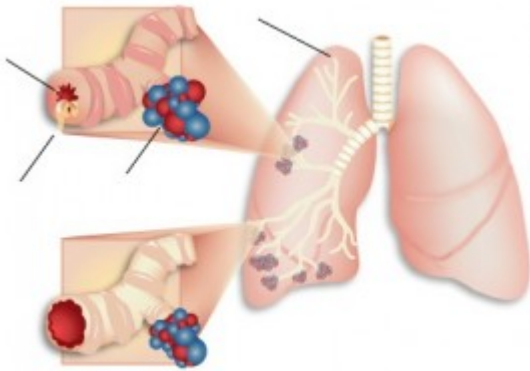


Бронхиолит

розділ: Захворювання дихальних шляхів у дітей, дата: 05.09.2013, автор: Пеньков А. Ю. Пасечник И. П.



Бронхиолит

Бронхиолит чаще всего вызывается респираторно-синцитиальным вирусом (РСВ). Болеют в основном дети до двух лет. В зависимости от того, заболел ребенок на первом году жизни или на втором, зависит тяжесть заболевания. Чем младше ребенок, тем тяжелее у него протекает заболевание и чаще требуется госпитализация. Около 80% госпитализированных детей было младше 6 мес. РСВ поражает носоглоточный эпителий и распространяется на нижние дыхательные пути, где он вызывает повышенную выработку слизи, десквамацию (слущивание) эпителия, а затем бронхиоларную обструкцию.

Конечным результатом воздействия вируса является эмфизема легких и ателектаз.

Бронхиолит может также вызываться такими вирусами как вирусы парагриппа, гриппа, аденовирусы, риновирусы, метапневмовирусы, а также *Chlamydia* и *Mycoplasma pneumoniae*.

Бронхиолит тяжело протекает у грудных детей с врожденными пороками сердца, у недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией, у детей с иммунодефицитом и другими легочными заболеваниями.

Диагноз и клиника заболевания

Чаще зимой, у младенцев заболевание начинается с насморка, за которым следует сухой кашель, а затем и одышка. Также отмечают:

- свистящее дыхание;
- трудности с кормлением;
- эпизоды апноэ (остановки дыхания);

Редко, у маленьких детей отмечаются другие симптомы болезни, включающие в себя:

- энцефалопатию с судорогами вследствие гипонатриемии;
- апноэ (остановку дыхания) и внезапную младенческую смерть.

Осмотр и исследования

Необходимо тщательное обследование, чтобы оценить степень тяжести респираторного дистресса:

- цианоз или бледность;
- сухой кашель;
- тахипноэ;
- втяжение межреберий и реберной дуги;
- вздутие грудной клетки;
- удлиненный выдох;
- паузы в дыхании или апноэ;
- свистящее дыхание и крепитация.

Ключевые исследования включают в себя:

- пульсоксиметрия с целью определения оксигенации;
- рентгенограмма грудной клетки с целью определения эмфиземы, ателектаза или очагов инфильтрации в легких;
- мазок из носоглотки для проведения теста с иммунофлуоресцентными антителами, связывающими РСВ.

Лечение

Лечение бронхиолита, вызванного респираторно- синцитиальным вирусом, является в основном симптоматическим и включает в себя следующее:

- кислород, чтобы достичь сатурации 92%;
- в случае тахипноэ, ограничьте оральное кормление и используйте назогастральный зонд;
- бронходилататоры при тяжелой обструкции (свистящее дыхание): салбутамол, ипратропиум и адреналин при помощи небулайзера - все были опробованы при исследованиях. Наилучший результат дал адреналин;
- механическая вентиляция (ИВЛ) при тяжелой респираторной недостаточности или апноэ (остановка дыхания).

Антивирусную терапию при помощи рибавирина следует использовать только у пациентов с иммунодефицитными состояниями и пациентов с сердечной недостаточностью или хроническими заболеваниями легких.

Профилактика

Паливизумаб – это моноклонольные антитела против респираторно синцитиального вируса; он может применяться для профилактики РСВ. Недоношенные дети при опасности инфекции респираторно-синцитиальным вирусом могут получать ежемесячную внутримышечную инъекцию, чтобы уменьшить риск госпитализации и, возможно, необходимость в ИВЛ.

Катамнез

Периодически повторяющийся кашель, свистящее дыхание и тахипноэ (учащенное дыхание) могут иметь место после перенесенной инфекции респираторно-синцитиальным вирусом. Эти симптомы

могут потребовать лечения и лучше всего распознаются у амбулаторных пациентов. У определенной части пациентов может развиваться астма – возможно, они предрасположены к развитию этой патологии, независимо от перенесенной респираторно-синцитиальной инфекции в раннем детстве.

Амбулаторное лечение возможно, если:

- У ребенка сохранен аппетит на уровне до болезни.
- Удовлетворительный уровень гидратации.
- Розовый цвет кожных покровов при дыхании атмосферным воздухом (уровень сатурации не менее 92%).
- Отсутствует тахипноэ (см. таблицу внизу).

Нормальные показатели витальных функций

Возраст ЧСС (мин.) ЧДД (мин.)

Недонош. 120-170 40-70

0-3 мес. 100-150 35-55

3-6 мес. 90-120 30-45

6-12 мес. 80-120 25-40

1-3 года 70-110 20-30

3-6 лет. 65-110 20-25

6-12 лет. 60-95 14-22

12 лет. 55-85 12-18

References: Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics: 17th edition.

Обязательная госпитализация детей:

1. При подозрении на РСВ до 6 мес.
2. При выраженном тахипноэ.
3. При отсутствии аппетита.
4. При наличии цианоза.
5. При признаках нарушенной гидратации.