

Бронхіти у дітей

Погляд педіатра



В.Ф. Лапшин

Д.м.н., професор, керівник відділення проблем алергії та імунореабілітації дітей
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України»

➔ Гострий бронхіт є одним із найпоширеніших респіраторних захворювань у практиці лікаря-педіатра. Як правило, хвороба починається з інфекції верхніх дихальних шляхів, однак із часом поширюється на нижні дихальні шляхи.

Поширеність гострого бронхіту в дітей коливається в межах від 6,2 до 25%. При цьому захворюваність суттєво зростає (від 50 до 90% випадків) у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ).

За сучасними уявленнями, бронхіт — це запальне захворювання бронхів різної етіології: інфекційної, алергічної, фізико-хімічної та ін. Розрізняють гострий (простий та обструктивний), рецидивний, хронічний бронхіти; за характером ураження — катаральний, катарально-гнійний, атрофічний.

Гострий бронхіт (простий) — це гостре запалення слизової оболонки бронхів, переважно вірусної та вірусно-бактеріальної етіології, перебіг якого не супроводжується клінічними ознаками бронхіальної обструкції. Особливістю перебігу гострого бронхіту в дітей, які часто хворіють, є його рецидивний характер. Беручи

до уваги особливості перебігу (повторення епізодів гострого бронхіту 2-3 рази на рік протягом 2 років із тривалістю загострення не менше 2 тиж), гострий бронхіт вважають окремою нозологічною формою.

Наразі клінічний діагноз рецидивного бронхіту (РБ) у дітей є дискусійним, оскільки за МКХ-10 виділяють тільки 2 форми даного захворювання: гостру та хронічну. Проте відповідно до клінічної класифікації бронхітів у дітей, що прийнята в країнах СНД, рецидивний бронхіт у дітей є загальноновизнаним діагнозом.

Приблизно у 80% випадків причиною бронхіту в дітей є віруси, і лише близько 20% зумовлені бактеріальною суперінфекцією. Тому під час лікування даної патології призначення антибіотиків не є терапією першого вибору. Ураховуючи, що в патогенезі розвитку бронхіту основну роль відіграє порушення мукоциліарного кліренсу та підвищення в'язкості бронхіального секрету, гострий бронхіт завжди супроводжується кашлевым кліренсом, який клінічно виражається продуктивним кашлем. Отже, у лікуванні гострого бронхіту патогенетично обґрунтованим є призначення мукосекретолітиків.

Серед лікарських засобів, які застосовуються під час лікування бронхітів, виділяють засоби, що стимулюють відхаркування; муколітичні та секретолітичні препарати; комбіновані. Недоліками багатьох мукосекретолітиків синтетичного походження є алергенність, часте виникнення диспепсичних явищ, особливо в дітей раннього віку. Тому застосування з лікувально-профілактичною метою у дітей із даною патологією фітопрепаратів у сучасних умовах набуває важливого значення. Крім того, слід відзначити особливу актуальність застосування фітопрепаратів на етапах відновлювального лікування хворих із РБ через можливість використання даних засобів протягом тривалого часу як з метою профілактики виникнення рецидивів, так і в комплексному лікуванні в разі загострення хвороби.

За сучасними уявленнями, терапевтична ефективність фітопрепаратів залежить від фармакологічної якості, що визначається такими параметрами: високою якістю вихідної рослинної сировини, відповідністю за ідентичністю та чистотою визначених складових речовин, стандартизованим процесом виробництва, оптимальною формою випуску. Усім цим вимогам відповідають рослинні препарати фірми «Біонорика АГ», зокрема фітопрепарат Бронхипрет, який широко використовується для лікування бронхолегеневих захворювань.

Окремі рослинні компоненти, що входять до складу препарату, забезпечують комплексний фармакотерапевтичний ефект. Сапоніни з коренів первоцвіту і листя плюща забезпечують муколітичний вплив. Ефірні олії, флавоноїди чебрецю і компоненти листя плюща мають бронхоспазмолітичну і секретолітичну дію. Тимоловий компонент ефірної олії трави чебрецю і компоненти екстракту плюща мають антибактеріальний ефект. Препарат вірогідно підвищує ефективність супутньої антибактеріальної терапії. Фармакологічні властивості фітопрепарату Бронхипрет, що впливає на основні етіологічні та патогенетичні ланки патологічного процесу верхніх і нижніх дихальних шляхів, обґрунтовують доцільність його використання як



з лікувальною, так і профілактичною метою у дітей з гострими та рецидивними бронхітами.

