

ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ОСТЪР БРОНХИОЛИТ ПРИ ДЕЦА ДО 2-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ: КЛИНИЧНИ НАСОКИ И ДОБРИ ПРАКТИКИ

Магдалена Вълчева^{1,2}

¹ Факултет по обществено здраве и здравни грижи, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“, бул. „Проф. Якимов“ 1, Бургас 8010, България

² Университетска Многопрофилна Болница за Активно Лечение Бургас АД, Бул. Стефан Стамболов 73, 8000 Бургас, България
magdalena.valcheva@abv.bg

Резюме: *Остър бронхиолит е водеща причина за хоспитализация при деца до 2-годишна възраст. При липса на специфично лечение, здравните грижи заемат централно място в подкрепата на малкия пациент и възстановителния процес. Настоящото изследване има за цел да анализира добрите практики и съвременните насоки в здравните грижи при деца с остър бронхиолит, като се фокусира върху дихателния мениджмънт, поддържането на хидратация, хранене, наблюдение и подкрепа за родителите. За нуждите на изследването е проведен целенасочен литературен обзор на научни публикации и клинични ръководства. Здравните грижи включват наблюдение на дихателната функция, прилагане на кислородна терапия, щадяща назална аспирация, адаптирано хранене и активно участие на родителите.*

Ключови думи: бронхиолит, деца до 2 години, здравни грижи, кислородотерапия, сестринска грижа, поддържаща терапия

HEALTHCARE FOR ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN UNDER 2 YEARS OF AGE: CLINICAL GUIDELINES AND BEST PRACTICES

Magdalena Valcheva^{1,2}

¹ Faculty of public health and health care,
Prof. Asen Zlatarov University, Burgas-8010, Bulgaria

² University Multiprofile Hospital for Active Treatment Burgas,
73 Stefan Stambolov, 8000 Burgas, Bulgaria

Abstract: *Acute bronchiolitis is a leading cause of hospitalization in children under two years of age. In the absence of specific treatment, healthcare plays a central role in supporting the young patient and facilitating recovery. This study aims to analyze best practices and current guidelines in the healthcare of children with acute bronchiolitis, focusing on respiratory management, hydration, nutrition, monitoring, and parental support. A targeted literature review of scientific publications and clinical guidelines was conducted for the purposes of this study. Healthcare interventions include respiratory function monitoring, administration of oxygen therapy, gentle nasal suctioning, tailored nutritional support, and active involvement of parents.*

Keywords: bronchiolitis, children under 2 years, healthcare, oxygen therapy, nursing care, supportive therapy

Въведение

Острият бронхиолит е една от най-честите причини за хоспитализация при деца до двегодишна възраст [1, 2]. Заболяването, предизвиквано най-често от респираторно-синцитиалния вирус (RSV), се характеризира с възпаление на малките дихателни пътища, водещо до обструкция, хипоксемия и дихателен дистрес [2, 4]. Докато специфичното лечение остава ограничено, централно място в овладяването на състоянието заемат поддържащите здравни грижи [3, 6, 12].

Ранното разпознаване на симптомите, прецизната оценка на дихателната функция, адекватната кислородотерапия, поддържането на хидратация, и осигуряването на комфорт и безопасност на малкия пациент са критично важни за благоприятния изход [5, 6, 13]. Сестринските и мултидисциплинарните здравни грижи играят ключова роля не само в болничната среда, но и в подготовката на родителите за домашна грижа след изписване [7, 16].

В тази връзка, необходима е систематизация на добрите практики и актуалните препоръки, които да подпомогнат здравните специалисти в осигуряване на качествена и индивидуализирана грижа за деца с остър бронхиолит [8, 9, 10].

Цел

Целта на настоящото изследване е да анализира съвременните подходи в здравните грижи при деца до 2-годишна възраст с остър бронхиолит. Особено внимание се отделя на практическите аспекти на наблюдението, кислородната терапия, хидратацията, назалната деконгестия, грижата за храненето, както и на комуникацията с родителите и подготовката за изписване [12, 13, 14].

Материали методи

За целите на настоящото изследване е извършено търсене в международни научни бази данни. Включени са публикации на английски и български език, които разглеждат аспекти на здравните грижи при остър бронхиолит при деца до 2-годишна възраст [1-11, 15- 19]. Анализирани са публикации, включващи практически насоки или анализ на ефективността на здравни грижи и интервенции [3, 6, 7]. Допълнително са анализирани клинични насоки и протоколи на Американската академия по педиатрия (AAP), Националния институт за здраве и клинични грижи (NICE), Световната здравна организация (WHO), както и актуални български източници [8-10, 13-15].

