

Клинические рекомендации – Острый бронхиолит – 2021-2022-2023 (09.11.2021) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J21: J21.0; J21.8; J21.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 360

По состоянию на 09.11.2021 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Союз педиатров России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

БЛД – бронхолегочная дисплазия

ВПС – врожденные пороки сердца

ИГК – ингаляционные глюкокортикостероиды (R03BA – Глюкокортикоиды)

РС – респираторно-синцитиальная вирусная инфекция

Термины и определения

Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Согласно принятой в России Классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [1] острый бронхиолит (J21) определяется как воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол и развивается у детей в возрасте до 2 лет (наиболее часто – у детей в возрасте до 1 года).

Симптомокомплекс острого бронхиолита включает обструкцию нижних дыхательных путей, возникающую на фоне острой респираторной вирусной инфекции (или при воздействии раздражителей) и сопровождающуюся кашлем и признаками дыхательной недостаточности: затрудненным кряхтящим дыханием, тахипноэ, втяжением межреберных промежутков и/или подреберий, раздуванием крыльев носа и двусторонними хрипами в легких [2, 3].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Бронхит чаще развивается в ответ на респираторно-синцитиальную (РС) вирусную инфекцию (60-70%). У недоношенных, особенно с бронхолегочной дисплазией (БЛД) и на искусственном вскармливании, этиологически значимым агентом при бронхите может быть риновирус (до 40% случаев) [4]. Как причинные факторы заболевания также рассматриваются вирусы гриппа А и В, парагриппа, аденовирус, коронавирус, метапневмовирус и бокавирус человека.

РС-вирусную инфекцию переносят практически все дети в первые 2 года жизни (90%), однако лишь приблизительно в 20% случаев у них развивается бронхит, что может быть обусловлено наличием предрасполагающих факторов [5].

К дополнительным факторам риска развития бронхита относят:

1. Наличие старших детей в семье.
2. Возраст до 6 месяцев.
3. Рождение за ≤ 6 мес. до начала РСВ-сезона.
4. Большая семья (≥ 4 человек).
5. Грудное вскармливание ≤ 2 месяцев.
6. Посещение детского сада.
7. Дети от многоплодной беременности [6, 7, 8].

Факторы риска развития тяжелого течения бронхита:

1. Недошенность (< 35 недель гестации).
2. БЛД.
3. Другие хронические поражения респираторного тракта (например, врожденные пороки развития).
4. Гемодинамически значимые сердечно-сосудистые нарушения.
5. Иммунодефициты.
6. Возраст младше 3 месяцев.
7. Мужской пол.
8. Низкий социально-экономический уровень семьи.
9. Курение матери во время беременности, пассивное курение.
10. РС-инфекция.
11. Нейромышечные заболевания.
12. Генетические особенности [2, 3].

В патогенезе основную роль играют некроз и десквамация эпителия терминальных и респираторных бронхов, лимфоцитарная и нейтрофильная инфильтрация и отек их стенки. Также отмечается гиперсекреция слизи.

Морфологические характеристики острого вирусного бронхита объясняют малую эффективность препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей у большинства пациентов.

При бронхите возможно развитие мелких ателектазов в случае полной обтурации просвета пораженных участков дыхательных путей или, при частичной обтурации, диффузные проявления симптома "воздушной ловушки". В свою очередь, ателектазы и "воздушные ловушки" способствуют развитию гипоксемии и гиперкапнии вследствие нарушения вентилиционно-перфузионных отношений.

Выдох, производимый с усилием дыхательных мышц, приводит к развитию симптомов дыхательной недостаточности, особенно у недоношенных, у детей с БЛД, врожденными

пороками сердца (ВПС), нейромышечной патологией [3].

У детей с бронхолитом возможно развитие катарального отита, что подтверждается отоскопией. Гнойный отит сопутствует бронхолиту крайне редко. Инфекция мочевых путей выявляется у 3,3%. Бактериемия – в 0,3% [9].

Присоединение бактериальной пневмонии наблюдается менее чем в 1% случаев [10]. Риск вторичной бактериальной пневмонии возрастает у детей, госпитализированных в ОРИТ, особенно при интубации [11, 12].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Бронхолит наиболее часто встречается у детей в возрасте до 9 месяцев в (90% случаев). Ежегодно в мире регистрируется 150 миллионов случаев бронхолита (11 заболевших на 100 детей грудного возраста), 7-13% из которых требуют стационарного лечения и 1-3% – госпитализации в отделение интенсивной терапии [3].

Сезонный пик заболеваемости бронхолитом в наших географических широтах продолжается с ноября по апрель.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

J21.0 – Острый бронхолит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом

J21.8 – Острый бронхолит, вызванный другими уточненными агентами

J21.9 – Острый бронхолит неуточненный.

Примеры формулировки диагнозов:

- Острый бронхолит (РС-вирусный). Дыхательная недостаточность I-II степени.
- Острый бронхолит. Дыхательная недостаточность I степени.

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Единой классификации бронхолитов не существует.

