



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Острый бронхит у детей

МКБ 10: J20

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **KP381**

URL

Профессиональные ассоциации

- **Союз педиатров России**

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

- Chlamydia trachomatis
- Chlamydophila pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Бронхит
- Дети
- Кашель
- Лейкоцитоз
- Острая респираторная вирусная инфекция
- Острый бронхит

Список сокращений

БГР - бронхиальная гиперреактивность;

КР – клинические рекомендации;

ОРВИ - острая респираторно вирусная инфекция;

ПКТ – прокальцитонин;

ПЦР – полимеразно-цепная реакция;

СРБ - С-реактивный белок.

Термины и определения

Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Бронхит – воспалительный процесс в бронхах в отсутствие инфильтративных изменений в паренхиме легких (инфильтративных или очаговых теней на рентгенограмме). Бронхит характеризуется диффузным характером процесса; при преобладании изменений трахеи говорят о трахеобронхите.

Бронхит нередко сопутствует пневмонии, в диагноз его выносят, если его симптомы (обилие мокроты) дополняют картину болезни (малоупотребимый сейчас термин «бронхопневмония») [1].

1.2 Этиология и патогенез

Острый бронхит в большинстве случаев является проявлением респираторно-вирусной инфекции, наиболее часто его вызывают вирус парагриппа, а также рино-, РС-, корона-, метапневмо- и бокавирусы.

1. Около 10% бронхитов у детей старше 5 лет, особенно в осенний период, связаны с инфекцией *Mycoplasma Chlamydia trachomatis* может вызывать бронхит у детей первых месяцев жизни, *Chlamydothila pneumoniae* – у подростков. Реже бактериальная этиология может быть обусловлена *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

Бактериальный трахеобронхит осложняет стенозы гортани и как первичное заболевание у детей наблюдается крайне редко.

Особую группу составляют аспирационные бронхиты, связанные с привычной аспирацией пищи у детей грудного и раннего возраста, этиопатогенез которых обусловлен не только агрессивным физико-химическим действием аспирата, но и смешанной кишечной флорой [2].

1.3 Эпидемиология

Заболеваемость острым бронхитом в России составляет в среднем 75-250 на 1000 детей в год, т.е. на 2 порядка выше, чем пневмонией. Наиболее часто у детей бронхит встречается в возрастной категории 1-3 года. Бронхиты на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), в т.ч. повторные, наблюдаются особенно часто у детей до 6 лет в зонах промышленного и бытового (пассивное курение, печи, плиты) загрязнения воздуха, что может быть связано с бронхиальной гиперреактивностью (БГР) [1,2].

1.4 Кодирование по МКБ-10

Острый бронхит (J20)

J20.0 - Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*

J20.1 - Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae* [палочкой Афанасьева-Пфейффера]

J20.2 - Острый бронхит, вызванный стрептококком

J20.3 - Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки

J20.4 - Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа

J20.5 - Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом

J20.6 - Острый бронхит, вызванный риновирусом

J20.7 - Острый бронхит, вызванный эховирусом

J20.8 - Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами

J20.9 - Острый бронхит неуточненный

1.5 Примеры диагнозов

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

1.6 Классификация

Согласно принятой в России Классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей выделяют [3]:

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

Критерии диагностики:

Клинические: субфебрильная температура, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких.

Рентгенологические: изменение легочного рисунка (возможно усиление и повышение прозрачности) при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.

Рецидивирующий бронхит (J40.0) – повторные эпизоды острых бронхитов 2-3 раза и более в течение года на фоне респираторных вирусных инфекций.

Критерии диагностики острого эпизода соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита.

Встречается, как правило, у детей первых 4-5 лет жизни.

Хронический бронхит (J41) - хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов.

Критерии диагностики:

Клинические: продуктивный кашель, разнокалиберные влажные хрипы в легких при наличии не менее 2-3-х обострений заболевания в год на протяжении 2-х и более лет подряд.

Рентгенологические: усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмосклероза.

