

## **Клинические рекомендации – Бронхит – 2021-2022-2023 (28.09.2021) – Утверждены Минздравом РФ**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J20, J40, J41, J42

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 381

По состоянию на 28.09.2021 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Союз педиатров России
- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии
- Российское респираторное общество

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

### **Список сокращений**

АБТ – антибактериальная терапия

БГР – бронхиальная гиперреактивность

ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

ИГКС – ингаляционные глюкокортикостероиды

КР – клинические рекомендации

ОБ – острый бронхит

ОРИ – острая респираторная инфекция

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РС вирус – респираторно-синцитиальный вирус

СРБ – С-реактивный белок

ФВД – функция внешнего дыхания

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

*B. pertussis* – *Bordetella pertussis*

*C. pneumoniae* – *Chlamydomphila pneumoniae*

IgG – иммуноглобулин класса G

IgM – иммуноглобулин класса M

*M. pneumoniae* – *Mycoplasma pneumoniae*

SpO<sub>2</sub> – насыщение крови кислородом

### **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)**

Бронхит – это воспаление слизистой оболочки бронхов.

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

Причиной острого бронхита (ОБ) у детей в 90% случаев являются респираторные вирусы, прежде всего вирусы парагриппа, гриппа, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, риновирус, аденовирус, метапневмовирус [1]. До 10% случаев ОБ в детском возрасте, особенно у школьников и подростков, вызывается такими бактериальными патогенами, как *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae* и *Bordetella pertussis* [1, 2, 3].

Другие бактериальные возбудители, такие как *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, нетипируемые штаммы *Haemophilus influenzae*, крайне редко являются причиной ОБ или осложняют ОБ у детей без фоновой патологии. Указанные патогены в редких случаях могут быть причиной затяжного бактериального бронхита (также используется термин "хронический влажный кашель"), связанного с формированием микробных биопленок на поврежденной слизистой оболочке дыхательных путей [2, 4, 5]. Затяжной бактериальный бронхит чаще возникает у детей с маляцией трахеи и крупных бронхов и при отсутствии лечения может приводить к развитию бронхоэктазов.

Бактериальная природа бронхита более характерна для детей с муковисцидозом (кистозным фиброзом), пороками развития бронхолегочной системы, иммунодефицитными состояниями, курящих или подверженных пассивному курению [1, 6].

Особую группу составляют аспирационные бронхиты, связанные с хронической аспирацией пищи у детей грудного и раннего возраста (см. соответствующие КР). Этиопатогенез такого бронхита обусловлен агрессивным физико-химическим действием аспирата, а также грамположительной флорой ротоглотки и грамотрицательной кишечной флорой [2].

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

Заболеваемость ОБ в России составляет в среднем 75-250 на 1000 детей в год.

Острый вирусный бронхит встречается преимущественно в раннем и дошкольном, реже школьном, возрасте. Бронхит, вызванный *M. pneumoniae*, возникает чаще у детей в возрасте > 5 лет, в том числе у подростков, *S. pneumoniae* также чаще отмечается у подростков, но в целом данный патоген встречается относительно редко и малоизучен [1, 77].

Бронхиты на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ), в т.ч. повторные (рецидивирующие), наблюдаются особенно часто у детей младше шести лет в зонах промышленного и бытового (пассивное курение, печи, плиты) загрязнения воздуха, что может быть обусловлено развитием бронхиальной гиперреактивности (БГР) [3, 66, 88].

Распространенность хронического бронхита у детей сложна для исследования, так как первичный хронический бронхит встречается крайне редко, а другие заболевания, одним из клинических признаков которых может быть хронический бронхит, учитываются в соответствии с конкретными нозологиями [9].

Данные о распространенности затяжного бактериального бронхита у детей ограничены.

Крупных эпидемиологических исследований к настоящему времени не проведено. Согласно исследованию, проведенном в Италии в 2015 г., среди 563 детей с хроническим влажным кашлем, затяжной бактериальный бронхит выявлялся в 11,9% случаев [10]. В Австралии при обследовании 191 ребенка с хроническим влажным кашлем из числа коренных жителей затяжной бактериальный бронхит диагностирован у 10% [11]. По другим данным распространенность затяжного бактериального бронхита у детей с хроническим влажным кашлем может достигать 40-44% [12, 13, 14].

Затяжной бактериальный бронхит может встречаться в любой возрастной категории, включая подростков и взрослых, однако чаще всего отмечается у детей до 6 лет [12, 15], по данным отдельных публикаций несколько чаще страдают мальчики [12].

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

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

J40 – Бронхит, не уточненный как острый или хронический

J41 – Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

J42 – Хронический бронхит неуточненный

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

Выделяют несколько форм бронхита (табл. 1).

Таблица 1. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей (раздел "Бронхит") [16]:

Форма бронхита	Определение	Критерии диагностики	
		Клинические	Рентгенологические
Острый бронхит J20.0-J20.9	Острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами	Лихорадка, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких	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 ОРИ. Встречается, как правило, у детей первых 4-5 лет жизни	Критерии диагностики острого эпизода соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита.	
Хронический бронхит J42	Хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов	Продуктивный кашель, разнокалиберные влажные хрипы в легких при наличии не менее двух-трех обострений заболевания в год на протяжении двух и более лет подряд	Усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмофиброза

Хронический бронхит – диагноз исключения и может быть выставлен ребенку коллегиально врачебной комиссией при отсутствии каких-либо заболеваний, сопровождающихся длительным продуктивным кашлем или иными респираторными симптомами, физикальными признаками, свидетельствующими о поражении бронхов, а именно при исключении: бронхиальной астмы, муковисцидоза, первичной цилиарной дискинезии, пороков развития бронхолегочной системы, аномалий крупных сосудов со сдавлением пищевода и дыхательных путей, иммунодефицитных состояний, аспирационного синдрома, туберкулеза и аспергиллеза легких. Диагноз хронического бронхита может быть пересмотрен в процессе наблюдения за пациентом в пользу другой нозологии.

Затяжной бактериальный бронхит у детей в настоящее время в классификацию бронхолегочных заболеваний у детей не включен. Для затяжного бактериального бронхита характерны влажный кашель продолжительностью не менее 4 недель и аускультативные признаки бронхита в отсутствии признаков хронической патологии легких и бронхов с разрешением кашля после 2 недель терапии антибактериальным препаратом, активным в отношении *H. influenzae* (основной патоген), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* в соответствии с локальной чувствительностью [4, 5, 17, 18, 19, 20]. Понятие затяжного бактериального бронхита близко к понятиям рецидивирующего и хронического бронхита по классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [21].

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

ОБ вирусной этиологии обычно начинается с неспецифических симптомов ОРИ. Температура тела чаще субфебрильная, редко фебрильная, появляются кашель (со 2-3 дня заболевания), ринит. Кашель сначала имеет непродуктивный, а затем продуктивный характер, у младших детей иногда может сопровождаться рвотой. Одышка, свистящее дыхание обычно отсутствуют, признаков интоксикации (вялость, снижение аппетита) не наблюдается. Аускультативно в легких симметрично с обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие и/или влажные хрипы, которые обычно уменьшаются после откашливания. Заболевание длится, как правило, не более 5-7 дней и заканчивается самопроизвольным выздоровлением [3, 7, 22].

Острый вирусный бронхит может сопровождаться синдромом бронхиальной обструкции, особенно у детей раннего возраста, в случае РС-вирусной инфекции, а также у детей с атопией и вероятным дебютом бронхиальной астмы. В этих случаях отмечаются экспираторная одышка, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, удлиненный выдох и сухие свистящие хрипы (в том числе дистанционные), насыщение крови кислородом (сатурация) может быть снижено. При нарастании одышки, появлении рассеянных влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации у ребенка грудного возраста следует предполагать острый бронхиолит (см. соответствующие КР). РС-вирусный бронхит и бронхиолит у детей грудного возраста могут продолжаться 2-3 недели [2, 3, 23].

В случае бронхита, вызванного *M. pneumoniae*, возможны стойкое повышение температуры до 38-39°C в течение 5-7 дней, головная боль, гиперемия конъюнктив, фарингит (обычно болеют школьники). Признаков интоксикации, как правило, не отмечается. Кашель появляется с первых дней болезни, выраженный, малопродуктивный, иногда может сопровождаться парастеральной болью в результате сильных кашлевых толчков. Может наблюдаться синдром бронхообструкции. Аускультативно в легких выслушиваются сухие и влажные хрипы, нередко асимметричные. Без лечения кашель может сохраняться в течение нескольких недель [2, 23]. Возможны соответствующие эпидемиологические данные (случаи ОБ, пневмонии в детском коллективе, внутрисемейные случаи).

Бронхит, вызванный *S. pneumoniae*, встречается, как правило, у подростков, может сопровождаться фарингитом, синуситом и бронхообструктивным синдромом. Лихорадка не характерна [3, 24, 25].

Хронический бронхит характеризуется продуктивным кашлем, разнокалиберными влажными хрипами в легких при наличии не менее 2-3 обострений заболевания в год на протяжении 2 и более лет подряд. Данное определение хронического бронхита ВОЗ имеет эпидемиологическое значение и может применяться только у взрослых. В свою очередь продуктивный кашель и разнокалиберные влажные хрипы в легких не являются специфичными и могут наблюдаться у детей с различными хроническими бронхолегочными и прочими заболеваниями (см. п. 1.6 "Классификация").

