

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

**Ибрагимова Марина Федоровна**

PhD, доцент кафедры №1 Педиатрии и неонатологии

**Жамshedова Сожида Жамshedовна**

резидент магистратуры 1 курса кафедры №1 Педиатрии и неонатологии

**Хурсанкулова Фируза Комиловна**

резидент магистратуры 1 курса кафедры №1 Педиатрии и неонатологии

Самаркандский Государственный медицинский университет Самарканд, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15133011>

**Аннотация:** Острая патология органов дыхания занимает ведущее место в структуре заболеваемости детей. Ведущее место среди них принадлежит обструктивным бронхитам, которые характеризуются высокой распространенностью в ранней возрастной группе, тяжестью течения, возможностью перехода в тяжелые формы. **Обструктивный бронхит** – это воспалительное заболевание бронхов, сопровождающееся их сужением и затруднением дыхания. Оно может быть вызвано вирусными или бактериальными инфекциями, аллергическими реакциями, воздействием вредных веществ, а также хроническими заболеваниями легких. Целью исследования является оптимизировать лечебные мероприятия при обструктивном бронхите у детей. Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 48 детей, которые получали стационарное лечение в отделении пульмонологии Областного многопрофильного детского отделения, отделении педиатрии РНЦЭМП. I-я группа – 24 детей с обструктивным бронхитом, получавших традиционное лечение, II -я группа – 24 детей, получавших дополнительно к традиционному лечению монтелукаст. Таким образом, включение монтелукаста в комплексное лечение больных детей с обструктивным бронхитом настолько эффективно улучшает конечные его результаты, что приобретает строго обязательный характер.

**Ключевые слова:** дети, обструктивный бронхит, комплексное лечение.

## COMPLEX TREATMENT OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN

**Abstract:** Acute respiratory diseases occupy a leading place in the structure of morbidity in children. The leading place among them belongs to obstructive bronchitis, which is characterized by high prevalence in the early age group, severity of the course, the possibility of transition to severe forms. Obstructive bronchitis is an inflammatory disease of the bronchi, accompanied by their narrowing and difficulty breathing. It can be caused by viral or bacterial infections, allergic reactions, exposure to harmful substances, as well as chronic lung diseases. The aim of the study is to optimize therapeutic measures for obstructive bronchitis in children. Materials and methods of the study: We examined 48 children who received inpatient treatment in the pulmonology department of the Regional Multidisciplinary Children's Department, the pediatrics department of the RNCM. Group I included 24 children with obstructive bronchitis who received traditional treatment, Group II included 24 children who received montelukast in addition to traditional treatment. Thus, the inclusion of montelukast in the complex treatment of children with obstructive bronchitis improves its final results so effectively that it becomes strictly mandatory.

**Keywords:** children, obstructive bronchitis, complex treatment.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность обструктивного бронхита обусловлена его высокой распространенностью, особенно среди детей с хроническими заболеваниями дыхательной системы. Важными факторами являются: в последние годы отмечается увеличение частоты острых и хронических форм обструктивного бронхита, что связано с ухудшением экологической обстановки, загрязнением воздуха, курением и инфекционными агентами. У детей обструктивный бронхит развивается чаще из-за особенностей строения бронхов, несформировавшегося иммунитета и частых вирусных инфекций. Это одна из главных причин госпитализации детей. Лечение обструктивного бронхита требует значительных затрат на медикаменты, госпитализацию и реабилитацию, что делает его важной социальной и медицинской проблемой. Из-за схожести симптомов с другими заболеваниями дыхательной системы обструктивный бронхит нередко диагностируется с опозданием, что затрудняет лечение и увеличивает риск осложнений. Ряд исследователей выявили связь между атопическим дерматитом и развитием бронхолегочной патологии. Несмотря на очевидные успехи современной медицинской науки и практики, направленные на снижение частоты бронхолегочной системы у детей, совершенствование лечения и реабилитации больных, можно констатировать, что эта патология остаётся сложной и во многом нерешённой проблемой[1,3,6]. Требуется уточнения патогенетическая роль совокупности экологических вредностей в развитии обструктивного бронхита у этих детей и других негативных преморбидных факторов. В частности, патогенетически значимого для этих заболеваний комплекса экопатобиологических воздействий, места проживания, негативных технологических условий работы с их неблагоприятными последствиями на иммунитет, обмена веществ для родителей и их детей. [2,4,13]. Не определен перечень основных факторов патогенной преморбидной почвы для активного выявления и своевременного лечения детей из группы «риска». С данными факторами можно связать не уменьшающуюся, а в ряде областей растущую, распространенность поражение бронхолегочной системы у детей в целом. Причём учащаются их тяжёлые случаи и формы, резистентные к общепринятой фармакотерапии, с последующими осложнениями болезни. [5,8,9].

