

**ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ:  
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,  
ПРОФИЛАКТИКА**

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ» 2016

## Бронхит –

воспалительный процесс в бронхах диффузного характера в отсутствие инфильтративных изменений в паренхиме легких (инфильтративных или очаговых теней на рентгенограмме)

*При преобладании изменений трахеи говорят о трахеобронхите.*

**Острый бронхит** - острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами (J20.0 – J20.9).

## КОДЫ МКБ-10

- J20 – Острый бронхит
- J20.0 – Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*
- J20.1 – Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae* [палочкой Афанасьева- Пфейффера]
- J20.2 – Острый бронхит, вызванный стрептококком
- J20.3 – Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки
- J20.4 – Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа
- J20.5 – Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
- J20.6 – Острый бронхит, вызванный риновирусом
- J20.7 – Острый бронхит, вызванный эховирусом
- J20.8 – Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами
- J20.9 – Острый бронхит неуточненный

# ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ

- в большинстве случаев – вирусы,
- реже бактерии - *Streptococcus pneumoniae*,  
*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и атипичная флора (микоплазма, хламидия)

## ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Острый бронхит;
- Острый бронхит, вызванный *M. pneumoniae*;
- Острый бронхит, вызванный *C. trachomatis*;
- Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции;

**Наиболее часто бронхит встречается у детей в возрасте 1-3 года**

# КЛИНИКА ОСТРОГО ВИРУСНОГО БРОНХИТА

- острое начало с субфебрильной (реже фебрильной) температурой;
- катаральные симптомы: насморк, кашель со 2-3 дня болезни;
  - кашель у грудных детей при РС- инфекции и у старших – при аденовирусной – может сохраняться до 2 недель.
  - кашель длительностью  $\geq 2$  недель у школьников может свидетельствовать о коклюшной инфекции
- рассеянные сухие и влажные хрипы;
- отсутствуют признаки бронхиальной обструкции
- число лейкоцитов в общем анализе крови  $<15 \times 10^9 / \text{л}$ ;
- обычно длительность заболевания 7 дней

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

ВОЗМОЖНО

- ✓ усиление легочного рисунка
- ✓ повышение прозрачности

при отсутствии  
инфильтративных и  
очаговых теней в легких

## **БРОНХИТ, ВЫЗВАННЫЙ MYCOPLASMA PNEUMONIAE**

- **стойкая фебрильная температура в отсутствие токсикоза;**
- **покраснение конъюнктив («сухой конъюнктивит» с обычно скудными другими катаральными явлениями);**
- **обилие крепитирующих и мелкопузырчатых хрипов с 2 сторон, но в отличие от вирусного бронхита, они часто асимметричны, с преобладанием в одном из легких;**
- **нередко симптомы обструкции**
- **незначительные изменения крови;**
- **без лечения температура и хрипы сохраняются до 2-х недель.**

# ХЛАМИДИЙНЫЙ БРОНХИТ, ВЫЗВАННЫЙ С. TRACHOMATIS

У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 2-4 МЕСЯЦЕВ  
при интранатальном заражении от матери

- приступообразный «коклюшеподобный» кашель до 2-4 недель;
- температура обычно нормальная,
- умеренная одышка;
- в легких мелко- и среднепузырчатые хрипы;
- упорный конъюнктивит на 1-м месяце жизни ребенка

# ХЛАМИДИЙНЫЙ БРОНХИТ, ВЫЗВАННЫЙ С. PNEUMONIAE

ЧАЩЕ У ПОДРОСТКОВ

- картина бронхита, иногда с обструкцией,
- длительным малопродуктивным кашлем,
- лимфаденитом,
- фарингитом

# **ОСТРЫЙ БРОНХИТ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ**

- **экспираторная одышка**
- **свистящие хрипы чаще на выдохе появляются уже в 1-2 день болезни**
- **ЧДД редко превышает 60 в 1 минуту,**
- **диспноэ может быть не выражено, но иногда его признаком является беспокойство ребенка, смена позы в поисках наиболее удобной.**
- **кашель малопродуктивный**
- **температура умеренная**
- **общее состояние удовлетворительное**



# РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ

повторные эпизоды острых бронхитов 2-3 раза и более в течение года на фоне ОРВИ

- ❑ критерии диагностики соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита
- ❑ встречаются у детей первых 4-5 лет жизни.

