

# **Острый бактериальный бронхит у детей (анализ клинического случая)**

**Республиканская научно-практическая конференция  
«Актуальные вопросы пульмонологии и аллергологии  
детского возраста» Донецк, 26.04.2022**

**Прохоров Е.В.**

# Клинический случай:

Девочка, 2 года 8 месяцев

При обращении к врачу жалобы родителей на:

- повышение  $t$  тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$  на протяжении 2-х суток,
- непродуктивный грубый кашель, насморк,
- снижение аппетита, вялость

При осмотре:

- гиперемия слизистой небных дужек и задней стенки глотки
- умеренная бледность кожных покровов
- тахикардия до 122 в минуту
- частота дыхания – 32 в минуту

# Объективно:

## Осмотр ротоглотки:

- Умеренная гиперемия слизистой небных дужек и задней стенки глотки

## Перкуторно:

- коробочный оттенок легочного звука

## Аускультативно:

- жесткое дыхание над всей поверхностью легких
- умеренное количество сухих хрипов с двух сторон

## Особенности анамнеза жизни:

- болеет ОРЗ 5 и > более раз в году
- в прошлом году по поводу острого бронхита получала – **амоксициллин 30 мг/кг/сутки, № 5**

# Общий анализ крови:

- эритроциты –  $4,7 \times 10^{12}$  Г/л
- гемоглобин – 128 г/л
- лейкоциты –  $5,2 \times 10^9$ /л
- эозинофилы – 1%
- палочкоядерные нейтрофилы – 3%
- сегментоядерные нейтрофилы – 34%
- лимфоциты – 55%
- моноциты – 7%
- СОЭ – 14 мм/ч

## Клинический диагноз?

**Острый бронхит (J20.0 – J20.9),  
неуточненный (J20.9)**

согласно современной классификации -  
острое воспаление слизистой оболочки  
bronхов без признаков поражения  
легочной ткани.

# Тактика врача

90 - 92 % острых бронхитов у детей имеют вирусную этиологию. Учитывая этиологию, антибактериальные средства при данном заболевании НЕ показаны.

Согласно современным Протоколам РФ и ДНР были назначены:

- мукорегулирующие лекарственные средства
- антипиретики (по показаниям)
- увеличение употребления жидкости на 50 % от величины физиологической суточной потребности

Результаты рандомизированных клинических исследований, включавших детей с ОРЗ, свидетельствуют о том, что **раннее назначение антибиотиков не предотвращает развитие таких осложнений, как пневмония и острое воспаление среднего уха<sup>2</sup>.**

# Динамика заболевания

## Через 3 суток (5-е сутки болезни)

после кратковременного улучшения состояние ребенка ухудшилось:

- повторное повышение  $t^0$  тела до  $39,0^{\circ}\text{C}$
- выросла вялость
- участился малопродуктивный кашель
- мокрота с .. включениями
- тахикардия – до 140 в минуту
- частота дыхания – 36-38 в минуту

# Объективно:

## Осмотр ротоглотки:

- гиперемия слизистой небных дужек и задней стенки глотки

## Перкуторно:

- коробочный оттенок легочного звука

## Аускультативно:

- дыхание жесткое над всей поверхностью легких
- разнокалиберные влажные и сухие хрипы с двух сторон грудной клетки, меняющие локализацию после кашля



# Общий анализ крови:

- эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}/л$
- гемоглобин – 112 г/л
- лейкоциты –  $15,9 \times 10^9/л$
- эозинофилы – 2%
- палочкоядерные нейтрофилы – 7%
- сегментоядерные нейтрофилы – 53%
- лимфоциты – 32%
- моноциты – 6%
- СОЭ – 16 мм/ч

# Диагностические признаки вирусной и бактериальной инфекции

	Лейкоциты × 10 <sup>9</sup> /л				
	< 5	5 - 10	10 - 15	15 - 20	> 20
<b>ОРВИ</b>	6	62	28	3	-
<b>Бронхит</b>	-	65	35	-	-
<b>Круп</b>	-	74	25	1	-
<b>Пневмония</b>	-	12	29	37	22
<b>Отит</b>	-	29	30	28	12
<b>ИМП**</b>	-	23	32	36	9

	Уровень СРБ, мг/л			
	< 15	15 - 30	30 - 60	> 60
<b>ОРВИ, бронхит</b>	81	17	1	0
<b>Пневмония</b>	-	-	7	93
<b>Острый отит</b>	18	20	24	38
<b>ИМП**</b>	30	25	30	15

