

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ»**

ТАШКЕНТ – 2025



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор РСНПМЦП МЗ РУз

Абдукаюмов А.А.

2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ»

Ташкент – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ:

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ»	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ»	40

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ»**

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Коды по МКБ-11:

CA20.0	Острый неинфекционный бронхит
CA42.0	Острый бронхит, вызванный стрептококком
CA42.1	Острый бронхит, вызванный риновирусом
CA42.2	Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
CA42.3	Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа
CA42.4	Острый бронхит, вызванный <i>Haemophilus influenzae</i>
CA42.5	Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки
CA42.Y&XN4	Острый бронхит, вызванный <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
CA42.Y&XN513	Бронхит, вызванный метапневмовирусом человека
CA42.0&XN3P W	Острый или подострый бронхит, пневмококковый
CA42.Y&XN2T	Острый бронхит, вызванный эховирусом
CA42.Y	Другой уточнённый острый бронхит
CA42.Z	Острый бронхит неуточнённый
CA81.0	Бронхит или пневмонит, вызванные химическими веществами, газами, дымами или парами
	https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год. Пересмотр протокола осуществляется каждые 5 лет или при изменении уровня доказательности диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

В разработку клинического протокола внесли вклад:

Члены рабочей группы:

1. Абдукаюмов Абдуманнон Абдумаджидович – д.м.н., профессор, директор РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз;
2. Мирсалихова Наргис Хайруллаевна - д.м.н., зам.директора по научной работе РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз;
3. Шамсиев Фуркат Мухитдинович - д.м.н., профессор, руководитель отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз, главный детский пульмонолог

Список основных авторов:

1. Шамсиев Фуркат Мухитдинович - д.м.н., профессор, руководитель отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз, главный детский пульмонолог
2. Азизова Нигора Давлатовна - д.м.н., в.н.с. отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз
3. Мусажанова Раъно Анварбековна – д.м.н., учёный секретарь РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз;
4. Каримова Нилуфар Иргашевна – к.м.н., докторант отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз
5. Каримова Мафтуна Худойбергановна - базовой докторант (PhD) отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз
6. Арипова Шахноза Хабибуллаевна - базовой докторант (PhD) отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз

7. Узакова Шохсанам Бахрамовна – к.м.н., с.н.с., отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз
8. Абдуллаева Малика Кудратовна – к.м.н., заведующая отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз
9. Якубова Озода Шариповна - врач ординатор отдела пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз

Список дополнительных соавторов:

1. Шамансурова Эльмира Амануллаевна – д.м.н., профессор зав. кафедрой Амбулаторной медицины, физического воспитания ТашПМИ
2. Бобомуратов Турдикул Акрамович - д.м.н., профессор, профессор кафедры ВОП педиатрии ТМА
3. Мухамадиева Лола Атамуратовна – д.м.н., зав. кафедрой педиатрии и медицинской генетики №3 СамГосМИ
4. Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич - д.м.н., доцент кафедры Факультетской педиатрии ТашПМИ
5. Агзамова Шоира Абдусаломовна - д.м.н., профессор кафедры Амбулаторной медицины, физического воспитания ТашПМИ;
6. Наврузова Ширин Истамовна - д.м.н., профессор зав. Кафедрой Педиатрии БухГосМИ

Рецензенты:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Абдрахманова Сагира Таксанбаевна | д.м.н., заведующая кафедрой детских болезней с курсами кардиоревматологии и гастроэнтерологии НАО «Медицинский университет Астана» Республика Казахстан, Президент ОО «Ассоциация педиатров города Астаны», вице-президент ОО «Евразийская ассоциация педиатров и неонатологов», эксперт образовательного международного консенсуса по респираторной медицине в педиатрии Российского Респираторного Общества, межрегионального педиатрического респираторного общества и Федерации педиатров стран СНГ |
| Умарназарова Зулхумор Ернараровна | д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела гастроэнтерологии РСНПМЦП МЗ РУз; |

Обсуждение проекта национального клинического протокола:

Национальный клинический протокол был рассмотрен и утверждён на №4 заседании учёного совета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии _____ 2025 года.

Руководитель рабочей группы – д.м.н. Абдукаюмов Абдуманнон Абдумаджидович, директор РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз;

Техническая оценка и редактирование национальных клинических протоколов и стандартов:

1. Шамансурова Эльмира Амануллаевна - д.м.н., профессор зав. кафедрой Амбулаторной медицины, физического воспитания ТашПМИ.

2. Файзиев Обид Нишанович – к.м.н., доцент кафедры Амбулаторной медицины, физического воспитания ТашПМИ.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений:

АБТ- антибактериальная терапия
АБП- антибактериальный препарат
БА – бронхиальная астма
БГР - бронхиальная гиперреактивность;
БОС – бронхообструктивный синдром
БЭНП-белково-энергетическая недостаточность питания
ГКС-глюкокортикостероиды
ДИ – дозированные ингаляторы
ДН- дыхательная недостаточность
ЖЕЛ-жизненная емкость легких
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
ИГКС ингаляционные глюкокортикостероиды
ИМТ – индекс массы тела
ИНДП – инфекции нижних дыхательных путей
КР – клинические рекомендации;
КТ – компьютерная томография
МКБ-10 – международная классификация болезней Десятого пересмотра
НПВС - нестероидные противовоспалительные средства
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ОБ - острый бронхит
ООб –острый обструктивный бронхит
ОРВИ - острая респираторно вирусная инфекция;
ОРЗ - острые респираторные заболевания
ОФВ1- объем форсированного выдоха за 1 секунду
ПКТ – прокальцитонин;
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ПСВ – пиковая скорость выдоха
ПЦР – полимеразно-цепная реакция;
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СРБ - С-реактивный белок.
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких
ЧД - частота дыхания
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭхоКГ – эхокардиография
PaO₂- парциальное напряжение кислорода
PaCO₂- парциальное напряжение углекислого газа
SaO₂- сатурация, насыщение крови кислородом

Пользователи протокола:

Педиатры, врачи общей практики; пульмонологи; аллергологи; врачи скорой и неотложной помощи; студенты медицинских ВУЗов и колледжей; преподаватели медицинских ВУЗов и колледжей; ординаторы; резиденты магистратуры (постдипломное образование).

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения малярии в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: дети с подозрением и установленным диагнозом острый бронхит.

**Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.
Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики
(диагностических вмешательств)**

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
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 мета-анализа
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

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических,
лечебных, реабилитационных вмешательств**

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
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

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Тавсияларнинг ишончилилик даражаси	
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)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Введение:

Респираторные заболевания являются частой патологией в детском возрасте и требуют углубленного и всестороннего изучения, с целью ранней диагностики, своевременной профилактики и оказания адекватных лечебных мероприятий. Проблема легочной патологии остается ведущей в педиатрии, поскольку свыше 30% детей в стационарах и около 50% в поликлинике относятся к категории страдающих различными формами респираторных заболеваний https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/25_2.

Одной из частых форм респираторных заболеваний у детей являются острые бронхиты. Острые бронхиты у детей чаще всего вызывается различными инфекционными, аллергическими, реже физическими или химическими факторами, поэтому в основном он развивается во время эпидемий в осенне-весенний период и преимущественно встречается у детей дошкольного возраста. Причинами острого бронхита могут быть респираторный синцитиальный вирус (RSV), риновирусы, аденовирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа и парагриппа <https://cyberleninka.ru/article/n/bronhity-u-detey-i-vybor-protivokashlevoy-terapii/viewer>. Симптомы обычно характеризуются легкой степенью и длятся несколько дней, однако в отдельных случаях острый бронхит может осложниться бронхиальной обструкцией. В последние десятилетия наблюдается значительный прогресс в разработке стратегии диагностики и лечения этого заболевания, основанной на новой серьезной доказательной базе <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/pdf>.

За последние годы детская заболеваемость острыми бронхитами составляет 75–300 случаев на 1000 детей, что на порядок выше, чем заболеваемость пневмониями. Наиболее часто у детей острый бронхит встречается в возрастной категории 1-3 года. Бронхит 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). Показатели заболеваемости острыми бронхитами достигают пиковых значений в осенне-зимний и ранний весенний период, а также во время эпидемических вспышек гриппа и острых респираторных вирусных заболеваний. Среди всех болезней органов дыхания у детей на долю острых бронхитов приходится около 20%. При этом у детей раннего и младшего дошкольного возраста этот показатель еще выше и достигает 30–40% <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/pdf>.

1.2.Общее определение.

Острый (простой) бронхит (ОБ) (J20) — это острое воспалительное заболевание бронхов, протекающее без признаков поражения легочной ткани и признаков обструкции, которое, как правило, является проявлением острой респираторной вирусной инфекции с повреждением эпителия дыхательных путей и изменением барьерных свойств стенки бронхов. Встречается преимущественно у детей первых 4-х лет жизни. Особенностью острого бронхита является отсутствие инфильтративных изменений в паренхиме легких (инфильтративных или очаговых теней на рентгенограмме), и проявляется кашлем (сухим или продуктивным) длительностью не более 3 недель https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/25_2.

Острый обструктивный бронхит (ООБ) — клинический вариант острого бронхита, с воспалением бронхиального дерева, сопровождающийся синдромом обструкции бронхов, в основном, мелкого и среднего калибра, вследствие отека слизистой оболочки, скопления бронхиального секрета и гиперреактивности бронхов. Основным признаком острого обструктивного бронхита служит экспираторная одышка, возникающая на фоне кашля, приступов удушья, повышения температуры, свистящих или влажных хрипов https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/360_2.