❑ Повторные эпизоды синдрома бронхиальной обструкции наблюдаются достаточно часто на фоне респираторной инфекции и требуют исключения у пациента прежде всего бронхиальной астмы

# ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

хроническое распространенное  
воспалительное поражение бронхов

при наличии не менее 2-3 обострений заболевания в год  
на протяжении 2-х или более лет подряд;

*у детей диагностируется редко, после исключения заболеваний,  
протекающих с синдромом хронического бронхита: муковисцидоз,  
пороки развития бронхолегочной системы и др.*

## ПРИЗНАКИ

- продуктивный кашель;
- разнокалиберные влажные хрипы в легких
- усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмосклероза.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- В типичных случаях острого бронхита не рекомендуется проводить дополнительные лабораторные исследования и рентгенографию грудной клетки
- При сохранении температуры  $\geq 38$  С более 3 суток решить вопрос о необходимости общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки
- Рентгенография органов грудной клетки при подозрении на:
  - ✓ пневмонию;
  - ✓ инородное тело
    - анамнез,
    - ослабление дыхания с одной стороны,
    - односторонние хрипы);
  - ✓ сдавливающий процесс в средостении
    - упорный металлический кашель

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

## ДЛЯ ТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО

наличие над отдельным участком легкого

- ✓ укорочения перкуторного звука,
- ✓ ослабленного или бронхиального дыхания,
- ✓ мелкопузырчатых хрипов.

Однако эти локальные симптомы выявляются лишь у 50-70% больных.

поэтому заподозрить пневмонию и назначить рентгенограмму легких необходимо и при наличии следующих симптомов:

- лихорадка выше 38 С свыше 3 дней,
- диспноэ – кряхтящее дыхание, втяжение уступчивых мест грудной клетки,
- учащение дыхания
  - у детей до 2 месяцев >60 в 1 минуту ,
  - у детей 3-12 месяцев >50
  - у детей старше 1 года >40 )
- асимметрия хрипов/физикальных изменений в легких
- повышение лабораторных маркеров воспаления
  - лейкоцитоз более  $15 \times 10^9 / \text{л}$ , (нейтрофильный)
  - С-реактивный белок >30 мг/л
  - прокальцитонин >2 нг/мл)

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

## ➤ ПРИ ПОВТОРЯЮЩИХСЯ ЭПИЗОДАХ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

### консультации

- ✓ **аллерголога-иммунолога** - при подозрении на бронхиальную астму
- ✓ **пульмонолога** - для исключения более редких причин бронхиальной обструкции
  - врожденные и наследственные аномалии респираторного тракта,
  - инородные тела,
  - бронхолегочная дисплазия,
  - гастроэзофагеальный рефлюкс

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВИРУСНОГО БРОНХИТА

## ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ КАК ПРАВИЛО НЕ ТРЕБУЕТСЯ

- режим полупостельный до падения температуры
- обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки
- дренаж грудной клетки (дренажный постуральный массаж)
- стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении (надавливание на корень языка, теплая ванна)
- дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции
- противовирусные препараты

# ПО ПОКАЗАНИЯМ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

## лечение кашля

### ❑ ПРИ СУХОМ МУЧИТЕЛЬНОМ БОЛЕЗНЕННОМ КАШЛЕ

(при отсутствии хрипов в легких и других признаков бронхообструкции)  
**противокашлевые средства центрального действия** ( в отдельных случаях коротким курсом)

*Например **бутамират***

### ❑ ПРИ ВЯЗКОЙ, ТРУДНО ОТДЕЛЯЕМОЙ МОКРОТЕ

**муколитические и отхаркивающие средства –**

*Например:*

**Амброксол (Лазолван)**- муколитик с выраженным отхаркивающим эффектом :

- *стимулирует серозные клетки слизистой оболочки бронхов*
- *увеличивает количество сурфактанта*
- *обладает противоотечным действием*
- *уменьшает бронхиальную гиперреактивность*
- *потенцирует действие антибиотиков (амоксицилина )*

