса.
- *Стероидна терапия.* Прилага се когато е налице тежък бронхоспазъм и неовладяването му с помощта на други средства.
- *Витаминотерапия.*
- *Капки за нос* с отварящ носните проходи ефект.

■ Физиотерапия

- Постурален дренаж, мануални техники, свързани с възможността за по-лесно отхрачване.
- Дихателни упражнения с оглед мобилизиране на секрецията и нейното по-лесно изхвърляне.

■ Прогноза

Ако не е налице друго основно заболяване на белия дроб, прогнозата е благоприятна и заболяването отзвучава от 7 до 10 дни. За съжаление сухата дразнеща кашлица може да остане да персистира в продължение на няколко месеца след определеното време. Острият бронхит обикновено се лекува напълно, което води до отлична прогноза. ■

КНИГОПИС:

1. Battaglia JD, Severe croup. The child with fever and upper airway obstruction. Per. Kev. 1986; 7: 227-233.
2. Clancy RL, Cripps AW, Gebski "Protection against recurrent acute bronchitis after oral immunization with Haemophilus influenzae". Med. J Aust. 152/8/:413-416 Apr 1990.
3. Guurviz D, Corey M, Levison H, Pulmonary function and bronchial reactivity in children after croup. An. Rev. Respir. Dis 1980; 112: 95-96.
4. Huston WJ (March 1997). Antibiotics: neither cost effective nor „cough effective“. The Journal of Family Practice 44 (3):261-5.
5. Metz M, Doyle E, Bindslev-Jensen C, Watanabe T, Zuberbier T, Maurer M. (2011). "Effects of Antihistamines on Innate Immune Responses to Severe Bacterial Infection in Mice". Int Arch Allergy Immunol 155 (4): 355-60.
6. Wenzel RP, Fowler AA, (2006). "Clinical Practice. Acute bronchitis". N. Engl. Med. 355 (20):2125-30.