Клиническая классификация бронхолитов основана на этиологии, а также включает системные заболевания, при которых бронхолит развивается как один из синдромов [9]:

Бронхолиты, развившиеся вследствие вдыхания различных веществ:

- Бронхолит, развившийся вследствие вдыхания дыма
- Бронхолит, развившийся вследствие воздействия раздражающих газов и минеральной пыли
- Бронхолит, развившийся вследствие вдыхания органической пыли

Инфекционный бронхолит (вирусный)

Постинфекционный (облитерирующий) бронхолит

Бронхолит, индуцированный лекарственными средствами

Бронхолит, ассоциированный с коллагенозами

Бронхолит, ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника

Посттрансплантационный бронхиолит
 Бронхиолит, ассоциированный с паранеопластической пузырьчаткой
 Гиперплазия нейроэндокринных клеток с бронхиолярным фиброзом
 Диффузный панбронхиолит
 Криптогенный бронхиолит

Прочие:

- Семейные формы фолликулярного бронхиолита
- Бронхиолит при иммунодефицитах
- Бронхиолит при лизинурии
- Бронхиолит при атаксии-телеангиоэктазии (синдроме Луи-Бар)
- Бронхиолит при IgA нефропатии

Четких критериев степени тяжести бронхиолита до настоящего времени не разработано. Для оценки тяжести течения бронхиолита следует ориентироваться на признаки дыхательной недостаточности.

Таблица 1 – Симптомы дыхательной недостаточности в соответствии со степенями выраженности.

Степень дыхательной недостаточности	Симптомы дыхательной недостаточности
I	Одышка, тахикардия, раздувание крыльев носа при значимой физической нагрузке
II	Одышка, тахикардия при незначительной физической нагрузке. Небольшой цианоз губ, периоральной области, акроцианоз. Раздувание крыльев носа, втяжение межреберий и/ или подреберий.
III	Выражена одышка, тахипноэ в покое. Поверхностное дыхание. Разлитой цианоз кожи, слизистых оболочек (следует помнить, что цианоз не всегда отражает степень дыхательной недостаточности у ребенка). Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Ребенок вялый, адинамичный или, наоборот, очень беспокойный. Может развиваться гипоксическая энцефалопатия (нарушение сознания, судороги).
IV	Гипоксемическая кома. Сознание отсутствует, дыхание аритмичное, периодическое, поверхностное.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиника бронхиолита не зависит от вида вируса. Заболевание обычно развивается на 2-5 день острой инфекции верхних дыхательных путей и протекает чаще с субфебрильной температурой, характеризуется нарастающим в течение 3-4 дней кашлем, одышкой экспираторного типа [3, 13, 14, 15].

У недоношенных детей первым клиническим проявлением бронхиолита может быть апноэ [3].

Необходимо отметить, что клинические проявления бронхиолита у детей динамичны и

характеризуются быстрой сменой.

Для бронхиолита характерны: тахипноэ 50-70 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и/или крепитация в легких с обеих сторон, нередко также выявляются сухие свистящие хрипы.

Визуально может отмечаться вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. Нарастание диспноэ может не сопровождаться учащением дыхания, проявляясь усилением выдоха, участием вспомогательных мышц в акте дыхания, втяжением межреберий на вдохе, раздуванием крыльев носа.

Обструктивный синдром при бронхиолите достигает максимума в течение 1-2 дней, затем постепенно уменьшается, как и обилие хрипов в легких, они обычно исчезают на 7-14 день [13]. Кашель иногда может сохраняться в течение 3-х недель [15].

Возможно выявление катаральных симптомов.

При бронхиолите у ребенка может развиваться дегидратация с метаболическим ацидозом, обусловленные повышенной потребностью в жидкости за счет лихорадки и тахипноэ, снижения объема потребляемой жидкости из-за отказа ребенка пить вследствие дыхательной недостаточности и/или рвоты. У детей с тяжелым респираторным дистресс-синдромом нередко наблюдается синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона (SIADH) с гипонатриемией и гиперволемией.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз острого бронхиолита у детей – клинический, для постановки диагноза обычно не требуется применение лабораторных, инструментальных и прочих исследований.

Как правило, исследования проводятся с целью этиологической или дифференциальной диагностики.

Бронхиолит проявляется обструкцией нижних дыхательных путей, возникающей на фоне острой респираторной вирусной инфекции (или при воздействии раздражителей) и сопровождающейся кашлем и признаками дыхательной недостаточности: затрудненным кряхтящим дыханием, тахипноэ, втяжением межреберных промежутков и/или подреберий, раздуванием крыльев носа и двусторонними хрипами в легких.

2.1. Жалобы и анамнез

См. раздел 1.6. Клиническая картина.

- При сборе анамнеза рекомендовано выяснить возможные факторы риска тяжелого течения бронхиолита оценить возможности ухода за ребенком в домашних условиях [2, 3, 13, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендовано при осмотре в первую очередь оценить симптомы дыхательной недостаточности:

- Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания;

- Подсчет частоты дыхания [2, 3, 13, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Диагноз бронхолита у ребенка для определения тактики лечения рекомендуется устанавливать на основании клинических данных [2, 3, 13, 14].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: Для постановки диагноза, как правило, не требуется проведение лабораторных исследований. Общий клинический анализ крови (Общий (клинический) анализ крови или Общий (клинический) анализ крови развернутый) малоинформативен для установления диагноза. При остром вирусном бронхолите часто наблюдается лимфоцитарный лейкоцитоз, но не бывает нейтрофильного. Повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) не характерно.