**Ацетилцистеин, Карбоцистеин (Флюдитек)** -секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей

# Ренгалин: новый противокашлевой препарат



## ДЕЙСТВИЕ

- ВЫРАЖЕННОЕ ПРОТИВОКАШЛЕВОЕ,
- БРОНХОЛИТИЧЕСКОЕ/СПАЗМОЛИТИЧЕСКОЕ
- ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОЕ/АНТИГИСТАМИННОЕ
- ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ/ПРОТИВООТЕЧНОЕ ,
- АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ



## **Доврачебная помощь**

- успокоить пациента, помочь занять удобное положение (лежа с высоко поднятым изголовьем или полусидя с опущенными ногами)
- Обеспечить доступ свежего воздуха (проветривание помещения, увлажнение воздуха),
- расстегнуть стесняющую одежду
- назначить/провести оральную регидратцию –регидрон из расчета до 100 мл/кг/сут
- обеспечить адекватное носовое дыхание – назначить промывание/орошение носа физиологическим раствором хлорида натрия с аспирацией содержимого

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

## При первом эпизоде

**ингаляционные  $\beta$ 2-агонисты или комбинированные препараты**

➤ **через небулайзер, добавляя 0,9% раствор натрия хлорида,**

**ИЛИ**

➤ **в виде ДАИ со спейсером с лицевой маской до 3 раз в день:**

---

✓ **сальбутамол** на прием 0,15 мл/кг,

▪ **детям <6 лет максимально 2,5 мл ;, старше 6 лет 5 мл**

**ЛИБО**

▪ **1-2 ингаляции ДАИ через спейсер курсом до 3-5 дней**

**или**

✓ **фенотерол + ипратропия бромид (беродуал)** на прием 2  
капли/кг

▪ **детям  $\leq$ 6 лет максимально 10 капель - 0,5 мл и старше 6 лет  
20 капель -1,0 мл**

**ЛИБО**

▪ **1-2 ингаляции ДАИ через спейсер курсом не более 5 дней.**

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

## Оценка эффективности

каждые 20 минут (в течение одного часа)

- наличие и характер одышки
- наличие и характер дыхания, динамика хрипов при аускультации
- изменение параметров сатурации кислорода
- самочувствие, поведение

## **ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

- При сохранении или нарастании бронхиальной обструкции,
- При повторном появлении бронхиальной обструкции после отмены  $\beta$ 2-агонистов
  - ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер
    - ✓ **будесонид** в суспензии, в среднем 250-500мкг/сут., применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней

## **ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО**

- **применение антигистаминных препаратов,**
- **электропроцедур в связи с отсутствием доказательств их эффективности**
- **применение горчичников, жгучих пластырей, банок в связи с тем, что вред от их применения существенно превышает возможную пользу**
- **антибактериальная терапия при остром бронхите (вирусном, неосложненном)**

# ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО БРОНХИТА

1. При бронхите, вызванном микоплазмой или хламидиями показаны макролиды:
  - джозамицин 40-50 мг/кг/сут, другие макролиды - 10-14 дней.
  - при наличии обструкции ингаляции бета 2-агонистов или комбинированных препаратов.
2. При бронхите, сопровождающемся признаками бактериальной инфекции, обусловленной типичной бактериальной флорой:
  - амоксициллин в дозировке 70 мг/кг/сут. курсом 5-7 дней.

ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДАЖЕ В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ НА НАЛИЧИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО БРОНХИТА, ДОЛЖНО БЫТЬ ОБОСНОВАНО ТЯЖЕСТЬЮ СОСТОЯНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫМИ МАРКЕРАМИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

**БЕСКОНТРОЛЬНЫЙ ПРИЕМ АНТИБИОТИКОВ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ УСТОЙЧИВЫХ К НИМ МИКРОБОВ И ВЫЗЫВАТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ.**

# ПРОФИЛАКТИКА

- ✓ **Профилактика респираторных инфекций, в том числе активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций,**
- ✓ **Борьба с загрязнением воздуха**
- ✓ **Исключение пассивного и активного курения**