Досвід застосування Бронхипрету у дітей з РБ підтвердив високу ефективність і безпечність даного засобу. Під нашим спостереженням перебували 50 дітей віком 6-11 років із РБ, які під час стаціонарного лікування перенесли гостру респіраторну інфекцію (ГРІ), що сприяла загостренню захворювання. З метою вивчення ефективності лікування ці діти методом рандомізації були розподілені на основну (30 дітей) та контрольну (20 дітей) групи.

Усім дітям призначався лікувальний комплекс, що включав дієтотерапію, базисне медикаментозне лікування (муколітичні та симптоматичні засоби, за показанням – антибактеріальну терапію) та немедикаментозні методи (кінезитерапію, масаж грудної клітки, фізіотерапевтичні методи). Діти основної групи на тлі базисної терапії отримували Бронхипрет по 25 крапель 4 рази на день до їди протягом 4 тиж. З профілактичною метою через 1,5-2 міс цим дітям, що вже перебували на амбулаторно-поліклінічному або санаторному етапах реабілітації, призначався повторний курс Бронхипрету.

Таблиця 1. Клінічна ефективність застосування фітопрепарату Бронхипрет у дітей із РБ (у балах)

Симптоми	До лікування		3-4-й день лікування		8-10-й день лікування	
	Основна (n=30)	Контрольна (n=20)	Основна (n=30)	Контрольна (n=20)	Основна (n=30)	Контрольна (n=20)
Кашель	2,75±0,1	2,5±0,1*	1,34±0,01	1,4±0,02*	0,6±0,05	0,56±0,01*
Мокротиння	0,7±0,15	0,6±0,1*	1,8±0,02	1,7±0,01*	0,34±0,02	0,41±0,01*
Наявність хрипів	1,7±0,2	1,6±0,2*	2,1±0,02	2,0±0,15*	0,10±0,01	0,12±0,01*

* Різниця між показниками в основній та контрольній групах; $p > 0,05$.

При цьому інші муколітичні засоби під час прийому Бронхипрету не застосовувалися. Діти контрольної групи отримували базисний лікувальний комплекс. Період моніторингового спостереження становив 6 міс.

Критеріями ефективності проведеного лікування були регрес основних клінічних проявів хвороби (кашель, характер і кількість мокротиння, фізикальні дані в легенях), частота рецидивів бронхіту та частота випадків ГРІ, динаміка показників функції зовнішнього дихання, клітинного складу індукованого мокротиння (ІМ). Клінічні дані оцінювали за допомогою вербальної шкали: 0 – відсутність симптому, 1 – непостійні, незначні симптоми, 2 – постійно виражені, 3 – значно виражені клінічні ознаки.

Усім дітям на початку лікування та через 2 міс спостереження проводилося вивчення мікробного спектра мокротиння та вірусологічне дослідження слизової оболонки носа за допомогою імунофлюоресцентного методу. Для цитоморфологічного дослідження використовували індуковане мокротиння та мазки-відбитки слизової оболонки носа.

Ефективність розроблених реабілітаційних комплексів оцінювали за допомогою інтегрального показника – коефіцієнта ефективності реабілітації.

Згідно з результатами проведених досліджень (табл. 1) у дітей основної групи порівняно з дітьми контрольної групи спостерігалась ідентична позитивна динаміка основних клінічних симптомів: зменшення частоти і зміна характеру кашлю, який набуває ознак продуктивного на 3-4-ту добу від початку лікування; зменшення кількості мокротиння та фізикальних змін.

Для вивчення протизапального ефекту фітопрепарату Бронхипрет оцінювалася динаміка цитоморфологічних параметрів індукованого мокротиння в обстежених дітей (табл. 2).



Відповідно до отриманих даних у дітей з РБ у періоді загострення серед клітинних популяцій ІМ спостерігалось переважання нейтрофілів, лімфоцитів, макрофагів, кількість яких корелювала з фазою захворювання ($r=0,7$) та наявністю бактеріальної колонізації мокротиння ($r=0,5$). Встановлено вірогідне зниження кількості бронхіального епітелію та збільшення до 85,0% дистрофічно змінених клітин вільчастого епітелію в ІМ у дітей із РБ у періоді загострення порівняно

Таблиця 2. Цитологічний склад клітинних елементів ІМ у дітей з РБ під впливом лікування

