

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
БРОНХІОЛІТИ У ДІТЕЙ

2023

Загальна частина**Назва діагнозу:** Бронхіоліти у дітей**Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

J21 Гострий бронхіоліт

Розробники:

Павлишин Галина Андріївна	завідувач кафедри педіатрії № 2 Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, експерт Міністерства охорони здоров'я України, д.м.н., професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Беш Леся Василівна	завідувач кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, експерт Міністерства охорони здоров'я України, д.м.н., професор;
Слива Вікторія Віталіївна	доцент кафедри педіатрії № 2 Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, к.м.н.;
Охотнікова Олена Миколаївна	завідувач кафедри педіатрії № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, експерт Міністерства охорони здоров'я України, д.м.н., професор;
Уманець Тетяна Рудольфівна	головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», голова «Асоціації дитячих алергологів України», експерт Міністерства охорони здоров'я України, д.м.н., професор (за згодою);
Яблонь Ольга Степанівна	завідувач кафедри педіатрії № 1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, експерт Міністерства охорони здоров'я України, д.м.н., професор;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;

Шилкіна Олена Олександрівна заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

Бекетова Галина Володимирівна професор кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, професор;

Сміян Олександр Іванович завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії та дитячих інфекцій Сумського державного університету, д.м.н., професор.

Дата оновлення стандартів – 2028 рік.

Перелік скорочень

в/в	внутрішньовенно
ВРІТ	відділення реанімації та інтенсивної терапії
КМП	клінічний маршрут пацієнта
НГ	назогастральний зонд
СМД	стандарт медичної допомоги
CPAP	постійний позитивний тиск у дихальних шляхах
HFNC	система підігрітого зволоженого кисню/повітря високого потоку через носові канюлі

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при бронхіоліті у дітей

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних клінічних проявів бронхіоліту з метою його ранньої діагностики відповідно до додатку 1 до цього Стандарту та призначення лікування пацієнтам й запобігання смертності дітей.

2. Обґрунтування

Гострий бронхіоліт є найпоширенішою важкою респіраторною інфекцією немовлят та частою причиною госпіталізації дітей на першому році життя.

Рання діагностика та початок лікування пацієнтів з бронхіолітом сприяє попередженню хвороб та смертності дітей раннього віку.

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне вдосконалення заходів щодо безпечного, обґрунтованого підходу до спостереження та лікування немовлят, із урахуванням вимог доказової медицини.

Лікувальні, профілактичні та організаційні заходи клінічного ведення дитини з бронхіолітом в закладах охорони здоров'я мають бути спрямовані на своєчасну діагностику, раціональне призначення лікарських засобів та запобігання поліпрагмазії.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1) Існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів з бронхіолітом.

2) Існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, що містить дані щодо діагнозу пацієнта, плану обстеження та лікування, узгоджений із законним представником пацієнта, якщо медичної допомоги потребують пацієнти до 14 років або пацієнти, визнані недієздатними (далі – законний представник), чи пацієнтом.

3) Законний представник або пацієнт забезпечуються у доступній формі інформацією щодо перебігу захворювання, плану обстеження та лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів лікування, контактів для отримання додаткової інформації та консультацій.

4) Для батьків/опікунів надається ключова інформація щодо догляду за дітьми з бронхіолітом.

Бажані

5) Заклади охорони здоров'я розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів бронхіоліту, наведених у додатку 1 до цих Стандартів, в доступних для пацієнтів місцях.

6) Діти першого року життя, особливо діти, народжені передчасно, з ознаками бронхолегеневої дисплазії, вродженими вадами серця, повинні бути вакциновані проти респіраторно-синцитіальної інфекції (RSV-інфекції) для попередження бронхіоліту.

Розділ II. Діагностика бронхіоліту у дітей

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз бронхіоліту встановлюється на підставі збору анамнезу, клінічних проявів, наведених у додатку 1 до цього Стандарту, інструментальних та лабораторних методів дослідження. Діагноз бронхіоліту може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності на підставі виявлення у пацієнта клінічних проявів.

2. Обґрунтування

Вірусний бронхіоліт – клінічний діагноз, що ґрунтується на типовому анамнезі та клінічних ознаках. Зазвичай починається з гострої інфекції верхніх дихальних шляхів. Пік тяжкості виникає приблизно на 2-3-й день, але може спостерігатися на 5-й день захворювання з розрешенням через 7-10 днів. Кашель може тривати тижнями.

Бронхіоліт зазвичай починається з гострої інфекції верхніх дихальних шляхів, з поступовим наростанням респіраторного дистресу та лихоманки та одного або кількох із наступних симптомів: кашель, тахіпное, ретракції грудної стінки, дрібноміхурцеві хрипи або візинг.