- При остром бронхолите рекомендовано рассмотреть вопрос об использовании методов быстрой детекции вирусов для предотвращения неоправданного назначения антибиотикотерапии при данном заболевании [3, 14].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Экспресс-диагностика РС-вируса (Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, аспирата или смыва на респираторно-синцитиальный вирус) в мазках со слизистой оболочки носоглотки, а также исследование методом ПЦР (Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus, Определение РНК респираторно-синцитиального вируса (Human Respiratory Syncytial virus)) у детей, получающих профилактически паливизумаб** обоснована фармакоэкономически, так как вследствие крайне малой вероятности развития повторной РС-инфекции в текущем году, введение препарата необходимо прекратить [2].

Положительный результат экспресс-теста или теста полимеразной цепной реакции (ПЦР) на РС-вирус в большинстве случаев подтверждает его этиологическую роль в развитии бронхолита [2]. Однако рутинная идентификация вирусов при бронхолите редко бывает необходима в связи с широким спектром этих микроорганизмов, потенциально вызывающих данное заболевание. Кроме того, выявление некоторых вирусов не всегда свидетельствует об их этиологической роли, например, риновирус может определяться длительное время после перенесенной ранее респираторной инфекции. С другой стороны, имеются литературные данные о снижении частоты неоправданного использования антибактериальных препаратов при применении экспресс-тестов на респираторные вирусы [16, 17].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рентгенологическое исследование легких (Рентгенографию легких) при бронхолите рутинно проводить не рекомендуется, если у ребенка нет симптомов, подозрительных на пневмонию [2, 3, 13]. Исключение пневмонии необходимо при повышении $T^{\circ} > 38^{\circ}$ более 3 дней, симптомах токсикоза, укорочении перкуторного звука, асимметрии хрипов.

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: На рентгенограмме органов грудной клетки у больных бронхолитом часто выявляется вздутие легких, усиление бронхосудистого рисунка, участки понижения прозрачности легочной ткани, мелкие ателектазы, которые иногда ошибочно принимают за пневмонию, что ведет лишь к необоснованному назначению антибиотиков.

- Для определения степени тяжести дыхательной недостаточности при бронхолите и, соответственно, тактики ведения пациента рекомендуется контроль сатурации крови

кислородом (в том числе, после ингаляций Адренергических средств для ингаляционного введения (бронхолитиков) [2, 3].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: следует использовать пульсоксиметрию (Определение парциального давления кислорода в мягких тканях (оксиметрия)), определение газов крови (Исследование уровня кислорода крови, Исследование уровня углекислого газа в крови) и кислотно-основного состояния (КОС) (Исследование кислотно-основного состояния и газов крови) требуется только при тяжелой степени респираторных нарушений.

В процессе лечения проводится контрольная пульсоксиметрия и/или мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза).

2.5. Иные диагностические исследования

Диагностику и лечение острого бронхиолита рекомендовано проводить с участием врача – педиатра/врача общей практики (семейный врач), при необходимости, врача – анестезиолога – реаниматолога и других специалистов [43].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

2.6. Дифференциальная диагностика

- Бронхиолит рекомендовано дифференцировать с другими заболеваниями, протекающими с синдромом бронхиальной обструкции, например, с бронхиальной астмой [2, 3, 13, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: Симптомы астмы, как правило, сопровождаются свистящими хрипами и удлинением выдоха, которые появляются уже в 1-2 день болезни.

Кроме того, в дифференциально-диагностический поиск следует включить следующие нозологические формы:

- обструктивный бронхит;
- пневмония;
- хронические поражения бронхов и/или легких;
- аспирация инородного тела;
- аспирационная пневмония;
- врожденные пороки сердца с одышкой, сердечной недостаточностью, сосудистыми петлями (особенно петель легочной артерии).

Однако следует учесть, что в ряде ситуаций тяжелый бронхиолит развивается у детей на фоне персистирующей субклинической обструкции дыхательных путей, например, при наличии сосудистых петель. Анамнестические данные об отсутствии предшествующей инфекции верхних дыхательных путей, наличии эпизодов поперхивания во время еды или питья, задержка роста, признаки атопии и т.д. могут оказать помощь в дифференциальной диагностике. Также используются соответствующие инструментальные и лабораторные методы [18].

Прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности (обычно на фоне стойкой фебрильной температуры) указывает на развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита – редкой нозологической формы, первично вызываемой обычно аденовирусной инфекцией (серотипами 3, 7 и 21) и бактериальной суперинфекцией. Постинфекционный облитерирующий бронхиолит характеризуется хроническим течением с развитием фиброза в мелких дыхательных путях с формированием в ряде случаев "сверхпрозрачного легкого", на

компьютерной томограмме могут определяться: мозаичный легочный рисунок за счет "воздушных ловушек", симптом "дерева в почках", в некоторых случаях – бронхоэктазы, обычно цилиндрического характера. [19, 20].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

Основной задачей терапии бронхолита является купирование дыхательной недостаточности.

- Рекомендуется обеспечить проходимость верхних дыхательных путей для улучшения общего состояния ребенка с помощью коротких курсов деконгестантов и других назальных препаратов для местного применения (симпатомиметиков), возможно использование назальных аспираторов [15].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: Очистка верхних дыхательных путей может несколько облегчить самочувствие ребенка. В то же время нет веских доказательств ее влияния на течение бронхолита. Имеются данные о том, что не следует рутинно применять глубокое введение катетера для аспирации слизи из носоглотки [2].