Основни аспекти на здравните грижи при остър бронхиолит

Здравните грижи при деца с остър бронхиолит до двегодишна възраст изискват системен, внимателен и индивидуализиран подход. Централна роля заема непрекъснатото наблюдение на дихателния статус на детето [4, 6, 12]. Медицинският екип, и по-специално медицинските сестри, следят за признаци на дихателен дистрес - учестено дишане, участие на помощна мускулатура, периорална цианоза, както и нивата на кислородна сатурация [3, 5]. Тези показатели определят необходимостта от кислородотерапия, която следва да бъде инициирана при сатурация под 90%, съгласно международните клинични ръководства [8, 9, 10]. Изборът на способ за подаване на кислород чрез назална канюла, маска или високопоточна назална кислородна терапия зависи от тежестта на състоянието и техническите възможности на отделението [6, 11]. Прецизната настройка на потока, редовното овлажняване и наблюдението на ефекта са основни елементи от сестринската грижа [7].

Назалната конгестия е често срещан проблем при деца с бронхиолит и допринася значително за дихателния дискомфорт и затруднения при хранене. Ефективната, но щадяща назална аспирация, при наличие на видими секрети, допринася за облекчаване

на симптомите, особено когато е съчетана с правилно позициониране на детето – обикновено в полуизправено положение, което подпомага дишането и намалява риска от аспирация [6, 13, 16].

Храненето и хидратацията също изискват повишено внимание. Децата с умерена или тежка форма на бронхиолит често проявяват намален апетит и риск от дехидратация [2, 5, 18]. Необходимо е проследяване на количеството приети течности и храна, както и на диурезата. При необходимост се предприема преминаване към парентерална хидратация или ентерално хранене чрез сонда, като сестринският екип оценява риска и подпомага изпълнението на терапевтичния план, съобразен с дихателното усилие на пациента [3, 6, 7].

Не по-малко важен компонент на здравните грижи е подкрепата и информирането на родителите [7, 16, 19]. Тревогата при първото сериозно заболяване на детето е разбираема и често изисква целенасочена комуникация от страна на екипа. Осигуряването на спокойна и подкрепяща среда, обяснения относно естествения ход на заболяването, насоки за домашно наблюдение и подготовка за изписване са съществени за повишаване на доверието и активното участие на родителите в процеса на възстановяване.

Комплексният характер на здравните грижи при остър бронхиолит изисква мултидисциплинарен подход, при който координацията между медицински сестри, лекари и рехабилитатори е от ключово значение за оптималния изход от заболяването [6, 14, 17].

Обсъждане

Предоставянето на ефективни здравни грижи при остър бронхиолит при деца до 2-годишна възраст е предизвикателство, което изисква не само клинична компетентност, но и способност за адаптиране към индивидуалните нужди на всяко дете [4, 7]. В последните години клиничните ръководства все по-ясно подчертават, че терапията при бронхиолит е предимно поддържаща, а ролята на здравния персонал в нейното прилагане е определяща за успеха на лечението [9, 10].

Международни насоки, като тези на Американската академия по педиатрия (AAP) и Националния институт за здраве и клинични грижи (NICE), категорично препоръчват избягване на рутинна употреба на бронходилататори, кортикостероиди или антибиотици [4, 8, 9]. Вместо това фокусът се измества върху непрекъснатата оценка на дишането, адекватна оксигенация, подходяща хидратация и насърчаване на естествения възстановителен процес [2, 5]. Именно тук здравните грижи, предоставяни от обучен и ангажиран екип, добиват централно значение [6, 7, 16].

В българската практика обаче все още се наблюдава известно разминаване между препоръките и реалното поведение на терен [12, 13, 15]. Част от причините се крият в липсата на локални стандарти, както и в различната степен на подготовка на здравния персонал [14, 16]. Отделно, недостигът на високотехнологично оборудване (като високопоточна назална кислородна терапия) в някои лечебни заведения ограничава възможностите за прилагане на доказано ефективни подходи [11, 13].

Същевременно, практиките на много болнични екипи в страната демонстрират високо ниво на ангажираност и грижа, особено в областта на обучението и подкрепата за родителите [12, 16, 19]. Включването на родителите в процеса на наблюдение и базови грижи по време на престоя в болница се оказва ключово за по-бързото възстановяване и успешното проследяване след изписване [7, 19].