Анамнез повинен містити конкретну інформацію про: нещодавні респіраторні захворювання; тривалість та кратність вигодовувань (годування ускладнене при більш тяжкому перебігу хвороби); супутні захворювання, включаючи хронічне захворювання легень, вроджену хворобу серця та хронічні неврологічні захворювання; хромосомні аномалії, включаючи трисомію 21; недоношеність; постнатальний вплив сигаретного диму.

Немовлята з будь-яким фактором ризику мають підвищений ризик швидкого погіршення стану та вимагають посиленого нагляду, навіть якщо виявляють легкі симптоми. До факторів ризику тяжчого перебігу захворювання належать: термін гестації <37 тижнів; хронологічний вік на момент звернення <10 тижнів; післяпологовий вплив сигаретного диму (пасивне куріння); грудне вигодовування менше 2 місяців; відставання у фізичному розвитку; хронічні захворювання легень; вроджені вади серця; неврологічна патологія; імунодефіцит.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1) Для неінвазивної оцінки вмісту кисню в артеріальній крові застосовують пульсоксиметрію. Постійна оксиметрія не повинна використовуватися рутинно для визначення тактики ведення, якщо стан не тяжкий.

2) Спостереження слід проводити з врахуванням факторів ризику тяжкого перебігу захворювання, які можуть сприяти погіршенню стану.

3) У більшості випадків при госпіталізації пацієнтів з бронхіолітом, жодних обстежень не потрібно. Рентгенографія грудної клітки, аналізи крові (включаючи повний аналіз крові, посів крові) та вірусологічне дослідження

(мазок з носоглотки або аспірату) не мають значення для лікування пацієнтів, рутинно не призначаються, розглядаються в кожному окремому випадку.

4) Мікроскопія і посів сечі може розглядатися для виявлення інфекції сечовивідних шляхів, якщо температура перевищує 38°C у немовляти віком до двох місяців з бронхіолітом.

Бажані

5) Матерям та особам, які здійснюють догляд за дитиною з наявними факторами ризику, надається інформація щодо показань проведення пульсоксиметричного скринінгу з метою виявлення швидкого погіршення стану.

Розділ III. Лікування дітей з бронхіолітом

1. Положення стандарту медичної допомоги

Вірусний бронхіоліт – це гостре запалення дрібних дихальних шляхів, яке проявляється гіперсекрецією, набряком та некрозом епітеліальних клітин. Для лікування пацієнтів з бронхіолітом застосовують симптоматичну терапію, наведену у додатку 2 до цього Стандарту.

Рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики й лікування в медичному закладі.

2. Обґрунтування

Лікування гострого бронхіоліту зводиться переважно до забезпечення адекватного догляду за дитиною (харчування та гідратації) і підтримки нормальної SO₂ крові відповідно до додатку 2 до цього Стандарту. Невеликій кількості немовлят може знадобитися лікування з приводу дегідратації та респіраторного дистресу.

Пацієнти з легкою формою бронхіоліту лікуються амбулаторно. Вирішуючи, чи направити дитину з бронхіолітом на госпіталізацію, варто звернути увагу на фактори ризику тяжкого перебігу бронхіоліту та можливість батьків/опікунів доглядати за дитиною з бронхіолітом, наприклад: соціальні обставини; вміння та впевненість батьків/опікунів в догляді за дитиною з бронхіолітом вдома; відстань до найближчого закладу медичної допомоги у разі погіршення; здатність розпізнати тривожні симптоми.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1) Батькам/опікунам необхідно надати ключову інформацію щодо догляду за дітьми з бронхіолітом вдома. Вона повинна охоплювати:

як розпізнати розвиток «тривожних симптомів»:

погіршення дихання (наприклад, гучне дихання, розширення крил носа, виражені ретракції, западання грудної клітки);

споживання рідини становить від 50% до 75 % від норми або відсутність мокрих підгузників протягом 12 годин;

апное або ціаноз;

виснаження (наприклад, не реагує нормально на соціальні сигнали, прокидається лише при тривалій стимуляції);

застереження щодо паління біля дитини, оскільки це підвищує ризик більш серйозних симптомів бронхіоліту;

як отримати негайну допомогу, якщо з'явилися будь-які тривожні симптоми;

заходи щодо подальшого спостереження, якщо це необхідно.

