

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00612&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00612. Утруднене дихання у дітей

Автор: Tarja Heiskanen-Kosma
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen
Дата останнього оновлення: 2017-01-23

Основні положення

- Розпізнайте наступні стани, які вимагають негайного лікування:
 - загроза виснаження дитини через гіпоксію та/або підвищення дихального навантаження, що пов'язане з утрудненим диханням будь-якої етіології
 - стороннє тіло в дихальних шляхах
[настанова 00141] Foreign body in the resp...
 - епіглотит.
- Диференціюйте між ларингітом, бронхіолітом, обструктивним бронхітом чи астмою (утруднений вдих чи видих) та типовим утрудненням дихання з підвищеною частотою дихальних рухів, що спричиняє пневмонія.
- Виявляйте немовлят з бронхіолітом, які потребують спостереження в умовах лікарні. Бронхіоліт у маленької дитини супроводжується схильністю до апное і симптоми можуть прогресувати 5–6 днів.
- Оцініть утруднене дихання шляхом спостереження за загальним виглядом дитини, диханням, а також за допомогою підрахунку частоти дихання, пульсу та визначення сатурації кисню. Аускультацию робіть уважно і спокійно.

- У пацієнтів з експіраторною задишкою може вислуховуватись поліфонічне, різночастотне дихання з присвистом (звуження в різних за розміром бронхах; у маленьких дітей присвист може бути низькочастотними).
- Коли ви побачили дитину, вам слід якнайшвидше зробити загальну оцінку стану, поки вона спокійна. Для проведення аускультатії та більш точної оцінки роботи дихання та наявності втягнення міжреберних проміжків слід роздягнути дитину в достатньому обсязі.
- У невідкладних ситуаціях слід давати кисень, коли сатурація стає нижче 95%; сатурація нижче 90% вказує на тяжкий випадок.
- Завжди направляйте дитину в лікарню, якщо оксигенація недостатня (< 95%) або якщо після надання першої допомоги утруднене дихання зберігається. Утруднене дихання у немовлят слід оцінювати педіатру і одразу направляти пацієнтів в лікарню для подальшого спостереження.
- Для лікування і спостереження за дитиною вдома слід надати чіткі вказівки.
- Нетривалий кашель у дітей (тривалістю до 3 тижнів) як правило спричинений вірусною інфекцією: не слід призначати антибіотики через кашель, а протикашльові засоби не допомагають. Пароксизмальні напади кашлю у (невакцинованих) немовлят можуть бути спричинені кашлюком і пацієнта слід госпіталізувати.

Підказки для диференційної діагностики

- Якщо у раніше здорової дитини під час інфекції розвивається утруднення дихання, причиною може бути ларингіт [настанова 00615 | Ларингіт у дітей], обструктивне інфекційне захворювання дихальних шляхів чи пневмонія [настанова 00620 | Запалення легень у дітей], а також стороннє тіло в дихальних шляхах [настанова 00141 | Foreign body in the resp...].
- Аспірація стороннього тіла завжди спричиняє раптовий важкий напад кашлю з утрудненням дихання різних ступенів.
 - Симптоми можуть спонтанно зникнути.
 - Найчастіше, але не завжди, батьки підозрюють аспірацію стороннього тіла.