При затяжном бактериальном бронхите отмечаются продуктивный кашель в течение 4 недель и более и влажные хрипы в легких. Самочувствие, как правило, не нарушается, других жалоб, указывающих на хроническую бронхолегочную патологию, нет [4, 17, 18]. Для затяжного бактериального бронхита характерен влажный кашель длительностью более 4 недель при отсутствии симптомов или признаков других заболеваний (таких как боль в груди, указания в анамнезе на аспирацию инородного тела, одышка, в том числе при физической нагрузке, кровохарканье, дисфагия, поперхивания во время приема пищи или питья, отрыжки, признаки кардиологической патологии, признаки поражения нервной системы, рецидивирующие сочетанные воспалительные процессы в околоносовых пазухах и легких, иммунодефицит, риск туберкулезной инфекции). При физикальном обследовании у пациентов с затяжным бактериальным бронхитом отсутствуют признаки дыхательной недостаточности, хронической гипоксии, деформации грудной клетки. Также отсутствуют выраженные изменения на рентгенограмме органов грудной клетки (за исключением небольших перибронхиальных изменений) и нарушения функции внешнего дыхания (по данным спирометрии) (Приложение 1). У детей с затяжным бактериальным бронхитом чаще обнаруживаются признаки трахеомалации или бронхомалации крупных бронхов при бронхоскопическом исследовании (53-74%) [18, 20, 26]. Обсуждается возможная роль в формировании затяжного бактериального бронхита частых рекуррентных инфекций дыхательных путей за счет вероятного повреждающего эффекта с последующим присоединением бактериальной инфекции [4, 17, 18, 20], а также возможные иммунные механизмы [20, 27]. Кашель при таком варианте бронхита разрешается после пероральной

антибактериальной терапии препаратами, активными в отношении *H. influenzae* (основной патоген), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*. Пациенты с затяжным бактериальным бронхитом находятся в группе риска по развитию бронхоэктазов [5, 7, 17, 18].

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

### **Диагностика острого бронхита**

Диагноз ОБ обычно клинический и основывается на данных анамнеза и совокупности симптомов, включающих кашель, рассеянные симметричные влажные и/или сухие хрипы при аускультации легких при субфебрильной (реже – фебрильной) лихорадке, отсутствии выраженной интоксикации. Клинические признаки бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, свистящие хрипы, "свистящее" дыхание) в большинстве случаев отсутствуют.

### **Диагностика хронического бронхита**

Диагноз хронического бронхита – диагноз исключения и ребенку может быть выставлен только при отсутствии бронхиальной астмы, муковисцидоза, первичной цилиарной дискинезии, пороков развития бронхолегочной системы, аномалий крупных сосудов со сдавлением пищевода и дыхательных путей, иммунодефицитных состояний, аспирационного синдрома, туберкулеза и аспергиллеза легких.

### **Затяжной бактериальный бронхит**

Критериями диагностики согласно консенсусу Европейского респираторного общества (с комментариями) являются:

- Хронический влажный кашель (> 4 недель);
- Отсутствие признаков других возможных причин влажного кашля и признаков, указывающих на вероятную этиологию кашля (признаки, указывающие на вероятную этиологию кашля перечислены в [Приложении А3.1](#));
- Разрешение кашля после, максимум, 14 дней <\*> пероральной АБТ, направленной на *H. influenzae*.

Комментарий:

<\*> – адекватная длительность антибактериальной терапии в настоящее время не определена. Учитывая, что эрадикация *H. Influenzae* наступает даже в более ранние сроки, не следует проводить длительные курсы лечения

## **2.1. Жалобы и анамнез**

Ребенку с клиническими проявлениями бронхита необходимо провести сбор анамнеза и жалоб (подробно см. "[Раздел 1.6. Клиническая картина](#)") [2, 4].

Следующие жалобы и анамнестические данные требуют исключить альтернативные диагнозы: указания в анамнезе на аспирацию инородного тела, кровохарканье, дисфагия, поперхивания во время приема пищи или питья, рецидивирующие воспалительные процессы в околоносовых пазухах и легких, повторные эпизоды бронхита, признаки иммунодефицита, контакт с болеющими туберкулезной инфекцией, тяжелая респираторная патология в раннем неонатальном периоде.

## 2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется провести стандартный общий осмотр ребенка с целью установления диагноза и оценки тяжести состояния, при этом необходимо:

- оценить наличие признаков интоксикации (вялость, отказ от еды и, особенно, от питья)

- оценить характер кашля

- провести визуальное исследование верхних дыхательных путей

- оценить признаки дыхательной недостаточности (участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки при дыхании)

- измерить частоту дыхательных движений (ЧДД), частоту сердечных сокращений (ЧСС)

- провести перкуторное исследование легких

- провести аускультацию легких, обращая внимание на симметричность аускультативных изменений [2, 3, 10].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий:

У детей первых месяцев жизни с признаками вирусного бронхита (и бронхиолита) должна насторожить лихорадка более 38,5°C (особенно ее появление после 2-3 дня заболевания), "токсичный" внешний вид, отказ от еды и особенно от питья, что может говорить о вторичной бактериальной инфекции. Появление втяжений уступчивых мест грудной клетки, цианоза, "кряхтящего" дыхания говорят о нарастании дыхательной недостаточности. Возможны эпизоды апноэ.

Микоплазменную этиологию бронхита следует подозревать у детей старше 5 лет с клиническими признаками бронхита и асимметричной аускультативной картиной в легких.

В случае высокой лихорадки, вялости, снижения аппетита, снижения сатурации, аускультативно ослабления дыхания с одной стороны, бронхиальном дыхании, фокальных мелкопузырчатых хрипах и (или) крепитации необходимо исключить/подтвердить пневмонию.

Следующие данные осмотра требуют исключить альтернативные диагнозы: признаки хронической гипоксии (деформация концевых фаланг пальцев по типу "барабанных пальцев" и ногтевых пластинок по типу "часовых стекол"), деформация грудной клетки, отставание в физическом развитии.

## 2.3. Лабораторные диагностические исследования

### 2.3.1. Лабораторные диагностические исследования при ОБ

- Не рекомендуется рутинно проводить общий (клинический) анализ крови развернутый, исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови у детей с типичной клинической картиной острого вирусного бронхита без лихорадки на амбулаторном этапе, так как в большинстве случаев результаты не влияют на выбор лечения. [324].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий:

В стационаре необходимо проведение данных исследований.

Лихорадка более 39°C с признаками интоксикации, дыхательная недостаточность, подозрение на бактериальную инфекцию – показания для незамедлительного исследования общего (клинического) анализа крови развернутого и исследования уровня СРБ в сыворотке

крови (как правило, в условиях стационара/дневного стационара).

При остром (вирусном) бронхите изменения в общем (клиническом) анализе крови (общем (клиническом) анализе крови развернутом), как правило, незначительны. Диагностическое значение для бактериальной инфекции имеет лейкоцитоз более  $15 \times 10^9/\text{л}$ , уровень СРБ более 30 мг/л.

- Не рекомендуется детям с ОБ рутинное проведение этиологической диагностики в амбулаторной практике [28].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий:

Учитывая благоприятное течение ОБ у детей в большинстве случаев необходимости в этиологической диагностике нет. В то же время экспресс-тесты на вирусные инфекции (например, Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева, носоглоточного аспирата или назального смыва на аденовирус, Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа А, Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа В, Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, аспирата или смыва на респираторно-синцитиальный вирус и прочие вирусы) позволяют уменьшить частоту неоправданного назначения АБТ, прогнозировать течение заболевания, улучшают эффективность противоэпидемических мер, повышают уровень доверия родителей пациента к врачу. В случае гриппа и ранних сроков болезни экспресс-тест также позволяет назначить этиотропную терапию.

- При подозрении на коклюш рекомендуются диагностика методом ПЦР (Определение ДНК возбудителей коклюша (*Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Bordetella bronchiseptica*) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, Определение ДНК возбудителей коклюша (*Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Bordetella bronchiseptica*) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, Определение ДНК возбудителей коклюша (*Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Bordetella bronchiseptica*) в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом ПЦР) до 2 недель с момента дебюта заболевания и/или серологическое исследование (Определение антител к возбудителю коклюша (*Bordetella pertussis*) в крови) начиная со 2 недели с момента начала кашля [29, 30, 31].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий:

При коклюше выявить возбудителя методом ПЦР в назофарингеальных мазках возможно в течение первых 2 недель с момента дебюта заболевания. Серологическое исследование позволяет выявить IgM-антитела к *B. pertussis* в крови через 2-8 недель после появления кашля, однако чувствительность этого теста невысока. "Золотой стандарт" диагностики – определение антител класса IgG к *B. pertussis* в сроки со 2 недели от начала кашля: у непривитых – исследование проводится однократно, у привитых в динамике с интервалом взятия образцов в среднем – 2-4 недели. Значимым считается 2-4-кратное нарастание титра IgG в сыворотке крови. В качестве альтернативы в случае невозможности проведения исследования парных сывороток возможно определение уровня IgA к *B. pertussis* [30, 31, 32, 33, 34, 35]. См. КР "Коклюш"

- Не рекомендуется рутинно проводить исследование антител IgG, IgM, IgA к *M. pneumoniae* (Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*) в крови) и ПЦР-диагностику *M. pneumoniae* (Определение ДНК *Mycoplasma pneumoniae* в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом ПЦР, Определение ДНК *Mycoplasma pneumoniae* в мазках со слизистой



оболочки носоглотки методом ПЦР) при ОБ, так как в большинстве случаев результаты не влияют на выбор терапии [1, 4, 23, 25].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий:

"Золотой стандарт" диагностики инфекции *M. pneumoniae* – 4-кратное и более нарастание титра антител в сыворотке крови, взятой в острую фазу болезни и через 3-4 недели. У детей старше 1 года информативно исследование IgM, хотя отсутствие IgM-ответа не исключает острую инфекцию. Антитела класса IgG – признак перенесенной инфекции, антитела класса IgA появляются на ранних стадиях и могут указывать на недавнюю инфекцию, однако крайне неспецифичны [3, 24].