2) Розглянути питання про госпіталізацію дитини з бронхіолітом, якщо у неї є будь-яка ознака з наступного:

частота дихання понад 60 вдихів/хвилину;

труднощі з грудним вигодовуванням або недостатнє споживання рідини через рот (від 50% до 75% від звичайного об'єму, враховуючи фактори ризику і використовуючи клінічне судження);

дегідратація;

постійне насичення киснем (під час вдихання повітря) становить:

менше 90%, для дітей віком від 6 тижнів і старше;

менше 92%, для немовлят віком до 6 тижнів або дітей будь-якого віку з супутніми захворюваннями.

3) Термінове направлення дитини з бронхіолітом для екстренної медичної допомоги, якщо у дитини є будь-яка ознака з наступного:

апное (зареєстроване чи повідомлене);

тяжкий загальний стан;

серйозне порушення дихання, виражені ретракції грудної клітки або частота дихання понад 70 вдихів/хвилину;

центральний ціаноз.

4) Кисневу терапію слід проводити, коли сатурація кисню менша за 90% у дітей віком від 6 тижнів; сатурація кисню менша за 92% у дітей віком до 6 тижнів чи у дітей будь-якого віку із супутньою патологією.

5) Короткотривале зниження сатурації не є причиною для початку кисневої терапії. Діти з бронхіолітом можуть мати короткотривалі епізоди легкого/помірного зниження сатурації до рівня менше 92%, які не обов'язково вказують на потребу в кисні.

6) Подання кисню повинно бути припинене, коли сатурація кисню більша або дорівнює 92%.

7) Підігрітий та зволожений високопотоківий кисень (1,5-2 л/хв/кг) або повітря через носові канюлі (HFNC) може призначатися, якщо є прояви гіпоксії (сатурація кисню менше 92%) і помірні та/або виражені ретракції грудної клітки.

8) Важливо запідозрити прогресування дихальної недостатності та вжити відповідних заходів, оскільки цим пацієнтам може знадобитися інтенсивна терапія, якщо присутні будь-які ознаки з наступного:

виснаження, наприклад млявість або зниження дихальних зусиль;

повторні апное;

нездатність підтримувати адекватне насичення киснем, незважаючи на кисневу підтримку.

9) При тяжкій дихальній недостатності – терапія за допомогою високо поточних назальних канюль (HFNC) або безперервним позитивним тиском у дихальних шляхах (CPAP), що розглядаються у кожному конкретному випадку.

10) При неефективності оральної регідратації використовують орогастральну і назогастральну регідратацію. Внутрішньовенна регідратація ізотонічним розчином використовується при: неефективності орогастральної чи назогастральної регідратації та тяжкій дихальній недостатності.

11) Бета 2 агоністи – не призначаються (у тому числі й тим, у кого індивідуальна або сімейна історія атопії).

Адреналін – не вводити адреналін (інгаляційно, внутрішньом'язово або внутрішньовенно), за винятком випадків ризику зупинки серця.

Гіпертонічний фізіологічний розчин – не використовувати гіпертонічний фізіологічний розчин через небулайзер.

Антибіотики – не показані при бронхіоліті.

Противірусні засоби – не показані.

12) Відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів зазвичай не рекомендується. Можна розглянути поверхневу санацію носа у немовлят із захворюванням середнього ступеня тяжкості для полегшення годування. Під час годування можна рекомендувати застосування фізіологічного розчину в ніс по 2 краплі (0,1 мл) в кожен носовий хід.

13) Відсмоктування слизу необхідно здійснити немовлятам і дітям з бронхіолітом, що супроводжується апное, навіть якщо немає явних виділень з верхніх дихальних шляхів.

14) Фізіотерапія грудної клітки - не показана.

15) Критеріями виписки зі стаціонару є: стабільний стан, адекватна гідратація, здатність підтримувати насичення киснем протягом 4 годин, включаючи період сну: сатурація кисню вища за 90% у дітей віком від 6 тижнів; сатурація кисню вища за 92% у дітей віком до 6 тижнів чи у дітей будь-якого віку із супутньою патологією.

Бажані

16) Батьки/опікуни повинні бути проінформовані щодо захворювання, очікуваного прогресування та коли і куди звернутися за додатковою медичною допомогою.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з бронхіолітом, клінічного маршруту пацієнта.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з бронхіолітом, клінічного маршруту пацієнта.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Бронхіоліти у дітей».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного клінічного маршруту пацієнта (КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам на бронхіоліт, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 50%

2024 рік – 90%

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають медичну допомогу дітям з бронхіолітом, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП, хворого на бронхіоліт (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає медичну допомогу дітям з бронхіолітом.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Бронхіоліти у дітей», 2023.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2022 року № 823 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Андрій ГАВРИЛЮК

Додаток 1
до Стандарту медичної
допомоги «Бронхіоліти у дітей»
(пункт 1 розділу I)

Клінічні прояви та скарги пацієнтів з бронхіолітом

Вірусний бронхіоліт – клінічний діагноз, що ґрунтується на типовому анамнезі та клінічних ознаках. Зазвичай починається з гострої інфекції верхніх дихальних шляхів. Пік тяжкості виникає приблизно на 2-3-й день, але може спостерігатися на 5-й день захворювання з розрешенням через 7-10 днів. Кашель може тривати тижнями.

