

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Запорізький державний медичний університет

"Рекомендовано"
на методичній нараді

кафедра
факультетської
педіатрії
Завідуюча кафедрою
професор Недельська С.М.

(ПП, підпис)
" ____ " _____ 200....р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ
ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО (СЕМІНАРСЬКОГО)
ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	педіатрія
Модуль	Найбільш поширені соматичні захворювання у дітей раннього віку, хвороби органів дихання та алергічні захворювання у дітей
Змістовний модуль	Захворювання органів дихання у дітей
Тема заняття	Гострі бронхіти у дітей
Курс	4
Факультет	Медичний
Склала	Ас. Шумна Т.Є.

Запоріжжя 2015

Методичні вказівки переглянуто на засіданні кафедри

«02» вересня 2009р
 «29» серпня 2011р
 «28» серпня 2012р
 «27» серпня 2013р
 «27» серпня 2014р

Протокол № 2
 Протокол № 1
 Протокол № 1
 Протокол № 1
 Протокол № 1

«26» серпня 2015р
 « » 20 р
 « » 20 р
 « » 20 р
 « » 20 р

Протокол № 1
 Протокол №
 Протокол №
 Протокол №
 Протокол №

Затверджено
на засіданні ЦМК

«16» 09 2010р.
 «15» 09 2011р.
 «20» 09 2012р.
29 08 2013р.

Протокол № 2
 Протокол № 2
 Протокол № 2
 протокол № 1

27 08 2014р.
28 08 2015р.

пр. ЛЧ
 пр. ЛЧ

1. Актуальність теми: Гострі бронхіти у дітей є одним із проявів ГРВІ. Згідно В.К. Таточенко, реєструєма захворюваність ГПБ у дітей становить близько 100 захворювань на 1000 дітей в рік (у дітей від 1 до 3 років цей показник 200, а у дітей першого року життя – 75). Частота розвитку ГОБ у дітей раннього віку складає за даними різних авторів від 5% до 50%. Гострий бронхіоліт, згідно даних американських педіатрів – це захворювання переважно дітей перших двох років життя (найбільш часто – 5-6 місячного віку), що зустрічається з частотою 3 – 4 випадки в рік на 100 дітей, а у дошкільнят - 1 – 1, випадки на 100 дітей.

За даними Р.Г. Артемонова, рецидивуючий бронхіт діагностують у 2,3% дітей до 3 років, 7,1% дошкільнят та 2,5% дітей шкільного віку . РБ є клінічною формою дитячого віку, при ньому відсутні прогресуючий перебіг, незворотні функціональні та морфологічні зміни в бронхолегеневій системі.

2. Конкретні цілі:

1. Визначати етіологічні фактори та патогенетичні механізми гострих бронхітів та рецидивуючого бронхіту у дітей.
2. Класифікувати бронхіти та аналізувати типову клінічну картину слідуючих форм бронхітів: гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючого бронхіту.
3. Скласти план обстеження та аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючому бронхіті.
4. Демонструвати володіння принципами лікування, реабілітації і профілактики бронхітів у дітей.
5. Ставити діагноз і надавати екстрену допомогу при гострому обструктивному бронхіті та гострому бронхіоліті у дітей.
6. Проводити диференціальну діагностику та ставити попередній діагноз при типовому перебігу різних клінічних формах гострих бронхітів у дітей: гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту.
7. Здійснювати прогноз при бронхітах у дітей.
8. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації при лікуванні дітей.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Отримані навички
Анатомія,	Знати анатомо-фізіологічні особливості дихальної
Пат.анатомія, Пат.фізіологія	Визначити показники зовнішнього дихання та роль порушень будови грудної клітини, функції верхніх дихальних шляхів, бронхів, альвеол, плеври, дихальних м'язів, кровообігу в легенях у формуванні дихальної недостатності у дітей. Знати
Пропедевтика дитячих хвороб	Володіти методикою дослідження та семіотикою захворювань органів дихання, проведенням лабораторних методів дослідження (клінічного аналізу крові, дослідження мокроти); методикою плевральної пункції та дослідженням плевральної рідини; інструментальних та функціональних методів
Променева діагностика	Володіти рентгенологічними методами діагностики органів дихання. Призначити і оцінити результати
Фармакологія	Виписувати препарати: протівірусні, відхаркуючі з муколітичною та мукопротекторною дією, протикашльові, М-холінолітики, β 2-адrenomиметики, метилксантини, глюкокортикостероїди, антибіотики.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

Записати в зошиті:

- етіологію бронхітів у дітей;
- основні патогенетичні аспекти розвитку гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючого бронхіту;
- класифікацію бронхітів у дітей;
- клінічні прояви гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючого бронхіту;
- диференційно-діагностичні ознаки гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту між собою та з іншими бронхолегеневими захворюваннями;
- додаткові методи діагностики бронхітів у дітей;
- показання для рентгенологічного обстеження органів грудної клітини при бронхіті;
- які рентгенологічні ознаки бронхообструктивного синдрому;

- принципи лікування бронхітів у дітей;
- показання до призначення антибактеріальних препаратів;
- основні принципи невідкладної допомоги при гострому обструктивному бронхіті;
- профілактичні заходи та прогноз бронхітів у дітей.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1.Гострий простий бронхіт	- запальне захворювання бронхів різної етіології
2.Гострий обструктивний бронхіт	- гострий бронхіт, що супроводжується синдромом бронхіальної обструкції
3.Бронхообструктивний синдром (БОС)	- патофізіологічне поняття, що характеризується порушенням бронхіальної прохідності при широкому колі гострих та хронічних захворювань
4. Гострий бронхіолі	- захворювання переважно дітей раннього віку з генералізованим обструктивним ураженням бронхіол та дрібних бронхів
5. Рецидивуючий бронхіт	- бронхіт, епізоди якого повторюються 2 – 3 рази на рік протягом 1 – 2 роки, частіше на фоні гострих респіраторних вірусних інфекцій. Епізоди бронхіта характеризуються тривалістю клінічних проявів (2 – 3 тижні і довше).
6. Дихальна недостатність	- стан організму, при якому або легені не забезпечують підтримання нормального газового складу крові, або нормальний газовий склад крові досягається за рахунок підсиленої роботи апарату зовнішнього дихання, що призводить до зниження функціональних можливостей організму.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

Питання для контролю.

1. Етіологія та епідеміологія гострих бронхітів та рецидивуючого бронхіту у дітей.
2. Основні патогенетичні аспекти розвитку гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючого бронхіту.
3. Класифікація бронхітів у дітей.
4. Клінічні прояви гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючого бронхіту.
5. Диференційно-діагностичні ознаки гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту між собою та з іншими бронхолегеневими захворюваннями.