- Антибиотики при остром бронхолите не рекомендованы за исключением ситуаций, когда имеется сопутствующая бактериальная инфекция, либо серьезные подозрения на нее [2, 3, 13, 15, 21].

(Уровень убедительности рекомендации **A** (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: Эффективность и безопасность ведения детей с острым бронхолитом без антибактериальных препаратов доказана как в России, так и за рубежом.

- Не рекомендуется детям с острым бронхолитом рутинное использование противовирусных препаратов системного действия в связи с отсутствием данных об их эффективности [2, 13, 15, 22].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: в настоящее время недостаточно доказательств влияния противовирусных препаратов на течение бронхолита [2].

- Рекомендовано обеспечить ребенку с бронхолитом адекватную гидратацию. Основной путь – пероральный. В случае невозможности проведения оральной гидратации следует вводить жидкость через назогастральный зонд или внутривенно [2].

(Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: При невозможности выпаивания, а также при эксикозе II-III степени необходима парентеральная регидратация. С этой целью следует использовать натрия хлорид** (0,9% раствор) (код АТХ: В05СВ01) или Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид]** (код АТХ: В05ВВ01). Однако, учитывая вероятность развития синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона, а также риска развития отека легких, объем внутривенных инфузий следует ограничивать и вводить не более 20 мл/кг/сутки [23].

- Рекомендуется терапия увлажненным кислородом при $SpO_2 \leq 92-94\%$. [13, 15, 24].

Уровень убедительности рекомендации **C** (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий: В настоящее время нет единого мнения о точном значении SpO₂, с которого следует начинать оксигенотерапию детям с острым бронхолитом, однако большинством специалистов признается необходимость подачи кислорода до устойчивого достижения значений данного показателя 95% [2, 3, 24].

- Не рекомендуется рутинное использование при бронхолите у детей ингаляций препаратов, обладающих бронхоспазмолитическим действием, так как в большинстве случаев ингаляционная бронхоспазмолитическая терапия не влияет на длительность бронхолита [2, 25].

(Уровень убедительности рекомендации **A** (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: У части детей с острым бронхолитом возможно развитие бронхоспазма на фоне заболевания. В связи с этим, многие зарубежные руководства допускают в качестве пробной терапии применение препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей в дозах, указанных в инструкции к препарату. Получение эффекта от ингаляции препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей через 20 минут (рост SpO₂, уменьшение частоты дыхательных движений (ЧДД) на 10-15 в 1 минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий) облегчение дыхания, оправдывает продолжение ингаляционной терапии [15]. При отсутствии эффекта – дальнейшее проведение ингаляций препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей не имеет смысла [44].

- сальбутамол** (код АТХ: R03AL02) на прием 2,5 мг (детям с 18 мес)

- Не рекомендуется рутинное использование гипертонического (3%) раствора натрия хлорида в виде ингаляций через небулайзер в связи с вероятностью развития бронхоспазма. [26].

(Уровень убедительности рекомендации **B** (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарий: Эффективность данного вмешательства признается не всеми [26]. Положительное влияние ингаляционной терапии гипертоническим раствором натрия хлорида при остром вирусном бронхолите отмечается рядом исследователей [27, 28] и рекомендуется ААР (The American Academy of Pediatrics – Американской академией педиатрии) для детей, госпитализированных по поводу бронхолита [2]. У ряда детей при ингаляции гипертонического раствора натрия хлорида возможно развитие бронхоспазма.

- Не рекомендуется использовать ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК) при бронхолите вследствие отсутствия доказательств их клинического эффекта [2, 29].

(Уровень убедительности рекомендации **A** (Уровень достоверности доказательств 1).

- Не рекомендуется применять Кортикостероиды для системного применения при бронхолите вследствие их неэффективности [2, 29].

Уровень убедительности рекомендации **A** (Уровень достоверности доказательств 1).

- Не рекомендуется применение вибрационного и/или перкуSSIONного массажа, так как в большинстве случаев он также не оказывает выраженного эффекта у пациентов с бронхолитом [2, 30].

Уровень убедительности рекомендации **B** (Уровень достоверности доказательств 2).

3.2. Хирургическое лечение

Не требуется

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не требуется

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Профилактика

- С целью уменьшения заболеваемости детей грудного возраста острыми респираторными инфекциями и бронхолитом в частности, рекомендовано грудное вскармливание как минимум в течение первых 6 месяцев жизни [31, 32] (Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств 3), профилактику пассивного курения [33, 34, 35, 36] (Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств 2), соблюдение гигиенических норм [37, 38, 39, 40] Уровень убедительности рекомендации С (Уровень достоверности доказательств 4) [2].

- У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия) для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация паливизумабом** препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март [2, 3, 41, 42].

(Сила рекомендации 5; уровень достоверности доказательств – С).

- У детей с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация паливизумабом** препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март [2, 41, 42].

(Сила рекомендации 5; уровень достоверности доказательств – С)

Комментарий: см. КР по оказанию медицинской помощи детям с бронхолегочной дисплазией, КР по иммунопрофилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей. По индивидуальным показаниям пассивная иммунопрофилактика РС-вирусной инфекции может быть проведена детям с иммунодефицитами, с тяжелыми нервно-мышечными заболеваниями, врожденными пороками развития и генетической патологией, затрагивающей дыхательную функцию (подробнее – см. КР по иммунопрофилактике РСВ у детей).