- Підозра на аспірацію стороннього тіла є показанням до екстреного направлення в спеціалізовану установу для рентгенологічного дослідження грудної клітки та розгляду питання щодо проведення бронхоскопії.
- Див. статтю про стороннє тіло в дихальних шляхах [настанова 00141 Foreign body in the resp...].
- Є два типи обструктивних інфекційних захворювань дихальних шляхів.
 1. З утрудненням вдиху
 - Ларингіт
 - Епіглотит
 - Ларинготрахеїт
 - Бактеріальний трахеїт
 2. З утрудненням видиху
 - Обструктивний бронхіт
 - Бронхіоліт
- При рентгенологічному дослідженні грудної клітки в боковій проекції сплюснення куполу діафрагми і бочкоподібна грудна клітка говорять про перерозтягнення легень через утруднення видиху, але фаза дихання в момент формування зображення також впливає на результат.
 - У дітей з обструкцією та бронхіальною секрецією в різній мірі можуть спостерігатися як ділянки з перерозтягненням, так і ателектази. Не завжди просто відрізнити ателектази від легневих інфільтратів. Для справжнього ателектазу характерне зменшення об'єму легневих часток і клиноподібне звуження затемнення у напрямку периферії.
 - Лабораторні тести як правило не приносять користь для первинної екстреної оцінки стану при відкритій медичній допомозі; замість цього подальше лікування слід планувати, спираючись на клінічну оцінку.
 - Якщо є підозра на важку бактеріальну інфекцію (пневмонія, епіглотит, бактеріальний трахеїт), крім інших аналізів слід взяти також провести взяття матеріалу для бактеріологічного дослідження крові.
 - Лабораторні дослідження на грип корисні під час епідемій.

Ларингіт

- Див. [\[настанова 00615\]](#) [Ларингіт у дітей].
- Запалення в гортані та верхній частині трахеї (нижче голосових зв'язок) може спричинити відому тріаду:
 - гавкаючий кашель
 - інспіраторний стридор
 - осиплість.
- Інспіраторний стридор під час плачу доволі часте явище, але стридор у стані спокою вказує на важку клінічну картину.

Епіглотит

- Епіглотит слід запідозрити, якщо дитина декілька годин має високу температуру, осиплість голосу, утруднене дихання і слинотечу (утруднене ковтання).
- Слинотеча, тривога і відсутність характерного кашлю найкраще відрізняють цей стан від ларингіту.
- Вакцинація від Hib-інфекції, яка є частиною державної програми вакцинації в Фінляндії, знизилася частоту виникнення епіглотитів у дітей, що народжені в Фінляндії, до майже нульового рівня (1–2 випадки на рік). Якщо є підозра на епіглотит, слід з'ясувати, чи вакцинували дитину згідно програми.

Обструктивний бронхіт (гостра і рецидивуюча задишка) [\[доказ 1\]](#) [\[02500\]](#) [\[A\]](#)

- Див. [\[настанова 00613\]](#) [Тактика лікування дітей ...].
- У Фінляндії обструктивним бронхітом називається утруднення видиху, що спричинене гострою вірусною інфекцією, зазвичай у дітей 12–36 місяців (МКХ 10: J20.5–J20.9).
- Утруднення видиху, викликане інфекцією, виникає у кожній третій дитині у віці до 3 років.
- Межа між обструктивним бронхітом, бронхіолітом та дитячою астмою нечітка.
- Діагноз зазвичай встановити нескладно: дитина, яка кашляє, з частим та шумним диханням.
- При аускультатії легень зазвичай вислуховується подовжений видих з присвистом.

- Однак у дітей присвисту може не бути навіть при помірній обструкції; аускультативно можна виявити лише крупнопухирчасті хрипи, що вислуховуються переважно в експіраторну фазу.
- Через звуження в різних за розміром бронхах, у маленьких дітей можна почути поліфонічний, тобто різночастотний присвист. Низькочастотний присвист може залишитись нерозпізнаним і трактуватись як хрипи, зумовлені слизом.
- За важкої обструкції через поверхневість дихання аускультативна картина може навіть бути розцінена як нормальна. Однак частота дихання майже завжди підвищена. Тому важливо оцінювати дихальні функції комплексно, шляхом огляду і аускультативної.
- Пікову швидкість видиху зазвичай можна успішно виміряти навіть у дітей до 6 років, також це слід робити в екстрених випадках.
- Легка обструкція не завжди викликає помітну задишку, натомість аускультативно буде визначатись подовжений видих з присвистом чи хрипами, зумовленими слизом.
 - Захворювання може трактуватись як "початковий бронхіт" і дитина може отримати курс антибіотиків, хоча насправді він/ вона потребує бронходилататорів.
- Важливо ідентифікувати дітей, які схильні до розвитку таких симптомів при вірусній інфекції, та відповідно планувати їх лікування та нагляд. Не слід призначати повторні курси антибіотиків за підозри бронхіту; ці пацієнти потребують бронходилататорів та оцінки необхідності тривалого контрольованого лікування.
- Якщо у дитини дошкільного віку лікар спостерігає повторні (більше 3 разів на рік) або часті (принаймні 2 напади протягом 6 тижнів) випадки експіраторної задишки, пов'язані з вірусними інфекціями, то для оцінки факторів ризику розвитку астми, планування початку прийому протизапальних препаратів та подальшого спостереження показаний педіатричний огляд на етапі спеціалізованої допомоги.