6. Додаткові методи діагностики бронхітів у дітей.
7. Показання для рентгенологічного обстеження органів грудної клітини при бронхіті.
8. Які рентгенологічні ознаки бронхообструктивного синдрому.
9. Принципи лікування бронхітів у дітей.
10. Показання до призначення антибактеріальних препаратів
11. Невідкладна допомога при гострому обструктивному бронхіті.
12. Профілактика та прогноз гострих бронхітів у дітей.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- зібрати анамнез і провести обстеження дитини з підозрою на гострі бронхіти;
- виявити основні симптоми та згрупувати їх у синдроми;
- призначити план додаткового лабораторно-інструментального обстеження з метою підтвердження попереднього діагнозу;
- провести диференційну діагностику різних клінічних форм гострих бронхітів (гострого простого бронхіту (ГПБ), гострого обструктивного бронхіту (ГОб), гострого бронхіоліту) між собою та з пневмонією, інородним тілом дихальних шляхів та бронхіальною астмою;
- оцінити результати лабораторно-інструментальних досліджень (загальний аналіз крові, рентгенографії, спірографії);
- встановити та сформулювати клінічний діагноз різних клінічних форм гострих бронхітів згідно з класифікацією;
- призначити режим, дієтотерапію, план лікування дитини залежно від клінічної форми гострих бронхітів та характеру їх перебігу;
- встановити тип задишки та ступінь дихальної недостатності, призначити план обстеження і лікування.

Зміст теми:

Гострі бронхіти – це група гострих запальних захворювань бронхів різної етіології (інфекційної, алергічної, фізико-хімічної), що клінічно проявляється кашлем, дифузними сухими та різнокаліберними вологими хрипами та відсутністю інфільтративних та очагових змін в легеневій тканині при рентгенологічному дослідженні.

Виділяють слідуючі клінічні форми гострих бронхітів: гострий простий бронхіт (ГПБ), гострий обструктивний бронхіт (ГОб), гострий бронхіоліт.

Рецидивуючий бронхіт (РБ) – бронхіт, епізоди якого повторюються 2 – 3 рази на рік протягом 1 – 2 роки, частіше на фоні гострих респіраторних вірусних інфекцій. Епізоди бронхіта характеризуються тривалістю клінічних проявів (2 – 3 тижні і довше).

Гострі бронхіти та рецидивуючий бронхіт представлені у міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) під шифрами:

J20 Гострий бронхіт

J20.0 Гострий бронхіт, спричинений *Mycoplasma pneumoniae*

J20.1 Гострий бронхіт, спричинений *Haemophilus influenzae* (паличкою Пфайффера)

J20.2 Гострий бронхіт, спричинений стрептококом

J20.3 Гострий бронхіт, спричинений вірусом Коксаки

J20.4 Гострий бронхіт, спричинений вірусом парагрипу

J20.5 Гострий бронхіт, спричинений респіраторно-синцитіальним вірусом

J20.6 Гострий бронхіт, спричинений риновірусом

J20.7 Гострий бронхіт, спричинений еховірусом

J20.8 Гострий бронхіт, спричинений іншими уточненими агентами

J20.9 Гострий бронхіт, неуточнений

J21 Гострий бронхіоліт

J21.0 Гострий бронхіоліт, спричинений респіраторно-синцитіальним вірусом

J21.8 Гострий бронхіоліт, спричинений іншими уточненими агентами

J21.9 Гострий бронхіоліт, неуточнений

J22 Рецидивуючий бронхіт

Етіологія бронхітів у дітей

Збудники	Гострий простий бронхіт	Гострий обструктивний бронхіт	Гострий бронхіоліт	Рецидивуючий бронхіт
Віруси	Респіраторно-синцитіальний, парагрипу 3-го типу, цитомегаловірус, риновірус, грипу, аденовірус, кір, Коксаки вірус, еховірус	Парагрипу 3-го типу, респіраторно-синцитіальний, цитомегаловірус, аденовірус	Респіраторно-синцитіальний, парагрипу 3-го типу, цитомегаловірус, аденовірус	Респіраторно-синцитіальний, парагрипу 3-го типу, аденовірус
Бактерії	Гемофільна паличка, пневмокок, стафілокок, стрептокок, грам (-) мікроби	-	-	Гемофільна паличка, пневмокок
Інші	Мікоплазми	Мікоплазми, хламідії	Мікоплазми, хламідії	Мікоплазми

Роль спадковості простежується при розвитку бронхообструктивного синдрому, що полягає у наявності спадкової схильності до atopії та гіпер реактивності бронхів.

Етіологічним фактором частіше є віруси і рідше – бактерії.

Фактори, що сприяють розвитку: гострого простого бронхіту (ГПБ) – охолодження або різке перегрівання, забруднене повітря, пасивне паління; **гострого обструктивного**

бронхіту (ГОВ) – наявність гіперплазії залозистої тканини, секреція переважно в'язкої мокроти, відносна звуженість дихальних шляхів, менший об'єм гладких м'язів, низька колатеральна вентиляція, недостатність місцевого імунітету, особливості будови діафрагми; **гострого бронхіоліту** – хронічні розлади харчування, штучне вигодування; **рецидивуючого бронхіту (РБ)** – ранній та дошкільний вік, аномалії конституції, «перинатальна» патологія, хронічні осередки інфекції, екзогенний вплив забруднення атмосфери, кліматичні особливості, пасивне паління, незадовільні житлово-побутові умови, генетичні фактори, особливості імунологічної реактивності бронхів, вторинні міліарні дискінезії при дефіцитних станах, гіпотрофіях, рахіті, анеміях, дисплазії сполучної тканини. Також РБ виникає на фоні: аспіраційного синдрому, інородних тіл в дихальних шляхах, спадкових захворюваннях (муковісцидоз, дефіцит альфа1-антитрипсину, мукополісахаридози, спадкових імунодефіцитних станів, аномаліях розвитку бронхолегеневої та судинної систем.

У патогенезі ГПБ віруси, що мають тропізм до епітелію дихальних шляхів, розмножуючись, ушкоджують його, пригнічують бар'єрні властивості стінки бронхів та сприяють умовам для розвитку запального процесу бактеріальної етіології. Крім того, респіраторні віруси можуть ушкоджувати нервові ганглії, тим самим порушуючи нервову регуляцію бронхіального дерева та його трофіку.

