

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь

Назарова А. Р., Пушкарева Э. В.

Научный руководитель: Харюкова С. Ю., ассистент кафедры детских болезней

В статье представлено описание клинического случая острого бронхиолита у недоношенного ребенка, вызванного респираторно-синцитиальным вирусом. Проведен анализ течения заболевания, оценены предрасполагающие факторы развития данной патологии.

Ключевые слова: респираторно-синцитиальная вирусная инфекция, бронхиолит, недоношенный, дети.

The article describes a clinical case of acute bronchiolitis in a premature baby caused by respiratory syncytial virus. The analysis of the course of the disease was carried out, and the predisposing factors for the development of this pathology were evaluated.

Keywords: respiratory syncytial viral infection, bronchiolitis, premature, children.

Актуальность

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция является наиболее частой причиной поражения нижних дыхательных путей у пациентов первых 5 лет [1]. У детей первого года жизни заболевание, как правило, имеет тяжелое течение, с развитием бронхиолита и выраженной дыхательной недостаточностью. Особого внимания заслуживает данная инфекция у недоношенных детей, т.к. в этой группе регистрируется наиболее высокая смертность [2].

Цель: оценить особенность течения острого бронхиолита, вызванного респираторно-синцитиальным вирусом у недоношенного ребенка.

Материалы и методы

Для изучения и анализа был взят клинический случай развития бронхиолита, обусловленного респираторно-синцитиальным вирусом (РСВ) у недоношенного ребенка 1 месяца жизни.

Результаты

Пациент А., 1 месяц 8 дней, заболел 28.02.25 остро с заложенности носа, чихания и кашля. Осмотрен педиатром по месту жительства, в лечении интерферон альфа 2В, оксиметазолин, диметиндина малеат. Лечение без эффекта, 03.03.25 появилась одышка с дистанционными хрипами, отказ от еды. 04.03.25 направлен на госпитализацию в детское инфекционное отделение ГKB №6 г. Твери. Ребенок от 1 беременности, протекавшей с тяжелой преэклампсией, анемией, гипотиреозом. Роды оперативные на 34 неделе гестации. Вес при рождении – 2140 г, длина тела – 43 см. Закричал сразу. Перенесенные заболевания: РДС, неонатальная желтуха, ООО. Мать с 06.03.25 переносит ОРВИ – слабость, катаральные явления, кашель, повышение температуры тела. При поступлении в отделение состояние ребенка средней степени тяжести. Капризный, вялый. Зев умеренно гиперемирован, без налетов. Аускультативно в легких жесткое дыхание, с обеих сторон рассеянные свистящие хрипы на выдохе, мелкопузырчатые по задней поверхности, выдох удлинен. Одышка в покое умеренная экспираторная, с дистанционными хрипами, отмечается втяжение нижних межреберий. По другим органам и системам без особенностей. При обследовании: в гемограмме – возрастная норма, биохимический анализ крови, общий анализ мочи – без патологии. На рентгенограмме легких признаки бронхита. При проведении ПЦР в мазках из зева обнаружен РСВ. При микробиологическом исследовании слизи с миндалин и задней стенки глотки получена *Klebsiella oxytoca* SIR. Пациенту был выставлен диагноз: острый бронхиолит, вызванный РСВ. В лечении цефтриаксон, виферон, ингаляции ипратропия бромид и фенотерола, ингаляции будесонида. С 08.03.25 наблюдалось ухудшение состояния за счет развития дыхательной недостаточности, одышки, снижения сатурации до 90-92%. Однократно

введен дексаметазон 0,2 мл. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния ребенок переведен в ДОКБ г. Твери для дальнейшего обследования и лечения.

При переводе состояние пациента средней степени тяжести. В сознании, по шкале Глазго 15 баллов. Доступные осмотру слизистые розовые, без патологических изменений. Температура 36,6°C, пульс 146 ударов в минуту, АД 87/ 55 мм рт. ст., частота дыхательных движений 52 в минуту, сатурация 94-98% без дотации кислорода. При аускультации легких дыхание проводится по всем отделам, жесткое, выдох удлиннен, хрипы, свистящие на выдохе, мелкопузырчатые по задней поверхности, втяжение нижней апертуры грудной клетки, межреберных промежутков при беспокойстве. По другим органам и системам без особенностей. Пациенту выставлен основной диагноз: J21.0л Острый бронхиолит, вызванный РСВ. Осложнение основного заболевания: J96.0 Дыхательная недостаточность, не классифицированная в других рубриках. Лечение продолжено, добавлена респираторная поддержка в виде увлажненного кислорода 2,0 л/мин через маску. 09.03.25 в клиническом анализе крови отмечаются лейкоцитоз $15,9 \cdot 10^9/\text{л}$ и тромбоцитоз $519 \cdot 10^9/\text{л}$, прочие показатели в пределах возрастной нормы. В биохимическом анализе крови незначительный цитолиз: АлАТ 44 кЕД/л, АсАТ 54 кЕД/л, билирубин общий 27 мкмоль/л, билирубин прямой 3 мкмоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Пациент осмотрен оториноларингологом: данных за ЛОР патологию нет. С 09.03.25 по 11.03.25 состояние пациента без существенной динамики. 12.03.25 отмечается улучшение: дыхание проводится по всем отделам, хрипов нет, втяжения нижней апертуры грудной клетки, межреберных промежутков при беспокойстве не отмечается. Частота дыхательных движений 42 в минуту, сатурация 97-98% без дотации кислорода, в связи с чем было принято решение об отмене респираторной поддержки. В клиническом анализе крови от 13.03.25 сохраняется тромбоцитоз ($566 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоциты $11,1 \cdot 10^9/\text{л}$. Показатели общего

анализа мочи в пределах нормы. Пациент выписывается с улучшением на амбулаторное лечение.

Результаты

Представленный клинический случай подтверждает данные литературы о тяжелом течении бронхоолита, вызванного РСВ, у недоношенных детей. Такие пациенты требуют лечения в условиях стационара с возможностью проведения оксигенотерапии и оперативного оказания экстренной реанимационной помощи. Высока вероятность, что тяжесть заболевания конкретного ребенка кроме всего прочего была обусловлена преморбидной патологией и отягощенным анамнезом. Наличие *Klebsiella oxytoca* также могло способствовать неблагоприятному развитию основного заболевания. В связи с преимущественно тяжелым течением РСВ инфекции у недоношенных детей, данная группа детей нуждается в иммунизации против РСВ паливизумабом – препаратом, представляющим собой гуманизированные моноклональные антитела (IgG), полученные путем рекомбинантной ДНК-технологии.

Список литературы:

1. Аралова Е.В. Использование низкоинтенсивной лазерной терапии при осложненных ОРВИ у детей. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2008; 33: 99-101. – EDN KXZMEZ.
2. Баранов А.А. и соавт. Факторы, определяющие длительность госпитализации детей с тяжелой респираторной синцитиальной вирусной инфекцией в России. *Педиатрическая фармакология*. 2011; 8(6): 61–66. – EDN OUPXMZ.

Поступила в редакцию 13.05.2025

Принята к публикации 22.06.2025

Опубликована 30.09.2025

Как цитировать:

Назарова А. Р., Пушкарева Э. В. Клинический случай респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенного ребенка. *Материалы Хитоговой и I межрегиональной научно-практической конференции научного общества молодых ученых, инноваторов и студентов (НОМУИС) с международным участием, 21-23 мая 2025, АГМУ, г. Барнаул. Scientist (Russia). 2025; 4 (31): 109-112.*