Диагностика микоплазменной инфекции возможна при подозрении на данную инфекцию. При наличии соответствующей эпидемиологической обстановки и типичной картины болезни исследование не обязательно.

- Проведение ПЦР-тестов (молекулярно-биологического исследования) и исследование антител IgG, IgM, IgA к *S. pneumoniae* (Определение антител к хламидии пневмонии (*Chlamydomphila pneumoniae*) в крови) не рекомендуется рутинно проводить при бронхите ввиду неспецифичности клинической картины хламидийного бронхита и крайне низкой информативности этих тестов. [1, 23, 25].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий:

При наличии характерных клинических признаков *S. pneumoniae* возможно рассмотреть проведение ПЦР-диагностики в сочетании с серологическими методами. Следует учесть, что антигены *S. pneumoniae* могут обнаруживаться и без респираторной симптоматики, а антитела могут сохраняться длительное время после перенесенной инфекции [36, 37].

В соответствии с Приказом Минздрава России 13 октября 2017 г. N 804н от "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" существуют следующие услуги для диагностики респираторной инфекции, вызванной *S. pneumoniae*: Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на *Chlamydomphila pneumoniae*, Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на *Chlamydomphila pneumoniae*, Молекулярно-биологическое исследование мокроты (индуцированной мокроты, фаринго-трахеальных аспиратов) на *Chlamydomphila pneumoniae*, Определение ДНК *Chlamydomphila pneumoniae* в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом ПЦР, Определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (*Chlamydia pneumoniae*) в крови Определение антител к хламидии пневмонии (*Chlamydomphila pneumoniae*) в крови.

### **2.3.2. Лабораторные диагностические исследования при хроническом бронхите**

- Рекомендуется проведение лабораторных исследований в соответствии с заболеванием, одним из проявлений которого является хронический бронхит [9, 15].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий: например, могут потребоваться исследование уровня иммуноглобулинов, потовый тест, трахеобронхоскопия, генетическая диагностика и др.

### **2.3.3. Лабораторные диагностические исследования при затяжном бактериальном бронхите**

- Не рекомендовано рутинное назначение анализа крови общего (развернутого) при

первом эпизоде затяжного бактериального бронхита, исследование обязательно проводить при повторных эпизодах с целью оценки воспалительной реакции в комплексе дифференциально-диагностических мероприятий [4, 38].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий: в связи с тем, что при повторных эпизодах затяжного бактериального бронхита следует заподозрить хроническую бронхолегочную патологию, в зависимости от клинической ситуации могут потребоваться и другие лабораторные методы исследования, например, определение уровня иммуноглобулинов (Исследование уровня иммуноглобулинов в крови; Исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови, Исследование уровня иммуноглобулина А в крови, Исследование уровня иммуноглобулина М в крови, Исследование уровня иммуноглобулина G в крови), потовый тест (потова проба), и т.д. в соответствии с клиническими рекомендациями по конкретным нозологиям.

- Не рекомендовано рутинное назначение при первом эпизоде затяжного бактериального бронхита микробиологического исследования мокроты (индуцированной мокроты или трахеального аспирата), и/или жидкости бронхоальвеолярного лаважа для идентификации патогена/-ов и определения чувствительности выделенной микрофлоры [4].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий: В соответствии с Приказом Минздрава России 13 октября 2017 г. N 804н от "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" есть несколько услуг: микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.

При необходимости проведения исследования младенцам возможно в исключительных ситуациях проводить посев орофарингеального мазка (качество материала, полученного данным методом невысокое, в связи с чем не следует применять его широко).

## 2.4. Инструментальные диагностические исследования

### 2.4.1. Инструментальные диагностические исследования при ОБ

Не рекомендуется в типичных случаях ОБ у детей проводить рентгенографическое исследование органов грудной клетки (рентгенографию легких) [3, 22, 23, 24, 25].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий:

Диффузный характер хрипов, субфебрильная температура, отсутствие токсикоза, перкуторных изменений и лейкоцитоза позволяют исключить пневмонию и поставить диагноз бронхита, не прибегая к рентгенографии органов грудной клетки.

- Рентгенографию органов грудной клетки (рентгенографию легких) рекомендуется провести при наличии подозрения на пневмонию для ее исключения/подтверждения при соответствующих признаках (см. КР "Пневмония") [28]

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий: Неоправданное назначение рентгенографии органов грудной клетки (рентгенографии легких) может приводить к выявлению артефактов, которые ошибочно диагностируются как пневмония. Детям с бронхитом, которым проводится рентгенография органов грудной клетки, достоверно чаще назначаются антибиотики, хотя это не ускоряет их выздоровление.

- Рекомендовано проведение пульсоксиметрии детям с клиническими признаками

дыхательной недостаточности с целью контроля уровня сатурации [9, 28].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарии: Важно помнить, что гипоксемия может не проявляться клинически. Для появления заметного цианоза концентрация ненасыщенного гемоглобина должна составить 3-5 г на 100 мл крови и, таким образом, если уровень гемоглобина составляет 120 г/л, цианоз будет замечен только при  $SpO_2 < 75\%$ .

При остром бронхите практически не наблюдается гипоксемия, при ее наличии следует проводить поиск альтернативного диагноза. Рекомендации по конкретному значению сатурации, при котором необходима оксигенотерапия даже при пневмонии различаются (90 или 92%) [de Benedictis FM, Kerem E, Chang AB, Colin AA, Zar HJ, Bush A. Complicated pneumonia in children. Lancet. 2020 Sep 12; 396(10253): 786-798. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31550-6,

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85456/9241546700\\_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85456/9241546700_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y)], есть рекомендации о старте оксигенотерапии при  $SpO_2 < 94\%$  [50].

- При ОБ с синдромом бронхиальной обструкции рекомендуется исследование функции внешнего дыхания (ФВД) методом спирометрии с проведением теста с препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (препаратами, обладающими бронхолитическим действием) детям с возраста 5 лет при условии возможности выполнения дыхательного маневра (Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, Исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов) в острый период и/или в последующее время с целью своевременной диагностики бронхиальной астмы [40, 41, 42].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий:

ФВД проводится для оценки степени бронхиальной обструкции и ее обратимости. В некоторых случаях маневр дыхания, необходимый для проведения этого исследования, способны выполнить дети с 4 лет.

Примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

### 2.4.3. Инструментальные диагностические исследования при хроническом бронхите

- Детям с признаками хронического бронхита рекомендуется проведение инструментальных исследований в соответствии с заболеванием, одним из проявлений которого является хронический бронхит [3, 9].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий: например, могут потребоваться "Трахеобронхоскопия", "Биопсия слизистой оболочки полости носа", "Биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии", исследования для подтверждения/исключения аспирационных процессов и др. в соответствии с клиническими рекомендациями по конкретным нозологиям.

Примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

#### 2.4.2. Инструментальные диагностические исследования при затяжном бактериальном бронхите

- Не рекомендовано рутинное применение инструментальных методов исследования при первом эпизоде затяжного бактериального бронхита, если была эффективна антибактериальная терапия препаратами, активными в отношении *H. influenzae* (основной патоген), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* (максимальный курс 2 недели [4, 39].

(УУР – С; УДД – 5).

- Рекомендовано проведение исследования функции внешнего дыхания методом спирометрии ("исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков", "исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов") детям с подозрением на затяжной бактериальный бронхит в качестве подтверждения/исключения других причин влажного кашля (при отсутствии возрастных и иных противопоказаний) [18].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий: исследование проводят у детей, способных выполнить требуемый дыхательный маневр, обычно в возрасте старше 5 лет.

- Не рекомендовано рутинное проведение рентгенографии органов грудной клетки (рентгенографии легких) детям с клиническими проявлениями, высоковероятными для затяжного бактериального бронхита; исследование следует назначить, если необходима дифференциальная диагностика с другими заболеваниями и состояниями (Приложение А3.1) [19, 43].

(УУР – С; УДД – 5).

- Рекомендовано при повторных эпизодах затяжного бактериального бронхита и/или при неэффективности двухнедельного курса антибактериальной терапии в отношении *H. influenzae* (основной патоген), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* проведение дополнительного обследования: компьютерной томографии органов грудной полости и/или трахеобронхоскопии с целью оценки наличия структурных изменений в легких [4].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий:

В связи с тем, что при повторных эпизодах затяжного бактериального бронхита или отсутствии эффекта от адекватно назначенной антибактериальной терапии следует заподозрить хроническую бронхолегочную патологию, в зависимости от клинической ситуации могут потребоваться и другие инструментальные методы исследования, например, "Биопсия слизистой оболочки полости носа", "Биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии", "Эзофагогастродуоденоскопия" и др. в соответствии с клиническими рекомендациями по конкретным нозологиям.

## 2.5. Иные диагностические исследования

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

#### 3.1. Консервативное лечение

##### 3.1.1. Консервативное лечение острого бронхита у детей

- Рекомендуются детям с ОБ диета общая, обильное теплое питье (до 100 мл/кг/сутки) [3, 24].

(УУР – С; УДД – 5).