Недостаточно внимания уделяется такой стороне преморбиды и патогенной почвы как семейный генеалогический фон оказывающий влияние на общую заболеваемость, её характер, формы и частоту патологических процессов. [7,12,14]. Вместе с тем, на базе комплексного динамического клинического и иммуно - биохимического изучения данных аспектов можно и должно организовать систему, предусматривающую активное выявление среди детей из группы «риска» развитие обструктивного бронхита, прогнозирование особенностей его течения, внесение соответствующих модификаций в принципы лечения больных, включая разработку новых подходов к организации терапии, реабилитации и профилактики. Поэтому, считаем необходимым, лишь обратить внимание на многочисленные факты, свидетельствующие о наличии существенных трудностей фармакотерапии при обструктивном бронхите у детей, обусловленных самыми различными причинами.

**Цель исследования:** оптимизировать лечебные мероприятия при обструктивном бронхите у детей.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были обследованы 48 детей, которые получали стационарное лечение в отделении пульмонологии Областного многопрофильного детского отделения, отделении педиатрии РНЦЭМП. Наблюдаемые дети распределялись так:

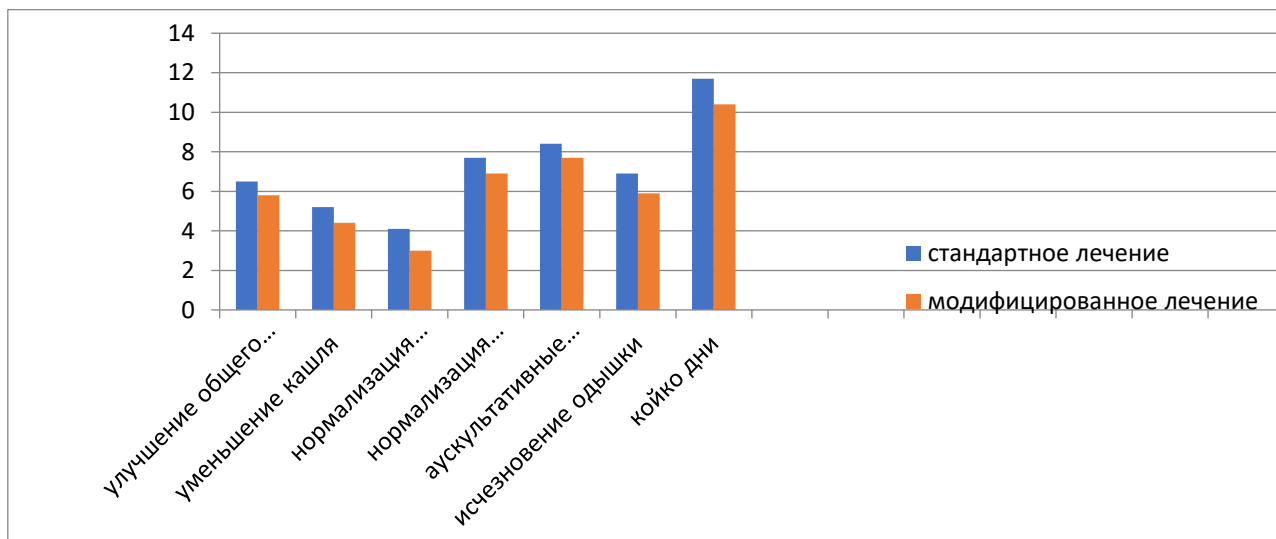
I-я группа – 24 детей с обструктивным бронхитом, получавших традиционное лечение, II -я группа – 24 детей, получавших дополнительно к традиционному лечению монтелукаст натрия.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В плане изученных результатов клиническом аспекте, сравнительный анализ эффективности модифицированного способа лечения наблюдаемых детей I и II-й группы был бы не полным без анализа особенностей клинического течения различных форм заболевания.

