

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Ибрагимова Марина Фёдоровна**

доцент кафедры 1 педиатрии и неонатологии

**Шокирова Шохсанам Ботировна**

резидент магистратуры 1 курса

кафедры 1 педиатрии и неонатологии

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Аннотация.** Бронхиолит является одной из наиболее распространённых инфекций нижних дыхательных путей у детей раннего возраста, особенно в первые два года жизни. Заболевание преимущественно имеет вирусную этиологию, с ведущей ролью респираторно-синцитиального вируса, и характеризуется воспалением мелких бронхов с развитием обструктивного синдрома. Целью настоящего исследования является совершенствование диагностики и оптимизация лечения бронхиолита у детей раннего возраста. Настоящее исследование проводилось в отделении пульмонологии Областного детского многопрофильного центра. В исследование были включены 80 детей в возрасте от 1 до 24 месяцев с клинически подтверждённым диагнозом бронхиолита. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра и данных дополнительных методов обследования в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Все пациенты были распределены на две группы: основная группа — 40 детей, получавших оптимизированную терапию с использованием современных подходов; контрольная группа — 40 детей, получавших стандартное лечение согласно общепринятым схемам. Установлено, что наличие перинатальных факторов риска, отягощённого аллергологического анамнеза и раннего искусственного вскармливания ассоциируется с более тяжёлым течением бронхиолита и замедленным клиническим улучшением. Таким образом, проведённый анализ показал, что применение оптимизированного подхода к ведению детей с бронхиолитом позволяет достоверно ускорить регресс клинических симптомов, улучшить показатели оксигенации, снизить частоту осложнений и сократить длительность госпитализации.

**Ключевые слова:** бронхиолит, дети раннего возраста, респираторно-синцитиальный вирус, диагностика, лечение.

## **MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BRONCHIALITIS IN CHILDREN OF EARLY AGE**

**Ibragimova Marina Fedorovna**

Associate Professor of the Department of Pediatrics and Neonatology 1

**Shokirova Shohsanam Botirovna**

Master's Resident of the 1st Year of the Department of Pediatrics and  
Neonatology

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Abstract.** Bronchiolitis is one of the most common lower respiratory tract infections in young children, especially in the first two years of life. The disease is predominantly of viral etiology, with a leading role of respiratory syncytial virus, and is characterized by inflammation of small bronchi with the development of an obstructive syndrome. The aim of this study is to improve the diagnosis and optimize the treatment of bronchiolitis in young children. This study was conducted in the Department of Pulmonology of the Regional Children's Multidisciplinary Center. The study included 80 children aged 1 to 24 months with a clinically confirmed diagnosis of bronchiolitis. The diagnosis was established based on complaints, medical history, objective examination, and additional diagnostic methods in accordance with current clinical guidelines. All patients were divided into two groups: the main group consisted of 40 children who received optimized therapy using modern approaches, while the control group consisted of 40 children who received standard treatment according to conventional guidelines. It has been established that the presence of perinatal risk factors, a complicated allergic history, and early artificial feeding are associated with a more severe course of bronchiolitis and a slower clinical improvement. Thus, the analysis showed that the use of an optimized approach to the management of children with bronchiolitis significantly accelerates the regression of clinical symptoms, improves oxygenation indicators, reduces the frequency of complications, and shortens the duration of hospitalization.

**Keywords:** bronchiolitis, young children, respiratory syncytial virus, diagnosis, treatment.

**Актуальность.** Бронхиолит остаётся одной из наиболее распространённых патологий нижних дыхательных путей у детей раннего возраста и занимает ведущее место в структуре госпитализаций детей

первого года жизни [1,2,14]. Наибольшая заболеваемость отмечается у детей в возрасте до 2 лет, особенно в первые 6 месяцев жизни, что обуславливает высокую клиническую значимость данной патологии [3,13].

Ведущая роль в этиологии бронхиолита принадлежит респираторно-синцитиальному вирусу (РСВ), который является причиной до 60–70% всех случаев заболевания у младенцев [2,4,15]. По данным эпидемиологических исследований, ежегодно в мире регистрируются миллионы случаев бронхиолита, при этом значительная часть пациентов нуждается в стационарном лечении [1,5,16].