Бронхіоліт зазвичай починається з гострої інфекції верхніх дихальних шляхів, з поступовим наростанням респіраторного дистресу та лихоманки та одного або кількох із наступних симптомів: кашель, тахіпное, ретракції грудної стінки, дрібноміхурцеві хрипи або візинг.




Оцінка ступеня тяжкості гострого бронхіоліту

СИМПТОМИ	ЛЕГКИЙ	СЕРЕДНІЙ	ТЯЖКИЙ
Поведінка	Нормальна	Незначна / періодична дратівливість	Дратівливість та/або млявість / втома
Частота дихання	Нормальна, помірне тахіпное	Тахіпное	Значне тахіпное / брадипное
Використання допоміжних м'язів	Немає або незначні ретракції	Помірні ретракції або помірне втягнення яремної ямки або помірне роздування крил носа	Значні ретракції, значне втягнення яремної ямки, або значне роздування крил носа
Сатурація	92% при диханні кімнатним повітрям	90-92% при диханні кімнатним повітрям	<90% при диханні кімнатним повітрям Гіпоксемія може не коригуватися подачею O ₂
Епізоди апное	Немає	Можуть бути короткі, самостійно минають	Часте або тривале апное

Годування	Не порушене або незначно знижене за об'ємом	Утруднене, але може прийняти >50% від необхідного об'єму їжі	Значно утруднене або повна відмова від годування

Додаток 2
до Стандарту медичної
допомоги «Бронхіоліти у дітей»
(пункт 1 розділу III)

АЛГОРИТМ ОЦІНКИ ТА ЛІКУВАННЯ БРОНХІОЛІТУ

СИМПТОМИ	ЛЕГКИЙ	СЕРЕДНІЙ	ТЯЖКИЙ
Поведінка	Нормальна	Незначна/періодична дратівливість	Дратівливість та/або млявість/втома
Частота дихання	Нормальна, помірне тахіпноє	Тахіпноє	Значне тахіпноє/брадипноє
Використання допоміжних м'язів	Немає або незначні ретракції	Помірні ретракції або помірне втягнення яремної ямки або помірне роздування крил носа	Значні ретракції, значне втягнення яремної ямки, або значне роздування крил носа
Сатурація та потреба в кисні	92% при диханні кімнатним повітрям	90–92% при диханні кімнатним повітрям	<90% при диханні кімнатним повітрям Гіпоксемія може не коригуватися подачею O ₂
Епізоди апное	Немає	Можуть бути короткі, самостійно минають	Часте або тривале апное
Годування	Нормальне або незначно знижене за об'ємом	Утруднене, але може прийняти >50% від необхідного об'єму їжі	Значно утруднене або повна відмова від їжі
Ведення			
Ймовірність госпіталізації	ситуаційно з урахуванням можливих факторів ризику	ймовірно потребує госпіталізації і можливо, зможе бути виписана через певний період спостереження	необхідно транспортувати у спеціалізоване відділення / ІТ
Спостереження (життєво важливі показники: частота дихання, частота серцевих скорочень, SpO ₂ , температура)	перегляд стану	погодинно за визначеними критеріями	безперервний кардіореспіраторний моніторинг та моніторинг SpO ₂
Регідрація/харчування	невеликими порціями часте годування	при споживанні < 50% від необхідного об'єму їжі розглянути питання щодо введення рідини через НГ зонд або в/в	споживання <50% їжі, введення рідини через НГ зонд або в/в
Кисень	ні	надання кисню для забезпечення SpO ₂ ≥92%	надання кисню для забезпечення SpO ₂ ≥92%
Дихальна підтримка	ні	якщо немає ефекту від подання кисню через носові канюлі, розглянути можливість використання	подання підігрітого та зволоженого високопоточкового кисню через назальні канюлі або СРАР

		підігрітого та зволоженого високопоточного кисню через назальні канюлі	
Погіршення стану	розгляньте подальше медичне спостереження, якщо на ранніх стадіях захворювання наявні будь-які фактори ризику, або є ознаки погіршення стану	рішення про госпіталізацію повинне бути підтверджено клінічною оцінкою та залежить від соціальних, географічних факторів та стадії захворювання	переведення до ВРІТ, якщо: - немає полегшення стану - персистуюча низька сатурація - значне або повторюване апное з низькою сатурацією