- Детям с ОБ при повышении температуры тела  $> 39-39,5^{\circ}\text{C}$  рекомендуется использовать физические методы охлаждения (раскрыть ребенка, обтереть водой температуры  $25-30^{\circ}\text{C}$ ), провести жаропонижающую терапию (препараты группы нестероидные противовоспалительные и противоревматическими препаратами (ибупрофен\*\* в дозе 7,5 мг/кг каждые 6-8 ч (максимально 30 мг/кг/сут) или препараты группы другие анальгетики и антипиретики (парацетамол\*\* в дозе 10-15 мг/кг каждые 6 ч (максимально 60 мг/кг/сут)) (см. КР "Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)") [3, 23, 24, 45, 46].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий: У детей с хронической патологией и (или) при выраженном дискомфорте, связанном с лихорадкой, возможно назначение антипиретиков при температуре  $38^{\circ}\text{C}$  и выше. Если с лихорадкой справиться не удастся, можно рассмотреть постепенный переход с одного препарата на другой, продолжив монотерапию. Однако чередование этих двух препаратов, обладающих жаропонижающими свойствами, или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед монотерапией одним из этих лекарственных средств [47].

- Если ОБ сопровождается синдромом бронхиальной обструкции, рекомендуется назначение препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (препаратов, обладающих бронхолитическим действием) из групп: селективные  $\beta_2$ -адреномиметики или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими или антихолинергические средства либо другой препарат для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей по индивидуальным показаниям [3, 24, 49, 50, 51, 52].

(УУР – С; УДД – 5).

Комментарий: чаще применяются #сальбутамол\*\* (дети и подростки старше 12 лет – ингаляционно с помощью дозированного ингалятора по 1-2 вдоха (100-200 мкг) не более 6 раз в сутки, с помощью небулайзера по 2,5-5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида не чаще 4 раз в сутки; дети до 12 лет – с помощью небулайзера по 2,5 мг (не более 5 мг) в 0,9% растворе натрия хлорида не чаще 4 раз в сутки) или комбинация #фенотерол + ипратропия бромид\*\* (с помощью небулайзера: дети и подростки старше 12 лет – 1 мл (1 мл = 20 капель) – 2,5 мл (2,5 мл = 50 капель) в 0,9% растворе натрия хлорида; дети 6-12 лет – 0,5 мл (0,5 мл = 10 капель) – 2 мл (2 мл = 40 капель) в 0,9% растворе натрия хлорида, дети до 6 лет – 0,1 мл (2 капли) на кг массы тела, но не более 0,5 мл (10 капель) в 0,9% растворе натрия хлорида; ингаляционно с помощью дозированного ингалятора: дети старше 6 лет – 1-2 вдоха (0,05-0,1

мг фенотерола/0,02-0,04 мг ипратропия бромидом) коротким курсом (обычно до 5 дней).

Следует использовать ингалятор аэрозольный (небулайзер) портативный (небулайзер компрессорного или мембранного типа (мэш-небулайзер) с правильно подобранной лицевой маской (для младших детей) или мундштуком (для старших детей). Ингаляция проводится до тех пор, пока доза препарата не будет использована полностью.

Значимый эффект селективных бета-2 адреномиметиков/адренэргических средств в комбинации с антихолинергическими или антихолинэргическими средствами (броходилаторов) отмечается уже через 15-20 минут, тогда же нужно провести повторный осмотр пациента и решить вопрос о целесообразности назначения этих препаратов. Их неэффективность может наблюдаться, в частности, при РС-вирусном бронхолите и бронхите, вызванном *M. pneumoniae*.

Возможные побочные эффекты лекарственных препаратов данной группы – тахикардия, тремор, головная боль, повышенная возбудимость.

При отсутствии признаков бронхообструктивного синдрома назначение препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей не обосновано.

- Не рекомендуется рутинно использовать для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей препараты системного применения: пероральные формы селективных бета-2-адреномиметиков (препаратов, обладающих бронхолитическим действием), в том числе, сальбутамол\*\*, в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов [3, 24, 49, 50, 51].

(УУР – В; УДД – 1).

- Не рекомендуется рутинно использовать для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей также ксантины (#аминофиллин\*\*) в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов [3, 24, 49, 50, 51].

(УУР – С; УДД – 5).

- При недостаточной эффективности селективных бета-2 адреномиметиков/адренэргических средств в комбинации с антихолинергическими или антихолинэргическими средствами (броходилаторов, при сохранении гипоксемии и/или при вероятном дебюте бронхиальной астмы рекомендуется назначение препаратов подгруппы "глюкокортикоиды" группы "другие средства для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения" (ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) [40, 44].

(УУР – А; УДД – 1)

Комментарий: В случае проведения дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой при длительно сохраняющемся кашле у детей могут быть назначены глюкокортикоиды (для ингаляционного применения – ИГКС), разрешенные к применению в соответствующих возрастных группах в низких дозах курсом до 2-3 месяцев с обязательным регулярным контролем эффективности проводимой терапии (см. КР "Бронхиальная астма").

- Рекомендуется рассмотреть назначение препаратов подгруппы "глюкокортикоиды" (для ингаляционного применения) – (ИГКС) коротким курсом в высоких дозах в течение 7-10 дней детям с бронхиальной обструкцией на фоне ОРИ при отсутствии симптомов между подобными эпизодами [50, 53].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий: возможно применение, например, #будесонида\*\*, #флутиказона\*\* или #беклометазона\*\* [44]. Согласно международному консенсусу по бронхиальной астме высокими дозами глюкокортикоидов (ИГКС) считаются суточные дозы: #будесонида\*\* – более 1000 мкг, #флутиказона\*\* (пропионата) более 200 мкг, #беклометазона\*\* – более 400

мкг [39]. Однако, учитывая данные проведенного метаанализа исследований у детей с рецидивирующими свистящими хрипами следует титровать дозу глюкокортикоидов (ИГКС) до минимально достаточной на основании клинического наблюдения [44]

При повторении данной клинической ситуации следует оценить вероятность развития бронхиальной астмы у ребенка и/или других бронхолегочных болезней, протекающих с клиническими признаками бронхиальной обструкции (см. КР "Бронхиальная астма")

- Не рекомендуется АБТ при ОБ вирусной этиологии ввиду неэффективности [3, 24, 25, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60].

(УУР – А; УДД – 1)

Комментарий: Желтый или зеленый цвет мокроты не является показанием для назначения АБТ.

- При подозрении на бронхит, вызванный *M. pneumoniae* или *S. pneumoniae*, рекомендуется назначение АБТ препаратом из группы макролидов или тетрациклинов (у детей старше 8 лет) [3, 24, 25, 55, 61].

Например:

- азитромицин\*\* 10 мг/кг/сутки внутрь в 1 прием (максимально 500 мг/сутки) в течение 3-5 дней (УУР – В; УДД – 2)

- кларитромицин\*\* в гранулах для приготовления суспензии для приема внутрь: 7,5 мг/кг 2 раза в сутки (15 мг/кг/сутки) (максимально 1000 мг/сутки)

- доксициклин\*\* дети 8-12 лет (масса тела < 50 кг) – 4 мг/кг в 1 день, затем 2 мг/кг в 1-2 приема, дети с массой тела > 50 кг – 200 мг/сутки в 1-2 приема в 1 день, затем 100 мг 1 раз в сутки

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий: длительность АБТ обычно составляет 7-14 дней, за исключением азитромицина (доказана эффективность коротких курсов длительностью 3-5 дней) [62, 63].

Возможно применение других макролидов, имеющих в показаниях к назначению инфекции нижних дыхательных путей (острый бронхит), в соответствующих возрастных дозировках.

Эффект терапии в виде снижения лихорадки, уменьшение кашля и хрипов в легких наступает в течение 48, максимум 72, часов. Указанная длительность АБТ (7-14 дней) определена для внебольничной пневмонии, вызванной *M. pneumoniae*; отдельных исследований при ОБ, вызванном микоплазмами, не проводилось.

- Не рекомендуется рутинное назначение группы противокашлевых препаратов (исключая комбинацию с отхаркивающими средствами") (противокашлевых средств) у пациентов с ОБ. Необходимо рассмотреть назначение данных препаратов только при наличии сухого мучительного кашля при исключении бронхиальной обструкции и других состояний, требующих соответствующей терапии [3, 24, 64].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий: Препараты, относящиеся к группе "Противокашлевые препараты, исключая комбинацию с отхаркивающими средствами") (Противокашлевые препараты) препятствуют эффективному отхождению мокроты.

- Рекомендуется назначение лекарственных средств группы "муколитические препараты" – при вязкой, трудно отделяемой мокроте [3, 24, 64].

(УУР – С; УДД – 5)

Комментарий: Из группы муколитических препаратов могут использоваться, например, амброксол\*\* (таблетки или сироп: детям старше 12 лет – по 30 мг 3 раза в сутки в первые 2-3 дня, затем по 30 мг 2 раза в сутки или по 15 мг 3 раза в сутки, детям 6-12 лет – по 15 мг 2-3

раза в сутки; сироп:

детям от 2 до 6 лет – по 7,5 мг 3 раза в день, детям в возрасте до 2 лет: по 7,5 мг 2 раза в день) внутрь или ингаляционно (раствор для ингаляций: детям старше 6 лет – 1-2 ингаляции по 2-3 мл раствора в сутки, детям до 6 лет – 1-2 ингаляции по 2 мл раствора в сутки), перорально – ацетилцистеин\*\* (подросткам в возрасте старше 14 лет – 400-600 мг в сутки в 2-3 приема, детям в возрасте 6-14 лет – 300-400 мг в сутки в 2-3 приема, детям в возрасте 2-5 лет – 200-300 мг в сутки в 2-3 приема, детям в возрасте до 2 лет – 100 мг 2 раза в сутки), карбоцистеин (в виде сиропа 20 мг/мл (1 ч. л. – 100 мг): детям в возрасте 2-5 лет – по 100 мг 2 раза в день (200 мг в сутки), детям старше 5 лет: по 100 мг 3 раза в день (300 мг в сутки). Детям старше 15 лет возможно применение карбоцистеина в виде капсул дозировкой 375 мг, по 2 капсулы (750 мг) x 3 раза в сутки (2250 мг в сутки), либо в виде сиропа дозировкой 50 мг/мл по 1 ст. л (750 мг) x 3 раза в сутки (2250 мг/сут) с последующим снижением суточной дозы препарата до 1 500 мг при достижении клинического эффекта)) и др.