Хронический бронхит как отдельная нозологическая форма у детей диагностируется крайне редко и только после исключения заболеваний, протекающих с синдромом хронического бронхита (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, пороки развития бронхолегочной системы, другие хронические заболевания легких).

2. Диагностика

Диагноз бронхита обычно клинический.

Диффузный характер хрипов, невысокая температура, отсутствие токсикоза, перкуторных изменений и лейкоцитоза позволяют исключить пневмонию и поставить диагноз бронхита, не прибегая к рентгенографии грудной клетки [1,2].

2.1 Жалобы и анамнез

Острый бронхит (вирусный) – наблюдается преимущественно у детей дошкольного и школьного возраста. Его характеризует острое начало с субфебрильной (реже фебрильной) температурой, катаральными симптомами (кашлем, ринитом). Кашель может появляться со 2-3 дня болезни. Клинические признаки бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, свистящие хрипы, свистящее дыхание) отсутствуют. Признаки интоксикации обычно отсутствуют, длится обычно 5-7 дней. У грудных детей при РС-вирусной инфекции и у старших – при аденовирусной – может сохраняться до 2 недель. Кашель длительностью ≥ 2 недель у школьников может свидетельствовать о коклюшной инфекции.

Бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*. Возможна стойкая фебрильная температура в отсутствие токсикоза, покраснение конъюнктив («сухой конъюнктивит» с обычно скудными другими катаральными явлениями). Нередки признаки обструкции. Без лечения температура и хрипы могут сохраняться до 2 недель.

Хламидийный бронхит, вызванный *trachomatis*, наблюдается у детей в возрасте 2-4 месяцев при интранатальном заражении от матери. Состояние нарушается мало, температура обычно нормальная, кашель усиливается в течение 2-4 недель, иногда приступообразный «коклюшеподобный», но без реприз. Одышка выражена умеренно.

В пользу хламидийной инфекции говорят признаки урогенитальной патологии у матери, упорный конъюнктивит на 1-м месяце жизни ребенка.

Хламидийный бронхит, вызванный рнеитопiае, у подростков диагностируется редко, иногда протекает с бронхообструкцией. Клиническая картина его может сопровождаться фарингитом и лимфаденитом, однако она изучена недостаточно из-за сложностей этиологической диагностики.

Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции: повторные эпизоды синдрома бронхиальной обструкции наблюдаются достаточно часто – на фоне очередной респираторной инфекции и требуют исключения у пациента бронхиальной астмы. Они, как правило, сопровождаются свистящими хрипами и удлинением выдоха, которые появляются уже в 1-2 день болезни. ЧДД редко превышает 60 в 1 минуту, диспноэ может быть не выражено, но иногда его признаком является беспокойство ребенка, смена позы в поисках наиболее удобной. Не редко оксигенация не снижается. Кашель малопродуктивный, температура умеренная. Общее состояние при этом обычно остается удовлетворительным [1,2,4].

2.2 Физикальное обследование

- При остром бронхите рекомендуется оценка общего состояния ребенка, характера кашля, проведение осмотра грудной клетки (обратить внимание на западение межреберных промежутков и яремной ямки на вдохе, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания); перкуссия и аускультация легких, оценка состояния верхних дыхательных путей, подсчет частоты дыхания и сердечных сокращений. Кроме того, рекомендуется проведение общего стандартного осмотра ребенка [1,2].

1. (Сила рекомендации 1; уровень доказательности

Комментарий:

При остром бронхите (вирусном) – аускультативно в легких можно обнаружить рассеянные сухие и влажные хрипы. Бронхиальная обструкция отсутствует. Признаков интоксикации обычно нет.

*Бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*. при аускультации легких – обилие крепитирующих и мелкопузырчатых хрипов с двух сторон, но, в отличие от вирусного бронхита, они часто асимметричны, с преобладанием в одном из легких. Нередко определяется бронхиальная обструкция.*

Хламидийный бронхит, вызванный trachomatis: аускультативно в легких выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Хламидийный бронхит, вызванный pneumoniae: аускультативно в легких возможно выявление бронхиальной обструкции. Могут быть обнаружены увеличенные лимфоузлы и фарингит.

Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции: аускультативно в легких – свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха.

2.3 Лабораторная диагностика

- В типичных случаях течения острого бронхита у детей не рекомендовано рутинное проведение лабораторных исследований [1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности C)

Комментарий:

При остром бронхите изменения в общем анализе крови, как правило, незначительны, число лейкоцитов $<15 \cdot 10^9/\text{л}$.

Диагностическое значение для пневмонии имеет лейкоцитоз выше $15 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение уровней С-реактивного белка (СРБ) $>30 \text{ мг/л}$ и прокальцитонина (ПКТ) $>2 \text{ нг/мл}$.

- Не рекомендуется рутинное применение вирусологического и бактериологического исследования при остром бронхите, вызванном pneumoniae, т.к. в большинстве случаев результаты не влияют на выбор терапии. Специфические IgM-антитела появляются лишь к концу второй недели болезни, полимеразно-цепная реакция (ПЦР) может выявить носительство, а нарастание IgG-антител говорит о ранее перенесенной инфекции [1,2].

(Сила рекомендации 2; уровень доказательности C)

Комментарий: *диагноз бронхита, вызванного микоплазмой чаще всего предположительный, клинические признаки оправдывают назначение макролидов, дающих эффект в течение 1-2 дней. Рентгенография грудной клетки показана при обилии и выраженной асимметрии хрипов для диагностики пневмонии, вызванной Mycoplasma pneumoniae.*

- При подозрении на хламидийный бронхит, вызванный trachomatis, рекомендовано определение титр IgM-

антител [1,2].

(Сила рекомендации 2; уровень доказательности C)

Комментарий: выявляется положительный титр IgM-антител (обычно титр выше материнского).

2.4 Инструментальная диагностика

- Не рекомендуется в типичных случаях острого бронхита у детей проводить рентгенографию органов грудной клетки [1,2,4].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности C)

Комментарий: рентгенография органов грудной клетки может проводиться детям при подозрении на:

- пневмонию;
- инородное тело (анамнез, ослабление дыхания с одной стороны, односторонние хрипы);
- сдавливающий процесс в средостении (упорный металлический кашель);

Подозрение на **типичную пневмонию:** в отличие от бронхита, для пневмонии характерно изменение дыхания (ослабленное, бронхиальное) и укорочение перкуторного звука, наличие мелкопузырчатых хрипов над отдельным участком легкого. Поскольку локальные симптомы пневмонии выявляются лишь у 50-70% больных, для диагностики используется набор общих симптомов:

- лихорадка выше 38; С свыше 3 дней,
- диспноэ (одышка) – кряхтящее дыхание, втяжение уступчивых мест грудной клетки,
- учащение дыхания (>60 в 1 минуту у детей до 2 месяцев, >50 у детей 3-12 месяцев и >40 у детей старше 1 года)
- асимметрия хрипов/физикальных изменений в легких.

2.5 Дифференциальная диагностика

- *Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции следует дифференцировать с бронхиальной астмой, так как на фоне острой респираторной инфекции у 80-90% больных бронхиальной астмой дошкольного возраста отмечается обострение заболевания, дифференциальная диагностика «вирусной» обструкции зачастую затруднена. Для астмы характерна приступообразность – внезапность появления обструкции, а также, у большинства больных, указание в анамнезе на развитие приступов в ответ на различные триггеры.*
- *Кроме того, у детей, особенно до 5 лет причины бронхиальной обструкции и/или свистящих хрипов в легких достаточно разнообразны: врожденные и наследственные аномалии респираторного тракта (трахео- и бронхомалация и другие пороки развития бронхиальной стенки, муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, трахеопищеводные свищи), инородные тела, сосудистое кольцо, бронхолегочная дисплазия, гастроэзофагеальный рефлюкс и т.д.*
- *Учитывая вышесказанное, при повторяющихся эпизодах обструкции ребенка следует направить на консультацию и дообследование, в первую очередь, к аллергологу-иммунологу при подозрении на бронхиальную астму (см. КР «Бронхиальная астма у детей») и к пульмонологу для исключения или подтверждения более редких причин бронхиальной обструкции.*

3. Лечение

Бронхиты, как и ОРВИ – самый частый повод лекарственной терапии. Десятки «средств от кашля» и их агрессивная реклама ведут к избыточному лечению, полипрамзии и излишним расходам на лечение.