6. Организация оказания медицинской помощи

6.1. Показания для госпитализации в медицинскую организацию

Дети с острым бронхолитом госпитализируются в детское инфекционное (инфекционное) или педиатрическое боксированное отделение.

Показаниями к госпитализации детей с бронхолитом являются:

1. Апноэ.

2. Признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени.
3. Возраст до 6 месяцев 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.

6.1.1. Показания для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии:

1. Невозможность поддержания сатурации более 92% на фоне оксигенотерапии.
2. Выраженное утомление дыхательной мускулатуры.
3. Рецидивирующие апноэ.

6.1.2. Показания для ИВЛ с поддержанием постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP – continuous positive air pressure):

1. Тяжелый респираторный дистресс;
2. Апноэ;
3. Поверхностное дыхание;
4. Снижение болевой реакции;
5. Гипоксемия, сохранение цианоза при дыхании 40% O₂,
6. Падение PaO₂ < 60 мм рт. ст.;
7. Увеличение PaCO₂ > 55 мм рт. ст. (гиповентиляция);
8. Потребность в оксигенотерапии с фракцией кислорода во вдыхаемом воздухе FiO₂ > 0,5.

Предполагается, что добавление гелия во время CPAP улучшает вымывание углекислого газа и улучшает оксигенацию вследствие трансформации турбулентного потока воздуха в ламинарный.

Длительность пребывания в стационаре, как правило, не более 1 недели, редко дольше, больной может быть выписан с остаточными проявлениями (ринит, хрипы) во избежание суперинфекции.

6.2. Показания к выписке пациента из медицинской организации

Критерии выписки из стационара:

1. Стабильная сатурация > 94% при дыхании комнатным воздухом.
2. Отсутствие респираторного дистресса.
3. Адекватное питание (возможность перорального приема пищи и жидкости не менее 75% от обычной дневной потребности).

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

7.1. 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. Среди них чаще встречаются пациенты с отягощенной наследственностью по атопии, для которых бронхиолит может быть одним из факторов риска развития бронхиальной астмы [3].
- Редко возможно развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита, характеризующегося хроническим течением с развитием фиброза и облитерацией просвета бронхиол, инвалидизацией.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 2 – Организационно-технические условия оказания медицинской помощи.

Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная/экстренная

Таблица 3 – Критерии качества оказания медицинской помощи

N п/п	Критерии качества	Сила рекомендации	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнена пульсоксиметрия	1	B
2	Выполнена контрольная пульсоксиметрия и/или мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза)	5	C
3	Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)	2	C

Список литературы

1. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2009; 18 с.
2. Ralston S.L., Lieberthal A.S., Meissner H.C., Alverson B.K., Baley J.E., Gadomski A.M., Johnson D.W., Light M.J., Maraga N.F., Mendonca E.A., Phelan K.J., Zorc J.J., Stanko-Lopp D.,

Brown M.A., Nathanson I., Rosenblum E., Sayles S. 3rd, Hernandez-Cancio S.; American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis Pediatrics Vol. 134 No. 5 November 1, 2014 e1474-e1502.

3. Paediatric Respiratory Medicine ERS Handbook 1st Edition Editors Ernst Eber, Fabio Midulla 2013 European Respiratory Society 719P.

4. Miller EK et al. Human rhinoviruses in severe respiratory disease in very low birth weight infants. Pediatrics 2012 Jan 1; 129: e60.

5. Jansen R. et al. Genetic susceptibility to respiratory syncytial virus bronchiolitis is predominantly associated with innate immune genes. J. infect, dis. 2007; 196: 825-834.

6. Figueras-Aloy J, Carbonell-Estrany X, Quero J; IRIS Study Group. Case-control study of the risk factors linked to respiratory syncytial virus infection requiring hospitalization in premature infants born at a gestational age of 33-35 weeks in Spain. Pediatr Infect Dis T. 2004 Sep; 23(9): 815 – 20.

7. Law BJ, Langley JM, Allen U, Paes B, Lee DS, Mitchell I, Sampalis J, Walti H, Robinson J, O'Brien K, Majaesic C, Caouette G, Frenette L, Le Saux N, Simmons B, Moisiuk S, Sankaran K, Ojah C, Singh AJ, Lebel MH, Bacheyie GS, Onyett H, Michaliszyn A, Manzi P, Parison D. The Pediatric Investigators Collaborative Network on Infections in Canada study of predictors of hospitalization for respiratory syncytial virus infection for infants born at 33 through 35 completed weeks of gestation. Pediatr Infect Dis I. 2004 Sep; 23(9): 806 – 14.

8. Stensballe LG, Kristensen K, Simoes EA, Jensen H, Nielsen J, Benn CS, Aaby P; Danish RSV Data Network. Atopic disposition, wheezing, and subsequent respiratory syncytial virus hospitalization in Danish children younger than 18 months: a nested case-control study. Pediatrics. 2006 Nov; 118(5): e1360 – 8.

9. Ralston S., Hill V., Waters A. Occult serious bacterial infection in infants younger than 60 to 90 days with bronchiolitis: A systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011; 165: 951-956 American Academy of Pediatrics. Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Pediatrics 2006; 118 (4): 1774-1793.