У патогенезі ГОВ виділяють основні механізми обструктивного синдрому: 1) набряк (потовщення) слизової оболонки бронхів; 2) гіперсекреція та скопичення слизу в просвіті бронхів; 3) скорочення бронхіальних м'язів (бронхоспазм); 4) компресія (здавлення зовні) бронхів.

Для патогенезу гострого бронхіоліту характерно десквамація епітелія бронхів мілкового калібру та бронхіол, який заміщується клітинами росткового шару без війок. Перибронхіальний простір інфільтрується лімфоцитами, виражений набряк підслизової оболонки та адвентиції. Злущений епітелій, волокна фібрину, слиз формують тверді пробки у бронхах та бронхіолах, що призводить до часткової та повної обтюраторії. Ступінь обструкції, наявність або відсутність колатеральної вентиляції зумовлюють розвиток колапсу або гіперінфляції ділянок легень, вираженість дихальної недостатності. Так як діаметр мілких бронхів на вдосі більше, ніж на видосі, клінічно у хворого утруднений видих. Внаслідок розвитку двухстороннього та дифузного ураження бронхіол з'являється дихальна недостатність. Гіперкапія виникає при тахіпноє більш 70 у хвилину. Гіпоксемія призводить до легеневої гіпертензії та іншим розладам гемодинаміки. Вздуття легень пояснюють як компенсаторною гіпервентиляцією неуражених ділянок, так і підвищенням повітряності уражених ділянок із-за клапанного

механізма.

Патогенез РБ. Повторні змішані інфекції та екзогенні впливи, дефіцити мікронутрієнтів приводять до вторинної мукоцільярної дискінезії та повільному очищенню бронхів від інфекційних агентів. В момент загострення виявляються різні варіанти дисімуноглобулінемій – низький рівень Ig G, A, низькі титри гуморальних антитіл до тих збудників, що викликали загострення.

Клініка гострого простого бронхіту

Клінічним ознакам ГПБ передують підвищення температури тіла, цефалгії, слабкість, ринит, фарингіт, іноді ларингіт, трахеїт, кон'юктивіт. Основним симптомом ГПБ є кашель, спочатку сухий, а потім (на 4 – 8 день захворювання) більш м'який, вологий. Іноді діти скаржаться на дискомфорт або біль внизу грудної клітини, що підсилюється при кашлі. Біль при кашлі за грудиною буває при трахеобронхіті.

Аускультативні дані варіабельні: сухі, а потім вологі середньопухирчасті хрипи на видосі та на початку вдиху, жорстке дихання. Хрипи частіше розсіяні, симетричні, різко зменшуються або зникають після кашля. Перкуторно – ясний легеневий звук. ДН при ГПБ частіше немає, або вона тільки I ступеня. Зміни в периферичній крові відповідають характеру вірусної інфекції. Рентгенологічно знаходять симетричне підсилення легеневого малюнка в прикореневих та нижньомедіальних зонах. До кінця першого тижня хвороби кашель стає вологим, знижується температура тіла. Тривало (3 тижні та більше) кашель тримається при мікоплазменій, аденовірусній та респіраторно-синцитіальній інфекціях. Якщо бронхіт триває більше 3 тижнів – це затяжний перебіг бронхіту, який треба диференціювати з іншими бронхолегеновими захворюваннями.

Клініка гострого обструктивного бронхіту

Клінічна картина на початку захворювання визначається симптомами респіраторної інфекції – підвищення температури, катаральні зміни верхніх дихальних шляхів, порушення загального стану дитини. Ознаки експіраторної задишки можуть з'явитися як у перший день захворювання, так на 3 – 5 день. Поступово збільшується частота дихання та тривалість видиху. Дихання стає шумним та свистячим. Аускультативно – жорстке дихання, сухі свистячі та жужжачі хрипи над усією поверхнею грудної клітини, іноді – вологі середньопухирчасті хрипи. При наявності задишки можлива участь допоміжної мускулатури в акті дихання – втягнення межреберних м'язів, епігастрія, надключичних ямок, напруження (роздування) крил носа та периоральний ціаноз, блідість шкірних покривів. При фізикальному обстеженні визначають ознаки здуття легень: звуження меж відносної серцевої тупості, коробковий відінок перкуторного звуку. Зміни в периферичній

крові відповідають характеру вірусної інфекції. Рентгенологічно – двухстороннє підсилення легеневого малюнка та розширення коренів легень, низьке стояння сплюснених куполів діафрагми, підвищення прозорості легневих полів, горизонтальне положення ребер. Тривалість захворювання 7 – 12 днів.

Клініка гострого бронхіоліту

У більшості випадків перед клінікою бронхіту передують помірно вираженні явища риниту, назофарингіту. Раптово, або поступово (на 2 – 4 дні захворювання) стан погіршується, дитина стає в'ялою з періодами роздратованості, у неї знижується апетит, з'являється на початку нав'язливий, сухий, а потім – вологий, кашель із задишкою (до 60-80 за хвилину) та затрудненим диханням, втягуванням поступливих місць грудної клітини, напруженням крил носа та грудинно-ключично-сосцевидних м'язів, блідістю, периоральним та генералізованим ціанозом, тахікардією. Грудна клітина розширена в передньо-задньому розмірі, перкуторний звук над нею з коробковим відтінком. Діафрагма опущена, тому печінка та селезінка пальпірується на декілька сантиметрів нижче. Аускультативно: дрібно пухирчасті та крепітуючі хрипи на вдосі та на початку видиху, свистячі сухі хрипи на видосі. Можуть з'являтися епізоди апное. Температура тла частіше висока, але буває і субфебрильною або нормальною. Тяжкість стану дитини визначається ступенем дихальної недостатності. При аналізі крові кількість лейкоцитів або нормальна, або помірно знижена, прискорена ШОЕ. При рентгенологічному обстеженні відмічають підвищену прозорість легневих полів, особливо на периферії, низьке стояння діафрагми, невеликі ділянки зниження прозорості легеневої тканини, але зливні інфільтративні тіні відсутні. Тривалість захворювання 2 – 3 тижні.

Клініка рецидивуючого бронхіту

Діагностичні критерії рецидивуючого бронхіту складаються із симптомів гострого (простого) бронхіту, які повторюються 3 і більше разів на рік. Для клінічної картини РБ характерно:

1. Тривалий перебіг загострення (3-4 тижні та довше).
2. Помірне підвищення температури тіла, але частіше протягом 2-4 днів. Може бути тривалий субфебрилитет.
3. Тривалий (3-4 тиж) кашель, який домінує в клінічній картині і має самий різноманітний характер (сухий, частіше вологий) грубий. Харкотиння має слизистий або слизисто-гнійний характер.
4. В період рецидиву загальний стан дитини порушений мало. Немає ознак дихальної недостатності.
5. Перкуторний тон над легеньми не змінений.