Бронхіоліт [доказ|B] [доказ|B] [доказ|B] [доказ|D] [доказ|C] [доказ|B]

- Бронхіоліт — це перший епізод експіраторного утруднення дихання у немовлят віком до 1 року. Респіраторно-синцитіальний вірус є найпоширенішим збудником. Інші віруси, такі як рино- та метапневмовіруси, також можуть викликати схожу клінічну картину.
- Бронхіоліт це ураження найвіддаленіших периферичних бронхів (бронхіол) і, оскільки вірус може також вражати навколишню легеневу тканину, хвороба має ознаки вірусної пневмонії. Може утворюватись багато слизу.

- Типовий пацієнт з бронхіолітом — це немовля з утрудненим диханням; при аускультативі вислуховується крепітація та, можливо, видих з легким присвистом. Годування часто утруднене і дитина швидко виснажується. Значущим симптомом є підвищена частота дихання (> 50/хв).
 - Пацієнтів віком до 3 місяців через ризик розвитку апное та дихальної недостатності зазвичай необхідно направляти в лікарню для спостереження. До пацієнтів з високим ризиком відносять немовлят перших місяців життя, недоношених дітей та тих, хто має хвороби серця.
 - Лікування, здатного вилікувати цю патологію, не існує.
 - Доведено, що інгаляції сальбутамолу та гіпертонічних сольових розчинів не полегшують симптоми, а також не знижують потребу в стаціонарному лікуванні та його тривалість у немовлят з бронхіолітом, і не призначаються в умовах амбулаторної екстреної допомоги.
 - Немає доказових даних про будь-яку користь від глюкокортикоїдів при бронхіоліті, викликаному респіраторно-синцитіальним вірусом, тому не слід їх використовувати.
 - Рацемічний адреналін також не зменшує необхідності в стаціонарному лікуванні у немовлят з бронхіолітом. Він може тимчасово допомогти деяким пацієнтам. Слід ретельно оцінити відповідь і призначити відповідне подальше лікування.
- Коментар експерта.* Адреналін - торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою епінефрин
- В лікарні проводять моніторинг загального стану дитини, а також забезпечують отримання достатньої кількості кисню, харчування та видалення надмірно утворюваного слизу. Може бути призначена високопоточна оксигенотерапія теплою, зволоженою повітряно-кисневою сумішшю; це може знизити потребу в інтубації.

Кашель, асоційований з вірусною інфекцією

- У дітей кашель, асоційований з гострою інфекцією дихальних шляхів (менше 3 тижнів) майже завжди викликаний вірусною інфекцією, тому антибактеріальне лікування недоцільне.