Важно е също да се отбележи, че здравните грижи при бронхиолит не са статичен процес, тъй като те изискват динамично преразглеждане на състоянието, постоянна комуникация между екипа и активно включване на родителите като партньори [7, 16]. В

този контекст мултидисциплинарният модел на работа следва да бъде утвърден като стандарт при лечението на деца с остри респираторни състояния [6, 14].

Заклучение

Острият бронхиолит при деца до 2-годишна възраст представлява сериозно предизвикателство в педиатричната практика, при което здравните грижи играят ключова роля за благоприятния изход. При липсата на специфично медикаментозно лечение, именно поддържащите грижи (оценка на дихателния статус, адекватна кислородна терапия, поддържане на хидратацията и подходящо хранене) се превръщат в основата на терапевтичния процес.

Ролята на здравния екип, и особено на медицинската сестра, е не само техническа, но и комуникативна, защото тя обединява клиничната оценка, индивидуалната грижа за всяко дете и подкрепата за родителите. Практическите действия, основани на доказателства и съобразени с нуждите на пациента, допринасят не само за стабилизирането на състоянието, но и за по-бързото възстановяване и предотвратяване на усложнения.

Необходима е последователна работа за утвърждаване на добрите практики, осигуряване на обучение на персонала и внедряване на мултидисциплинарни модели на грижа, които да отразяват съвременните насоки и нуждите на реалната практика в български условия.

Библиография

1. Angelov, B, Bangieva, K, Bosheva M. Immunoprophylaxis against Respiratory Syncytial Virus Infections. *J Vaccines Vaccin Stud* 2(1): 103, 1-10. (2023).
2. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. *Lancet*. 2017;389(10065):211–24. doi:10.1016/S0140-6736(16)30951-5
3. Friedman JN, Rieder MJ, Walton JM. Management of bronchiolitis in infants – Canadian Paediatric Society Position Statement. *Paediatr Child Health*. 2014;19(9):485–91.
4. Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(6):CD001266. doi:10.1002/14651858.CD001266.pub4
5. Gadomski AM, Scribani MB. Non-invasive oxygen therapies in bronchiolitis: Review of evidence for nursing practice. *Pediatr Nurs*. 2016;42(3):117–22.
6. Haskell SE, Jnah AJ. Bronchiolitis: Current guidelines and nursing implications. *Adv Neonatal Care*. 2020;20(2):124–32. doi:10.1097/ANC.0000000000000660
7. Lazzerini M, Sonogo M, Pellegrin MC. Hypoxemia as a mortality risk factor in acute lower respiratory infections in children: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):e0136166. doi:10.1371/journal.pone.0136166
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE guideline [NG9]; 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>
9. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–502. doi:10.1542/peds.2014-2742
10. World Health Organization (WHO). Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses. 2nd ed. Geneva: WHO; 2013. ISBN: 9789241548373
11. Perrotta F, Matera MG, Cazzola M. Management of bronchiolitis in infants: An update. *Ther Adv Respir Dis*. 2022;16:17534666221104671. doi:10.1177/17534666221104671
12. Ангелов, Б. (2024). Клиничен профил на пациентите до две годишна възраст с остър бронхиолит в УМБАЛ Бургас. *Management & Education*, 20(6), 59-63.

13. Ангелов, Б. Терапевтични възможности при остър бронхиолит за деца до две годишна възраст, Дисертационен труд, 2023
14. Ангелов Б., Терапевтични възможности при остър бронхиолит за деца до двегодишна възраст, Балтика 2002, 2024.
15. Вълчева М, Николова Д. Острият бронхиолит - какво трябва да знаем за него. Бургаски медицински журнал. 2024;2:35–40.
16. Каменова П, Кирова В. Сестрински грижи при деца с остри респираторни заболявания – анализ на клинични практики. Сборник доклади – Научна конференция по здравни грижи, Медицински университет – Плевен. 2022; стр. 88–94.
17. Кетев К., Бошева М., Ангелов Б., Астматичен пристъп и бронхообструктивен синдром. Препоръки за поведение при някои спешни състояния в педиатрията. Медицински университет - Пловдив; ISBN: 978-619-237-084-8, 2021, 146 – 152.
18. Симеонова С, Переновска П, Папочиева В, Митева Д, Петрова Г. Вирусни пневмонии в детска възраст. GP News. 2020;(3):13–17.
19. Узунова Й, Станкова Е. Респираторни инфекции в ранна детска възраст - диагностичен и терапевтичен подход. Практическа педиатрия. 2021;(6):18–22.