Особую актуальность проблема приобретает в связи с риском развития тяжёлых форм заболевания, сопровождающихся выраженной бронхообструкцией, гипоксией и дыхательной недостаточностью [6]. Установлено, что бронхиолит чаще протекает тяжело у детей с неблагоприятным преморбидным фоном, включая недоношенность, внутриутробные инфекции и сопутствующие заболевания [7,8,17].

Согласно современным исследованиям, перенесённый в раннем возрасте бронхиолит может являться фактором риска формирования бронхиальной гиперреактивности и рецидивирующих обструктивных заболеваний дыхательных путей в последующие годы жизни [9,10].

Несмотря на наличие международных и национальных клинических рекомендаций, вопросы диагностики и лечения бронхиолита остаются дискуссионными. В последние годы особое внимание уделяется ограничению необоснованного применения лекарственных средств и приоритету поддерживающей терапии [4,11,18]. В отечественных исследованиях также подчёркивается необходимость индивидуального подхода к ведению пациентов с учётом возраста, тяжести состояния и сопутствующей патологии [12,13].

Таким образом, высокая распространённость бронхиолита, риск тяжёлого течения и возможные отдалённые последствия определяют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы и совершенствования методов диагностики и лечения у детей раннего возраста.

**Целью настоящего исследования** является совершенствование диагностики и оптимизация лечения бронхиолита у детей раннего возраста

**Материалы и методы исследования.** Настоящее исследование проводилось в отделении пульмонологии Областного детского многопрофильного центра. В исследование были включены 80 детей в возрасте от 1 до 24 месяцев с клинически подтверждённым диагнозом бронхиолита. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза

заболевания, объективного осмотра и данных дополнительных методов обследования в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Все пациенты были распределены на две группы: основная группа — 40 детей, получавших оптимизированную терапию с использованием современных подходов; контрольная группа — 40 детей, получавших стандартное лечение согласно общепринятым схемам. Всем детям проводилось комплексное обследование: клиническое обследование, лабораторные методы, пульсоксиметрия для оценки уровня  $SpO_2$ , рентгенография органов грудной клетки по показаниям; вирусологические исследования.

**Результаты исследования.** В ходе исследования были проанализированы клиничко-анамнестические и лабораторно-инструментальные данные 80 детей с бронхиолитом в возрасте от 1 до 24 месяцев. Средний возраст пациентов составил  $8,2 \pm 1,4$  месяца. Наибольшая заболеваемость отмечалась у детей первого полугодия жизни (52,5%), что подтверждает высокую уязвимость данной возрастной группы к развитию тяжёлых форм инфекции нижних дыхательных путей.

При анализе преморбидного фона установлено, что у 46,2% детей отмечались перинатальные факторы риска (гипоксия в родах, внутриутробная инфекция), у 31,2% — отягощённый аллергологический анамнез, у 18,7% — искусственное вскармливание с раннего возраста. Эти факторы статистически чаще встречались у пациентов с более тяжёлым течением заболевания.

Клиническая картина заболевания характеризовалась острым началом с развитием катарального синдрома (ринит, кашель) у 100% пациентов, с последующим присоединением признаков бронхиальной обструкции. Тахипноэ отмечалось у всех детей (100%), втяжение уступчивых мест грудной клетки — у 72,5%, раздувание крыльев носа — у 58,7%, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании — у 63,7% пациентов.

Снижение сатурации кислорода ( $SpO_2 < 94\%$ ) при поступлении выявлено у 65% детей, при этом у 18,7% пациентов отмечалась выраженная гипоксемия ( $SpO_2 < 90\%$ ), требующая кислородной поддержки. Аускультативно у всех пациентов определялись распространённые мелкопузырчатые и свистящие хрипы на фоне удлинённого выдоха.

При лабораторном исследовании у 62,5% детей выявлялся умеренный лейкоцитоз с лимфоцитарным сдвигом, что соответствовало вирусной этиологии процесса. Повышение уровня С-реактивного белка более 10 мг/л

отмечалось лишь у 21,2% пациентов, что косвенно подтверждает преобладание вирусной природы заболевания.

При сравнении групп установлено, что в основной группе, получавшей оптимизированную терапию, наблюдалась более ранняя регрессия клинических симптомов. Уже к 2–3 суткам лечения уменьшение выраженности одышки отмечалось у 67,5% пациентов основной группы против 45% в контрольной ( $p < 0,05$ ).