10. Hall CB, Simões EA, Anderson LJ. Clinical and epidemiologic features of respiratory syncytial virus. Curr Top Microbiol Immunol. 2013; 372: 39-57

11. Thorburn K, Harigopal S, Reddy V, et al. High incidence of pulmonary bacterial co-infection in children with severe respiratory syncytial virus (RSV) bronchiolitis. Thorax 2006; 61: 611

12. Duttweiler L, Nadal D, Frey B. Pulmonary and systemic bacterial co-infections in severe RSV bronchiolitis. Arch Dis Child 2004; 89: 1155.

13. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство. В.К. Таточенко. Новое изд., доп. М.: "ПедиатрЪ", 2015: 396 с.

14. Патрушева Ю.С., Бакрадзе М.Д. Этиология и факторы риска острого бронхиолита у детей. Вопросы диагностики в педиатрии. 2012: (4) 3; 45-52.

15. Патрушева Ю.С., Бакрадзе М.Д., Куличенко Т.В. Диагностика и лечение острого бронхиолита у детей: Вопросы диагностики в педиатрии. Т. 3, N 1. – 2011. с. 5-11.

16. Doan QH, Kissoon N, Dobson S, et al. A randomized, controlled trial of the impact of early and rapid diagnosis of viral infections in children brought to an emergency department with febrile respiratory tract illnesses. J Pediatr 2009; 154: 91.

17. Doan Q, Enarson P, Kissoon N, et al. Rapid viral diagnosis for acute febrile respiratory illness in children in the Emergency Department. Cochrane Database Syst Rev 2014; 9: CD006452.

18. UpToDate.com.

19. Orphan Lung Diseases Edited by J-F. Cordier. European Respiratory Society Monograph, Vol. 54. 2011. P. 84-103 Chapter 5. Bronchiolitis.

20. Спичак Т.В. Постинфекционный облитерирующий бронхиолит у детей. М. Научный мир. 2005. 96 с.

21. Spurting GK, Doust J, Del Mar CB, Eriksson L. Antibiotics for bronchiolitis in children Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15; (6): CD005189. doi: 10.1002/14651858.CD005189.pub3.
22. Mazur NI, Martínón-Torres F, Baraldi E, Fauroux B, Greenough A, Heikkinen T, Manzoni P, Mejias A, Nair H, Papadopoulos NG, Polack FP, Ramilo O, Sharland M, Stein R, Madhi SA, Bont L; Respiratory Syncytial Virus Network (ReSViNET) Lower respiratory tract infection caused by respiratory syncytial virus: current management and new therapeutics. Lancet Respir Med. 2015 Nov; 3(11): 888-900.
23. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: карманный справочник. – 2-е изд. – М.: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 452 с.
24. Caffrey Osvald E, Clarke JR NICE clinical guideline: bronchiolitis in children Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2016 Feb; 101(1): 46 – 8.
25. Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 17; (6): CD001266. doi: 10.1002/14651858.CD001266.pub4.
26. Wu S, Baker C, Lang ME et al. Nebulized hypertonic saline for bronchiolitis: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2014 May 26
27. Chen YJ, Lee WL, Wang CM, Chou HH Nebulized hypertonic saline treatment reduces both rate and duration of hospitalization for acute bronchiolitis in infants: an updated meta-analysis. Pediatr Neonatol. 2014 Jan 21. pii: S1875-9572(13)00229-5. doi: 10.1016/j.pedneo.2013.09.013.
28. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 21; 12: CD006458. doi: 10.1002/14651858.CD006458.pub4
29. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, Johnson DW, Klassen TP, Hartling L. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 4; (6): CD004878. doi: 10.1002/14651858.CD004878.pub4.
30. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J, Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 month; Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 1; 2: CD004873.
31. Nishimura T, Suzue J, Kaji H. Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. Pediatr Int. 2009; 51(6): 812-816
32. Dornelles CT, Piva JP, Marostica PJ. Nutritional status, breastfeeding, and evolution of infants with acute viral bronchiolitis. J Health Popul Nutr. 2007; 25(3): 336-343.
33. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. Thorax. 1997; 52(10): 905-914
34. Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. Respir Res. 2011; 12: 5
35. Bradley JP, Bacharier LB, Bonfiglio J, et al. Severity of respiratory syncytial virus bronchiolitis is affected by cigarette smoke exposure and atopy. Pediatrics. 2005; 115(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/1/e7
36. Al-Shawwa B, Al-Huniti N, Weinberger M, Abu-Hasan M. Clinical and therapeutic variables influencing hospitalisation for bronchiolitis in a community-based paediatric group practice. Prim Care Respir J. 2007; 16(2): 93-97
37. Hall CB. Nosocomial respiratory syncytial virus infections: the "Cold War" has not ended. Clin Infect Dis. 2000; 31(2): 590-596
38. Hall CB, Douglas RG Jr, Geiman JM. Possible transmission by fomites of respiratory syncytial virus. J Infect Dis. 1980; 141 (1): 98-102
39. Sattar SA, Springthorpe VS, Tetro J, Vashon R, Keswick B. Hygienic hand antiseptics:

should they not have activity and label claims against viruses? Am J Infect Control. 2002; 30(6): 355-372

40. Picheansathian W. A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. Int J Nurs Pract. 2004; 10(1): 3-9, Hall CB. The spread of influenza and other respiratory viruses: complexities and conjectures. Clin Infect Dis. 2007; 45(3): 353-359

41. Committee on infectious diseases and bronchiolitis guidelines committee: Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection. Pediatrics 2014 Vol. 134 No. 2 August 1, 2014 pp. e620-e638.