# **КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

## **Специализированная медицинская помощь**

- 1. Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый**
- 2. Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)**
- 3. Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)**
- 4. Выполнено лечение лекарственными препаратами группы короткодействующие селективные бета2-адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета2-адреномиметики и группы холинолитики (при наличии синдрома бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)**

**ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ:  
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,  
ПРОФИЛАКТИКА**



# ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ» 2016

**воспалительное заболевание  
нижних дыхательных путей с преимущественным  
поражением мелких бронхов и бронхиол**

**РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ДО 2 ЛЕТ (ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА)**

## КОД МКБ 10

- ❑ J21 – Острый бронхит
- ❑ J21.0 – Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
- ❑ J21.8 – Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами
- ❑ J21.9 – Острый бронхит неуточненный

# ЭТИОЛОГИЯ БРОНХОЛИТА

чаще - ответ на **респираторно-синцитиальную (РС) вирусную** инфекцию (60-70%).

У недоношенных, особенно с бронхолегочной дисплазией и на искусственном вскармливании - **риновирус** (до 40% случаев)

НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО БРОНХОЛИТ ПРОТЕКАЕТ У ДЕТЕЙ:

- ✓ родившихся глубоко недоношенными,
- ✓ с тяжелыми пороками развития сердца, сосудов и легких,
- ✓ с бронхолегочной дисплазией,
- ✓ с иммунодефицитом

# ПАТОГЕНЕЗ БРОНХИОЛИТА

- некроз и десквамация эпителия терминальных и респираторных бронхиол,
- лимфоцитарная и нейтрофильная инфильтрация
- отек их стенки
- гиперсекреция слизи.



**ВОЗМОЖНЫ**

**обтурации пораженных участков дыхательных путей:**

**полная**



**развитие мелких ателектазов**

**частичная**



**диффузные проявления симптома «воздушной ловушки»**



**развитие гипоксемии и гиперкапнии**

**вследствие нарушения вентиляционно-перфузионных отношений**

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА

- ❑ не зависит от вида вируса,
- ❑ развивается на 2-5 день ОРЗ,
- ❑ тяжесть обусловлена дыхательной недостаточностью,
- ❑ клинические проявления у детей динамичны:
  - ✓ протекает чаще с субфебрильной температурой,
  - ✓ кашель нарастающий в течение 3-4 дней, иногда сохраняется до 3 недель
  - ✓ одышка экспираторного типа тахипноэ 50-70 в минуту,
  - ✓ обструктивный синдром достигает максимума в течение 1-2 дней, затем постепенно уменьшается, исчезают на 7-14 день (повторные эпизоды – исключить бронхиальную астму)
  - ✓ диспноэ с усилением выдоха и участием вспомогательных мышц в акте дыхания

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА

## ✓ ВИЗУАЛЬНО

- вздутие грудной клетки,
- втяжение межреберий на вдохе,
- раздувание крыльев носа

## ✓ ПЕРКУТОРНО

- коробочный оттенок звука.

## ✓ АУСКУЛЬТАТИВНО

- мелкопузырчатые хрипы и/или крепитация в легких с обеих сторон,
- нередко - сухие свистящие хрипы.

**может развиваться дегидратация с метаболическим ацидозом из-за**

- лихорадки
- отказа ребенка пить, рвоты
- тахипноэ
- дыхательной недостаточности

# **ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

## **I степень**

**Одышка, тахикардия, раздувание крыльев носа при значимой физической нагрузке**

## **II степень**

**Одышка, тахикардия при незначительной физической нагрузке. Небольшой цианоз губ, периоральной области, акроцианоз. Раздувание крыльев носа, втяжение межреберий и/или подреберий.**

## **III степень**

**Выражена одышка, тахипноэ в покое. Поверхностное дыхание. Разлитой цианоз кожи, слизистых оболочек .  
Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры.  
Ребенок вялый, адинамичный или, наоборот, очень беспокойный.  
Может развиваться гипоксическая энцефалопатия (нарушение сознания, судороги).**

## **IV степень**

**Гипоксемическая кома. Сознание отсутствует, дыхание аритмичное, периодическое, поверхностное.**

.