Муколитические препараты не следует комбинировать с препаратами, обладающими противокашлевыми свойствами, затрудняющими выведение мокроты.

Несмотря на широкое применение фитопрепаратов в настоящее время нет доказательств высокого качества, подтверждающих их эффективность у детей с ОБ – как вследствие отсутствия хорошо спланированных рандомизированных клинических исследований, наблюдений сравнительной эффективности, так и по причине лишь единичных данных о стандаризированном подходе к производству субстанций [66, 67].

Обзор имеющихся исследований изучения эффективности альтернативной медицины при остром бронхите у детей показал, что назначение фитопрепаратов в виде монотерапии улучшало течение заболевания, уменьшало выраженность симптомов при достаточно хорошей переносимости.

Учитывая имеющиеся данные о безопасности и вероятной эффективности, а также высокой приверженности к фитотерапии при ОБ, детям с признаками острого бронхита и наличием продуктивного кашля, в случае отсутствия противопоказаний, возможно рассмотреть назначение фитопрепаратов с целью активации мукоцилиарного клиренса [66, 67].

При остром бронхите у детей в качестве терапии возможно рассмотреть назначение:

препарата на основе экстракта корней Пеларгонии сидовидной. Показан детям с 1 года. Детям с 1 г до 6 лет по 5-10 кап x 3 раза в день, с 6 до 12 лет – 10-20 капель x 3 раза в день, детям старше 12 лет – 20-30 кап x 3 раза в день

препаратов Плюща обыкновенного листьев экстракт, который обладает отхаркивающим, муколитическим и спазмолитическим действием. В виде капель (для детей с 2-х летнего возраста: дети от 2 до 4 лет – 16 кап x 3 раза в день, от 4 до 10 лет – 21 кап x 3 раза в день, дети от 10 лет – по 31 кап x 3 раза в день) и в виде сиропа (применяется у детей с грудного возраста: от 0 до 1 года – по 2,5 мл в сутки, от 1 до 4 лет по 2,5 мл x 3 раза в сутки, от 4 до 10 лет – по 2,5 мл x 4 раза в сутки, дети старше 10 лет по 5 мл x 3 раза в сутки).

препарата на основе комбинации Первоцвета корней экстракт + Тимьяна обыкновенного травы экстракт. Препарат обладает отхаркивающим, противовоспалительным, секретолитическим, бронхолитическим действием. Способствует снижению вязкости мокроты и ускорению ее эвакуации. Препарат выпускается в таблетках и предназначен для детей с 12-летнего возраста в дозе по 1 таб x 3 раза в день.

препарата на основе комбинации Плюща листьев экстракт + Тимьяна обыкновенного травы экстракт. Препарат оказывает отхаркивающее, противовоспалительное, секретолитическое, бронхолитическое действие, способствует снижению вязкости мокроты и ускорению ее эвакуации. Выпускается в виде сиропа. Показан детям начиная с 1 года (дети от 1 до 2 лет – 2,2 мл x 3 раза в день; от 2 до 6 лет – 3,2 мл x 3 раза в день, от 6 до 12 лет – 4,3



мл х 3 раза в день; старше 12 лет – 5,4 мл х 3 раза в сутки).

И других препаратов на растительной основе, предназначенных для лечения острого бронхита.

- Не рекомендуется применение при ОБ у детей антигистаминных средств системного действия в связи с отсутствием доказательств их эффективности [3, 24, 64].

(УУР – А; УДД – 2).

- Не рекомендуются электрофорез, терапия с применением ультразвуковой волны, ультрафиолетовое излучение в связи с отсутствием доказательств их эффективности [3, 24, 64].

(УУР – С; УДД – 5).

- Детям с ОБ не рекомендуются паровые ингаляции ввиду их неэффективности и риска ожогов [46].

(УУР – В; УДД – 2).

- Детям с ОБ не рекомендуется применение горчичников, перцовых пластырей, банок в связи с тем, что потенциальный вред от их применения существенно превышает возможную пользу [3, 24].

(УУР – С; УДД – 5)

- Детям с ОБ рекомендуются дыхательные упражнения дренирующие (дренаж грудной клетки), стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции [3, 24].

(УУР – С; УДД – 5).

- Рекомендуется назначение ингибиторов нейраминидаз детям с ОБ при гриппе со среднетяжелым и тяжелым течением инфекции и детям из групп риска (осельтамивир\*\*, занамивир) (см. соответствующие КР) [68].

(УУР – А; УДД – 2).

### **3.1.2. Консервативное лечение при хроническом бронхите у детей**

- Рекомендовано детям с хроническим бронхитом проводить лечение в соответствии с нозологической формой, являющейся причиной хронического бронхита [9]. Хронический бронхит целесообразно рассматривать, прежде всего, не как самостоятельное заболевание, а как синдром при бронхолегочной патологии.

(УУР – С; УДД – 5)

### **3.1.3. Консервативное лечение затяжного бактериального бронхита у детей**

- При затяжном бактериальном бронхите рекомендуется назначение антибактериального препарата, активного в отношении *H. influenzae* (основной патоген), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* [5, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 69].

(УУР – В; УДД – 3)

Комментарий:

Так как диагноз затяжного бактериального бронхита, в большинстве случаев, клинический, перед назначением АБТ необходимо исключить другие причины длительного влажного кашля у детей. Для этого нужно обратить внимание на следующие признаки: синусит, аденоидит, кашель/поперхивание во время еды/питья, деформация концевых фаланг

пальцев по типу "барабанные пальцы" и ногтевых пластин по типу "часовые стекла и др. – см. Приложение Г1. Затяжной бактериальный бронхит встречается у детей нечасто и применение антибактериальных препаратов даже в случае подозрения на бактериальную этиологию ОБ, должно быть обосновано тяжестью состояния и/или лабораторными маркерами бактериального воспаления. Выбор антибактериального препарата осуществляют в соответствии с выделенным патогеном и данными о локальной чувствительности возбудителя к антибиотикам. Как правило, назначают препарат, активный в отношении *H. influenzae* (основной патоген), *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, предпочтительно для приема внутрь, например: Амоксициллин + [Клавулановая кислота]\*\* (30-60 мг/кг/сут в 2-3 приема в зависимости от лекарственной формы).

Рекомендуемая длительность антибактериальной терапии – не более 2 недель (для большинства пациентов). Эффективность курса лечения, в том числе, является одним из диагностических критериев затяжного бактериального бронхита.

Следует отметить, что современные согласительные документы по затяжному бактериальному бронхиту подчеркивают необходимость дальнейших исследований для определения достаточной длительности антибактериальной терапии.

Пациента с подозрением на затяжной бактериальный бронхит, особенно при неоднократных эпизодах, следует направить на консультацию к врачу-пульмонологу для исключения (подтверждения) других нозологических форм и назначения соответствующей терапии.

- При затяжном бактериальном бронхите в связи с наличием продуктивного компонента и признаков трахео(бронхо)маляции у многих пациентов, рекомендуется в индивидуальном порядке рассмотреть вопрос о проведении кинезитерапии, в т.ч. дренажных мероприятий для улучшения эвакуации мокроты [3].

(УУР – С; УДД – 5)

### 3.2. Хирургическое лечение

Не требуется

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

- Детям с острым бронхитом не рекомендовано проведение санаторно-курортного лечения в рутинном порядке. В том случае, если острый бронхит у ребенка возникает в связи с частыми острыми респираторными заболеваниями возможно рассмотреть назначение ребенку в индивидуальном порядке оздоровительные физиотерапевтические методы с целью повышения адаптационных возможностей организма и формирования устойчивости к ОРИ [70]

(УУР – С; УДД – 5)

Подходы к реабилитации и санаторно-курортному лечению детей с хроническим бронхитом см. в соответствующих Клинических рекомендациях по заболеваниям, клиническим проявлением которых является хронический бронхит (например, "Кистозный фиброз (муковисцидоз)", "Первичная цилиарная дискинезия", "Бронхоэктатическая болезнь" и др.).

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

- Рекомендуется предупреждение респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций (грипп) в целях первичной профилактики развития бронхита у детей [71, 72].

(УУР – С; УДД – 5).

- Рекомендуется вакцинация против пневмококковой (УУР – В; УДД – 2) и гемофильной инфекций (УУР – С; УДД – 5) детям с затяжным бактериальным бронхитом [1920, 73].

Комментарий: Учитывая, что данные возбудители часто обнаруживаются в мокроте у пациентов с затяжным бактериальным бронхитом, вакцинация против гемофильной и пневмококковой инфекции полезна, хотя и не может предотвратить данное заболевание. Проведение плановой вакцинации всем детям способствует снижению частоты респираторных инфекций, в том числе, тяжелого течения, и потребности в АБТ.

- Рекомендуется детям избегать нахождения в местах с загрязнением воздуха с целью профилактики развития бронхитов [6, 8, 74].

(УУР – С УДД – 4)

- Рекомендуется исключить контакт ребенка с табачным дымом (в том числе пассивное курение) с целью профилактики бронхитов и предотвращения других патологических эффектов данного воздействия [75, 76].