К 4–5 суткам лечения у 85% детей основной группы и у 62,5% контрольной группы достигнута нормализация сатурации кислорода ( $SpO_2 \geq 95\%$ ). Средние показатели  $SpO_2$  к моменту выписки составили  $96,8 \pm 1,2\%$  в основной группе против  $94,9 \pm 1,5\%$  в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

Выраженность бронхообструктивного синдрома (по клинической шкале) снизилась на 70% в основной группе и на 50% в контрольной группе, что отражает более быстрое восстановление проходимости мелких дыхательных путей при оптимизированном подходе к терапии.

Средняя длительность госпитализации составила  $5,8 \pm 0,6$  суток в основной группе и  $7,2 \pm 0,8$  суток в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Сокращение сроков стационарного лечения сопровождалось более ранней активизацией пациентов и уменьшением потребности в кислородотерапии.

Осложнения в виде прогрессирования дыхательной недостаточности, требующей перевода в отделение интенсивной терапии, зарегистрированы у 5% детей основной группы и у 12,5% пациентов контрольной группы. Также в контрольной группе чаще отмечались эпизоды повторного ухудшения состояния на 3–4 сутки лечения.

Дополнительно установлено, что у детей с отягощённым преморбидным фоном (недоношенность, аллергический анамнез) клиническое улучшение наступало в среднем на 1,2–1,5 суток позже, чем у детей без факторов риска, независимо от группы наблюдения.

**Выводы.** Установлено, что наличие перинатальных факторов риска, отягощённого аллергологического анамнеза и раннего искусственного вскармливания ассоциируется с более тяжёлым течением бронхоолита и замедленным клиническим улучшением. Таким образом, проведённый анализ показал, что применение оптимизированного подхода к ведению детей с бронхоолитом позволяет достоверно ускорить регресс клинических симптомов, улучшить показатели оксигенации, снизить частоту осложнений и сократить длительность госпитализации.

## Список литературы

1. Hall C.B., Weinberg G.A., Blumkin A.K. et al. Respiratory syncytial virus–associated hospitalizations among children // *Pediatrics*. – 2013.
2. Shi T., McAllister D.A., O’Brien K.L. et al. Global burden of RSV infections // *The Lancet*. – 2017.
3. Florin T.A., Plint A.C., Zorc J.J. Viral bronchiolitis // *The Lancet*. – 2017.
4. Ralston S.L. et al. Clinical practice guideline: bronchiolitis // *Pediatrics*. – 2014.
5. Meissner H.C. Viral bronchiolitis in children // *NEJM*. – 2016.
6. Friedman J.N. et al. Bronchiolitis recommendations // *Paediatrics & Child Health*. – 2014.
7. Zorc J.J., Hall C.B. Bronchiolitis: recent evidence // *Pediatrics*. – 2010.
8. Hasegawa K. et al. Trends in bronchiolitis hospitalizations // *Pediatrics*. – 2013.
9. Midulla F. et al. Recurrent wheezing after bronchiolitis // *Acta Paediatrica*. – 2014.
10. Papadopoulos N.G. et al. Rhinovirus and bronchiolitis severity // *AJRCCM*. – 2002.
11. Baraldi E. et al. Bronchiolitis management consensus // *Italian Journal of Pediatrics*. – 2014.
12. Ибрагимова, М. Ф., & Холмурадова, Н. Д. (2026). НЕОНАТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ НА ФОНЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. Журнал гуманитарных и естественных наук, (31 [2]), 172-175.
13. Мамаризаев, И. К., & Ибрагимова, М. Ф. (2026). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА „ФЕРСИКАРД КИДС“ НА ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА ЭНДОТОКСИКОЗА. FRONTIERS OF KNOWLEDGE AND INTERDISCIPLINARY DISCOVERY, 4(1), 152-156.
14. Самсыгина Г.А. Острые респираторные заболевания у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
15. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. Педиатрия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
16. Каганов С.Ю. Болезни органов дыхания у детей. – М.: Медицина, 2018.
17. Омонова, Г. З., & Ибрагимова, М. Ф. (2025). ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С

ДИСПЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. Вестник Ассоциации  
Пульмонологов Центральной Азии, 12(7), 72-75.  
18. Чучалин А.Г. Респираторная медицина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.