3.1 Консервативное лечение

- Не рекомендовано применение при остром бронхите у детей антигистаминных препаратов, электропроцедур в связи с отсутствием доказательств их эффективности [1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности С)

- Не рекомендовано применение горчичников, жгучих пластырей, банок в связи с тем, что вред от их применения существенно превышает возможную пользу[1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности С)

- Не рекомендована антибактериальная терапия при остром бронхите (вирусном, неосложненном) [1,2,4,5,6,7,8,9,10].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности А)

Предлагаемый протокол лечения включает необходимые и достаточные назначения. Дополнительные средства назначают только при наличии показаний [1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности С)

- **Острый бронхит (вирусный)** обычно не требует госпитализации, рекомендованы:

1. Обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки;
2. Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции [1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности С)

- Рекомендовано рассмотреть назначение противокашлевого средства центрального действия в отдельных случаях коротким курсом при сухом мучительном болезненном кашле при отсутствии хрипов в легких и других признаков бронхообструкции [1,2].

(Сила рекомендации 2; уровень доказательности С)

Комментарий: Например, может быть назначен бутамират (Код АТХ: R05DB13 (<http://www.vidal.ru/drugs/atc/R05DB13>)): капли 4 р./день: детям 2-12 месяцев по 10; 1-3 лет по 15 капель, сироп: 3 р./день: детям 3-6 лет – по 5 мл; 6-12 лет – по 10 мл; депо-таблетки 50 мг детям старше 12 лет по 1-2 таб. в день.

Дополнительно при бронхитах по показаниям могут быть назначены другие препараты.

- Рекомендовано назначение противовирусных препаратов – при симптомах гриппа (см. КР «Острая респираторная инфекция у детей») [11].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности А)

- Рекомендовано назначение муколитических и отхаркивающих средств – при вязкой, трудно отделяемой мокроте[1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности С)

Комментарий: мукорегуляторы: например, амброксол^{Ж,ВК} (Код АТХ: R05CB06 (<http://www.vidal.ru/drugs/atc/R05CB06>)) табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл. Детям 0-5 лет по 7,5 мг, 6-12 лет по 15 мг, >12 лет по 30 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: детям 0-5 лет по 2 мл, старше 5 лет по 2-3 мл 2 раза в день.

Секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей: ацетилцистеин^{Ж,ВК} (Код АТХ: R05CB01) внутрь детям старше 6 лет - по 200 мг 2-3 раза/сут; детям в возрасте от 2 до 6 лет - по 200 мг 2 раза/сут или по 100 мг 3 раза/сут, до 2 лет - по 100 мг 2 раза/сут.; карбоцистеин (Код АТХ: R05CB03) детям в возрасте от 2,5 до 5 лет по 5 мл 2%-го сиропа дважды в день, детям старше 5 лет по 5 мл 5%-го сиропа трижды в день или 10 мл 2%-го сиропа трижды в день.

