# Острый бронхиолит

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B97.4, J21.0, J21.1, J21.8, J21.9 · Союз педиатров России

Острый бронхиолит — воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол, обычно у детей младше 2 лет. Рекомендация посвящена клинической диагностике, оценке дыхательной недостаточности, поддерживающему лечению и критериям госпитализации.

## Главное

- Бронхиолит — первый эпизод острого бронхообструктивного синдрома, вызванного вирусной инфекцией, у ребенка первых 2 лет жизни; наиболее часто болеют дети до 1 года. Типичны кашель, тахипноэ, затрудненное дыхание, втяжения уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа и двусторонние хрипы.
- Чаще всего заболевание связано с РС-вирусом (60–70%). Тяжелое течение вероятнее при недоношенности менее 35 недель, бронхолегочной дисплазии, гемодинамически значимых сердечно-сосудистых нарушениях, иммунодефиците, возрасте младше 3 месяцев, нейромышечных заболеваниях и пассивном курении.
- Тяжесть оценивают прежде всего по дыхательной недостаточности. Признаки включают апноэ, нарушение сознания, втяжения грудной клетки, кряхтящее дыхание и SpO2 менее 90% на комнатном воздухе; тахипноэ — более 60 в минуту в возрасте 0–2 месяцев, более 50 в 2–12 месяцев и более 40 в 1–5 лет.
- Обструкция обычно достигает максимума за 1–2 дня и затем уменьшается; хрипы чаще исчезают к 7–14-му дню. Ухудшение с кислородозависимостью возможно после 3–4 суток, а кашель иногда сохраняется до 3 недель.
- Диагноз устанавливают клинически; обычно лабораторные, инструментальные и прочие исследования не требуются. При необходимости исследования проводят для этиологической или дифференциальной диагностики.
- Антибиотики при бронхиолите не назначают, если нет сопутствующей бактериальной инфекции или серьезного подозрения на нее (УУР А, УДД 1). Системные противовирусные препараты, ингаляционные и системные глюкокортикоиды рутинно не применяют.
- Ориентиры для госпитализации — апноэ, дыхательная недостаточность II–III степени, дегидратация или затруднение кормления, сниженное питание, необходимость постоянной санации дыхательных путей, отягощенный преморбидный фон и социальные показания.

## Диагностика

1. При сборе анамнеза выяснить возможные факторы риска тяжелого течения бронхиолита и оценить возможности ухода за ребенком в домашних условиях (УУР С, УДД 5).
2. При осмотре подсчитать частоту дыхания и оценить участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (УУР С, УДД 5).
3. Измерить SpO2 для определения тяжести дыхательной недостаточности и тактики. При тяжелых респираторных нарушениях дополнительно исследуют газы крови и кислотно-основное состояние; в динамике проводят пульсоксиметрию и при необходимости мониторируют жизненные функции.
4. Лабораторные исследования для самого диагноза обычно не требуются: общий анализ крови малоинформативен, повышение СРБ и прокальцитонина для острого вирусного бронхиолита нехарактерно. Быструю детекцию РС-вируса и ПЦР используют селективно (УУР С, УДД 5).
5. Рентгенографию легких рутинно не выполняют. Ее проводят при температуре выше 38 °С более 3 дней, токсикозе, укорочении перкуторного звука или асимметрии хрипов для исключения пневмонии (УУР С, УДД 5).
6. Исключить бронхиальную астму, обструктивный бронхит, пневмонию, аспирацию инородного тела, аспирационную пневмонию, хронические заболевания легких и врожденные пороки сердца и крупных

сосудов с сердечной недостаточностью. Отсутствие инфекции верхних дыхательных путей, поперхивания при еде, задержка роста и признаки атопии помогают в дифференциальной диагностике (УУР С, УДД 5).