1.3. Клиническая классификация бронхитов

По клиническим формам бронхиты у детей делятся на:

1. Острый (простой) бронхит
2. Острый обструктивный бронхит
3. Бронхиолит
4. Рецидивирующий бронхит
5. Хронический бронхит
6. Хронический бронхит с бронхиальной обструкцией

По течению заболевания:

1. Острое (до четырех недель);
2. Затяжное (более четырех недель);
3. Рецидивирующие (повторные эпизоды острых бронхитов более 3 раз в год);
4. Хроническое (более трёх обострений в год на протяжении двух и более лет);

По тяжести течения:

- легкое;
- средне-тяжелое;
- тяжелое;

Клиническая классификация острого бронхита

1. Острый бронхит в зависимости от этиологии бывает:

- инфекционного происхождения (вирусный, бактериальный, вирусно-бактериальный);
- обусловленный ингаляционным воздействием химических факторов;
- смешанного происхождения (например, вследствие сочетания химических факторов и инфекции);

2. По патогенезу острые бронхиты делятся на:

- первичные бронхиты – самостоятельное заболевание;
- вторичные бронхиты – осложняют другие патологические процессы;

3. В зависимости от уровня поражения трахеобронхиального дерева различают:

- трахеобронхиты;
- бронхиты с подавляющим поражением бронхов среднего калибра;
- бронхиолиты;

4. По характеру воспалительного процесса различают:

- катаральный;
- гнойный;
- катарально-гнойный;
- атрофический;

5. В зависимости от типа функциональных нарушений легочной вентиляции:

- необструктивный (без признаков нарушения легочной вентиляции) с относительно благоприятным течением;
- обструктивный (с легочной недостаточностью по обструктивному типу), сопровождающийся с вовлечением в процесс мелких бронхов и бронхиол, имеет преимущественно затяжное и рецидивирующее течение;

6. По продолжительности кашля:

- острый кашель - длительностью менее 3 недель;
- затяжной кашель - длительностью 3-8 недель;

-хронический кашель – длительностью более 8 недель.

7. По степени тяжести синдрома бронхиальной обструкции:

-легкая степень - наличие свистящих хрипов, ОФВ1 снижается не более, чем на 50% от нормального значения;

-среднетяжёлая степень - смешанная одышка в покое, акроцианоз, втяжение межреберных промежутков, ОФВ1 находится в пределах 35—49% от нормы;

-тяжелая степень - нарушается общее самочувствие больного, цианоз, шумное дыхание, ОФВ1 значительно снижен: составляет менее, чем 34% от нормы.

8. По степени выраженности симптомов дыхательной недостаточности:

-дыхательная недостаточность I степени – в покое нарушений нет, но при легкой физической нагрузке появляется умеренная одышка (превышение ЧД до 25% выше нормы), периоральный цианоз и тахикардия, SpO₂ 90-94%, (pO₂ 80-90 мм рт. столба), МОД увеличен, а МВЛ и резерв дыхания уменьшены при некотором увеличении основного обмена и дыхательного эквивалента.

- дыхательная недостаточность II степени – умеренная одышка в покое (на 25-50% выше нормы), тахикардия, бледность кожи и периоральный цианоз, отношение пульса к дыханию 2-2,5: 1, АД повышено, ацидоз (рН 7,3), МВЛ, МОД и предел дыхания уменьшаются более чем на 50%, SpO₂ 75-89% (pO₂ 70-80 мм рт. столба). При кислородотерапии состояние улучшается.

- дыхательная недостаточность III степени – дыхание резко учащено (более чем на 50%), цианоз с землистым оттенком, липкий пот, дыхание поверхностное, АД снижено, резерв дыхания падает до 0, МОД снижен, SpO₂ менее 75% (pO₂ 70 мм рт. столба), метаболический ацидоз (рН менее 7,3), возможна гиперкапния (pCO₂ 70-80 мм рт. столба).

- дыхательная недостаточность IV степени – гипоксемическая кома - сознание потеряно, дыхание аритмичное, периодическое, поверхностное, общий цианоз и акроцианоз, набухание шейных вен, гипотония, SpO₂ менее 50% (pO₂ менее 50 мм рт. столба), гиперкапния (pCO₂ более 100 мм рт. столба), рН 7,15 и ниже. При кислородотерапии облегчения нет, возможно ухудшение.

(https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)

3. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ.

3.1. Диагностические критерии:

1. Диагностические критерии острого бронхита у детей:

1) **Жалобы:** на кашель, ринит, повышение температуры тела, иногда вялость, слабость.

2) **Анамнез:**

- чаще встречается у детей дошкольного и школьного возраста;

- в анамнезе указывается контакт с больными ОРВИ, начало заболевания на 2-3 день.

- острое начало с субфебрильной (реже фебрильной) температурой;

- кашель появляется со 2-3 дня болезни, длится обычно 5-7 дней (у грудных детей может сохраняться до 2 недель).

3) **Результаты физикального обследования при остром бронхите у детей:**

-гиперемия зева, кашель, насморк, конъюнктивит и др. (в зависимости от этиологии заболевания: вирусы гриппа, аденовирусы, микопlasма и т.д.).

-навязчивый сухой кашель в начале заболевания, переходящий в мягкий влажный (на 2-й неделе) с выделением серозно-слизистой мокротой;

-симптомы интоксикации непродолжительны и слабо выражены (лихорадка 2-3 дня, капризность, снижение эмоционального тонуса, легкая бледность кожи, ухудшение аппетита);

- клинические признаки бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, свистящие хрипы, свистящее дыхание) отсутствуют;

- признаки дыхательной недостаточности отсутствуют;
 - при перкуссии - чаще нормальный перкуторный звук,
 - аускультативно - жесткое дыхание, рассеянными разнокалиберными (средне- и крупнопузырчатые) влажными и сухими хрипами. Количество хрипов изменяется при кашле.
 - отсутствует локальность изменения аускультативных и перкуторных данных.
- (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>)

2. Диагностические критерии острого обструктивного бронхита у детей.

1) Жалобы: на одышку, свистящие хрипы, кашель, ринит, повышение температуры тела, вялость, слабость,

2) Анамнез:

- чаще встречается у детей раннего возраста;
- в анамнезе указывается контакт с больными ОРИ,
- начало заболевания острое, с первых суток, с признаков бронхиальной обструкции;
- температура субфебрильная (реже фебрильная);
- кашель появляется со 2-3 дня болезни, длится обычно 5-7 дней (у грудных детей может сохраняться до 2 недель).

3) Результаты физикального обследования при остром обструктивном бронхите у детей:

- гиперемия зева, кашель, насморк, конъюнктивит и др. (в зависимости от этиологии заболевания: вирусы гриппа, аденовирусы, микоплазма и т.д.).
 - симптомы интоксикации продолжительны и выражены (лихорадка, капризность, снижение эмоционального тонуса, ухудшение аппетита);
 - навязчивый постоянно прогрессирующий, приступообразный, длительный сухой кашель; в конце первой недели переходит во влажный.
 - удлиненный свистящий выдох – «wheezing», который слышен на расстоянии от больного.
 - тахипноэ, экспираторная или смешанная одышка, свистящие хрипы, свистящее дыхание начинается уже в первые сутки заболевания или через 2-3 дня, при этом отмечается увеличение частоты дыхания (до 50-60 в мин.) и продолжительности выдоха, который становится шумным, свистящим, слышимым на расстоянии;
 - признаки дыхательной недостаточности (бледность и мраморность кожи, посинение носогубного треугольника; шумное, свистящее дыхание с затруднённым выдохом; дыхание с участием мышц шеи и плеч, одышка, задействованность в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, увеличение переднезаднего размера грудной клетки, втяжение ее уступчивых мест при дыхании, раздувание крыльев носа, выдох затруднён и удлинен);
 - кашель малопродуктивный, со скудной мокротой, иногда мучительный, приступообразный, не приносящий облегчения, даже при влажном кашле мокрота отходит с трудом;
 - у детей раннего возраста нередко развиваются диспептические симптомы;
 - при перкуссии - чаще коробочный перкуторный звук,
 - аускультативно (при выслушивании) отмечается жесткое дыхание, удлиненный, затруднённый выдох, сухие свистящие хрипы на выдохе и влажные мелкопузырчатые хрипы на вдохе, могут быть средне- и крупнопузырчатые малозвучные хрипы. После откашливания меняются количество или тональность хрипов.
 - отсутствует локальность изменения аускультативных и перкуторных данных.
 - бронхообструкция держится 3-7 дней, исчезает постепенно по мере стихания воспалительных изменений в бронхах
- (<https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/acute-bronchitis-16689513.html>)/

1В	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].

3.2. Лабораторные исследования

Основные лабораторные исследования:

- общий анализ крови (при вирусном процессе вначале отмечается незначительный лейкоцитоз, затем – лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз, СОЭ обычно ускорено незначительно).
- общий анализ мочи.

Дополнительные лабораторные исследования:

- биохимический анализ крови по показаниям (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий белок)
- С-реактивный белок: повышенная концентрация С-реактивного белка (0–49 мг/л или ≥ 50 мг/л);
- кислотно-щелочной баланс (по показаниям);
- проба на прокальцитонин плазмы крови (количественный иммунолюминиметрический метод или полуколичественный иммунохроматографический экспресс-метод): повышение уровня прокальцитонина (при бактериальных осложнениях) (https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)

1C	Для улучшения диагностики и решения вопроса об антимикробной терапии у пациентов с острым бронхитом рекомендуется исследование уровня С-реактивного белка и ПКТ в сыворотке крови. Назначение антибиотиков показано при повышении уровня С-реактивного белка в сыворотке крови ≥ 20 мг/л и ПКТ - выше 1 нг/мл.
-----------	---

1B	В типичных случаях течения острого бронхита у детей не рекомендовано рутинное проведение лабораторных исследований: общий (клинический) анализ крови, развернутый, исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) 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. [3, 4, 23, 27].
-----------	---

- Микробиологическое исследование мокроты (микробная флора может быть представлена ассоциациями (*Streptococcus salivarius*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Micoplasma pneumoniae* и др.).

1C	Не рекомендуется рутинное проведение этиологической диагностики ОБ в амбулаторной практике
-----------	--

- Иммунологические исследования (иммунный статус, IgA, IgG, IgM, IgE) (по показаниям);
- Коагулограмма (ПТИ, фибриноген, ФА, время свертываемости, МНО) (по показаниям);
- Кровь на электролиты (по показаниям);
- Кровь на стерильность (по показаниям);

1B	Мазки из зева и носа содержат, в основном, микрофлору верхних дыхательных путей и не отражают спектр микрофлоры бронхов. Поэтому необходимо получение мокроты.
-----------	--

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

3.3. Инструментальные исследования

Основные инструментальные исследования:

- Обзорная рентгенография грудной клетки (диффузный характер хрипов, невысокая температура, отсутствие токсикоза, перкуторных изменений и лейкоцитоза позволяют исключить пневмонию и поставить диагноз бронхита, не прибегая к рентгенографии органов грудной клетки) (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>).