- Рекомендовано при сохранении температуры ≥ 38 ; более 3 суток решить вопрос о необходимости дообследования (общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки или иного, по показаниям) и антибактериальной терапии[1,2,4].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности В)

- Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В случае первого эпизода, в зависимости от выраженности степени бронхиальной обструкции рекомендовано назначение:

Ингаляционные β 2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор натрия хлорида^{Ж,ВК}, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день:

- сальбутамол^{Ж,ВК} (код АТХ: R03AL02) на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл <6 лет; 5 мл старше 6 лет) либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней или

- фенотерол + ипратропия бромид (код АТХ: R03AK03) на прием 2 капли/кг, максимально 10 капель - 0,5 мл детям ≤6 лет и 1,0 мл – старше 6 лет либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней[1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности С)

Комментарий: *Следует обязательно оценить клинический эффект применения бронхоспазмолитических препаратов. При отсутствии эффекта – рассмотреть вопрос о целесообразности их назначения. Не следует использовать пероральные формы бронхоспазмолитиков, в том числе, аминофиллин в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов.*

- При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO₂ менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β 2-агонистов рекомендовано назначение ингаляционных кортикостероидов (ИГКС) через небулайзер – будесонид^{Ж,ВК} в суспензии, в среднем 250-500мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней [1,2].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности С)

Комментарий: *В случае проведения дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой при длительно сохраняющемся кашле у детей ex juvantibus могут быть назначены ИГКС курсом до 2-3 месяцев с обязательной регулярной последующей оценкой эффекта проводимой терапии (см. КР «Бронхиальная астма у детей»).*

- При бронхите, вызванном микоплазмой или хламидиями: рекомендовано назначение макролидов [1,2,4,6].

(Сила рекомендации 1; уровень доказательности А)

Комментарий: например, джозамицин (Код АТХ: J01FA07 (<http://www.vidal.ru/drugs/atc/J01FA07>)) 40-50 мг/кг/сут или другие макролиды в течение 10-14 дней. При наличии обструкции – ингаляции β -2-агонистов или комбинированных препаратов (см. выше) (1А). Оценка эффекта терапии – нормализация температуры и самочувствия, уменьшение кашля и хрипов в легких.

- При остром бронхите, сопровождающемся признаками бактериальной инфекции, обусловленной типичной бактериальной флорой, в некоторых случаях рекомендовано рассмотреть использование амоксициллина^{Ж,ВК} в дозировке 70 мг/кг/сут курсом 5-7 дней [1,2].

(Сила рекомендации 2; уровень доказательности С)

Комментарий: следует помнить, что применение антибактериальных препаратов даже в случае подозрения на наличие бактериальной этиологии острого бронхита, должно быть обосновано тяжестью состояния и/или лабораторными маркерами бактериального воспаления.

3.2 Хирургическое лечение

Не требуется

4. Реабилитация

Не требуется

5. Профилактика

Профилактика респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций), борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

6.1 Ведение детей

Больной с бронхитом, как правило, не требует госпитализации, режим полупостельный до падения температуры.

Детей с рецидивами острого бронхита и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к аллергологу-иммунологу и пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения.

6.4 Исходы и прогноз

Прогноз благоприятный, острый бронхит редко осложняется пневмонией.

Детей с повторяющимися бронхитами, в том числе, сопровождающимися бронхиальной обструкцией, следует направить к аллергологу-иммунологу и/или пульмонологу.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 1 - Организационно-технические условия оказания медицинской помощи.

Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарно / в дневном стационаре
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Таблица 2 - Критерии качества оказания медицинской помощи

№	Критерии качества	Сила рекомендации	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	1	C
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)	1	C
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	1	C
4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами группы короткодействующие селективные бета2-адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета2-адреномиметики и группы холинолитики (при наличии синдрома бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1	C

Список литературы

1. А.А. Баранов, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе (ред.) Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. Союз педиатров России, М. 2011. 208 стр.
2. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания (Практическое руководство. М.ПедиатрЪ. 2012).
3. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2009. 18с.
4. <http://www.uptodate.com> (<http://www.uptodate.com/>)
5. Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24585130>)
Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 1;3:CD000245.
6. Panpanich R (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Panpanich%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18253999),
Lerttrakarnnon P (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lerttrakarnnon%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18253999),
Laopaiboon M (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Laopaiboon%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18253999).
Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18253999>)
2008 Jan 23;(1):CD001954.
7. Ott SR. Antibiotics for acute bronchitis without benefit. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23951652>) MMW Fortschr Med. 2013 May 16;155(9):32.
8. Kuehn BM (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kuehn%20BM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24281441).
Excessive antibiotic prescribing for sore throat and acute bronchitis remains common. JAMA. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24281441>) 2013 Nov 27;310(20):2135-6.
9. 1. Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24846041>)2014 May 21;311(19):2020-2.

