

УДК: 14.00.43

*Орипова Мухлиса Мумтоз кизи*

*Студентка 201 группы Медико-педагогического факультета*

*Научный руководитель Шайхова М.И.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ**

*Аннотация: В данной статье рассматриваются особенности течения и основные задачи терапии острого бронхиолита у детей.*

*Ключевые слова: дыхательные пути, острый бронхиолит, дети, факторы риска, лечение, профилактика*

*Oripova Mukhlisa Mumtoz kizi*

*Student of group 201 of the Faculty of Medicine and Education*

*Scientific adviser Shaykhova M.I.*

*Tashkent Pediatric Medical Institute*

## **FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN**

*Annotation: This article discusses the features of the course and the main tasks of the treatment of acute bronchiolitis in children.*

*Key words: respiratory tract, acute bronchiolitis, children, risk factors, treatment, prevention*

Острая патология верхних и нижних отделов дыхательных путей является актуальной проблемой среди детей раннего возраста.

Острый бронхиолит – это воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол. Острый бронхиолит чаще отмечается у детей раннего возраста, что связано с особенностями строения бронхиального дерева. Вследствие недоразвития дыхательной мускулатуры, у детей ослаблен

кашлевой толчок, что приводит к закупорке слизию мелких бронхов, которые состоят из хрящевых полуколец, мало эластических волокон [3]. В течение первого года жизни у детей происходит интенсивный рост мелких бронхов, их просвет расширяется и поэтому данное заболевание развивается реже у детей старшего возраста [3]. Бронхиолит наиболее часто встречается у детей в возрасте до 9 месяцев (90% случаев). Средний возраст составляет 6-7 месяцев. Мальчики болеют более часто [1].

Острый бронхиолит – это чаще всего вирусная инфекция, а респираторный синцитиальный (РС) вирус является наиболее часто встречающимся возбудителем (70-80% случаев) [1]. Другие вирусы (риновирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа А и парагриппа, аденовирусы, коронавирусы) выявлялись реже [3]. РС-вирусную инфекцию переносят практически все дети в первые два года жизни (90%), однако лишь приблизительно в 20% случаев у них развивается бронхиолит, что может быть обусловлено наличием предрасполагающих факторов [1, 2, 3]. К дополнительным факторам риска развития бронхиолита относят: наличие старших детей в семье, возраст до 6 месяцев, рождение за 6 месяцев до начала РСВ-сезона, большую семью (более 4 человек), грудное вскармливание менее 2 месяцев, посещение детского сада, детей от многоплодной беременности, недоношенных [1, 3]. Заболевание обычно развивается на 2-5 день острой инфекции верхних дыхательных путей и протекает чаще с субфебрильной температурой; характеризуется нарастающими в течение 3-4 дней кашлем, одышкой экспираторного типа, тахипноэ 50-70 в минуту, мелкопузырчатыми хрипами и/или крепитацией в легких с обеих сторон, нередко также выявляются сухие свистящие хрипы. Визуально может отмечаться вздутие грудной клетки; Нарастание диспноэ может сопровождаться учащением дыхания, проявляясь усилением выдоха, участием вспомогательных мышц в акте дыхания,

втяжением межреберных промежутков на вдохе, раздуванием крыльев носа. Обструктивный синдром при бронхиолите достигает максимума в течение 1-2 дней, затем постепенно уменьшается, как и обилие хрипов, которые обычно исчезают на 7-14 день [1,3]. Диагноз бронхиолита – клинический, обычно не требует лабораторных исследований и рентгенографии.

Показаниями для госпитализации детей с бронхиолитом являются: апноэ, признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени, возраст до 6 месяцев у недоношенных детей, пониженное питание, дегидратация, затруднение в кормлении, сонливость, потребность постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях, отягощенный преморбидный фон, социальные показания [1]. Для определения степени тяжести дыхательной недостаточности при бронхиолите и, соответственно, тактики ведения пациента необходим контроль оксигенации (в том числе после ингаляций бронхолитиков): следует использовать пульсоксиметрию, а определение газов крови и кислотноосновного состояния требуется только при тяжелой степени респираторных нарушений [1].

Основной задачей терапии бронхиолита является нормализация функции внешнего дыхания. Важно обеспечить проходимость верхних дыхательных путей. В тяжелых случаях (при дыхательной недостаточности от II степени и выше) проводятся оксигенация, и гидратация [1, 4]. Антибиотики при остром бронхиолите не показаны, за исключением ситуаций, когда имеется сопутствующая бактериальная инфекция либо серьезные подозрения на нее.

Противовирусная терапия не проводится. Адекватная гидратация. Основной путь – пероральный. При невозможности проведения оральной гидратации следует вводить жидкость через назогастральный зонд или внутривенно [1, 4]. При невозможности выпаивания, а также при эксикозе II-III степени необходима парентеральная гидратация глюкозо-солевыми

растворами. Кислород, увлажненный рекомендуется при сатурации ( $\text{SaO}_2$ ) 92-94% [1].

При отсутствии эффекта при использовании ингаляций  $\beta_2$ -агонистов короткого действия — дальнейшее проведение ингаляции бронхоспазмолитиками не имеет смысла.

Симптомы заболевания могут сохраняться до 3 недель. Туалет носа с отсасыванием слизи — обязательная процедура при бронхиолите.

С целью уменьшения заболеваемости острыми респираторными инфекциями и бронхиолитом в частности следует рекомендовать грудное вскармливание как минимум в течение первых 6 мес жизни, профилактику пассивного курения, соблюдение гигиенических норм.

Выводы: Острый бронхиолит является самолимитирующимся заболеванием, характеризующимся отеком слизистой оболочки дыхательных путей и гиперсекрецией, но не бронхоспазмом. Базисная терапия бронхиолита заключается в обеспечении достаточной оксигенации и гидратации пациента с последовательным применением симптоматических мероприятий: эвакуацией слизи из верхних дыхательных путей, мониторингом газов крови и пульсоксиметрии.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. *Острый бронхиолит у детей. Современные подходы к диагностике и терапии* / А. А. Баранов [и др.] // *Педиатрическая фармакология*. – 2015. – Т. 12, № 4. – С. 441–446.
2. *Воробьева, А. В. Об этиопатогенезе острого бронхиолита у детей (обзор литературы)* / А. В. Воробьева // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2017. – Т. 11, № 4. – С. 268–273.
3. *Патрушева, Ю. С. Лечение острого бронхиолита у детей* / Ю. С. Патрушева // *Фарматека*. – 2012. – Т. 248, № 15. – С. 56–62.

*4. The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis: Clinical Practice Guideline / S. L. Ralston [et al] // Pediatrics. American Academy of Pediatrics. – 2014. – Vol. 134, № 5. – P. 1474–1502.*