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

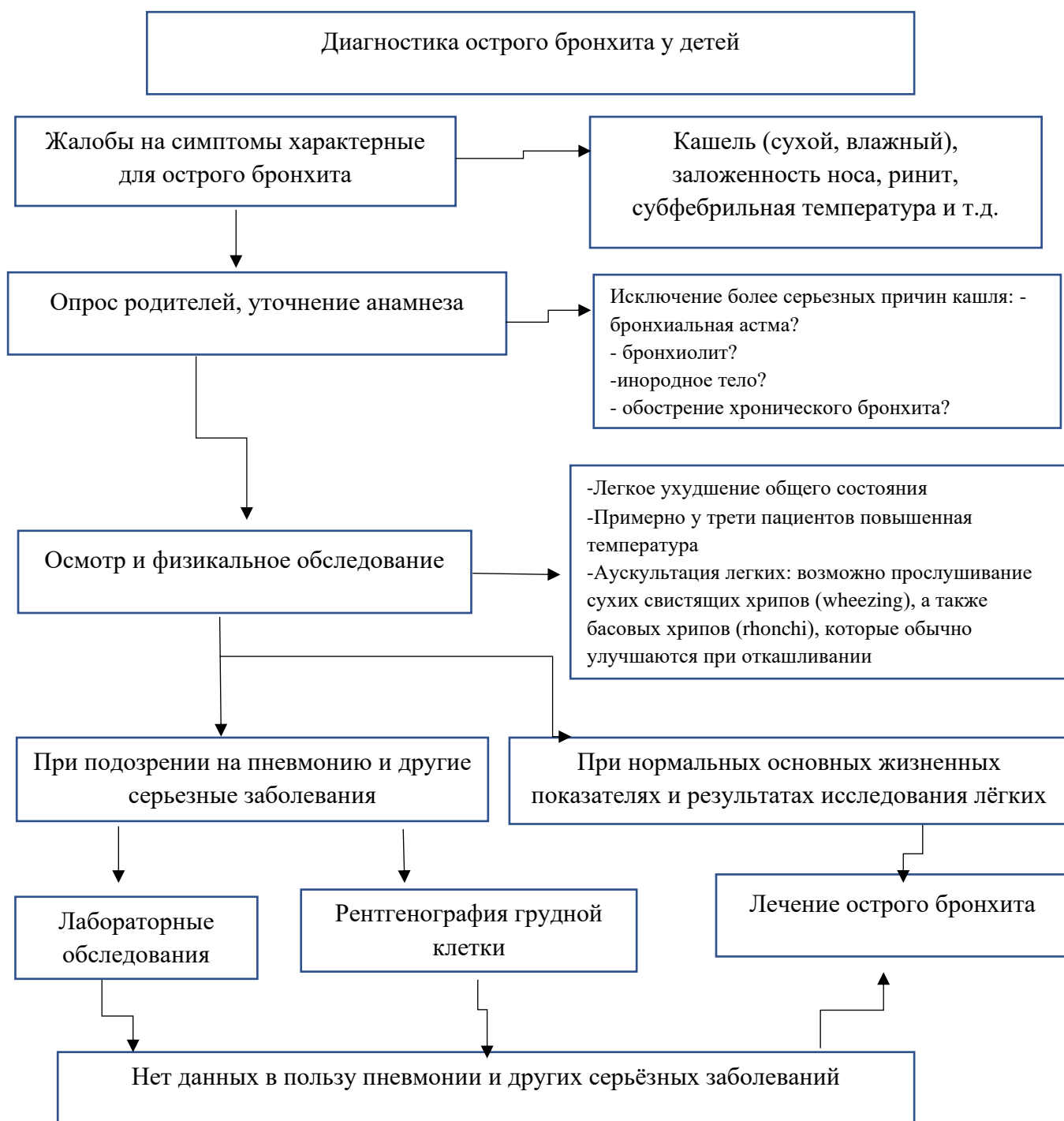
1C	Рентгенографию органов грудной клетки (рентгенографию легких) рекомендуется провести при наличии подозрения на пневмонию для ее исключения/подтверждения при соответствующих признаках [20].
-----------	--

Дополнительные инструментальные исследования:

- МРТ согласно инструкции по дифференциальной диагностике;
- компьютерная спирометрия, детям с 5 летнего возраста (позволяет оценить степень обструкции при ОБ, ее обратимость и вариабельность, а также тяжесть течения заболевания);
- пикфлоуметрия;
- пульсоксиметрия;
- УЗИ плевры и плевральной полости (по показаниям);
- фибробронхоскопия (взятие бронхоальвеолярного смыва, биопсия);
- гистологическое исследование операционно-биопсионного материала.
- Эхокардиография (ЭхоКГ);
- рентгенография пазух носа;

1C	Рекомендуется проведение исследования функции внешнего дыхания методом спирометрии («исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков», детям с подозрением на ОБ с БО в качестве подтверждения/исключения других причин влажного кашля (при отсутствии возрастных и иных противопоказаний) [18].
2B	Пульсоксиметрия должна проводиться у всех детей с ОБ при подозрении на гипоксемию. Присутствие гипоксемии должно определять решения относительно места оказания медицинской помощи и дальнейшего диагностических мероприятий.

3.4. Алгоритм диагностики острого бронхита у детей



3.5. При сопровождении острого бронхита следующими сопутствующими заболеваниями, необходим осмотр специалистов узкой специальности:

- Консультация пульмонолога при осложнённом течении заболевания;
- Осмотр аллерголога – при частых рецидивах, отягощённом аллергологическом анамнезе и неэффективности антибактериальной терапии;
- Осмотр инфекциониста – при сложностях в дифференциальной диагностике вирусных заболеваний у детей;
- Осмотр генетика – при частых рецидивах, неэффективности проводимой терапии.

3.6. Дифференциальная диагностика (<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall>)

Дифференциальная диагностика бронхитов у детей

Симптомы	Острый бронхит	Острый обструктивный бронхит	Бронхиолит	Бронхопневмония
Температура тела	Чаще субфебрильная, может быть нормальной	Чаще субфебрильная, может быть нормальной; фебрильная при микоплазменной и аденовирусной инфекции		Фебрильная, субфебрильная, сохраняется длительно
Интоксикация	Отсутствует или слабо выражена	Выражена больше, чем при простом бронхите, кратковременная		Выражена значительно, нарастает в динамике болезни, при осложнениях может развиваться токсикоз
Кашель	Сухой, затем продуктивный, с отхождением слизистой мокроты	Кашель сухой, мокрота отделяется плохо, вязкого характера	Кашель малопродуктивный, упорный приступообразный, нередко имеет спастический «обертон»	Динамика от сухого до влажного кашля, глубокие кашлевые толчки со слизистой или слизисто-гнойной мокротой
Одышка	Отсутствует	Экспираторная с участием вспомогательной мускулатуры		ДН смешанного типа разной степени
Форма грудной клетки	Не изменена	Вздутие грудной клетки		Может не изменяться
Данные перкуссии	Нормальный перкуторный звук, редко с коробочным оттенком	Коробочный перкуторный звук, разной степени выраженности	Коробочный перкуторный звук разной степени выраженности	Укорочение перкуторного звука соответствует очагу поражения, коробочный оттенок над другими участками.
Данные аускультации	Жесткое дыхание. Диффузные средне – и крупнопузырчатые хрипы, сухие хрипы. При кашле – хрипы изменяются. Быстрая положительная динамика	Дыхание с удлиненным выдохом, жесткое, сухие свистящие хрипы, реже разнокалиберные влажные хрипы. Изменчивость хрипов при кашле. Быстрая положительная динамика	Дыхание с удлиненным выдохом. Обилие мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов над всей поверхностью легких.	Ослабленное, жесткое, бронхиальное дыхание. Часто локальные его изменения! Мелкопузырчатые хрипы на ограниченном участке. Длительность сохранения изменений 5-6 дней
Показатели периферической крови	Лейкопения, лимфоцитоз; нормальная	Лейкопения, лимфоцитоз; нормальная или	Лейкопения, лимфоцитоз; нормальная	Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение

	или слегка ускоренная СОЭ	слегка ускоренная СОЭ	или слегка ускоренная СОЭ	СОЭ. Изменения зависят от этиологии пневмонии
Рентгенологические данные	Усиление бронхиального рисунка, расширение корней легких	Вздутие легких, усиление бронхиального рисунка	Вздутие легких, усиление бронхиального и легочного рисунка. Мелкие ателектазы, мелкие тени инфильтрации	Инфильтрация паренхимы очагового, сегментарного, очагово-сливного, долевого характера

Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с симптомами острого бронхита

Диагноз	Обоснование	Обследования	Критерии исключения диагноза
Муковисцидоз	Хронический кашель	- Хлориды в потовой жидкости - Копрограмма - Генетический анализ	- Затяжная неонатальная желтуха - Солёный вкус кожи - Отставание в физическом развитии. - Рецидивирующие или хронические респираторные симптомы - Неоформленный, обильный, маслянистый и зловонный стул - Повышенные показатели хлоридов в потовой жидкости.
Первичная цилиарная дискинезия	Длительный продуктивный кашель	- Цилиарная биопсия (электронная микроскопия) - Генетический анализ	- Декстракардия - Отиты - Постоянные респираторные симптомы
Туберкулез	- Хронический кашель (> 30 дней); - Плохое развитие/отставание в весе или потеря веса;	- Реакция Манту - Диаскинтест - Бактериоскопия мокроты на МБТ - КТ органов грудной клетки	- Положительная реакция Манту; - Положительный диаскинтест - Присутствие мико-бактерий туберкулеза при исследовании мокроты у детей.
Врожденные пороки бронхиального дерева	Хронический кашель	- КТ органов грудной клетки - Бронхоскопия	- Стеноз трахеи или бронха - податливость стенки трахеи или бронха - добавочный трахеальный бронх
Инородное тело дыхательных путей	- Длительный кашель; - Рецидивир. воспаления нижних	- Бронхоскопия; - КТ органов грудной клетки	- Наличие инородного тела в бронхах; - ателектаз легочной ткани; - эндобронхит

	дыхательных путей.		
--	--------------------	--	--

Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих со схожей клинической картиной острого бронхита с синдромом бронхиальной обструкции у детей