Как видно из представленного материала, имеется полное совпадение с установленными выше фактами о тесной взаимосвязи степени преморбидной отягощенностью разной природы и тяжести клинических проявлений заболевания. Анализ полученных данных, представленных в таблицах, из которых очевидно вытекает вывод о том, что на фоне традиционной терапии I группы больных, практически вся проанализированная симптоматика при обструктивном бронхите у детей сохранялась более значительное время, нежели во II-й группах, которые получили разработанные нами способы модифицированной терапии.

*Динамика клинических симптомов у детей, больных при обструктивном бронхите у детей I-II- группы на фоне модифицированного лечения*



*Примечание: P1 - достоверность различий между I и II группами.*

Динамический анализ клинического симптомокомплекса при обструктивном бронхите у детей I-й группе, в которых применялась ее терапевтическая коррекция, с убедительностью свидетельствует в пользу наибольшей оптимальности модификации во II-й группе с ежедневным применением монтелукаста.

В динамическом плане внутри групп, получавших модифицированные способы терапии течение болезни прослеживалось в I группе по сравнению со II-й группой «запаздывание» исчезновения симптоматики каждого из симптомокомплексов.

При сопоставлении средних сроков нормализации основных клинических проявлений обструктивного бронхита у детей раннего возраста во II-й группе было выявлено ускорение нормализации в среднем на 2-3 дня по сравнению с не получавшими модифицированный способ терапии группами детей. Различия оказались статистически достоверными. К концу индивидуального курса в этих группах больных клинические проявления заболевания полностью ликвидированы у 95,3%, из них, тогда как в остальных, при традиционных лечебных мероприятиях - только у 68,8% больных.

Кроме того, можно отметить, что на фоне модифицированной терапии имелось существенно менее тяжелое течение заболеваний с очень четким явлением «обрыва» динамики в прогрессировании ведущего симптома, описанного выше. У больных данной группы быстрее исчезли явления общей интоксикации; а менее тяжелый характер течения заболевания позволил сократить длительность фармакотерапии. При этом, затяжное течение заболевания наблюдалось у них лишь в 2,1%, а при традиционном лечении больных у 15,7%.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Длительное применение монтелукаста может уменьшать необходимость в бронхолитиках быстрого действия, что особенно важно для пациентов с хроническими симптомами. Монтелукаст является антагонистом лейкотриеновых рецепторов, что позволяет ему снижать воспаление в бронхах, уменьшать отёк слизистой оболочки и предотвращать спазм гладкой мускулатуры дыхательных путей. Благодаря этому у пациентов наблюдается уменьшение выраженности бронхиальной обструкции и улучшение вентиляционной функции лёгких, особенно при аллергическом или вирусном бронхите. Исследования показывают, что длительный приём монтелукаста может снизить потребность в частом использовании  $\beta_2$ -агонистов короткого действия (сальбутамола). Монтелукаст обладает достаточно высоким профилем безопасности, что позволяет использовать его как у взрослых, так и у детей. Он хорошо переносится большинством пациентов.

### ВЫВОД

Включение монтелукаста в комплексное лечение больных детей с обструктивным бронхитом настолько эффективно улучшает конечные его результаты, что приобретает строго обязательный характер. Благодаря способности блокировать лейкотриеновые рецепторы, монтелукаст снижает воспалительный процесс в дыхательных путях, уменьшая бронхоспазм и отек слизистой.