42. Паливизумаб: четыре сезона в России. Баранов А.А., Иванов Д.О., Алямовская Г.А., Амирова В.Р., Антонюк И.В., Асмолова Г.А., Беляева И.А., Бокерия Е.Л., Брюханова О.А., Виноградова И.В., Власова Е.В., Галустян А.Н., Гафарова Г.В., Горев В.В., Давыдова И.В., Дегтярев Д.Н., Дегтярева Е.А., Долгих В.В., Донин И.М., Захарова Н.И., Л.Ю. Зернова, Е.П. Зимица, В.В. Зуев, Е.С. Кешишян, И.А. Ковалев, И.Е. Колтунов, А.А. Корсунский, Е.В. Кривошеков, И.В. Кршенинская, С.Н. Кузнецова, В.А. Любименко, Л.С. Намазова-Баранова, Э.В. Нестеренко, С.В. Николаев, Д.Ю. Овсянников, Т.И. Павлова, М.В. Потапова, Л.В. Рычкова, А.А. Сафаров, А.И. Сафина, М.А. Скачкова, И.Г. Солдатова, Т.В. Турти, Н.А. Филатова, Р.М. Шакирова, О.С. Янулевич. Вестник Российской академии медицинских наук. 2014; 7-8; 54-68.

43. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. Pediatrics. 2006 Oct; 118(4): 1774 – 93. doi: 10.1542/peds.2006-2223. PMID: 17015575.

44. Ю.С. Патрушева. Лечение острого бронхиолита у детей. Фарматека. 2012; 15: с. 56-61.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

- Баранов А.А. почетный президент Союза педиатров России, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, главный внештатный специалист педиатр Минздрава России;

- Намазова-Баранова Л.С. акад. РАН, профессор, д.м.н., президент Союза педиатров России; паст-президент ЕРА/UNEPSA; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России;

- Артемова И.В. врач-педиатр, Клиника Университет, член Союза педиатров России; Бакрадзе М.Д. д.м.н., зав. отделением диагностики и восстановительного лечения ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, член Союза педиатров России (участие в исходной версии документа);

- Вишнева Е.А. д.м.н., пресс-секретарь Союза педиатров России, заместитель руководителя по науке НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России;

- Давыдова И.В. главный научный сотрудник ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, д.м.н., член Союза педиатров России (участие в исходной версии документа);

- Куличенко Т.В. д.м.н., профессор РАН, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России;

- Полякова А.С. к.м.н., врач отделения диагностики и восстановительного лечения ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России член Союза педиатров России;

- Селимзянова Л.Р. к.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии ФГАОУ "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), член Союза педиатров России;

- Таточенко В.К. профессор, д.м.н., советник директора ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, эксперт ВОЗ, член Союза педиатров России;

- Новик Г.А., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, вице-Президент Союза педиатров России, главный детский аллерголог-иммунолог Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе РФ

- Платонова М.М. к.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, врач-пульмонолог;

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-педиатры;
2. Врачи-неонатологи;
3. Врачи общей врачебной практики (семейные врачи);
4. Студенты медицинских ВУЗов;
5. Обучающиеся в ординатуре.

Методы, используемые для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска – 7 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь, влияет на силу рекомендаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: заполнялись авторами клинических рекомендаций.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs)

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте авторов разработанных рекомендаций.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка.
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций.

От врачей первичного звена получены комментарии в отношении доходчивости изложения данных рекомендаций, а также их оценка важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы (авторами рекомендаций). Каждый пункт обсуждался в отдельности.

Консультация и экспертная оценка

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации

1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Примечание.

Нумерация таблиц дана в соответствии с официальным текстом документа.

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи";

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями"

3. Приказ Минздрава России 203н от 10 мая 2017 г. "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

4. Федеральный закон от 25.12.2018 N 489 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций".

5. Приказ Минздрава России N 103н от 28.02.2019 "Об утверждении порядка и сроков

разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации".