Признаки	БА	ВПС	БЛД	ГЭР
Возраст первых проявлений	старше 1 года	на 1 году жизни	с рождения	по мере развития ГЭР
Причина развития БОС	связано с действием аллергена или триггера	развивается на фоне легочной гипертензии, застоя в малом круге кровообращения (при ОРВИ)	развитие гиперреактивности бронхов	рефлекторное развитие бронхоспазма при активации вагуса, прямое действие аспириата на стенку бронха
Эффект бронхолитической терапии	Высокий	Умеренный	Умеренный	Нет эффекта
Наличие признаков атопии	имеется	нет	нет	нет
Ведущие синдромы	бронхообструктивный, атопия	синдром органической патологии ССС	гипоксемия, ДН, кислородозависимость	диспепсический синдром
Методы верифицирующей диагностики	пикфлоуметрия, спирометрия, аллергодиагностика	ЭХО-КГ	анамнестические данные (ИВЛ в анамнезе), рентген легких	суточная Ph-метрия

4. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

4.1. Тактика немедикаментозного лечения острого бронхита у детей

- на период подъема температуры - постельный режим;
- для уменьшения интоксикационного синдрома и облегчения выделения мокроты - поддержание адекватной гидратации (обильное питье до 2-3 л воды, морсов в сутки);

1С	Рекомендуются детям с ОБ диета общая, обильное теплое питье (до 100 мл/кг/сутки) [3, 23].
-----------	---

- адекватное питание соответственно возрасту;
- соблюдение санитарно-гигиенического режима (проветривание помещений, исключение контакта с инфекционными больными).
- устранение воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дыма, пыли, резких запахов, холодного воздуха);
важным режимным моментом в лечении острого обструктивного бронхита является - увлажнение воздуха, регулярная влажная уборка и проветривание комнаты (<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf>).

1С	Не рекомендуются электрофорез, терапия с применением ультравысокочастотного воздействия, ультрафиолетовое излучение в связи с отсутствием доказательств их эффективности [3, 4, 23, 58].
1С	Не рекомендуются паровые ингаляции ввиду их неэффективности и риска ожогов [39].
1С	Не рекомендуется применение горчичников, жгучих пластырей, банок в связи с тем, что потенциальный вред от их применения существенно превышает возможную пользу [3, 23].
1С	Рекомендуются дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции [3, 23].

Алгоритм ведения пациента с острым бронхитом



4.2. Медикаментозное лечение острого бронхита у детей:

Список основных лекарств (при 100% вероятности использования):

Таблица 1

Фармакотерапевтическая группа	Международное запатентованное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Жаропонижающий препарат N02BE01	Парацетамол	Назначается перорально детям до 3 мес в разовой дозе 10-15 мг/кг, от 3 месяцев до 1 года - 60-120 мг, 1-5 лет - 120-250 мг, для детей в возрасте 6-12 лет - 250-500 мг. Разовые дозы при ректальном применении у детей в возрасте 6-12 лет - 250-500 мг, 1-5 лет - 125-250 мг. Кратность применения - 4 раза/сут с интервалом не менее 4 ч. Максимальная продолжительность лечения - 3 дня.	1A https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Жаропонижающий препарат M01AE01	Ибупрофен	Назначается перорально детям до 6 лет в разовой дозе 5-10 мг/кг, детям от 6 до 12 лет: по 1 таблетке не более 4 раз в день; старше 12 лет внутрь, в таблетках по 200 мг 3-4 раза в сут. Интервал между приемом таблеток не менее 6 ч (суточная доза не более 30 мг/кг).	1A https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Противовирусный препарат J05AH02	Осельтамивир	Назначается только при гриппе. Перорально детям младше 1 года - 3 мг/кг/доза 2 раза в день, детям старше 1 года доза зависит от веса ребёнка: 15 кг и меньше – по 30 мг 2 р/д, 15-23 кг – по 45 мг 2 р/д, 23-40 кг – по 60 мг 2 р/д, более 40 кг – по 75 мг 2 р/д	1A https://www.rcpch.ac.uk/resources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Противовирусный препарат L03AB05	Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный	Ректально детям старше 7 лет, —500000 МЕ по 1 супп. 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение	https://www.rcpch.ac.uk/resources/guidance-management-children-

		5 сут. Детям до 7 лет, 150000 МЕ по 1 супп. 2 раза в сутки через 12 ч ежедневно в течение 5 сут.	viral-respiratory-tract-infections
Противовирусный препарат L03AX	Антитела к гамма-интерферону, гистамину, CD4	Детям с 6 мес в каплях, старше 3 лет в таблетках по схеме: в 1-й день лечения принимают 8 табл. по следующей схеме: по 1 табл. каждые 30 мин в первые 2 ч (всего 5 табл. за 2 ч), затем в течение этого же дня принимают еще по 1 табл. 3 раза через равные промежутки времени. На 2-й день и далее принимают по 1 табл. 3 раза в день до полного выздоровления.	1B https://www.rcpch.ac.uk/references/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Противовирусный препарат L03AB03	Антитела к гамма интерферону человека	Перорально детям от 1 месяца и старше. Принимать по схеме (1-й день 8 таблеток, по 1 таб каждые 30 мин в первые 2 часа (всего 5 таб за 2 часа), затем по 1 таб 3 раза через равные промежутки времени. Со 2 дня по 1 таб 3 раза в день до полного выздоровления.	1A https://www.rcpch.ac.uk/references/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Противовирусный препарат J05AX05	Инозин пранобекс	Перорально, детям сироп и таблетки в возрасте с 3 лет и старше. Сироп: детям 3 лет и старше (масса тела больше 15-20 кг) составляет 50 мг/кг массы тела в 3-4 приема. В таблетках: по 1/2 таб. на 5 кг массы тела, разделенной на 3-4 приема.	1C https://www.rcpch.ac.uk/references/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Противовирусный, противовоспалительный препарат АТХR05.	экстракт корней Pelargonium sidoides.	Перорально детям с 1 года до 6 лет по 10 кап 3р/д, возрасте от 6 до 12 лет: по 20 капель 3 раза в день, старше 12 лет по 25 кап 3 р/д.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children

Противокашлевой препарат центрального действия с антибронхоконстрикторным действием R05DB21	Клоперастин	Перорально. Дети: от 2 до 4 лет: по 2 мл два раза в день; от 4 до 7 лет: по 3 мл два раза в день; от 7 до 15 лет: по 5 мл два раза в день; взрослые: по 5 мл 3 раза в день	1A https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Противокашлевые препараты, кроме комбинаций с отхаркивающими средствами R05D	Антитела к брадикинину, антитела к гистамину, антитела к морфину	Применять с 2-х лет, по 1-2 таб. 3 раза/сут вне приема пищи. В зависимости от тяжести состояния в первые 3 дня частота приема может быть увеличена до 4-6 раз/сут.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Муколитический препарат R05CB01	Ацетилцистеин	Внутрь 100 мг 2–3 раза в день, или 10 мл сиропа 2–3 раза в день (400–600 мг ацетилцистеина в день). Дети от 6 до 14 лет: по 1 табл. шипучей 100 мг 3 раза в день или по 2 табл. шипучие 2 раза в день, Дети от 2 до 6 лет: по 1 табл. шипучей 100 мг или 5 мл сиропа 2–3 раза в день (200–300 мг ацетилцистеина в день).	1A https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf
Муколитический препарат R05CB03	Карбоцистеин	Детям от 2 до 5 лет — по 5 мл 2 раза в день. Дозировка не должна превышать 200 мг/сут. Детям старше 5 лет — по 5 мл 3 раза в день. Дозировка не должна превышать 300 мг/сут. Сироп 50 мг/мл: по 15 мл 3 раза в день, желательно за 1 ч до еды или через 2 ч после еды.	1A https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf
Муколитический препарат R05CB06	Амброксол	Внутрь, дети в возрасте от 5 до 12 лет: 30-45 мг/сут в 2-3 приема. Дети в возрасте от 2 до 5 лет: 22.5 мг/сут в 3 приема. Дети младше 2 лет: 15 мг/сут в 2	1B https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf

		приема.	D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf
Муколитический препарат R05FB02	Бутамират+ Гванфенезин	Внутрь, до 7 кг по 8 капель 3-4 раза в сутки, – 7-12 кг по 9 капель 3-4 раза в сутки, – 12-20 кг по 14 капель 3 раза в сутки, – 20-30 кг по 14 капель 3-4 раза в сутки, – 30-40 кг по 16 капель 3-4 раза в сутки, – 40-50 кг по 25 капель 3 раза в сутки, – 50-70 кг по 30 капель 3 раза в сутки, – более 70 кг по 40 капель 3 раза в сутки	1B https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Противокашлевой препарат R05DB27	Леводропропизин	Перорально, сироп, между приемами пищи. Детям в возрасте старше 2 лет назначают из расчета 1 мг/кг 3 раза в сутки; при массе тела 10–20 кг — 18 мг, 20–30 кг — 30 мг 3 раза в сутки. Детям старше 12 лет — по 60 мг 2–3 раза в сутки, с промежутками не менее 6 ч. Продолжительность лечения — не более 7 дней.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Муколитический препарат R05CB	Антитела к брадикинину, к гистамину к морфину аффинно очищенные	Для детей с 3х-лет применять по 1-2 чайных ложки 3 раза в сутки. Применять по 1-2 таблетки 3 раза в сутки вне приема пищи. (держат в рту до полного растворения).	1B https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf

			9F%D0%A0.v1.pdf
Фитопрепарат с отхаркивающим и бронхоспазмолитическим противовоспалительным действием R05CA	Стандартизированный сухой экстракт листьев плюща (5-7,5:1) EA 575	Внутрь, сироп 7мг/мл: От 0 до 1 года – 2,5 мл 2 раза в день, От 1 до 6 лет– 2,5 мл 3 раза в день, От 6 до 10 лет- 5мл 3 раза в день. Капли 20мг/мл: От 1 до 4 лет- 12 капель 3 раза в день, От 4 до 10 лет – 16 капель 3 раза в день, От 10 и старше по 24 капель капель 3 раза в день. Таблетки 65мг: от 6 до 12 лет – ½ таб. 2 раза в день, детям с 12 лет – 1 таб. утром и ½ таб. вечером. Раствор в пакетиках 35 мг: Детям с 12 лет по 1 пак. 3 раза в день, детям с 6-11 лет 1 пак. 2 раза в день.	1C https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf
Фитопрепарат с отхаркивающим и бронхоспазмолитическим противовоспалительным действием R05CA	Тимьяна трава(Thymiherba), плюща вьющегося листья (Hederaefolium)	Внутрь, детям 3-12 месяцев- 1.1 мл 3 раза/день; детям 1-2 года- 2.2 мл 3 раза/ день; детям 2 -6 лет - 3.2 мл 3 раза/ день; детям 6-12 лет - 4.3 мл 3 раза/ день; подросткам с 12 лет и взрослым - 5.4 мл 3 раза/день.	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall
Раствор натрия хлрида гипертонический S01X	Активные вещества: 3% натрия хлорида + 0,1% гиалуронат натрия	Раствор для ингаляций 30 мг на 1 мл, в контейнерах по 4 мл. Детям: по 2 мл 2 р/д, 5-7 дней;	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall
Иммуностимулятор L03	Аминодигидрофталазиндион натрия	Ректально: по 1 супп. ежедневно в течение 5 дней, затем по 1 супп. через день в течение 10 дней. Курс - 15 супп., Таблетки сублингвально. По 1 табл. до 4 раз в сутки или по 2 табл. 2 раза в сутки 5 дней	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall
Иммуностимулятор L03	Азоксимера бромид	Приготовление раствора для интраназального и сублингвального применения: для детей	1C https://www.msdmanuals.c

		дозу 3 мг растворяют в 1,0 мл (20 капель), дозу 6 мг – в 2,0 мл (40 капель) (в одной капле (0,05 мл) приготовленного раствора содержится 0,15 мг препарата).	om/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
--	--	--	--

1C	В качестве жаропонижающего препарата для детей необходимо выбирать либо парацетамол (N02BE01) либо ибупрофен (M01AE01). Одновременное назначение обоих препаратов противопоказано [5,14].
-----------	---

1A	Не рекомендуется АБТ при ОБ вирусной этиологии ввиду неэффективности [3, 23, 24, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54].
-----------	---

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

2C	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 [3, 23, 58].
-----------	--

1C	Рекомендуется назначение препаратов группы муколитики — при вязкой, трудно отделяемой мокроте [3, 23, 58, 59].
-----------	--

1C	Не рекомендуется применение при остром бронхите у детей антигистаминных препаратов для системного применения в связи с отсутствием доказательств их эффективности [3, 4, 23, 58].
-----------	---

Список основных лекарств для лечения бронхообструктивного синдрома при ООБ у детей (при 100% вероятности использования):

Таблица 2

Фармакотерапевтическая группа	Международное запатентованное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Бронходилатирующий препарат – селективный бета 2-адреномиметики R03AC02	Сальбутамол	Раствор для ингаляций, 1 мг/мл, в порошке, аэрозоле, небулах (контейнерах) по 2 мл. Назначается детям с 6 мес в небулах по 2 мл, с 18 мес: при бронхиальной обструкции рекомендуемая доза составляет 100-200 мкг (1 или 2 ингаляции). Суточная доза не должна превышать 800 мкг (8 ингаляций). 2,5 – 5 мг 4 раза в день; высокие дозы – до 40 мг в сутки (под строгим медицинским контролем!)	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Глюкокортикостероиды (ингаляционные) R01AD08	Флютиказон	Суспензия для ингаляций 1 мг/мл, в небулах (контейнерах) по 2 мл. Детям с 6 мес в небулах по 2 мл, в возрасте 4–16 лет: 1 мг дважды в день. Дети в возрасте от 16 лет: 0,5–2 мг дважды в день. Рекомендуется применять максимальные указанные дозы в течение 7 дней, после этого необходимо уменьшить дозу.	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Бронходилатирующий препарат – селективный бета 2-адреномиметики R03AC04	Фенотерол	Дети до 6 лет (масса тела менее 22 кг) 50 мкг/кг (5 – 20 кап = 0,25 – 1 мг) 3 раза в день; дети с 6 до 12 лет (масса тела 22 – 36 кг) 0,5 - 1,5 мг (10 – 30 кап) 4 раза в день; дети старше 12 лет и взрослые 1 – 2 мг (20 – 40 кап) 4 раза в день	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Симпатомиметик	Фенотерол и	Дети до 6 лет (масса тела менее	1A

и в комбинации с другими препаратами R03AL01	ипратропия бромид	22 кг): 25 мкг ипратропия бромид и 50 мкг фенотерола + 0,1 мл (2 капли) на 1 кг массы тела, но не более 0,5 мл 3 раза; дети 6 – 12 лет: 0,5 мл (10 кап) до 2 мл (40 кап 4 раза; дети старше 12 лет: от 1 мл (20 кап) до 2,5 мл (50 кап), в особо тяжелых случаях до 4 мл (80 кап) 4 раза	https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей в комбинациях, отхаркивающие препараты R05C	Сальбутамол+ бромгесин+ гвайфенезин	Сироп: дети с 2 до 6 лет 5 мл 3 раза; от 6 до 12 лет 5 - 10 мл 3 раза; дети старше 12 лет и взрослые 10 мл 3 раза. Таблетки: дети в возрасте 6 - 12 лет 1/2 - 1 табл. 3 раза; дети старше 12 лет и взрослые 1 табл. 3 раза	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Антагонисты лейкотриеновых рецепторов R03DC03	Монтелукаст	Саше – с 6 месяцев, по 4 мг 1 раз в день. Таблетки детям в возрасте 2 – 6 лет 4 мг 1 раз; от 6 до 14 лет – 5 мг 1 раз в день, старше 14 и взрослые 10 мг 1 раз;	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Ксантины R03DA11	Доксофиллин	Перорально сироп 2% 100 мл, детям > 12 лет :10 мл (2 чайные ложки) 2 или 3 раза в день; <12 лет : 6-9 мг/кг массы тела два раза в день. Детям старше 12 лет по 1	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-

		таблетке (400 мг) 2 раза в день. По назначению врача кратность приема может быть увеличена до 3 раз в сутки. детям от 6 до 12 лет — по ½ таблетки 2–3 раза в сутки (12–18 мг/кг в сутки).	infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Противокашлевой препарат R05DB27	Леводропропизин	Перорально, сироп, между приемами пищи. Детям в возрасте старше 2 лет назначают из расчета 1 мг/кг 3 раза в сутки; при массе тела 10–20 кг — 18 мг, 20–30 кг — 30 мг 3 раза в сутки. Детям старше 12 лет — по 60 мг 2–3 раза в сутки, с промежутками не менее 6 ч. Продолжительность лечения — не более 7 дней.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Глюкокортикостероиды (системные) H02AB02	Дексаметазон	Раствор для инъекций (1мл/4 мг). Парентерально детям: 0,02776 – 0,16665 мг/кг 1 – 2 раза;	1A https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Альфа-,бета-адреномиметик C01CA24	Эпинефрин	При бронхоспазме п/к 0,01 мг/кг (максимально до 0,3 мг) каждые 15 мин до 3 – 4 раз или через 4 час.	1A https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf

Список основных антибактериальных лекарств, рекомендованных для лечения острого бронхита у детей по показаниям (с менее 100% вероятностью применения):

Таблица 3

Фармакотерапевтическая группа	Международное запатентованное название препарата	Способ применения	Уровень доказательности
Аминопенициллины	Бензилпенициллин J01CE01	В/в, в/м 100000-500000 Ед/кг, 4-6 раз/сут	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Ампициллин J01CA04	В/в, в/м, 100-200 мг/кг Внутрь, табл., суспензия Детям препарат назначают в суточной дозе 50-100 мг/кг, детям с массой тела до 20 кг – 12,5-25 мг/кг, 4-6 раз/сут	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Оксациллин J01CF04	В/в, в/м, 150-300 мг/кг	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Амоксициллин J01CA04	Внутрь, табл., капсулы по 250 мг и 500 мг, детям старше 10 лет (с массой тела более 40кг) суточная доза 1,0-1,5г. Для детей в возрасте 5-10 лет суточная доза 0,75 г, 2-5 лет - 0,375 г, младше 2 лет - 20мг/кг веса.	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Амоксициллин/ сульбактам J01CA04 / J01CG0	В/в, в/м, внутрь До 2 лет – 40-60 мг/кг/сут, 2-6 лет – 750	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-

	1	мг, 6-12 лет – 1,5 г, после 12 лет – 2-3 г	bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Ампициллин/ сультактам J01CA04 / O1CG01	В/в, в/м, 150 мг/кг/сут	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Сультамициллин J01CA04	Внутрь, табл., суспензия 25-50 мг/кг/сут	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Макролиды	Азитромицин J01FA10	Внутрь, табл, детям старше 12 лет и с массой тела более 45 кг, по 500 мг в сутки за 1 прием в течение 3 дней (курсовая доза – 1,5 г). Препарат принимают внутрь 1 раз/сут за 1 ч до или через 2 ч после еды, не разжевывая.	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Кларитромицин J01FA09	При приеме внутрь для детей старше 12 лет разовая доза составляет 0.25-1 г, частота приема 2 раза/сут. Для детей младше 12 лет суточная доза составляет 7.5-15 мг/кг/сут в 2 приема.	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
ЦС-2	Цефуроксим J01DC02	Перорально, таблетки, суспензия, 20-30 мг/кг (не более 500 мг) 2 раза в сут, (противопоказан детям до 3 мес.)	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf

			overview?form=fpf
	Цефаклор J01DC04	Перорально, капсулы, суспензия 20-40 мг/кг (не более 1500 мг) 2-3 раза в сут	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
ЦС-3	Цефиксим J01DD08	Перорально, таблетки диспергируемые, капсулы, суспензия, 8 мг/кг, 1-2 раза в сут	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf

4.5. Оценка эффективности лечения в амбулаторных условиях:

- купирование кашля;
- ликвидация симптомов интоксикации;
- нормализация температуры тела;
- улучшение самочувствия.

5. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

5.1. Показания к плановой госпитализации:

- часто повторяющийся ОРЗ с БОС;
- необходимость проведения дообследования в случае невозможности в амбулаторных условиях;
- подбор и коррекция терапии;
- необходимость проведения плановой или, при развитии нетяжелого обострения, внутривенной антибактериальной терапии при отсутствии возможности проведения ее в условиях дневного стационара или стационара на дому

5.2. Показания к экстренной госпитализации:

- тяжелый преморбидный фон (белково-энергетическая недостаточность питания, аномалии конституции, врожденные пороки развития и др.);
- выраженная степень дыхательной недостаточности;
- отсутствие эффекта через 36-48 часов стартовой терапии;
- низкий социальный статус семьи;
- не имеющие условий для лечения на дому;
- психологические особенности родителей;
- наличие общих признаков опасности (по ИВБДВ);
- для проведения бронхоскопии при подозрении на инородное тело;
- нарастание дыхательной недостаточности с втяжением нижней части грудной клетки и учащением дыхания;

- тяжелый респираторный дистресс (явный дискомфорт при дыхании, затрудненный прием пищи и жидкости или затрудненная речь);
- все дети в возрасте младше 2 месяцев.

5.3. Показания для госпитализации детей с острым обструктивным бронхитом

- дети до 5 лет при наличии ОПО (общих признаков опасности) по стандарту ИВБДВ на уровне ПМСП.
- нарастание ДН с втяжением нижней части грудной клетки и учащением дыхания;
- тяжелый респираторный дистресс (явный дискомфорт при дыхании, затрудненный прием пищи и жидкости или затрудненная речь);
- все дети в возрасте младше 2 месяцев.
- наличие тяжелой сопутствующей патологии;
- отягощенный преморбидный фон (рахит, недоношенность, перинатальная энцефалопатия и др.);
- неэффективность бронхолитиков в течение 3 дней;
- стридор в покое;
- астматический статус;
- асоциальная семья.

5.4. Экстренная госпитализация при остром обструктивном бронхите:

- учащением дыхания до 70 в мин. и выше.
- беспокойством ребенка, изменениями положения тела в поисках наиболее удобной позы, напряжение межреберных мышц.
- появление затрудненного выдоха с втяжением мышц грудной клетки.
- центральный цианоз.
- снижение PO_2 .
- повышение PCO_2 .

5.5. Показания к переводу на ИВЛ:

- ослабление дыхательных шумов на вдохе;
- сохранение цианоза при вдыхании 40% кислорода;
- снижение болевой реакции на раздражитель;
- снижение PaO_2 ниже 60 мм рт. ст.;
- повышение $PaCO_2$ выше 55 мм рт. ст.

(<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>)

6. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

1С	<p>ООБ с БОС. В случае первого эпизода, в зависимости от выраженности степени бронхиальной обструкции рекомендовано назначать ингаляционные β_2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сальбутамол, (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 до 6 лет и 1,0 мл – старше 6 лет либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней[1,2].
-----------	---

1С	При подостром и прогрессирующем характере БОС, нарастания проявлений,
-----------	---

сопровождающихся гипоксемией (SaO₂ менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β₂-агонистов рекомендовано назначение ингаляционных кортикостероидов (ИГКС) через небулайзер – будесонид в суспензии, в среднем 250-500мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней [1,2].

6.1. Алгоритм выбора противокашлевой и муколитической терапии при ОБу детей по показаниям

Сухой навязчивый кашель, сопровождающийся болевым синдромом
Назначаются противокашлевые препараты центрального действия
Бутамират (Синекод), бутамирата цитрат (Пектолван стоп), клоперастин (Привитусс), антитела к брадикинину, гистамину и морфину (Ренгалин) (противопоказания: продуктивный кашель, ранний возраст, продуктивный кашель у детей с заболеваниями ЦНС, отек легких, инородные тела, аспирация)
Заболевания дыхательных путей у детей с кашлем, ассоциированным с бронхообструкцией
Назначаются отхаркивающие препараты
Сухой экстракт листьев плюща (Проспан), Плюща обыкновенного листьев экстракт + Тимьяна травы экстракт (Бронхипрет) (противопоказания продуктивный кашель, ранний возраст ребенка, высокий риск развития аспирации, бронхорея любой этиологии, отек легких)
Кашель, обусловленный трудностью отхождения густой и вязкой мокроты
Назначаются муколитики
Ацетилцистеин, карбоцистеин, бромгексин, Амброксол, сухой экстракт листьев плюща ((Проспан), амброксол+карбоцистеин (Пектолван Ц), ингаляционный раствор 3% натрия хлорида+0,1% гиалуронат натрия (Лорде гиаль)
При ОРЗ, бронхитах сопровождающихся кашлем
Назначаются противовоспалительные препараты
Антитела к брадикинину, гистамину и морфину (Ренгалин), Аминодигидрофтала-зиндион натрия (Галавит) Комбинированные препараты: Стоптусин, Синекод

6.2. Алгоритм действий при БОС у детей с ООБ

Терапия БОС включает в себя:

1. Бронхолитическую терапию.

<p>2. Улучшение дренажной функции бронхов.</p> <p>3. Десенсибилизирующую терапию.</p> <p>4. Противовоспалительную терапию</p>
<p>Лечение БОС 1-й степени:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ингаляции с β-2-агонистами короткого действия – небутамол через небулайзер каждые 6–8 часов; – ингаляции М-холинолитиком – атровент; – ингаляции с небуфлюзоном через небулайзер 1–2 раза в сутки; - перорально сироп доксофиллин (6-9 мг/кг массы тела) 1–2 раза в сутки; – обильное теплое щелочное питье.
<p>Лечение БОС 2-й степени:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ингаляция небутамола через небулайзер – при отсутствии эффекта через 20 минут ингаляция небуфлюзона через небулайзер; – ингаляция кислорода до достижения сатурации кислорода 95 %; - перорально сироп доксофиллин (6-9 мг/кг массы тела) 1–2 раза в сутки; – ингаляция муколитиков противопоказана; – обильное теплое щелочное питье.
<p>При хорошем ответе на проведенную терапию:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ингаляция β-2-агониста короткого действия – небутамол через небулайзер каждые 6–8 часов; – ингаляция небуфлюзона через небулайзер 1–2 раза в сутки; - перорально сироп доксофиллин (6-9 мг/кг массы тела) 1–2 раза в сутки; – обильное теплое щелочное питье.
<p>При неудовлетворительном ответе на проведенную терапию:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ингаляция β-2-агониста короткого действия – небутамола через небулайзер каждые 6–8 часов; – внутривенное введение теофиллина короткого действия (эуфиллин 5–10 мг/кг в дозе разделенной на 4 приема); – системные ГКС внутривенно; – инфузионная терапия (20–30 мл/кг); – ингаляция кислорода до достижения $SpO_2 > 95\%$.
<p>Неудовлетворительный эффект – перевод в ОРИТ</p>
<p>Противовоспалительная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - топические ИГКС – небуфлюзон, целесообразно назначать ИГКС через 15–20 мин после ингаляции бронхолитика. Продолжительность ингаляции ИГКС определяется длительностью и тяжестью течения БОС обычно до 5–7 дней; - системные ГКС – 1–2 мг/кг по преднизолону в течение не более 3-х дней; - галавит, резистол,
<p>Улучшение дренажной функции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оральная регидратация: теплое питье; - муколитики: препараты группы амброксолола (амброгексал, лазолван, амбробене, амброксол), проспан, пектолван Ц; - цистеинсодержащие препараты (АЦЦ, флюдетек, флуимуцин)
<p>Антигистаминные препараты показаны у детей с сопутствующими аллергическими заболеваниями или состояниями в стадии ремиссии и при усилении любых аллергических проявлений. Показаны антигистаминные препараты 2-го поколения: с 6-месячного возраста – зиртек, с 1 года – зодак. У детей старше 2 лет – лоратадины (кларитин, эдем и др.). Старше 5 лет – телфаст. (https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf)</p>

6.3. Немедикаментозное лечение:

- респираторная поддержка при ОБ;
- поддержание оптимального воздушного режима в помещении;
- на период подъема температуры - постельный режим;
- адекватная гидратация (обильное теплое питье);
- адекватное питание соответственно возрасту.

6.4.Медикаментозное лечение: см. Амбулаторный уровень.

6.5.Хирургическое вмешательство: нет.

6.6.Индикаторы эффективности лечения:

- купирование кашля;
- ликвидация симптомов интоксикации;
- нормализация температуры тела;
- улучшение самочувствия.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ»

ТАШКЕНТ - 2024

1. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Введение.

Острый (простой) бронхит — это острое воспалительное заболевание бронхов, протекающее без признаков поражения легочной ткани и признаков обструкции, которое,

как правило, является проявлением острой респираторной вирусной инфекции с повреждением эпителия дыхательных путей и изменением барьерных свойств стенки бронхов. Встречается преимущественно у детей первых 4-х лет жизни. Особенностью острого бронхита является отсутствие инфильтративных изменений в паренхиме легких (инфильтративных или очаговых теней на рентгенограмме), и проявляется кашлем (сухим или продуктивным) длительностью не более 3 недель. (<https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/J00-J99/J20-J22/J20-/J20.9>).

1.2. Определение профилактики и реабилитации.

Реабилитация (*с лат. rehabilitatio*) - восстановление, в медицине это комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности пациентов и людей с ограниченными возможностями. Медицинская реабилитация направлена на частичное или полное восстановление активности части тела, утратившего функцию из-за болезни, или предотвращение, насколько это возможно, обострения процесса в пораженной области [1]

Профилактика (в переводе с греч. πρόφύλακτικός) - предохраняющий, превентивный, состоит из комплекса экономических, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на поддержание долголетия людей, их трудоспособности, улучшение физического развития населения, предотвращение возникновения и распространения заболеваний и охрану здоровья [1].

1.3. Виды профилактики.

Медицинская профилактика бывает первичной, вторичной и третичной.

Первичная медицинская профилактика – это социальные, медицинские, гигиенические и воспитательные мероприятия, направленные против причин и развития заболеваний, поддержания здорового состояния организма, патологического воздействия на него, профилактики причинных факторов;

Вторичная медицинская профилактика – это мероприятия, направленные на раннее выявление заболеваний, предупреждение развития, профилактику его осложнений и рецидивов патологического процесса.

Третичная медицинская профилактика – это лечение существующих заболеваний, реабилитация пациента с целью улучшения результатов и улучшения качества жизни, снижения инвалидности и смертности.

2. ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.

2.1. Цель профилактики: избегание факторов риска и укрепление иммунитета ребёнка.