6. Аускультативно вислуховується жорстке дихання. Відмічаються сухі або вологі малозвучні середньо- та великопухирчасті хрипи. Хрипи розсіяні, міняються за характером і локалізацією, менш тривалі ніж кашель.
7. На рентгенограмі грудної клітки спостерігається посилення легеневого малюнку, розширення коренів легень, яке зберігається навіть в період ремісії.

Приклади клінічних діагнозів

1. Гострий простий бронхіт.
2. Гострий обструктивний бронхіт, ДН I ст.
3. Гострий бронхіолі, ДН II ст.
4. Рецидивуючий бронхіт, стадія загострення (ремісії), середньо-тяжкий (тяжкий перебіг).

Диференційний діагноз

При **пневмонії** - порушення загального стану, підвищення температури, прояви інтоксикації та ДН, змішана задишка, локальне вкорочення перкуторного тону, аускультативно: жорстке дихання, локалізовані звучні вологі дрібнопухирцеві та крепітуючі хрипи, локалізоване послаблене дихання; в ЗАК: прискорення ШОЄ, лейкоцитоз, нейтрофіліоз; на рентгенограмі - очагові, зливні інфільтративні тіні.

Інородне тіло дихальних шляхів - раптова клініка «бітонального» кашлю, ДН без ознак вірусної інфекції, покращення стану при переміщенні положення тіла. Змішана задишка. Перкуторно - ясний легеневий звук або його притуплення. Аускультативно - жорстке дихання, може бути локалізоване послаблення. В ЗАК – без патологічних змін або прискорення ШОЄ, нормальний вміст лейкоцитів, лейкоцитоз. Візуалізація рентгенконтрастного інородного тіла при рентгенологічному дослідженні.

При **бронхіальній астмі** - atopічна схильність в анамнезі. Порушення загального стану. Типове положення тіла при приступі ядухи. Наявність ДН. Експіраторна задишка. Клініка астматичного статусу. Коробковий перкуторний звук. Аускультативно - жорстке дихання, видих подовжений, багато сухих свистячих хрипів. Відсутність аускультативної картини при тяжкому астматичному статусі. В ЗАК - без патологічних змін або еозинофілія. На рентгенограмі органів грудної клітини - розрідження легеневого малюнку та згущення в медіальних відділах.

Принципи лікування

Лікування гострого простого бронхіту:

Госпіталізація при підозрі на ускладнення.

Дієта повноцінна, відповідно до віку дитини, збагачена вітамінами, висококалорійна. В стаціонарах за основу береться стіл №5.

Симптоматичне лікування включає:

- о Відхаркувальні та муколітичні препарати синтетичного та рослинного походження(проспан, флюдитек, гербіон, геделікс N-ацетилцистеїн, бромгексин, лазолван, мукалтин, амброгексал, пертусін, корінь солодки, корінь алтею, лист подорожника, калія йодід, та ін.) Препарати застосовуються ентерально та в інгаляціях.
- о Протикашльові препарати призначаються тільки при нав'язливому, малопродуктивному, сухому кашлі - з метою пригнічення кашлю.Застосовують (глауцин, лібексін, тусупрекс, бутамірат, бронхолітін).
- о Антигістамінні препарати (кларітін, тайлед, семпрекс) показані дітям з алергічними проявами.
- о Полівітаміни (ревіт, оліговіт, пікавіт та ін.) призначають в дозах, що перевищують фізіологічні потреби.
- о При гіпертермії – жарознижуючі (парацетамол, ібуфен).

Вібраційний масаж разом з постуральним дренажем – ефективний при продуктивному кашлі

В умовах стаціонару із фізіотерапевтичних процедур ефективні: УВЧ-терапія, мікрохвильова терапія, діадінамічні та синусоїдальні моделювальні токи, різноманітні варіанти електрофорезу.(KI, CaCL₂, MgSO₄).

Етіологічна терапія призначається з урахуванням, що в 90-92% випадків причиною гострого бронхіту є вірусна інфекція, тому сучасне етіотропне лікування повинне використовувати специфічну противірусну терапію та мінімізувати використання антибіотиків.

Противірусні препарати ефективні в перші дві-три доби захворювання. Застосовують: ремантадін, арбидол-ленс, аміксін, ребетол, інтерферони, ДНК-ази та ін.

Згідно рекомендацій В.К.Таточенко та співавторів (2000), показаннями до призначення антибіотиків при гострому бронхіті може бути:

1. Діти перших 6-ти місяців життя;
2. Важкий перебіг бронхіту (нейротоксикоз та ін.);

3. Наявність обтяжливого преморбідного фону (пологова травма, недоношеність, гіпотрофія та ін.);
4. Наявність активних хронічних вогнищ інфекцій (тонзиліт, отит та ін.);
5. Підозра на нашарування бактеріальної інфекції:
 - Лихоманка з температурою тіла вище 39 С;
 - В'ялість, відмова від їжі;
 - Виражені симптоми інтоксикації;
 - Наявність задишки;
 - Асиметрія хрипів;
 - Лейкоцитоз, прискорена ШЗЕ

Оскільки при гострому захворюванні відсутні дані про збудника у конкретного хворого, вибір препарату базується на рекомендаціях емпіричної стартової терапії з урахуванням вірогідної етіології хвороби та чутливості вірогідного збудника в даному регіоні.

Про правильний вибір антибіотика вказує швидке настання ефекту лікування.

Застосовують препарати:

- цефалоспоринового ряду (цефалексін; цефадріксіл; цефазолін; цефаклор; цефотаксім; цефтріаксон);
- захищені пеніциліни (аугментін; амоксиклав)
- макроліди (азітроміцин)

На етапі реабілітаційних заходів показані дихальна гімнастика, масаж, фітотерапія (мати-й-мачуха, подорожник, солодка, алтей лікарський, айр, термліпсіс, чабрець та ін.).