## Маркеры бактериальной инфекции:

- Лейкоцитоз ≥ 15 000
- Нейтрофилез ≥ 10 000
- П/я сдвиг ≥ 1 500
- СРБ ≥ 30 мг/л
- Прокальцитонин: ≥ 2 нг/мл

Бакрадзе, М.Д. и др. Сравнительная характеристика уровня лейкоцитоза, С-реактивного белка, прокальцитонина при дифференциальной диагностике острых тонзиллитов у детей // Педиатрическая фармакология.- 2007.- Т. 4.- №3.- С. 45-49.

# Рентгенограмма органов грудной клетки



**Усиление бронхо-сосудистого рисунка, отек, увеличение бронхо-пульмональных лимфатических узлов и перибронхиальные изменения при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в лёгких, что соответствует картине острого бронхита.**

# Клинический диагноз?

Учитывая характер  
воспалительного процесса,  
предположительной причиной  
бронхита является  
бактериальный возбудитель

Диагноз: Острый бронхит,  
бактериальный



# Тактика врача

## Показания к назначению антибиотиков при остром бронхите

1. Дети первых 6 месяцев жизни
2. Тяжелое течение бронхита (нейротоксикоз и др.)
3. Наличие тяжелого преморбидного фона
4. Наличие активных хронических очагов инфекций (тонзиллит, отит и др.)
- 5. Предположение о присоединении бактериальной инфекции:**

- лихорадка  $t$  тела  $\uparrow$  39°C
- вялость, отказ от пищи
- выраженные интоксикация

- повышенная СОЭ
- наличие одышки,
- асимметрия хрипов
- лейкоцитоз, нейтрофилез

Поскольку при остром бронхите отсутствуют данные о возбудителе у конкретного больного, выбор препарата базируется на рекомендациях эмпирической стартовой терапии с учетом вероятных: этиологии заболевания и чувствительности возбудителя в данном регионе

# Обобщенные данные 3-х наиболее крупных многоцентровых микробиологических исследований Alexander Project, ПРОТЕКТ, ПеГАС






К амоксициллину/клавуланату (**Аугментину**) чувствительны:

- **94 - 100 %** штаммов *S.pneumoniae*
- **99,6 – 99,9 %** штаммов *H.influenzae*
- **100 %** штаммов *M.catarrhalis*

# Активность антибиотиков в отношении наиболее распространенных респираторных патогенов

Антимикробная активность антибиотиков <sup>1</sup>	<i>S. pneumoniae</i>	Пенициллин-резистентный <i>S. pneumoniae</i>	<i>St. aureus</i> (MSSA)	<i>H. influenzae</i>
Амоксицилин	High	High	Low	Good
 Аугментин™ Амоксицилин/клавулатат	High	High	High	High
Азитромицин	High	Good	Good	Good
Цефподоксим/цефтриаксон	High	Good	Good	High

-  - высокая активность, подтвержденная клиническими данными, может быть препаратом выбора
-  - хорошая активность, может быть препаратом альтернативы
-  - низкая активность

1. Адаптировано из Справочник по антимикробной терапии под ред. проф. Козлова Р.С. // Справочник врача – К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2010, 300 с.

# Клинический случай (продолжение)

- С учетом клинической картины, возможной этиологии заболевания и чувствительности вероятного возбудителя, а также анамнеза пациентке в качестве стартового антибиотика назначен

**Аугментин™** суспензия 228,5 мг/5 мл  
в дозе **45** мг/кг/сутки в 2 приема  
(по 8 мл 2 раза в день), длительностью 5 дней  
в начале приема пищи, а также симптоматическая  
терапия



# При осмотре через 3 суток

- Общее состояние ребенка улучшилось.
- Дневная активность и аппетит восстановились.
- Регистрируется только вечерний подъем температуры тела до  $37,4^{\circ}\text{C}$ , в течение дня сохраняется нормальная температура тела.
- Кашель стал реже, более продуктивным, преимущественно в утренние часы.
- При сравнительной перкуссии сохранялся коробочный оттенок легочного звука.
- Аускультативно в легких – дыхание жесткое, влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы с обеих сторон.
- Терапия «Аугментином» переносилась хорошо. Негативных реакций на прием препарата не отмечалось.
- Лабораторно...