# ДИАГНОСТИКА БРОНХИОЛИТА

**ДИАГНОЗ БРОНХИОЛИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ УСТАНОВЛИВАТЬ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ**

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ** для постановки диагноза, как правило, не требуется

**ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ крови мало информативен .**

- ✓ чаще наблюдается лимфоцитарный лейкоцитоз, но не бывает нейтрофильного.
- ✓ повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) не характерно.

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** не проводится, если у ребенка нет симптомов, подозрительных на пневмонию.

**НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ** часто выявляется

- ✓ вздутие легких,
- ✓ усиление бронхососудистого рисунка,
- ✓ участки понижения прозрачности легочной ткани,
- ✓ мелкие ателектазы, которые иногда ошибочно принимают за пневмонию.

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА

## ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА – КУПИРОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

### ◆ Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей:

- ✓ обязательный туалет носа с отсасыванием слизи
- ✓ короткие курсы деконгестантов

### ◆ Адекватная пероральная гидратация.

При невозможности выпаивания, а также при эксикозе II-III степени необходима парентеральная регидратация -0,9% раствор натрия хлорида не более 20 мл/кг/сутки.

### ◆ Терапия увлажненным кислородом при $SpO_2 \leq 92-94\%$ .



# ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

**Ингаляционная бронхоспазмолитическая терапия не влияет на длительность бронхиолита.**

***β2-агонисты короткого действия через небулайзер  
рекомендованы***

**в случае эффекта через 20 минут от их однократного использования:**

- ✓ уменьшение ЧДД на 10-15 в минуту,
- ✓ снижение интенсивности свистящих хрипов,
- ✓ уменьшение втяжения межреберий
- ✓ увеличение показателя SpO<sub>2</sub>

**сальбутамол на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл.**

**или**

**фенотерол + ипратропия бромид на прием 2 капли/кг,  
максимально 10 капель (0,5 мл)**

**не более 3-4 раз в день**



**при отсутствии эффекта  
дальнейшее проведение ингаляций не имеет смысла**

## **ПРИ ОСТРОМ БРОНХИОЛИТЕ НЕ ПОКАЗАНЫ:**

- антибиотики, кроме ситуаций, когда имеется сопутствующая бактериальная инфекция, либо серьезные подозрения на нее**
- противовирусная терапия**
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГК) вследствие отсутствия доказательств их клинического эффекта**
- системные стероиды также вследствие их неэффективности**
- вибрационный и/или перкуссионный массаж не оказывает выраженного эффекта**

# ПОКАЗАНИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИОЛИТОМ:

- 1. Апноэ.**
- 2. Признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени.**
- 3. Возраст до 6 мес. у недоношенных детей.**
- 4. Пониженное питание.**
- 5. Дегидратация, затруднение в кормлении, сонливость.**
- 6. Потребность в постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях.**
- 7. Отягощенный преморбидный фон.**
- 8. Социальные показания.**

# ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ

- ❖ Прогноз после перенесенного острого бронхиолита, как правило, благоприятный.
- ❖ Респираторные симптомы средней степени выраженности могут сохраняться приблизительно 3 недели.
- ❖ Около половины детей, перенесших острый бронхиолит, в дальнейшем могут иметь эпизоды бронхиальной обструкции (чаще при отягощенной наследственностью по атопии)
- ❖ Редко возможно развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита, с развитием фиброза и облитерацией просвета бронхиол, инвалидизацией.

# **КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

## **Специализированная медицинская помощь (в стационаре)**

- 1. Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-анестезиологом-реаниматологом**
- 2. Выполнена пульсоксиметрия**
- 3. Выполнена контрольная пульсоксиметрия и/или мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза)**
- 4. Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)**
- 5. Выполнена искусственная вентиляция легких (при дыхательной недостаточности 3-4 степени)**
- 6. Не выполнена терапия лекарственными препаратами группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при отсутствии бронхолегочной дисплазии)**

Ссылка для прохождения тестирования:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe23hgawUeYoCe3iizBskvkFAMTNiyOZpTsJj1-eSrHgyWg3A/viewform>



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**