Лікування гострого обструктивного бронхіту:

1. Госпіталізація.
2. Дієта гіпоалергенна, повноцінна, відповідно до віку дитини.
3. Спазмолітики ентерально або парентерально (но-шпа, папаверин), інгаляційно (суміш Домбровської, Євдощенко).
4. Бронхолітики: бронхоадrenomіметики (алупент, сальбутамол, фенотерол), теофіліни (еуфілін).
5. Муколітики та відхаркувальні препарати рослинного та синтетичного походження (ацетилцистеїн, лазолван, бромгексин, проспан, трипсін, та ін).
6. Вібраційний масаж та постуральний дренаж.
7. Фізіотерапевтичні процедури : електрофорез з еуфіліном, MgSO₄
8. Фітотерапія із застосуванням гіпоалергенних рослин (солодка, м'ята, чабрець, багульник).

9. На етапах реабілітації лікувальна дихальна гімнастика, спелеотерапія, заготовування, санаторнокурортне лікування (Південне узбережжя Криму).
10. Диспансерний нагляд у алерголога.

Невідкладна допомога має бути при обструкції, що супроводжується:

- Збільшенням дихання до 70 за хв. та вище.
- Неспокоем дитини, змінами положення тіла в пошуку найбільш на видосі напруженням межреберних м'язів.
- Поява утрудненого видоха із втягінням м'язів грудної клітки.
- Центральний ціаноз.
- Зниження PO_2 .
- Підвищення PCO_2 .

При цьому необхідне постачання кисню через носові катетери, введення бета-агоністів в аерозолі. Можна ввести глюкокортикоїди (дексаметазон 0,6 мг/ кг із розрахунку 1-1,2мг/кг/добу або преднізолон 6 мг /кг із розрахунку 10-12 мг/кг/добу).

Про ефективність лікування свідчить зменшення частоти дихання на 15 та більше за хвилину, зменшення експіраторних шумів.

Показанням до переводу на ШВЛ є:

- Послаблення дихальних шумів на вдосі;
- Збереження ціанозу при вдиханні 40% кисні;
- Зниженні больової реакції на подразнення;
- Зниження PaO_2 нижче 60 мм рт. ст.;
- Підвищення $PaCO_2$ вище 55 мм рт. ст.

Лікування гострого бронхіоліту:

1. Госпіталізація.
2. Дієта повноцінна, відповідно до віку дитини, збагачена вітамінами, висококалорійна. В стаціонарі – дієта №5.
3. Санація верхніх дихальних шляхів
 - електровідсмоктувач
 - дренажі: постуральний, вібраційний
4. Оксигенотерапія зволеним киснем (40%), кожні 2 години, або 2-3 рази на добу, залежно від стану дитини.
5. Муколітичні та відхаркувальні препарати синтетичного та рослинного походження
 - ентально (проспан, бромгексін, лазолван, натрія, калія йодид, гербіон та ін).

Інгаляційно (натріябікарбонат, ацетилцистеїн, евкабал, алтей).

6. Введення рідини з метою нормалізації кислотно-лужного стану крові, боротьба з інтоксикацією, шляхом застосування колоїдних та кристалоїдних розчинів.

7. Антибактеріальні препарати:

- цефалоспорины (цефазолін, цефтріаксон)

- напівсинтетичні пеніциліни (амоксцилін, аугментин, амоксиклав тощо)

8. Протівірусні препарати на початку захворювання (арбідол, інтерферони, рибавирін).

9. Кардіотонічні препарати при наявності вираженої тахікардії (строфантин, корглікони).

10. Глюкокортикоїди при вираженій дихальній недостатності (преднізолон, гідрокортизон).

11. Вібраційний масаж. Масаж грудної клітки.

12. Фізіотерапевтичні процедури: мікрохвильова терапія, різноманітні варіанти електрофорезу, УВЧ- терапія.

Лікування рецидивуючого бронхіту

На стаціонарно- поліклінічному етапі в першод загострення призначають :

1. Муколітичні та відхаркувальні препарати (лазолван, бромгексін, ацетилцистеїн, проспан, гербіон, корінь алтею, солодки та ін).
2. Антиоксиданти (вітаміни групи В, С, Е, А, унітіол). Імунокоректори (імунал, гропрінозін, рібомуніл, бронхомунал, IRS-19, пробіотики).
3. При необхідності бронходилататори (атровент, сальбутамол).
4. Респіраторнофізіотерапія: інгаляції з додаванням лікарських препаратів, вібраційний масаж та постуральний дренаж, лікувальна бронхоскопія).
5. Детоксикаційна терапія (ентеросорбенти, вітаміни, пектини).
6. Спелеотерапія в шахтах штучного мікроклімату з сухими хлорідно- натрієвими сумішами.
7. Застосування лазерної акупунктури на біологічно активні точки, які пов'язані із системою дихання та імунітету, а також гідролазерний душ.

На етапах реабілітації застосовують методи загартовування, призначення мембраностабілізаторів, антиоксидантів, детоксикантів, еубіотиків, препаратів, що стимулюють функцію кори наднирників та адаптаційно-захисних функцій організму лікувальну дихальну гімнастику, кінезотерапія, лікування в місцевих пульмонологічних

санаторіях та на південному узбережжі Криму.

Диспансерне спостереження при РБ у дітей – участковий педіатр оглядає 1 раз в 2 – 3 міс, оториноларинголог та стоматолог – 2 рази на рік.

Критерії ефективності лікування

- Нормалізація загального стану, зменшення частоти та покращення характеру кашлю.
- Відсутність інтоксикації та ДН.
- Нормалізація перкуторних та аускультативних даних.
- Нормалізація показників ЗАК.

Профілактика гострих бронхітів у дітей

1. Загартування.
2. Раціональне харчування.
3. Дотримання здорового образу життя батьками з метою виключення пасивного паління.
4. Своєчасна санація хронічних осередків інфекції.
5. Виключення переохолодження або перегрівання.

Одужання – зворотній розвиток усієї клінічної симптоматики, нормалізація лабораторних показників, відсутність ускладнень.

Частота формування рецидивуючого бронхіту у дітей до 3-х років – 2,3%, дошкільного віку – 7,1%, дітей шкільного віку – у 2,5%.

Прогноз – сприятливий, одужання. При гострих бронхітах можливе формування рецидивуючого бронхіту, а при рецидивуючому бронхіті – бронхіальної астми або хронічного бронхіту.

Матеріали для самоконтролю:

Тестові завдання.

