

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 слизью 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, аденоизоны, 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) проводится 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 (SaO_2) 92-94% [1].

При отсутствии эффекта при использовании ингаляций β_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 / A. A. 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.*