2.2. Общие профилактические рекомендации:

- ограничение контакта ребёнка с больными и вирусоносителями, не переохлаждаться;
- ношение масок и мытье рук членов семьи с заболеванием ОРВИ;
- поддержание оптимального воздушного режима в помещении, борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением;
- рациональное и полноценное питание, включение в рацион достаточное количество мяса, рыбы, творога, сыра, яиц, овощей, фруктов, кисломолочных продуктов и жидкости, исключить продукты, вызывающие аллергическую реакцию;
- санация хронических инфекционных очагов;
- регулярное закаливание, ведение активного образа жизни, рассчитывание физической нагрузки с учётом возраста ребёнка (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>);

• **2.3. Специальные профилактические рекомендации:** вакцинация (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций). Вакцинация против гриппа рекомендуется до начала эпидемического сезона детям с возраста 6 месяцев субъединичными (Гриппол, Гриппол плюс, Флюарикс, Инфлювак) или расщепленными (Ваксигрип) инактивированными вакцинами. Вакцинация против гриппа показана следующим категориям детей:

- организованные дети дошкольного возраста (посещающие ДООУ);
- учащиеся с 1-го по 11-й класс;
- учащиеся средних профессиональных учреждений;
- студенты высших учебных заведений [33, 52].

По индивидуальным показаниям пассивная иммунопрофилактика РС-вирусной инфекции может быть проведена детям с иммунодефицитами, с тяжелыми нервно-мышечными заболеваниями, врожденными пороками развития и генетической патологией, затрагивающей дыхательную функцию

(https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood).

1.3.1. В дополнение к общим рекомендациям:

- Для поддержки иммунной толерантности и повышения защитных сил организма рекомендуется круглогодичный приём холекальциферола (витамин D) и цинка (иммуноцинк).
- Во избежание реинфицирования желательна ранняя выписка больного из стационара (сразу после ликвидации жизнеугрожаемых синдромов), после чего дети подлежат диспансерному наблюдению в течение 1–3 месяцев. Повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже или он не может пить или сосать грудь, появляется лихорадка, учащенное или затрудненное дыхание (научить мать, в какой ситуации необходимо срочно вновь обратиться к врачу).
- Детей с рецидивами ООБ следует направить на консультацию к аллергологу-иммунологу и пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения.
(<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>).

2. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

3.1. Реабилитация при ОБ не требуется

3.2. Реабилитация при ООБ на амбулаторном этапе включает в себя:

1. Режим щадящее-тренирующий.
2. Диета № 15;
3. Оздоровление микроэкологии жилища – достаточное поступление свежего воздуха, запрещение активного и пассивного курения, увлажнение воздуха.
4. Закаливающие мероприятия.
5. Утренняя гигиеническая гимнастика.
6. Лечебная физкультура в виде игрового метода.
7. Респираторная терапия (дыхательная гимнастика) – лечение «дыхания через дыхание». Цель – с помощью различных дыхательных методик повышение устойчивости к гипоксии, усиление адаптационных характеристик организма.
8. Фитотерапия (официальные грудные сборы № 1, 2, 3 индивидуально) ежедневно № 10-15.
9. Массаж грудной клетки № 8 –10.
10. Физиотерапевтическое лечение: микроволновая терапия СВВ или ДМВ, магнитотерапия (по показаниям). При обструктивном процессе – магний, папаверин-электрофорез на грудную клетку № 6 – 8.
11. Теплолечение: парафиновые или озокеритовые аппликации на грудную клетку № 8.

12. Поливитамины 10 – 14 дней.

(<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall>).

3.3.Исходы и прогноз

Исход при остром бронхите – выздоровление через 10-14 дней. Осложнения развиваются редко.

Прогноз благоприятный. После купирования общих симптомов больной в дальнейшем наблюдении и диспансеризации не нуждается.

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

При своевременном начале лечения, четком соблюдении кратности приема препаратов и ингаляций, регулярном смотре ребенка лечащим врачом и коррекции лечения прогноз исхода ООБ чаще благоприятный. В противном случае острое течение обструктивного бронхита нередко может переходить в рецидивирующее, а в редких ситуациях — и в непрерывно рецидивирующее. Примерно у 30-50% детей, перенесших ООБ, эпизоды бронхообструкции повторяются в течение года на фоне новой вирусной инфекции. В большинстве случаев обструктивный компонент исчезает в возрасте старше 3-4-х лет, в возрасте 6-10 лет у большинства детей рецидивы прекращаются. Наличие аллергической предрасположенности существенно повышает вероятность хронизации обструктивного бронхита, у 15-30% детей в результате заболевания развивается бронхиальная астма. Чтобы избежать повторных эпизодов заболевания, ребенок должен оставаться на диспансерном учете у педиатра, детского пульмонолога или аллерголога в течение года. Детям с рецидивом ООБ после трех лет следует сделать кожные пробы с наиболее распространенными аллергенами. Положительные результаты проб, повторные приступы обструкции, особенно после ОРВИ, говорят о развитии БА (https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. National Institute for Health and Care Excellence (UK): Acute bronchitis Last published:2023

- 2.** National Institute for Health and Care Excellence (UK): Cough (acute): antimicrobial prescribing NICE guideline [NG120] Published date: 07 February 2023
- 3.** National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Respiratory tract infections \(self-limiting\): prescribing antibiotics](#) CG6923 July 200823 July 2023
- 4.** National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Bronchiolitis in children: diagnosis and management](#) NG901 June 2023
- 5.** National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management](#) NG11505 December 2023
- 6.** National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Healthcare-associated infections: prevention and control in primary and community care](#) CG13928 March 2023
- 7.** Ahmad Kantar, Anne B. Chang, Mike D. Shields ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children Eur Respir J 2017; 50: 1602139
- 8.** Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. JAMA. 2023 May 21;311(19):2020-2.
- 9.** Beggs S, Wong ZH, Kaul S, et al. High-flow nasalcannula therapy for infants with bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev 2023;1:CD009609.
- 10.** Hersh A.L. et al. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. Pediatrics 2021 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. 2023; 4:CD008965.
- 12.** Kuehn BM. Excessive antibiotic prescribing for sore throat and acute bronchitis remains common. JAMA. 2023 Nov 27;310(20):2135-6.
- 13.** Mayfield S, Jauncey-Cooke J, Hough JL, et al. High-flow nasal cannula therapy for respiratory support in children. Cochrane Database Syst Rev 2014;3:CD009850.
- 14.** Ott SR. Antibiotics for acute bronchitis without benefit. MMW Fortschr Med. 2021 May 16;155(9):32.
- 15.** Panpanich R., Lertrakarnnon P., Laopaiboon M. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jan 23;(1):CD001954.
- 16.** Smith S.M., Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Mar 1;3:CD000245.
- 17.** Баранов А.А. и др. Острая вирусная инфекция (ОРВИ) у детей / Клинические рекомендации Союза педиатров России 11 А.А. Баранов, Ю.В. Лобзин, Л.С. Намазова-Баранова, В.К. Таточенко, А.Н. Усков, Т.В. Куличенко, М.Д. Бакрадзе, Е.А. Вишнева, Л.Р. Селимзянова, А.С. Полякова, И.В. Артемова. -2018. – 33 с.
- 18.** Баранов А.А. и др. Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит у детей / Клинические рекомендации Союза педиатров России //А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, Т.В. Куличенко, Е.А. Вишнева, Л.Р. Селимзянова, А.С. Полякова, И.В. Артемова. - М. 2019.
- 19.** Баранов А.А. и др. Острый бронхит у детей / Клинические рекомендации Союза педиатров России // А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, А.С. Полякова, Т.В. Куличенко, Е.А. Вишнева, Л.Р. Селимзянова: М., 2020.- 26с.
- 20.** Бронхиальная обструкция на фоне острой респираторной инфекции у детей дошкольного возраста: диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика/Геппе Н.А. (и др.)-М: Медком- Про,2019-80 стр.
- 21.** Вопросы практической педиатрии.2019;14(2):68-72. DOI:10.20953/1817-7646-2019-2-68-72.

- 22.** Геппе Н.А. (и др.). Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика клиническое руководство/ М: Медком- Про, 2018-200 стр.
- 23.** Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. Минск: ФУ Аинформ, 2018. 896 с.
- 24.** Дронов И.А., Мещеряков В.В., Елкина Т.Н. и др. Результаты тестирования педиатров по вопросам антибактериальной терапии при инфекциях дыхательных путей / Вопросы практической педиатрии-2018-Т.13, N2-с/44-48.
- 25.** Жерносек, В. Ф. Диагностика и лечение аллергических болезней у детей: справ. / В. Ф. Жерносек, Т. П. Дюбкова. Минск: РИВШ, 2018. 120 с.
- 26.** Заплатников А.Л., Гирина А.А., Леписова И.В. и др. Пидотимод: неспецифическая иммунопрофилактика острых и рекуррентных респираторных инфекций и новые аспекты клинического применения у детей. //РМЖ. Медицинское обозрение.2019:3:51-56.
- 27.** Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2019; 18с.
- 28.** Клинические протоколы диагностики и лечения аллергических заболеваний у детей: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 08.08.2018. 39 с.
- 29.** Лечение острых респираторных инфекций у детей Словении с применением сиропа с экстрактом листьев плюща (Проспан) //Словения-2018/А.В.Bedenetal./Острое заболевание дыхательных путей. 2-14 лет. 193 пациентов/ Проспективное, постмаркетинговое исследование.
- 30.** Лукина О.Ф. Особенности исследования функции внешнего дыхания у детей и подростков /Практическая пульмонология. -2017.-4:39-44.
- 31.** Мизерницкий Ю. Л., Цыпленкова С. Э. Современные функциональные методы исследования в детской пульмонологии (лекция для врачей). М.: МОО НТО им. акад. С. И. Вавилова, 2019. 28 с.
- 32.** Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России.Москва,2017.151с.
- 33.** Педиатрическая фармакология. 2018. Т. 12, №4. С. 441-446.
- 34.** Переносимость и эффективность дополнительного лечения препаратами содержащие сухой экстракт листьев плюща на функцию легких у детей с бронхиальной астмой// Германия-2019. /S.Zeilaetal./Бронхиальная астма.6-11 лет.
- 35.** Плющ в ежедневной педиатрической практике: использование EA 575 для лечения острого бронхита у школьников//Германия-2016./Острый бронхит. 6-12 лет. 1088 пациентов/ Не интервенционное исследование.
- 36.** Пульмонология детского возраста: Проблемы и решения Выпуск 16: Москва,2019.
- 37.** Рандомизированное, контролируемое, двойное слепое, многоцентровое исследование для оценки эффективности и безопасности жидкости, содержащей сухой экстракт листьев плюща (EA 575®) в сравнении с плацебо в лечении острого кашля у взрослых)// Германия-2016./ A/Schaeferetal. /Острый кашель.18-75 лет. 181 пациентов/ Многоцентровое, рандомизированное, плацебо контролируемое, двойное слепое исследование.
- 38.** Результаты многоцентрового исследования (родничок)по изучению недостаточности витамина D у детей раннего возраста в России. Педиатрия. 2019; 94 (1) 62-67.
- 39.** Союз педиатров России. Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные вирусные заболевания у детей. Лечение и профилактика: М., 2022.
- 40.** Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей / Практическое руководство.-ПедиатрЪ, 2012. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2019. 18с.