В-І

- 1 Для рентгенологічної карти при обструктивному бронхіті характерно:
 - А Наявність вогнищної інфільтративної тіні
 - В Рівень рідини в плевральній порожнині
 - С Збільшення легеневого малюнка, емфізема легень
- 2 При обструктивному бронхіті виникає дихальна недостатність
 - А Вентиляційна
 - В Паренхіматозна
 - С Змішана
- 3 Для бронхіту вірусної етіології характерно:
 - А Дистрофія епітелію бронхів, його відторгнення

- В Гнійний ексудат
 - С Деформація стінок бронхів
- 4 Для гострого бронхіту не характерно:
- А Ясний легeneвий звук
 - В Жорстке дихання
 - С Сухі хрипи
 - Д Дихання над легеньми не проводиться
- 5 Для обструктивного бронхіту у дітей характерно:
- А Сухий кашель
 - В Свистячі, різнокаліберні вологі хрипи
 - С Коробчастий звук над легеньми
 - Д Гіперемія шкіри
- 6 Найбільш часто бронхіоліт виникає у віці
- А 1-3 місяці
 - В 3-5 років
 - С 10-12 місяців
- 7 Важкість дихальної недостатності найбільш виражена при:
- А При гострому риніті
 - В Бронхіоліті
 - С Отиті
- 8 Для інфекційного БОС не характерно:
- А Контакт з хворими ГРВІ
 - В Еозинофілія
 - С Підвищення температури тіла
 - Д Захворів в перше
- 9 Який показник дає можливість напевне говорити про ступінь дихальної недостатності:
- А Гематокрит
 - В ШОЕ
 - С Креатинфосфокіназа
 - Д Парціальний тиск кисню
- 10 Дитині 8 місяців. Захворіла гостро із підвищення температури до 37,8С, покашлювання. На 3 день кашель посилюється, приєдналася задишка, перкуторно над легеньми тимпанічний звук, аускультативно з обох сторін велика кількість дрібноміхурчатих вологих та свистячих хрипів на видосі. Ваш попередній діагноз?
- А. ГРВІ, обструктивний бронхіт

- В.ГРВІ, бронхопневмонія.
- С.ГРВІ, гострий бронхіт.
- Д.ГРВІ, гострий бронхіоліт.
- Е.ГРВІ, вогнищева пневмонія.

- 11 У дівчинки 2,5 років спостерігаються симптоми бронхіту 4-5 разів на рік переважно на тлі гострих респіраторних захворювань. В дитини мають місце аденоїдні вегетації II ст. З метою профілактики гострих респіраторних захворювань в першу чергу доцільно призначити:
- А.Санація хронічного осередку інфекції.
 - В.Імуномодулятори.
 - С.Антибактеріальні препарати в осіннє-весінній періоди.
 - Д.Закалювання дитини.
 - Е.Антигістамінні препарати.
- 12 Дитина 5 років хворіє другий день. Спостерігається незначне недомогання, підвищення t до $37,3^{\circ} \text{C}$, зниження апетиту, кашель частий, вологий, значні виділення з носа. Діагностовано ГРВІ, бронхіт. Який вид лікування найбільш вірний?
- А.Сульфаніламід
 - В.Цефалоспорини
 - С.Муколітики
 - Д.Аміноглікозиди
 - Е.Антигістамінні
- 13 Дитина 2 міс захворіла гостро з ліхоманки до $37,7^{\circ} \text{C}$, потім з'явилась задишка, сухий кашель, свистячий шум на видосі. Шкіра бліда, ціаноз носо-губного трикутника, втяження міжребріїв, ЧД 80 за 1 хв. Над легеньми - коробковий відтінок легеневого звуку, при аускультатії на тлі ослабленого дихання з подовженим видихом багато дрібноміхурцевих хрипів з обох боків. Яким вірусом може бути обумовлено захворювання дитини?
- А.Ентеровіруси
 - В.гріпу
 - С.ріновірус
 - Д.респіраторно-сенцитіальний вірус
 - Е.Ротовірус
- 14 Дитина 3-х років оглядається лікарем на приймальному покої. Спостерігається сухий частий кашель, стридорозне дихання, поклик до блювоти, ціаноз шкіри після гри з "мозаїкою". Що має запідозрити лікар в першу чергу?

А.Аспірацію стороннього тіла.

В.Гострий ларинготрахеїт.

С.Гострий ларингіт.

Д.Гостру пневмонію.

Е.Кашлюк.

- 15 Хворий 2-х років, скаржиться на сухий приступоподібний кашель, задишку змішаного характеру, підвищення температури до 38 °С. Перкуторно - над легеньми коробковий звук, аускультативно - жорстке дихання, сухі свистячі та вологі середньо міхурцеві хрипи. В гемограмі - помірна лейкопенія. Ваш діагноз?

А.Гострий бронхіт

В.Обструктивний бронхіт

С.Рецидивуючий бронхіт

Д.Бронхіоліт

Е.Бронхіальна астма

- 16 У 3-місячної дитини на фоні субфебрильної температури тіла і риніту спостерігається блідість, ціаноз носо-губного трикутника, виражена задишка експіраторного характеру, здута грудна клітка, сухий кашель, участь допоміжної мускулатури в диханні. Перкуторно над легеньми коробковий звук, при аускультатії - на фоні подовженого видиху - розсіяні сухі та дрібні міхурцеві вологі хрипи з обох боків. У крові: НЬ - 112 г/л, Ер - $3,2 \times 10^{12}/л$, Л - $15,4 \times 10^9/л$, лімф.- 72 %. Який попередній діагноз?

А.Двостороння пневмонія

В.Гострий (простий) бронхіт

С.Гострий бронхіоліт

Д.Бронхіальна астма, період загострення

Е.Гострий обструктивний бронхіт

В-ІІ

- 17 Дитині 4 місяців. Захворіла гостро із підвищення температури до 37,8 °С, покашлювання. На 3 день кашель посилюється, приєдналася задишка, перкуторно - над легеньми тимпанічний звук, аускультативно - з обох сторін велика кількість дрібнопухирчастих вологих та свистячих хрипів на видиху. Ваш попередній діагноз?