10. Hersh AL et al. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. *Pediatrics* 2011 Dec;128(6):1053-61.
11. **Jefferson T, Jones MA, Doshi P, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 4:CD008965.**

Приложение А1. Состав рабочей группы

Баранов А.А. акад. РАН, д.м.н., профессор, Председатель Исполкома Союза педиатров России.

Намазова-Баранова Л.С., акад. РАН, д.м.н., профессор, заместитель Председателя Исполкома Союза педиатров России.

Таточенко В.К., профессор., д.м.н., член Союза педиатров России

Бакрадзе М.Д., д.м.н., член Союза педиатров России

Полякова А.С., к.м.н., член Союза педиатров России

Куличенко Т.В., д.м.н., член Союза педиатров России

Вишнева Е.А., к.м.н., член Союза педиатров России

Селимзянова Л.Р. к.м.н., член Союза педиатров России

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

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-педиатры
- Врачи-пульмонологи
- Врачи общей врачебной практики (семейные врачи)
- Врачи - аллергологи-иммунологи
- Врачи - рентгенологи
- Врачи функциональной диагностики
- Студенты медицинских ВУЗов
- Обучающиеся в ординатуре и интернатуре

При разработке КР соблюдались принципы, являющиеся залогом высококачественных и надежных клинических рекомендаций.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств

Доказательной базой для публикации являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 8 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств

Консенсус экспертов.

Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

Методы, использованные для анализа доказательств:

Обзоры опубликованных мета-анализов;

Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

С целью исключения влияния субъективного фактора и минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций

Консенсус экспертов.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

Описание метода валидации рекомендаций

Представленные рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, установившими, что доказательства, лежащие в основе настоящих рекомендаций, доступны для понимания.

С настоящими рекомендациями ознакомлены педиатры, которые указали на доходчивость изложения и их важность, как рабочего инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы и, в случае необходимости, вносились поправки в клинические рекомендации.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Консультация и экспертная оценка

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для обсуждения в предварительной версии на совещании рабочей группы, Исполкома СПР и членов профильной

комиссии в феврале 2015 года.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых 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 систематической ошибки при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Таблица П1 - Рейтинговая схема для оценки силы рекомендации

Степень достоверности рекомендаций	Соотношение риска и преимуществ	Методологическое качество имеющихся доказательств	Пояснения по применению рекомендаций
1А Сильная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Надежные непротиворечивые доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или неопровержимые доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Сильная рекомендация, которая может использоваться в большинстве случаев у преимущественного количества пациентов без каких-либо изменений и исключений
1В Сильная рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с некоторыми ограничениями (противоречивые результаты, методологические ошибки, косвенные или случайные и т.п.), либо других веских основаниях. Дальнейшие исследования (если они проводятся), вероятно, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Сильная рекомендация, применение которой возможно в большинстве случаев
1С Сильная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества	Польза, вероятно, будет превалировать над возможными рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемном клиническом опыте, результатах РКИ, выполненных с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Относительно сильная рекомендация, которая может быть изменена при получении доказательств более высокого качества
2А Слабая рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза сопоставима с возможными рисками и затратами	Надежные доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или подтвержденные другими неопровержимыми данными. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Слабая рекомендация. Выбор наилучшей тактики будет зависеть от клинической ситуации (обстоятельств), пациента или социальных предпочтений.