## Лечение

- Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей: короткие курсы местных назальных препаратов и при необходимости назальные аспираторы. Глубокую рутинную аспирацию слизи из носоглотки проводить не следует (УУР С, УДД 5).
- Поддерживать адекватную гидратацию, преимущественно перорально. При невозможности пить использовать назогастральный зонд или внутривенное введение; при парентеральной регидратации применяют 0,9% раствор натрия хлорида или сложный раствор натрия хлорида, а объем внутривенной жидкости ограничивают до 20 мл/кг/сут с учетом степени эксикоза (УУР С, УДД 5).
- Начать стандартную терапию увлажненным кислородом при SpO2 ≤92–94%. Большинством специалистов признается необходимость подачи кислорода до устойчивого достижения SpO2 95%. При отсутствии эффекта применяют высокопоточную назальную оксигенацию (УУР С, УДД 5).
- Бронхолитики не используют рутинно (УУР А, УДД 1). При подозрении на бронхоспазм допустима пробная ингаляция; эффект оценивают через 20 минут по росту SpO2, уменьшению частоты дыханий на 10–15 в минуту, свистящих хрипов и втяжений. Например, сальбутамол — 0,15 мг/кг на ингаляцию, максимум 1,25 мг до 1 года и 2,5 мг старше 1 года.
- Антибактериальная терапия нужна только при сопутствующей бактериальной инфекции или серьезном подозрении на нее; при неосложненном бронхиолите антибиотики не назначают (УУР А, УДД 1). Системные противовирусные препараты рутинно не применяют (УУР С, УДД 5).
- Ингаляционные и системные глюкокортикоиды при бронхиолите рутинно не применяют: для ингаляционных препаратов отсутствуют доказательства клинического эффекта (УУР А, УДД 1), системные препараты неэффективны (УУР А, УДД 1). ИГК могут применяться при проведении интенсивной терапии по другим показаниям, например при бронхолегочной дисплазии; системные препараты могут применяться при необходимости проведения интенсивной терапии не по прямому показанию «острый бронхиолит».
- При наличии показаний индивидуально выбирают респираторную поддержку: NCPAP, NIPPV, высокочастотную или обычную ИВЛ под контролем газов крови и кислотно-основного состояния (УУР С, УДД 5). Вибрационный и перкуссионный массаж рутинно не применяют (УУР В, УДД 2).

## Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать в детское инфекционное или педиатрическое боксированное отделение при апноэ, дыхательной недостаточности II–III степени, возрасте до 6 месяцев у недоношенного ребенка, снижении питания, дегидратации, затруднении кормления, сонливости, необходимости постоянной санации дыхательных путей, отягощенном преморбидном фоне или социальных показаниях.
- Перевести в ОРИТ, если не удается поддерживать сатурацию выше 92% на кислороде, имеется выраженное утомление дыхательной мускулатуры или возникают рецидивирующие апноэ.
- Показания к CPAP включают тяжелый респираторный дистресс, апноэ, поверхностное дыхание, снижение болевой реакции, сохранение цианоза при дыхании 40% O2, PaO2 менее 60 мм рт. ст., PaCO2 более 55 мм рт. ст. или потребность в FiO2 более 0,5.
- Выписать можно при стабильной сатурации более 94% на комнатном воздухе, отсутствии респираторного дистресса и возможности принимать внутрь не менее 75% обычной суточной потребности в пище и жидкости.
- Диспансерное наблюдение нужно детям с тяжелым бронхиолитом и/или сохраняющимися респираторными симптомами; на осмотре проводят физикальное обследование и пульсоксиметрию, а дополнительные исследования назначают при подозрении на осложнения или хроническое поражение легких.

## Частые вопросы

**Нужно ли делать рентген при каждом бронхиолите?**

Нет. Рентгенография не нужна рутинно; ее выполняют при температуре выше 38 °C более 3 дней, токсикозе, укорочении перкуторного звука или асимметрии хрипов, когда требуется исключить пневмонию.

**При какой сатурации ребенку с бронхиолитом нужен кислород?**

Оксигенотерапию рекомендуют при SpO2 ≤92–94%, обычно до устойчивого достижения 95%. Если стандартный увлажненный кислород неэффективен, применяют высокопоточную назальную оксигенацию.

**Назначать ли антибиотик или противовирусный препарат?**

Антибиотики при бронхиолите не назначают без сопутствующей бактериальной инфекции или серьезного подозрения на нее (УУР А, УДД 1). Системные противовирусные препараты рутинно не применяют из-за отсутствия данных об эффективности (УУР С, УДД 5).

**Можно ли использовать сальбутамол при бронхиолите?**

Рутинно бронхолитики не применяют (УУР А, УДД 1). При подозрении на бронхоспазм допустима пробная ингаляция; если через 20 минут нет роста SpO2 и клинического улучшения, продолжать такие ингаляции не имеет смысла. Для сальбутамола указана доза 0,15 мг/кг на ингаляцию.

**Какие признаки требуют перевода в реанимацию?**

В ОРИТ переводят при невозможности поддерживать сатурацию выше 92% на кислороде, выраженном утомлении дыхательной мускулатуры или рецидивирующих апноэ.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/360-ostryj-bronhiolit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/360_3