А.ГРВІ, бронхопневмонія

В.ГРВІ, гострий бронхіоліт

С.ГРВІ, гострий бронхіт

Д.ГРВІ, обструктивний бронхіт

Е.ГРВІ, вогнищева пневмонія

- 18 Дитині 2 роки. Захворіла вперше. Хворіє другий день, t - $37,4^{\circ}\text{C}$. Сухий кашель, ЧД - 60/хв., експіраторна задуха. Над легеньми коробковий перкутований звук. Аускультативно - жорстке дихання, розсіяні сухі свистячі хрипи. Який діагноз?
- А.Бронхіоліт
 - В.Природжений стридор
 - С.Гострий бронхіт
 - Д.Пневмонія
 - Е.Гострий обструктивний бронхіт
- 19 Хлопчик 3-х місяців потрапив у клініку на 4-й день захворювання в тяжкому стані. Температура тіла - $38,5^{\circ}\text{C}$, ЧСС - 138/хв. При клініко- рентгенологічному обстеженні встановлено діагноз гострого бронхіоліту. Чим найбільш імовірно обумовлена тяжкість стану дитини?
- А.Серцевою недостатністю
 - В.Інтотоксикацією
 - С.Гіпертермією
 - Д.Нейротоксикозом
 - Е.Обструкцією дихальних шляхів
- 20 У однорічної дитини, що пере несла ГРВІ, на 2 день захворювання в нічний час раптово з'явилося гучне дихання з утрудненим вдихом, втягненням міжребер'їв, "гавкаючий" кашель. Який найбільш імовірний діагноз?
- А.Гострий бронхіт
 - В.Гостре запалення легень
 - С.Бронхіальна астма
 - Д.Стенозуючий ларинготрахеобронхіт
 - Е.Гострий бронхіоліт
- 21 У дитини 1,5 років спостерігається частий, нав'язливий кашель. Хворіє ГРВІ 5 днів. В анамнезі - ексудативно-алергічний діатез. Об'єктивно: дихання прискорене, з подовженим видихом, дистанційні хрипи. У легнях перкуторно легеневий звук з коробковим відтінком, жорстке дихання, сухі свистячі і різнокаліберні вологі хрипи над усією поверхнею. На рентгенограмі ОГК: підвищена прозорість легеневої тканини з посиленням судинного малюнка. Який найбільш імовірний діагноз у даної дитини?
- А.Гострий бронхіт
 - В.Обструктивний бронхіт
 - С.Напад бронхіальної астми
 - Д.Гостра пневмонія

Е.Рецидивуючий бронхіт

- 22 Дівчинка віком 1 р. 3 міс. знаходиться у стаціонарі для з'ясування причини періодичних нападів клоніко- тонічних судом та частих ГРВІ. Народилася в належний термін. Проведене лікування вітаміном В. В пологовому будинку було проведено вакцинацію БЦЖ - шкірного знака немає. Вакцинація кору супроводжувалась енцефалітичною реакцією. Вкажіть діагноз:
- А.Аплазія вилочної залози (синдром Ді-Джорджі)
 - В.Гіпопаратиреоз
 - С.Менінгоенцефаліт
 - Д.Спазмофілія
 - Е.Агаммаглобулінемія, зчеплена з Х-хромосомою (хвороба Брутона)
- 23 У дитини віком 3 роки з'явилися кашель та нежить. У сім'ї двоє інших членів мали такі ж симптоми. На третю добу від початку захворювання кашель посилювався, став сухим, нав'язливим; підвищилася і до 37,8 °С. Об'єктивно дихання з участю допоміжних м'язів, при перкусії з обох боків легеневиий звук з коробковим відтінком, дихання жорстке, видих подовжений, розсіяні середньо- і крупнопухирцеві вологі і подекуди сухі свистячі хрипи. Який діагноз найбільш вірогідний у хворого?
- А.Двостороння бронхопневмонія
 - В.Гострий бронхіоліт
 - С.Стенозуючий ларинготрахеїт
 - Д.Бронхіальна астма
 - Е.Гострий обструктивний бронхіт
- 24 У дитини 5 місяців захворювання почалося гостро з підвищення температури тіла до 38 °С, кашлю, задишки, зниження апетиту. Об'єктивнo: виражена задишка експіраторного типу, ЧД - 48 /хв, частий малопродуктивний кашель, дистанційні хрипи. Над легенями при перкусії коробковий звук, в задньонижніх відділах помірно послаблене, розсіяні сухі свистячі хрипи, велика кількість незв'язних середньо- і дрібноміхурцевих вологих хрипів. Який діагноз найбільш вірогідний у хворого?
- А.Гострий бронхіоліт
 - В.Гострий обструктивний бронхіт
 - С.Гостра бронхопневмонія
 - Д.Гострий бронхіт
 - Е.Бронхіальна астма
- 25 Дитині 3 місяці. Захворіла гостро із підвищення температури до 37,8 °С, покашлювання. На 3 день кашель посилювався, приєдналася задишка, перкуторно над

легенями тимпанічний звук, аускультативно - з обох сторін велика кількість дрібноміхурцевих вологих та свистячих хрипів на видиху. Ваш попередній діагноз?

- А.ГРВІ, бронхіоліт
- В.ГРВІ, бронхопневмонія
- С.ГРВІ, бронхіт
- Д.ГРВІ, бронхіт з астматичним компонентом
- Е.ГРВІ, вогнищева пневмонія

26 У хлопчика 2-х років субфебрильна температура, легкий нежить, кашель сухий, впертий, але без репризів, тривалий, нападоподібний, часте дихання з утрудненим видихом. Дихання жорстке, вислуховуються розсіяні сухі, свистячі хрипи. На рентгенограмі легенів - підвищена прозорість. У крові лейкопенія. Який діагноз найбільш імовірний?

- А.Кашлюк
- В.Обструктивний бронхіт
- С.Пневмонія
- Д.Гострий бронхіт
- Е.Бронхіоліт

27 Дитина віком 8 місяців надійшла до лікарні зі скаргами на непродуктивний, інтенсивний кашель протягом 2-х діб, свистяче дихання, під вищення температури тіла до 37,8 °С. Об'єктивно: периоральний ціаноз; діж коподібна грудна клітина; аускультативно: маса різнокаліберних хрипів; діагностовано обструктивний бронхіт. Яка терапія буде базовою?

- А.Антибіотики
- В.ГКС
- С.Бронхолітики
- Д.Муколітики
- Е.Ферменти

28 У здорової 3-місячної дитини 2 доби тому з'явилися нежить та кашель. У старшої сестри теж такі симптоми. Три години назад кашель посилюється, дихання важке, виражена дихальна недостатність. Аускультативно над легенями багато вологих дрібно- міхурцевих хрипів з обох боків. Який найбільш імовірний діагноз?