Клітинні елементи ІМ	Значення показників у групах, %				
	Здорові діти (n=30)	Основна (n=30)		Контрольна (n=20)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Бронхіальний епітелій	60,9±1,97	32,8±1,1*	57,2±1,1*	33,9±1,1*	45,2±1,3*
Нейтрофіли	28,7±1,31	46,8±1,2*	30,4±1,5°	44,6±1,2*	37,9±1,4*°
Лімфоцити	3,77±0,27	7,3±0,2*	6,2±0,1*	8,4±0,2*	7,2±0,2*
Еозинофіли	0,5±0,01	2,3±0,06*	0,4±0,04°	2,8±0,02*	0,8±0,02°
Базофіли	0,73±0,15	1,65±0,2*	0,78±0,1	1,96±0,06	1,2±0,15*
Макрофаги	4,6±0,39	10,08±0,4*	5,6±0,4*°	9,04±0,2*	8,4±0,2*°

* Різниця між показниками порівняно зі здоровими дітьми ($p<0,05$);
° різниця між показниками до і після лікування ($p<0,05$).

зі здоровими дітьми. Це вказує на порушення цілісності епітеліального шару слизової оболонки бронхів та мукоциліарного транспорту внаслідок запального процесу.

Під впливом лікування позитивна динаміка показників клітинного складу ІМ мала місце в обох групах обстежених дітей, але більш вираженою була в дітей основної групи. Застосування в комплексі реабілітаційних заходів фітопрепарату Бронхипрет сприяло більш вираженому зменшенню запального процесу, на що вказує вірогідне підвищення кількості клітин бронхіального епітелію та зменшення на 50,0% дистрофічно змінених війчастих клітин; макрофагів, нейтрофілів, лімфоцитів і базофілів в ІМ у дітей основної групи. У пацієнтів контрольної групи після лікування на фоні клінічної ремісії зберігались ознаки запальної реакції нейтрофільно-макрофагального характеру, а кількість дистрофічно змінених клітин залишалася на рівні 75,0%, що свідчило про неповну морфологічну реконвалесценцію.

Слід зазначити, що у дітей основної групи під час стаціонарного лікування не виникало необхідності в призначенні антибактеріальних препаратів. Це може



бути пов'язано з вираженим протизапальним ефектом та ерадикацією колонізуючої бактеріальної флори, що було підтверджено бактеріологічними дослідженнями. У третини дітей (6 хворих) контрольної групи виникла необхідність у призначенні антибактеріальних засобів.

Результати вірусологічних досліджень свідчать, що у 84,0% хворих дітей із РБ у періоді загострення мала місце інфікованість респіраторними вірусами. Застосування в комплексі реабілітаційних заходів фітопрепарату Бронхипрет сприяло зменшенню інфікування респіраторними вірусами у 73,4% дітей основної групи. У 60,0% пацієнтів контрольної групи мало місце інфікування аденовірусом і вірусом парагрипу.

Результати моніторингового спостереження за обстеженими дітьми з РБ протягом 6 міс свідчили, що включення Бронхипрету в реабілітаційні програми у даного контингенту зменшує ризик виникнення рецидивів захворювання та випадків ГРЗ у 1,8 разу. Так, у 7,5% дітей основної групи та у 15,0% дітей контрольної групи розвивалися рецидиви захворювання. Аналогічне співвідношення спостерігалось і стосовно випадків ГРЗ. Лише 16,6% дітей основної групи та 30,0% дітей контрольної групи під час спостереження мали прояви ГРІ у формі гострого риніту або ринофарингіту. Проведені дослідження демонструють протирецидивний ефект відновлювального лікування з включенням фітопрепарату комплексної дії Бронхипрет. Моніторинг клініко-біохімічних показників у процесі лікування фітопрепаратом Бронхипрет не виявив вірогідних побічних реакцій, що свідчило про добру переносимість препарату.

Отримані дані документовано проведеними математичними розрахунками коефіцієнта ефективності реабілітації, що демонструє підвищення ефективності відновлювального лікування з включенням фітопрепарату Бронхипрет у 1,4 разу порівняно з традиційним відновлювальним лікуванням.

Таким чином, застосування Бронхипрету в комплексі лікувально-профілактичних заходів у дітей із РБ позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання, дає можливість суттєво прискорити темпи зворотного розвитку основних клінічних симптомів, досягти морфологічної ремісії та підвищити ефективність відновлювального лікування в 1,4 разу порівняно з традиційними реабілітаційними заходами.

Терапевтичний ефект Бронхипрету у дітей із РБ пов'язаний із муколітичною, протизапальною дією, покращенням бронхіальної прохідності. Це дає підстави рекомендувати Бронхипрет для включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів у дітей з різними формами бронхіту як у періоді загострення, так і на різних етапах реабілітації (амбулаторно-поліклінічному, санаторному тощо). ■