(УУР – В; УДД – 2)

## 6. Организация оказания медицинской помощи

Острый бронхит обычно требует только амбулаторного лечения (или в условиях дневного стационара).

Госпитализация в круглосуточный стационар при бронхите показана в следующих случаях:

- возраст ребенка младше 3 месяцев (см. клинические рекомендации по острому бронхиолиту);

- вялость ребенка;

- недостаточное поступление жидкости и эксикоз;

- дыхательная недостаточность;

- тяжелая фоновая патология;

- социальные факторы, препятствующие адекватному амбулаторному лечению.

В случае госпитализации пациента с ОБ ребенок может быть выписан домой после купирования лихорадки, дыхательной недостаточности и гипоксемии.

Детей с рецидивами ОБ (а также с затяжным бактериальным бронхитом и хроническим бронхитом) и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к врачу – аллергологу-иммунологу и (или) врачу-пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения, при необходимости, обследование и лечение проводят амбулаторно, в дневном стационаре или круглосуточном стационаре.

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

### 7.1. Исходы и прогноз

Прогноз благоприятный, ОБ редко осложняется пневмонией.

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

Дети с затяжным бактериальным бронхитом входят в группу риска по развитию бронхоэктазов.

Прогноз у детей с хроническим бронхитом определяется нозологической формой, а также объемом и характером поражения респираторной системы.

### 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 специализированной медицинской помощи детям при остром бронхите (коды по МКБ-10: J20)**

№ п/п	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендации	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	C	5
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при лихорадке более 39°C с признаками интоксикации, дыхательной недостаточности, подозрении на бактериальную инфекцию)	C	5
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки при наличии подозрения на пневмонию	C	5
4.	Проведено лечение лекарственными препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей из групп: селективные $\beta_2$ -адреномиметики или адренергические средства в комбинации с антихолинэргическими или антихолинэргические средства либо другим препаратом для лечения обструктивных	B	2

	заболеваний дыхательных путей (при наличии синдрома бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)		
--	--	--	--

## Список литературы

1. Albert RH. Diagnosis and treatment of acute bronchitis. *Am Fam Physician*. 2010; 82(11): 1345-1350
2. Pediatric Bronchitis Updated: Oct 11, 2019 Patrick L Carolan, MD; Chief Editor: Girish D Sharma, MD, FCCP, FAAP (<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview#:~:text=Acute%20bronchitis%20is%20a%20clinical,infection%20in%20otherwise>)
3. Таточенко В.К., Болезни органов дыхания (практическое руководство), М.: ПедиатрЪ, 2012
4. Chang AB, Oppenheimer JJ, Weinberger MM, et al. Management of Children With Chronic Wet Cough and Protracted Bacterial Bronchitis: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2017; 151(4): 884-890. doi: 10.1016/j.chest.2017.01.025
5. Benschoter DT. Bronchiectasis, Chronic Suppurative Lung Disease and Protracted Bacterial Bronchitis. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2018; 48(4): 119-123. doi: 10.1016/j.cppeds.2018.03.003
6. Bai L, Su X, Zhao D, et al. Exposure to traffic-related air pollution and acute bronchitis in children: season and age as modifiers. *J Epidemiol Community Health*. 2018; 72(5): 426-433. doi: 10.1136/jech-2017-209948
7. Fleming DM, Elliot AJ. The management of acute bronchitis in children. *Expert Opin Pharmacother*. 2007 8(4): 415-426. doi: 10.1517/14656566.8.4.415
8. Nhung NTT, Schindler C, Dien TM, Probst-Hensch N, Perez L, Künzli N. Acute effects of ambient air pollution on lower respiratory infections in Hanoi children: An eight-year time series study [published correction appears in *Environ Int*. 2018 Oct; 119: 240]. *Environ Int*. 2018; 110: 139-148. doi: 10.1016/j.envint.2017.10.024
9. ERS Handbook of Paediatric Respiratory Medicine. Edited by Ernst Eber and Fabio Midulla Book. Published in 2013. doi: 10.1183/9781849840392-hbp01. ISBN (electronic): 978-1-84984-039-2
10. Gedik AH, Cakir E, Torun E, et al. Evaluation of 563 children with chronic cough accompanied by a new clinical algorithm. *Ital J Pediatr*. 2015; 41: 73. Published 2015 Oct 6. doi: 10.1186/s13052-015-0180-0
11. Di Filippo P, Scaparrotta A, Petrosino MI, et al. An underestimated cause of chronic cough: The Protracted Bacterial Bronchitis. *Ann Thorac Med*. 2018; 13(1): 7-13. doi: 10.4103/atm.ATM\_12\_17
12. Craven V, Everard ML. Protracted bacterial bronchitis: reinventing an old disease. *Arch Dis Child*. 2013; 98(1): 72-76. doi: 10.1136/archdischild-2012-302760
13. Chang AB, Robertson CF, Van Asperen PP, et al. A multicenter study on chronic cough in children: burden and etiologies based on a standardized management pathway. *Chest*. 2012; 142(4): 943-950. doi: 10.1378/chest.11-2725
14. Evgenii Furman, Elena Mazunina, Tatyana Evseenkova. Prevalence and clinical features of protracted bacterial bronchitis in children of the large Russian city of Perm. *European Respiratory Journal* Sep 2019, 54 (suppl 63) PA1009; DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.PA1009
15. Chang AB, Upham JW, Masters IB, et al. Protracted bacterial bronchitis: The last decade and the road ahead. *Pediatr Pulmonol* 2016; 51(3): 225-242. doi: 10.1002/ppul.23351

16. Чучалин А.Г. и соавт. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей//Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2010. N 4
17. Chang AB, Oppenheimer JJ, Weinberger M, Rubin BK, Irwin RS. Children With Chronic Wet or Productive Cough--Treatment and Investigations: A Systematic Review. *Chest*. 2016; 149(1): 120-142. doi: 10.1378/chest.15-2065
18. Kantar A, Chang AB, Shields MD, et al. ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children. *Eur Respir J*. 2017; 50(2): 1602139. Published 2017 Aug 24. doi: 10.1183/13993003.02139-2016
19. O'Grady KF, Chang AB, Cripps A, et al. The clinical, immunological and microbiological impact of the 10-valent pneumococcal-Protein D conjugate vaccine in children with recurrent protracted bacterial bronchitis, chronic suppurative lung disease and bronchiectasis: A multi-centre, double-blind, randomised controlled trial. *Hum Vaccin Immunother*. 2018; 14(11): 2768-2779. doi: 10.1080/21645515.2018.1488562
20. Wurzel DF, Marchant JM, Yerkovich ST, et al. Prospective characterization of protracted bacterial bronchitis in children. *Chest*. 2014; 145(6): 1271-1278. doi: 10.1378/chest.13-2442
21. Фурман Е.Г., Мазунина Е.С., Бойцова Е.В., Овсянников Д.Ю. Затяжной бактериальный бронхит у детей – "новая" "старая" болезнь Педиатрия; 2017; т 96; N 2: 137-144
22. Knutson D, Braun C. Diagnosis and management of acute bronchitis. *Am Fam Physician*. 2002; 65(10): 2039-2044
23. Fleming DM, Elliot AJ. The management of acute bronchitis in children. *Expert Opin Pharmacother*. 2007; 8(4): 415-426. doi: 10.1517/14656566.8.4.415
24. Баранов А.А., Таточенко В.К., Бахрадзе М.Д., Ред., Лихорадящий ребенок., М.: ПедиатрЪ, 2017: 320 с.
25. <http://www.uptodate.com>
26. Kompare M, Weinberger M. Protracted bacterial bronchitis in young children: association with airway malacia. *J Pediatr*. 2012; 160(1): 88-92. doi: 10.1016/j.jpeds.2011.06.049
27. Hodge S, Upham JW, Pizzutto S, et al. Is Alveolar Macrophage Phagocytic Dysfunction in Children With Protracted Bacterial Bronchitis a Forerunner to Bronchiectasis?. *Chest*. 2016; 149(2): 508-515. doi: 10.1016/j.chest.2015.10.066
28. Kinkade S, Long NA. Acute Bronchitis. *Am Fam Physician*. 2016; 94(7): 560-565
29. Lee AD, Cassiday PK, Pawloski LC, Tatti KM, Martin MD, Briere EC, Tondella ML, Martin SW; Clinical Validation Study Group. Clinical evaluation and validation of laboratory methods for the diagnosis of *Bordetella pertussis* infection: Culture, polymerase chain reaction (PCR) and anti-pertussis toxin IgG serology (IgG-PT). *PLoS One*. 2018 Apr 13; 13(4)
30. World Health Organization WHO-recommended surveillance standard of pertussis. [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type), Accessed January 15, 2017
31. Granström G, Wretling B, Salenstedt CR, Granström M. Evaluation of serologic assays for diagnosis of whooping cough. *J Clin Microbiol*. 1988 Sep; 26(9): 1818 – 23
32. Guiso N, Berbers G, Fry NK, He O, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2011 Mar; 30(3): 307 – 12
33. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases Edited by Sandra W. Roush, Linda M. Baldy, Mary Ann Kirkconnell Hall, <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/index.html>
34. Зайцев Е.М., Мазурова И.К., Петрова М.С., Краснопрошина Л.И., Захарова Н.С. Диагностическое значение IgG, IgA и IgM к антигенам *Bordetella pertussis* у больных коклюшем. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2008; N 6: 23-26