- А.Гострий обструктивний бронхіт
- В.Гострий простий бронхіт
- С.Гострий бронхіоліт
- Д.Пневмонія
- Е.Муковісцидоз

- 29 У дитини 1,5 років на тлі ГРВІ вперше з'явилася задишка з подовженим, свистячим видихом. Бліда, задишка експіраторного характеру. Над легеньми звук з коробковим відтінком. При аускультатії - подовжений видих, сухі свистячі хрипи на видиху. Рентгенологічно: ознаки бронхіальної обструкції. Ваш попередній діагноз?
- А.Гостра пневмонія
 - В.Бронхіальна астма
 - С.Бронхіоліт
 - Д.Обструктивний бронхіт
 - Е.Гострий бронхіт
- 30 Дитині 2 роки. Захворіла вперше. Хворіє другий день: 1 - 37,4 °С, сухий кашель, ЧД - 30/хв. Над легеньми і ясний перкуторний звук. Аускультативно - жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи. На рентгенограмі посилення і легеневого малюнка. Який діагноз імовірний?
- А.Обструктивний бронхіт
 - В.Гострий (простий) бронхіт
 - С.Природжений стридор
 - Д.Пневмонія
 - Е.Бронхіоліт
- 31 У хлопчика 1 року на третій день захворювання (температура 37,6 °С, нежить), приєдналися сухий частий кашель, експіраторна задишка. При об'єктивному обстеженні над легеньми спостерігається коробковий відтінок перкуторного звуку, при аускультатії - велика кількість сухих свистячих та середньоміхурцевих хрипів. Найбільш імовірний діагноз:
- А.Ларинготрахеїт
 - В.Гострий простий бронхіт
 - С.Пневмонія
 - Д.Бронхіоліт
 - Е.Гострий обструктивний бронхіт
- 32 У хлопчика 1 року на третій день захворювання (температура 37,6 °С, нежить), приєдналися сухий частий кашель, експіраторна задишка. При об'єктивному обстеженні над легеньми спостерігається коробковий відтінок перкуторного звуку, при аускультатії - велика кількість сухих свистячих та середньоміхурцевих хрипів. Найбільш імовірний діагноз:
- А.Ларинготрахеїт
 - В.Гострий простий бронхіт

С.Пневмонія

Д.Бронхіоліт

Е.Гострий обструктивний бронхіт

33 У дитини 5 місяців захворювання почалось гостро з підвищення температури тіла до 38°C , кашлю, задишки, зниження апетиту. Об'єктивно: виражена задишка експіраторного типу, ЧД 48 за хвилину, частий малопродуктивний кашель, дистанційні хрипи. Над легеньми при перкусії коробковий звук, в задньонижніх відділах помірно послаблене, розсіяні сухі свистячі хрипи, велика кількість незв'язних середньо- і дрібнобульбашкових вологих хрипів. Який діагноз найбільш вірогідний у хворого?

А Гострий обструктивний бронхіт

В Гострий бронхіоліт

С Гостра бронхопневмонія

Д Гострий бронхіт

Е Бронхіальна астма

ЗАДАЧІ

1. У дитини 1,5 року піднялася температура до 38°C , насморк, сухий кашель, задишка. Дихання з участю допоміжної мускулатури, періоральний ціаноз. Захворів напередодні після контакту з хворим батьком. Об'єктивно: гіперемія слизової горла, перкуторно – тимпаніт над всією поверхнею легень, дихання бронхіальне, розсіяні вологі середньопухирчасті та сухі хрипи. ЧСС 120/хв., тони серця приглушені. Гемограма: Ер 3.2 на $10^{12}/\text{л}$, Нв 110 г/л, Лей 8,2 на $10^9/\text{л}$, е 2%, п 8%, с 34%, лімф 44%, мон 12%, ШОЕ 18 мм/год.

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.

2. Дитині 2 роки, хворіє на ГРВІ. На 3 добу захворювання вперше в житті виникла дихавиця, утруднений видих, хрипи чути на відстані. Об'єктивно: стан середньо-важкий. Періоральний ціаноз. Помірні катаральні прояви. ЧД – 48/хв.. Грудна клітина здута, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи. Перкуторно – звук з коробковим відтінком. Аускультативно – дихання жорстке, з великою кількістю сухих хрипів, видих подовжений.

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.

3. Хлопчик 5 місяців захворів гостро, температура $38,7^{\circ}\text{C}$, кашель, кволість. Чд 50/хв, утруднений видих. Перкуторний звук коробковий, аускультативно: жорстке дихання, сухі свистячі хрипи та вологі дрібноміхурцеві хрипи білатерально. Межі серця не розширені,

тони глухі, чсс 140/хв.

Ваш попередній діагноз?

Який план обстеження?

Лікування та профілактика.

Виписати рецепти на лікарські препарати: Еуфілін (р-н для внутрішньовенного введення), сальбутамол (вентолін) в таб. та інг., натрія оксидутират (ГОМК), парацетамол, ібупрофен (ібуфен), лірична суміш р-н, лаферон, віферон, анаферон, арбідол, бронхомунал-П, афлубін, амброксола гідро хлорид (лазолван, флавамед), мукалтин, преднізолон.

В зошиті відповісти на запитання

1. Етіологія та патогенетичні механізми гострих бронхітів та рецидивуючого бронхіту.
2. Класифікація бронхітів.
3. Характеристика типової клінічної картини слідуючих форм бронхітів: гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючого бронхіту.
4. Скласти план обстеження дітей з гострим бронхітом.
5. Особливості лабораторних та інструментальних обстежень при типовому перебігу гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту, рецидивуючого бронхіту.
6. Основні принципи лікування і реабілітації і профілактики бронхітів у дітей.
7. Профілактика бронхітів у дітей.
8. Прогноз при бронхітах у дітей.
9. Невідкладна допомога при гострому обструктивному бронхіті та гострому бронхіоліті.
10. Заповнити диференціально-діагностичну таблицю при типовому перебігу різних клінічних форм гострих бронхітів у дітей: гострого простого бронхіту, гострого обструктивного бронхіту, гострого бронхіоліту та пневмонії і бронхіальній астмі.

Література.

1. Пропедевтична педіатрія / под ред. В.Г.Майданника. – Вінниця: «Нова книга», 2012. – 880 с.
2. Педіатрія /За ред.О.В. Тяжкої. - Вінниця.: Нова книга, 2008. -.С.106-128, 488-507.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. - 6-е изд., перераб. и доп. - С-Пб, 2010. Т-2,С.11-47.
4. Педиатрия; Учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III - IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр. и доп. /В.Г.Майданник. - Харьков: Фолио, 2002.-1125с.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник (5-е издание). - СПб.: Питер, 2002. - Т.1. - 832 с, Т.2. - 736 с.

Диференційний діагноз

Ознаки	Гострий простий бронхіт	Гострий обструктивний бронхіт	Гострий бронхіоліт	Пневмонія	Інородне тіло дихальних шляхів	Бронхіальна астма
Загальні						
Перкуторні						
Аускультативні						
Лабораторні (ЗАК)						
Рентгенологічні						