### Использованная литература. References. Adabiyot

1. Shavazi H., & Ibragimova M. (2023). Use Of Polyoxidonium In The Treatment Of Obstructive Bronchitis In Children. *International Journal Of Scientific Pediatrics*, (1), 26–28. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2023-1-26-28>
2. Хусаинова, Ш. К. (2024). Генеологические Факторы Риска Развития Рецидивов Обструктивного Бронхита У Детей. *Research Focus*, 3(3), 173-175.
3. Кайтмазова Н. К. Клинико-Иммунологическая Характеристика Детей С
4. Обструктивным Бронхитом И Методы Совершенствования Тактики Лечения, 2013. С.-15-23

5. Турсунова, В., Урунова, М., & Ибрагимова, М. (2023). Changes In The State Of Immunity At The Cellular Level In Patients With Bronchiolitis. *Международный Журнал Научной Педиатрии*, 2(12), 428-430.
6. Угли, Ш. Н. М., Закирова, Б. И., Кулдашев, С. Ф., & Хусаинова, Ш. К. (2020). Оптимизация Терапии Рецивирующего Течения Бронхообструктивного Синдрома У Детей. *Достижения Науки И Образования*, (3 (57)), 58-62.
7. Fedorovna, I. M., & Ravshanovna, E. M. (2024). Optimization Of Treatment Of Atypical Pneumonia Due To Hypoxic-Ischemic Encephalopathy In Newborns. *Research Focus*, 3(1), 220-223.
8. Правдухина, Г.П. Морфофункциональные Основы Формирования Энцефалопатии При Перинатальном Гипоксико-Ишемическом Поражении Центральной Нервной Системы / Г.П. Правдухина, В.В. Семченко // Мед. Наука И Обр. Урала. - 2012. -Т. 13,№ 4. -С. 68-72.
9. Хусаинова, Ш. К., Закирова, Б. И., & Махмуджанова, С. Р. (2023). The Prevalence Of Recurrence Of Obstructive Bronchitis In Children. *Журнал Гепато-Гастроэнтерологических Исследований*, 4(3).
10. Шавази, Н., & Ибрагимова, М. (2025). Bolalarda Xlamidial Pnevmoniyani Tashxis Va Davolash Usullarini Takomillashtirish. *Международный Журнал Научной Педиатрии*, 4(1), 801-803.
11. Сергеева В.А., Александрович Ю.С., Петренкова Н.С. Прединдикторы
12. Гипоксически-Ишемической Энцефалопатии У Новорожденных
13. Детей. *Вестник Анестезиологии И Реаниматологии*. 2017;14(4):16-22.
14. Скоромец А.П., Мостовой А.В., Шумилина М.В. Постгипоксическая Энцефалопатия Новорожденных: Возможности Лечения И Мониторинга Функций Мозга// X Всероссийский Съезд Неврологов. Тезисы Докладов - Нижний Новгород, 2012
15. Румянцев, А. Г., Шавази, Н. М., & Ибрагимова, М. Ф. (2022). Диагностические Критерии Атипичной Микоплазменной Пневмонии У Детей. *Журнал Гепато-Гастроэнтерологических Исследований*, (Si-3).
16. Fedorovna, I. M. (2022). The Influence Of Risk Factors On The Development Of Atypical Pneumonia In Young Children. *Asian Journal Of Pharmaceutical And Biological Research*, 11(2).
17. Шавази Н.М., Хусаинова Ш.К., Турсункулова Д.А., Турсунова Б.А., & Каримова Д.Б. (2021). Оценка Эффективности Применения Ингаляций С Препаратом Гиалуроната Натрия В Комплексном Лечении Бронхо-Обструктивного Синдрома. *Journal Of Cardiorespiratory Research*, 2 (4), 55-58. Doi: 10.26739/2181