35. Ward JI, Cherry JD, Chang SJ, Partridge S, Keitel W, Edwards K, Lee M, Treanor J, Greenberg DP, Barenkamp S, Bernstein DI, Edelman R, APERT Study Group Bordetella pertussis infections in vaccinated and unvaccinated adolescents and adults, as assessed in a national prospective randomized Acellular Pertussis Vaccine Trial (APERT) Clin Infect Dis. 2006; 43(2): 151-157
36. Principi N, Esposito S, Blasi F, Allegra L; Mowgli study group. Role of Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae in children with community-acquired lower respiratory tract infections. Clin Infect Dis. 2001 May 1; 32(9): 1281 – 9
37. Gaydos CA, Roblin PM, Hammerschlag MR, Hyman CL, Eiden JJ, Schachter J, Quinn TC. Diagnostic utility of PCR-enzyme immunoassay, culture, and serology for detection of Chlamydia pneumoniae in symptomatic and asymptomatic patients. J Clin Microbiol. 1994 Apr; 32(4): 903 – 5
38. Wurzel DF, Marchant JM, Yerkovich ST, Upham JW, Mackay IM, Masters IB, Chang AB. Prospective characterization of protracted bacterial bronchitis in children. Chest. 2014 Jun; 145(6): 1271-1278
39. Bidiwala A, Krilov LR, Pirzada M, Patel SJ. Pro-Con Debate: Protracted Bacterial Bronchitis as a Cause of Chronic Cough in Children. Pediatr Ann. 2015; 44(8): 329-336. doi: 10.3928/00904481-20150812-11.
40. Global initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2020//www.ginasthma.com
41. Beydon N, Davis SD, Lombardi E, Allen JL, Arets HG, Aurora P, Bisgaard H, Davis GM, Ducharme FM, Eigen H, Gappa M, Gaultier C, Gustafsson PM, Hall GL, Hantos Z, Healy et al.; American Thoracic Society/European Respiratory Society Working Group on Infant and Young Children Pulmonary Function Testing. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: pulmonary function testing in preschool children. Am J Respir Crit Care Med. 2007 Jun 15; 175(12): 1304 – 45,
42. Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, Barjaktarevic IZ, Cooper BG, Hall GL, Hallstrand TS, Kaminsky DA, McCarthy K, McCormack MC, Oropez CE, Rosenfeld M, Stanojevic S, Swanney MP, Thompson BR. Standardization of Spirometry 2019 Update. An Official American Thoracic Society and European Respiratory
43. Das S, Sockrider M. Protracted Bacterial Bronchitis (PBB) in Children. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Sep 15; 198(6): P11-P12
44. Kaiser SV, Huynh T, Bacharier LB, Rosenthal JL, Bakel LA, Parkin PC, Cabana MD. Preventing Exacerbations in Preschoolers With Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016 Jun; 137(6): e20154496
45. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, "Научно-практическая программа "Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика", М., 2002
46. Little P, Moore M, Kelly J, et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. BMJ. 2013; 347: f6041. Published 2013 Oct 25. doi: 10.1136/bmj.f6041
47. Wong T, Stang AS, Ganshorn H, et al. Cochrane in context: Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. Evid Based Child Health. 2014; 9(3): 730-732. doi: 10.1002/ebch.1979
48. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, de Lucas N, Martinez-Mejias A, Biarent D, Bingham R, Brissaud O, Hoffmann F, Johannesdottir GB, Lauritsen T, Maconochie I. Lebensrettende Maßnahmen bei Kindern (Paediatric Life Support, PLS): Leitlinien des European Resuscitation Council 2021 [Paediatric Life Support]. Notf Rett Med. 2021 Jun 2: 1-70
49. Becker LA, Hom J, Villasis-Keever M, van der Wouden JC. Beta2-agonists for acute cough or a clinical diagnosis of acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 2015(9):

CD001726. Published 2015 Sep 3. doi: 10.1002/14651858.CD001726.pub5

50. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ. beta-agonists through metered-dose inhaler with valved holding chamber versus nebulizer for acute exacerbation of wheezing or asthma in children under 5 years of age: a systematic review with meta-analysis. *Pediatr*. 2004; 145(2): 172-177. doi: 10.1016/j.jpeds.2004.04.007

51. Smucny J, Becker L, Glazier R. Beta2-agonists for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18; (4): CD001726 Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA.

52. Kaiser SV, Huynh T, Bacharier LB, Rosenthal JL, Bakel LA, Parkin PC, Cabana MD. Preventing Exacerbations in Preschoolers With Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016 Jun; 137(6): e20154496

53. Fainardi V, Santoro A, Caffarelli C Preschool Wheezing: Trajectories and Long-Term Treatment. *Front Pediatr*. 2020 May 12; 8: 240. doi: 10.3389/fped.2020.00240. PMID: 32478019; PMCID: PMC7235303

54. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6(6): CD000245. Published 2017 Jun 19. doi: 10.1002/14651858.CD000245.pub4

55. Laopaiboon M, Panpanich R, Swa Mya K. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2015(3): CD001954. Published 2015 Mar 8. doi: 10.1002/14651858.CD001954.pub4

56. Ott SR. Antibiotika bei akuter Bronchitis ohne Vorteil [Antibiotics for acute bronchitis without benefit]. *MMW Fortschr Med*. 2013; 155(9): 32. doi: 10.1007/s15006-013-0695-5

57. Kuehn BM. Excessive antibiotic prescribing for sore throat and acute bronchitis remains common. *JAMA*. 2013; 310(20): 2135-2136. doi: 10.1001/jama.2013.281452

58. Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. *JAMA*. 2014; 311(19): 2020-2022. doi: 10.1001/jama.2013.286141

59. Hersh AL, Shapiro DJ, Pavia AT, Shah SS. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. *Pediatrics*. 2011; 128(6): 1053-1061. doi: 10.1542/peds.2011-1337

60. Butler CC, Kelly MJ, Hood K, et al. Antibiotic prescribing for discoloured sputum in acute cough/lower respiratory tract infection. *Eur Respir J*. 2011; 38(1): 119-125. doi: 10.1183/09031936.00133910

61. Gardiner SJ, Gavranich JB, Chang AB. Antibiotics for community-acquired lower respiratory tract infections secondary to *Mycoplasma pneumoniae* in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 1: CD004875. Published 2015 Jan 8. doi: 10.1002/14651858.CD004875.pub5

62. Pereyre S, Goret J, Bébéar C. *Mycoplasma pneumoniae*: Current Knowledge on Macrolide Resistance and Treatment. *Front Microbiol*. 2016; 7: 974. Published 2016 Jun 22. doi: 10.3389/fmicb.2016.00974

63. Ishiguro N, Koseki N, Kaiho M, et al. Therapeutic efficacy of azithromycin, clarithromycin, minocycline and tosufloxacin against macrolide-resistant and macrolide-sensitive *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in pediatric patients. *PLoS One*. 2017; 12(3): e0173635. Published 2017 Mar 13. doi: 10.1371/journal.pone.0173635

64. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 2014(11): CD001831. Published 2014 Nov 24. doi: 10.1002/14651858.CD001831.pub5

65. Chalumeau M, Duijvestijn YC. Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic broncho-pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (5): CD003124. Published 2013 May 31. doi: 10.1002/14651858.CD003124.pub4

66. Wopker PM, Schwermer M, Sommer S, Längler A, Fetz K, Ostermann T, Zuzak TJ. Complementary and alternative medicine in the treatment of acute bronchitis in children: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2020 Mar; 49: 102217. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102217. Epub 2019 Oct 19.;



67. Марциан О. Лечение острого бронхита у детей и подростков. ПМЖ. 2010; 21: 1269
68. Sugaya N, Ohashi Y. Long-acting neuraminidase inhibitor laninamivir octanoate (CS-8958) versus oseltamivir as treatment for children with influenza virus infection. Antimicrob Agents Chemother. 2010 Jun; 54(6): 2575 – 82. doi: 10.1128/AAC.01755-09. Epub 2010 Apr 5.
69. Marchant JM, Petsky HL, Morris PS, Chang AB. Antibiotics for prolonged wet cough in children. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 7(7): CD004822. Published 2018 Jul 31. doi: 10.1002/14651858.CD004822.pub3
70. Вахова ЕЛ, Хан МА, Лян НА, Микитченко НА, Новикова ЕВ. Оздоровительные технологии медицинской реабилитации часто болеющих детей. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2018; 52(1): 4-13. <https://doi.org/10.24411/2500-1175-2018-00001>
71. Jefferson T, Rivetti A, Di Pietrantonj C, Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in healthy children. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 1; 2(2): CD004879
72. Заплатников А.Л., Гирина А.А., Бурцева Е.И. и др. Современные возможности иммунопрофилактики вирусных и бактериальных респираторных инфекций у детей. ПМЖ. Медицинское обозрение. 2018; 26 (1(II)): 93-98
73. Государственный реестр лекарственных средств <https://grls.rosminzdrav.ru>
74. Ghosh R, Rossner P, Honkova K, Dostal M, Sram RJ, Hertz-Picciotto I. Air pollution and childhood bronchitis: Interaction with xenobiotic, immune regulatory and DNA repair genes. Environ Int. 2016; 87: 94-100. doi: 10.1016/j.envint.2015.10.002
75. 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(1): 5. Published 2011 Jan 10. doi: 10.1186/1465-9921-12-5
76. Molero Y, Zetterqvist J, Lichtenstein P, Almqvist C, Ludvigsson JF. Parental nicotine replacement therapy and offspring bronchitis/bronchiolitis and asthma – a nationwide population-based cohort study. Clin Epidemiol. 2018; 10: 1339-1347. Published 2018 Sep 25. doi: 10.2147/CLEP.S171401

Приложение А1

## **Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

Баранов А.А. академик РАН, д.м.н., почетный Президент Союза педиатров России, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, главный внештатный специалист педиатр Минздрава России, профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет),

Козлов Р.С., член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н, ректор ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, Президент МАКМАХ

Намазова-Баранова Л.С., академик 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

Андреева И.В., ст. н.с, доцент, НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, член МАКМАХ

Бакрадзе М.Д., д.м.н., заведующая отделением диагностики и восстановительного лечения ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России

Булгакова В.А., д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, заведующая отделом научно-информационного развития НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ФГБУЗ ЦКБ РАН Минобрнауки, главный научный сотрудник ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, член Союза педиатров России

Вишнева Е.А. д.м.н., 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

Куличенко Т.В. д.м.н., профессор РАН, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России

Лашкова Ю.С., к.м.н., эксперт-аналитик ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, врач отделения неотложной педиатрии ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, член Союза педиатров России.