- Протикашльові засоби не полегшують симптоми гострого кашлю у дітей, проте можуть мати важкі побічні ефекти. Бета-агоністи також недоцільні.
- Мед може покращити симптоми, тому можна спробувати короточасне вживання для лікування симптомів кашлю у дітей старше 1 року (декілька мілілітрів або близько 10 грамів за 30 хвилин до сну).
- Кашель з виділенням слизового харкотиння протягом декількох тижнів (підозра на бактеріальний бронхіт) потребує диференційної діагностичної оцінки (з туберкульозом, порушенням циліарної функції, муковісцидозом).
- У дітей шкільного віку слизовий кашель можуть також викликати синусити.
- Кашлюк слід з особливою увагою підозрювати у немовлят з пароксизмальним кашлем. Таких пацієнтів повинен оглянути педіатр та через ризик апное за ними слід вести спостереження в умовах лікарні, навіть якщо між нападами кашлю вони почуваються добре.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00497 | Wheezing in children – R...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00497 | Wheezing in children – R...\]](#)

Настанови

- [Настанова 00141](#). Foreign body in the respiratory passages.
- [Настанова 00615](#). Ларингіт у дітей.
- [Настанова 00620](#). Запалення легень у дітей.
- [Настанова 00613](#). Тактика лікування дітей з гострою експіраторною обструкцією дихальних шляхів та загостренням бронхіальної астми..

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02500](#). Prophylactic inhaled steroids in childhood asthma.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: А
Резюме: Prophylactic inhaled steroids are effective in both improving clinical parameters peak flow rates in children with asthma.

- [Доказовий огляд 04485](#). Epinephrine for bronchiolitis.
Дата оновлення: 2011-07-26
Рівень доказовості: B
Резюме: Epinephrine appears to be more effective than placebo for bronchiolitis in outpatients. There is insufficient evidence to support its use in inpatients.
- [Доказовий огляд 06219](#). Nebulized hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants.
Дата оновлення: 2018-02-01
Рівень доказовості: B
Резюме: Nebulized hypertonic saline appears to modestly reduce length of stay among infants hospitalized with acute bronchiolitis and improve clinical severity score compared to nebulized 0.9% saline.
- [Доказовий огляд 06752](#). Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children.
Дата оновлення: 2015-05-26
Рівень доказовості: B
Резюме: Systemic or inhaled glucocorticoids appear not to have clinically relevant effects on admissions or length of hospitalization when used alone in infants and young children under two years of age with bronchiolitis defined as a first episode of wheezing.
- [Доказовий огляд 06794](#). Steam inhalation or humidified oxygen for acute bronchiolitis in children.
Дата оновлення: 2011-02-02
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence on the effectiveness of steam inhalation (mist therapy) or humidified oxygen for acute bronchiolitis in children up to three years of age.
- [Доказовий огляд 00383](#). Bronchodilators for bronchiolitis.
Дата оновлення: 2015-09-23
Рівень доказовості: C
Резюме: Bronchodilators to treat infants with bronchiolitis may not improve oxygen saturation, reduce hospital admission after outpatient treatment, or shorten the duration of hospitalization compared to placebo.
- [Доказовий огляд 05411](#). Antibiotics for bronchiolitis in children.
Дата оновлення: 2018-05-28
Рівень доказовості: B
Резюме: Antibiotics appear not to be effective for bronchiolitis in children compared to placebo.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00612 Ключ сортування: 029.003 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-01-23

Автор(и): Tarja Heiskanen-Kosma Автор(и) попередніх версій статті: Hannu Jalanko Редактор(и): Anna Kattainen
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Hilka Salmén Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Paediatrics Pulmonary diseases Infectious diseases

Ключові слова індексу

mesh: obstructive respiratory infection mesh: obstructive bronchitis mesh: wheezing in children Wheezing Child
respiratory difficulty breathing difficulty respiratory distress difficulty breathing Dyspnea Dyspnoea
mesh: Bronchiolitis mesh: Dyspnea mesh: Laryngitis mesh: laryngotracheitis mesh: childhood asthma
mesh: Bronchitis mesh: Asthma mesh: Epiglottitis mesh: acute lower respiratory tract infection
mesh: expiratory difficulty mesh: Croup mesh: inspiration difficulty speciality: Infectious diseases speciality: Paediatrics
speciality: Pulmonary diseases icpc-2: R03 icpc-2: R77 icpc-2: R78 icpc-2: R83 icpc-2: R96