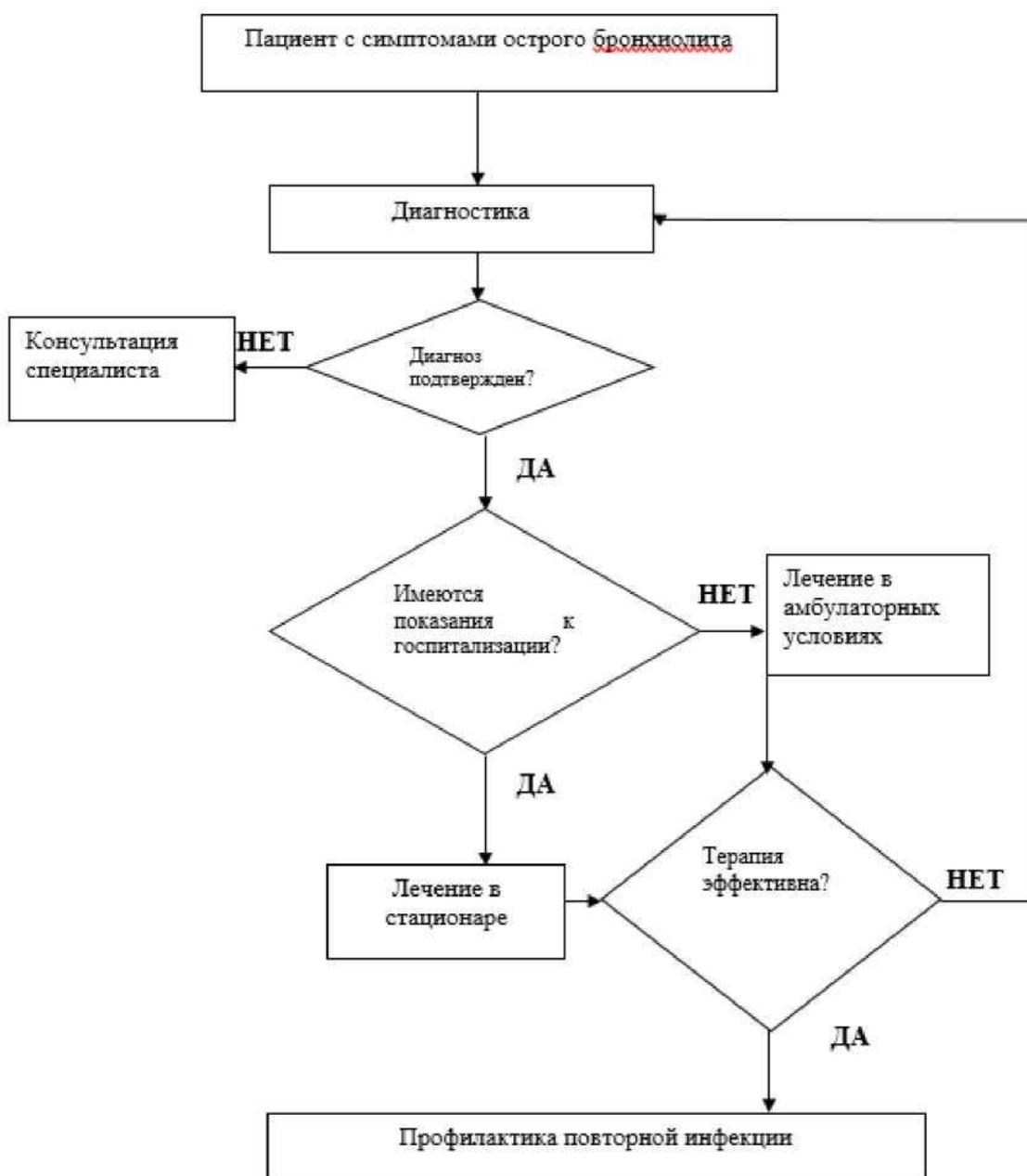
6. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1183н г. Москва "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников".

8. Государственный реестр лекарственных средств <https://grls.rosminzdrav.ru>

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Острый бронхит – воспаление, возникающее в бронхиолах (структурные компоненты легких, расположенные после бронхов представляющие собой мелкие трубочки) и мелких бронхах.

Причина развития острого бронхита – вирусы, чаще всего – респираторно-синцитиальный вирус (РС). РС-вирусную инфекцию переносят практически все дети в первые 2 года жизни (90%), однако лишь приблизительно в 20% случаев у них развивается бронхит, что может быть обусловлено наличием предрасполагающих факторов.

Заболевание развивается у детей в возрасте до 2 лет (наиболее часто – у детей в возрасте до 1 года).

Бронхит обычно развивается на 2-5 день острой инфекции верхних дыхательных путей и протекает чаще с невысокой температурой, характеризуется нарастающим в течение 3-4 дней кашлем, одышкой ("тяжелым" дыханием) с затруднением выдоха и может быть видно втяжение межреберных промежутков, яремной ямки (места, расположенного спереди между шеей и грудью), раздувание крыльев носа.

Наиболее тяжело бронхит может протекать у детей, родившихся глубоко недоношенными, с тяжелыми пороками развития сердца, сосудов и легких, бронхолегочной дисплазией, некоторыми типами иммунодефицитов.

Кроме того, утяжелять течение бронхита может также воздействие на ребенка табачного дыма.

При бронхите у ребенка может развиваться обезвоживание, обусловленное повышенной потребностью в жидкости за счет лихорадки и частого дыхания, снижения объема потребляемой жидкости из-за отказа ребенка пить и/или рвоты.

При появлении признаков бронхита следует немедленно обратиться к врачу.

Лечение бронхита назначает врач в зависимости от тяжести проявлений заболевания.

Профилактика бронхита:

С целью уменьшения заболеваемости острыми респираторными инфекциями и бронхитом в частности, следует постараться сохранить грудное вскармливание как минимум в течение первых 6 месяцев жизни, не курить в помещении, где находится ребенок, соблюдать гигиенические правила, если в окружении есть больные острой респираторной инфекцией (см. информацию для пациентов в КР Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей).

У детей первого года жизни из групп риска обычно проводится пассивная иммунизация от респираторно-синцитиальной инфекции. Уточните у педиатра (неонатолога), показан ли вашему ребенку данный препарат.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Новые, изданные в 2020-2021 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