<p>2B Слабая рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества</p>	<p>Польза сопоставима с рисками и осложнениями, однако в этой оценке есть неопределенность.</p>	<p>Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с существенными ограничениями (противоречивые результаты, методологические дефекты, косвенные или случайные), или сильные доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования (если они проводятся), скорее всего, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.</p>	<p>Слабая рекомендация. Альтернативная тактика в определенных ситуациях может явиться для некоторых пациентов лучшим выбором.</p>
<p>2C Слабая рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества</p>	<p>Неоднозначность в оценке соотношения пользы, рисков и осложнений; польза может быть сопоставима с возможными рисками и осложнениями.</p>	<p>Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемного клинического опыта или РКИ с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.</p>	<p>Очень слабая рекомендация; альтернативные подходы могут быть использованы в равной степени.</p>

*В таблице цифровое значение соответствует силе рекомендаций, буквенное обозначение соответствует уровню доказательности

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в три года. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учётом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

Приложение А3. Связанные документы

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

Критерии оценки качества медицинской помощи: Приказ Минздрава России 520н от 15 июля 2016г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Пациент с симптомами острого бронхита



Диагностика



НЕТ

Консультация специалиста



ДА



Лечение в амбулаторных условиях



Лечение в

стационаре

Коррекция терапии

→→→ НЕТ

↓ ДА

Профилактика повторной инфекции

Приложение В. Информация для пациентов

Острый бронхит – воспаление слизистой оболочки бронхов, чаще развивающееся на фоне острой респираторной вирусной инфекции).

Причина заболевания – разнообразные вирусы, а также, реже, некоторые виды бактерий. Заболевание чаще развивается в период максимальной заболеваемости респираторными инфекциями (осенью, зимой и ранней весной).

Как заражаются инфекцией, вызывающей острый бронхит? Чаще всего инфекция попадает на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями.

Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек слюны, выделяющихся при чихании, кашле или при тесном контакте с больным.

Признаки острого бронхита: острое начало с невысокой температурой (до 38^o) (реже – температура достигает более высоких цифр) кашлем, насморком. Кашель может появляться со 2-3 дня болезни. Обычно самочувствие ребенка практически не страдает, кашель длится в среднем 5-7 дней. У грудных детей при РС-вирусной инфекции и у старших – при аденовирусной – кашель может сохраняться до 2 недель. Кашель длительностью ≥2 недель у школьников может свидетельствовать о коклюшной инфекции.

При обычном (необструктивном) бронхите не бывает затрудненного выдоха и свистящих хрипов в легких или свистящего дыхания, слышного на расстоянии.

Обследования: в большинстве случаев, дополнительных обследований, кроме осмотра педиатром, ребенку с острым бронхитом не требуется

Лечение: бронхит, в большинстве случаев, носит доброкачественный характер и не всегда требует назначения антибиотиков.

Давайте ребенку достаточное количество жидкости в виде теплого питья.

Антибиотики – не действуют на вирусы (основную причину ОРВИ). Вопрос о назначении антибиотиков рассматривается при подозрении на бактериальную инфекцию. Антибиотики должен назначать врач. **Бесконтрольный прием антибиотиков может способствовать развитию устойчивых к ним микробов и вызывать осложнения.**

Если вашему ребенку назначен антибиотик, следует строго выполнять назначенный режим и соблюдать длительность лечения, предписанную врачом.

При бронхите следует придерживаться правил лечения, гигиены и профилактики, рекомендованных для острой респираторной инфекции (см. КР «Острая респираторная инфекция у детей»),

Обратитесь к специалисту если:

- **ребенок длительное время отказывается от питья**
- **вы видите изменения в поведении: раздражительность, необычная сонливость со снижением реакции на попытки контакта с ребенком**
- **у ребенка имеется затруднение дыхания, шумное дыхание, учащение дыхания, втяжение межреберных промежутков, яремной ямки (места, расположенного спереди между шеей и грудью)**
- **у ребенка судороги на фоне повышенной температуры**
- **у ребенка бред на фоне повышенной температуры**
- **повышенная температура тела (более 38,4-38,5°C) сохраняется более 3 дней**
- **у ребенка кашель, длящийся более 10-14 дней без улучшения**

Приложение Г.

...ж – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)

...вк – лекарственный препарат, входящий в Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)