Лещенко И.В. д.м.н., профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО "Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, главный научный сотрудник Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Минздрава России, член экспертной группы Российского респираторного общества.

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

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

Селимзянова Л.Р. к.м.н., член Союза педиатров России, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет)

Стецюк О.У., ст. н.с, НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, член МАКМАХ

Таточенко В.К., д.м.н., профессор, советник директора ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России, член Союза Педиатров России

Федосеенко М.В. к.м.н., член Союза педиатров России, 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

Чемакина Д.С., к.м.н., старший научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, член Союза педиатров России

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки, конфликта интересов, которые необходимо обозначить.

Приложение А2

## **Методология разработки клинических рекомендаций**

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-педиатры
2. Врачи-пульмонологи
3. Врачи общей врачебной практики (семейные врачи)
4. Врачи – аллергологи-иммунологи
5. Врачи – рентгенологи
6. Врачи функциональной диагностики
7. Студенты медицинских ВУЗов
8. Обучающиеся в ординатуре и аспирантуре

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 10 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 метаанализов;

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

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 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 метаанализа
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 метаанализа
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

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

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**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)

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 учетом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

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

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

### **Инструкции по применению лекарственных препаратов:**

<https://grls.rosminzdrav.ru/>

### **Прочие документы, использованные при разработке клинических рекомендаций**

1. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. N 1183н "Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников".

2. Приказ МЗ РФ от 23 июля 2010 г. N 541н. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения.

3. 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".

4. Приказ Минздрава России N 103н от 28.02.2019 г. "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".

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

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 января 2019 г. N 4н "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения"

### **Примеры формулировки диагнозов:**

- Острый бронхит;
- Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*;
- Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции

### Признаки при кашле, указывающие на системные и легочные заболевания, отличные от затяжного бактериального бронхита

[по [4]].

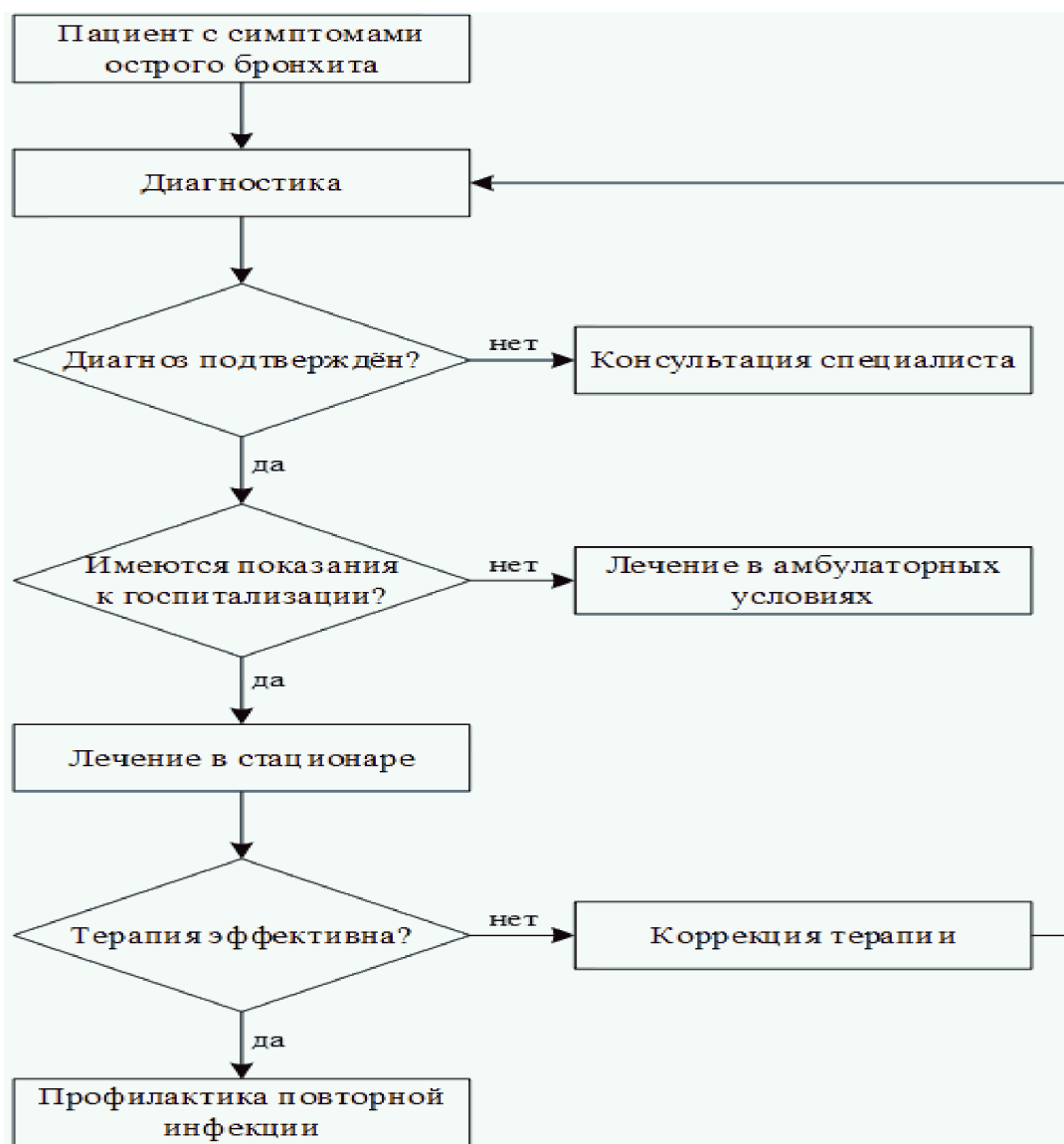
Нереспираторные проявления	Респираторные проявления
Пороки развития сердца	Боль в груди
Деформации	Ежедневный (постоянный) влажный/продуктивный кашель
Нарушения глотания	Кровохарканье
Прием препаратов, для которых кашель является побочным эффектом (например, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) или ингаляционное применение наркотических веществ	Характерный кашель (битональный кашель, кашель с выделением "слепков" бронхов (пластический бронхит), пароксизмальный кашель с/без рвоты, стаккато, кашель с рождения)
Патология развития нервной системы	Рецидивы пневмонии
Лихорадка	Рецидивирующее или хроническое воспаление в околоносовых пазухах
Иммунодефицитное состояние (первичное или вторичное)	Гипоксия/цианоз кожных покровов
Затруднения при кормлении	Наличие легочных заболеваний в анамнезе или возможных предрасполагающих факторов (легочные заболевания в период новорожденности, аспирация инородного тела)
Наличие контакта с инфекцией в анамнезе (например, туберкулез, коклюш)	Одышка при физической нагрузке
	Одышка или тахипноэ в покое
	Деформации грудной клетки
	Стридор, свистящее дыхание, хрипящее дыхание
	Патологические изменения на рентгенограмме грудной клетки
	Отклонения параметров функции внешнего дыхания

## Расшифровка примечаний

...\*\* – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2021 год (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р, от 23 ноября 2020 г. N 3073-Р)

# – применение off-label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет.

## Алгоритмы действий врача





## Информация для пациента

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

Причина заболевания – различные вирусы, а также (значительно реже) некоторые бактерии. Заболевание чаще развивается в период подъема 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 человеком (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 человеком.

Признаки острого бронхита: острое начало с невысокой температурой (до 38°C) (реже температура достигает более высоких цифр), кашлем, насморком. Кашель может появляться со 2-3 дня болезни, при дыхании могут быть слышны хрипы или свистящие звуки. Обычно самочувствие ребенка практически не страдает, кашель длится в среднем 5-7 дней. После того, как организм справится с вирусом, бронхам необходимо время на восстановление, поэтому кашель может сохраняться в течение более длительного времени – еще 1-2 недели (т.е. даже после того, как исчезли все остальные проявления заболевания).

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 требует назначения антибиотиков.

Давайте ребенку достаточное количество жидкости в виде теплого питья.

Антибиотики в большинстве случаев острого бронхита бесполезны, поскольку не действуют на вирусы. Даже при отхаркивании густой мокроты желтого цвета антибиотики не всегда назначаются, т.к. чаще всего не ускоряют разрешение процесса и не облегчают состояние ребенка. Прием антибиотиков без необходимости может причинить вред, поскольку способствует появлению устойчивых бактерий и повышает риск развития нежелательных реакций. В большинстве случаев бронхит проходит самостоятельно. Вопрос о назначении антибиотиков рассматривается врачом при подозрении на бактериальную инфекцию.

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 ( $> 38,5^{\circ}\text{C}$ ) сохраняется более 3 дней
- у ребенка кашель, длящийся более 10-14 дней без улучшения.

Приложение Г1-ГН

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

Не применяются

---

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](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.