- 41.** Фурман Е.Г., Яковлева Е.В., Малинин С.В., Фурман Г., Соколовский В. Компьютерный анализ респираторных шумов у детей. Современные технологии в медицине. Выпуск № 1. Том 6, 2019. С. 83-88.
- 42.** Фызылов В.Х., Ситников И.Г., Малышев Н.А. и др. Влияние противовирусной терапии на частоту развития бактериальных осложнений и назначения антибактериальных препаратов для системного использования у пациентов с гриппом и ОРВИ. Тер. архив - 2021:61(11-12), стр.39
- 43.** Шабалов, Н. П. Детские болезни: учеб. для ВУЗов: в 2 т. / Н. П. Шабалов. 7-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2022. Т. 2. 872 с.
- 44.** Шабалов Н.П. Неонатология. 6 издание ,2016 год. С.623
- 45.** Шавази Н.М., Лим М.В. Совершенствование диагностики бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста //Методические рекомендации.-Ташкент. -2017. - 28 с.

Приложение 1. Этиология основных клинических синдромов поражения дыхательных путей у детей

Возбудитель	Основные синдромы поражения	Эпидемиология
Грипп	трахеит, ринофарингит, круп с лихорадкой, бронхит, пневмония, синдром Рея (при гриппе В)	эпидемии зимой (январь-март)
Парагрипп	ринофарингит, ларингит, трахеобронхит, бронхиолит, пневмония	эндемичен, эпидемии 1 раз в 2 года (серотип 3)
РС-вирус	Ринофарингит с лихорадкой, у старших детей – афебрильный бронхиолит, пневмония; у старших детей – обострение БА	ежегодные эпидемии чаще весной, подъем заболеваемости с ноября до апреля
Риновирусы	ринофарингит, круп с лихорадкой или без нее, бронхиолит у грудных детей	эндемичны с пиком осенью и весной
Коронавирусы	ринофарингит – чаще у детей старше 1 года, бронхит, пневмония (SARS, атипичная пневмония)	эпидемии зимой и в начале весны
Метапневмовирус	ринит, бронхиолит, круп	вспышки зимой и весной, чаще в составе микстинфекции
Вирусы ЕСНО	ринофарингит у грудных детей, ЕСНО экзантемы, менингит	эндемичны, все сезоны
Вирусы Коксаки	фарингит без налетов, герпангина, геморрагический конъюнктивит, экзантемы, синдром кисть-стопа-рот, поражения ЦНС, миокардит, гепатит, лимфаденит, эпидемическая миалгия	эндемичны с пиком летом и ранней весной
Аденовирусы	ринофарингит, фаринго-конъюнктивальная лихорадка, фарингит с лихорадкой, у старших детей афебрильный, бронхит, бронхиолит, пневмония, облитерирующий бронхиолит, гастроэнтерит	1,2,5,6 серотипы – эндемичны, все сезоны; 3,4,7,14 серотипы – эпидемии, подъемы каждые 4-5 лет
Бокавирус	ринофарингит, лихорадка (более 38,5 С, иногда фебрильные судороги), бронхиолит, обструктивный бронхит, пневмония, гастроэнтерит	эндемичен, заболеваемость повышается зимой
Микоплазма	ринофарингит, ринит, тонзиллит без налетов, бронхиолит, пневмония	эндемичны, все сезоны

Приложение 2. Возрастные критерии тахипноэ у детей до 5 лет

Возраст	Нормальные значения (ЧД в мин.)	Тахипное (ЧД в мин.)
до 2 мес	30-50	≥ 60
2 – 12 мес	25-40	≥ 50
1 – 5 лет	20-30	≥ 40
>5 лет	15-25	≥ 30

Приложение 3. Шкала оценки тяжести бронхообструктивного синдрома

Баллы	Частота дыхания	Свистящие хрипы	Степень выраженности эмфиземы	Цианоз	Участие вспомогат. мускулатуры
0	соответствует возрастной норме	нет	нет	нет	нет
1	1-2 мес. <50 2-12 мес. <40 1-5 лет <30 6-8 лет <25	терминальные на выдохе (аускультативно)	грудная клетка визуально не вздута, локальный коробочный перкуторный звук	периоральный при плаче	ярёмная ямка, надключичная ямка
2	1-2 мес. 50-60 2-12 мес. 40-50 1-5 лет 30-40 6-8 лет 25-30	на выдохе и на вдохе	грудная клетка визуально умеренно вздута, коробочный перкуторный звук над всей поверхностью умеренный	периоральный в покое	ярёмная ямка, надключичная ямка, межреберья
3	1-2 мес. <60 2-12 мес. <60 1-5 лет <40 6-8 лет <30	слышны на расстоянии	грудная клетка визуально резко вздута, выраженный коробочный перкуторный звук	генерализованный в покое	ярёмная ямка, надключичная ямка, межреберья, подреберья (мышцы живота)

Примечание: БОС отсутствует - 0-1 балл; БОС I степени (лёгкая) - 2-4 балла; БОС II степени (среднетяжёлая) - 5-8 баллов; БОС III степени (тяжёлая): 9-12 баллов

Приложение 4. Балльная оценка степени тяжести ДН при БОС

Признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
Цианоз	Нет при дыхании воздухом	Есть при дыхании воздухом	Есть при FiO2 > 0,4
Аускультативные хрипы на вдохе	Норма	Ослаблены	Отсутствуют
Экспираторный стрidor	«Бесшумная» одышка	Умеренный	Значительный
Участие вспомогательной мускулатуры	Нет	Над- подключичные области	Парадокс вдоха
Поведение	Нормальное	Угнетение или возбуждение	Кома

Приложение 5. Нормальные значения газового состава крови

Показатель	Границы нормы	Единицы
pH	7,35 - 7,4 - 7,45	
PaCO ₂	4,8 - 5,3 - 5,9 36 - 40 - 44	кПа мм рт. ст.
PaO ₂	11,9 - 13,2 90 - 100	кПа мм рт. ст.
AB (HCO ₃ -актуальный бикарбонат)	22 - 24 - 26	ммоль/л
SB (Стандартный бикарбонат)	22 - 24 - 26	ммоль/л
BE (концентрация буферных оснований)	40-60	ммоль/л
BE (избыток или дефицит оснований)	±1,2 - 2,5	ммоль/л

Приложение 6. Границы нормальных значений основных спирографических показателей (в % по отношению к расчетной должной величине)

Показатели	Норма	Условная норма	Отклонения		
			Умеренные	Значительные	Резкие
ЖЕЛ	>90	85-89	70-84	50-69	<50
ОФВ1	>85	75-84	55-74	35-54	<35
ОФВ1/ФЖЕЛ	>70	65-69	55-64	40-54	<40
ООЛ	90-125	126-140	141-175	176-225	>225
		85-89	70-84	50-69	<50
ОЕЛ	90-110	110-115	116-125	126-140	>140
		85-89	75-84	60-74	<60
ООЛ/ОЕЛ	<105	105-108	109-115	116-125	>125

Приложение 7. Типичные изменения спирографических показателей при бронхообструктивном синдроме

Показатель	Бронхообструктивный синдром
Общая ёмкость лёгких	Н, ↑
ЖЕЛ	Н, ↓
Резервный объём вдоха	Н
Резервный объём выдоха	↓
Объём форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1)	↓
ОФВ1/ЖЕЛ (индекс Тиффно)	↓

Примечание: Н - нормальное значение, ↑ - повышенное значение, ↓ - пониженное значение.

Приложение 8. Ориентировочная основа действий по диагностике ООБ у детей

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
Оценка общего состояния больного	Визуальные (осмотр) Оцените общее состояние больного; - его поведение и положение;	Чаще у детей даже со значительной обструкцией общее состояние страдает мало, тяжесть состояния обычно обусловлена дыхательными расстройствами при слабо выраженных симптомах интоксикации. Чаще у детей сохраняется почти нормальная физическая активность, аппетит не снижен, реже ребенок беспокоен, не отпускает мать, меняет позы на ее руках в поисках наиболее удобной.
Изучение жалоб больного и анамнеза заболевания	Уточните возраст ребенка, жалобы больного, причину развития заболевания, оцените генеалогический анамнез;	Может развиваться у детей любого возраста, чаще в первые 3 года жизни. БОС проявляется обычно на 2-3 день ОРВИ, постепенно. Жалобы на сухой кашель, субфебрильную температуру (чаще она нормальная), учащенное дыхание и хрипы, слышимые на расстоянии. Признаки атопии отсутствуют.
Осмотр больного	Оцените состояние кожных покровов, наличие катаральных проявлений, подсчитайте частоту дыхания, определите наличие участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, подсчитайте частоту пульса, проведите аускультацию легких и сердца;	Кожные покровы физиологической окраски, реже развивается периоральный цианоз – при выраженных дыхательных расстройствах, горячие на ощупь – при фебрильной температуре. Выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, кашель сухой, редкий, с трудно отделяемой мокротой. Одышка экспираторного характера до 50 в минуту, при аускультации дыхание жесткое, выдох удлиннен, выслушивается масса сухих, свистящих хрипов. Возможна тахикардия.
СТАЦИОНАРНЫЙ ЭТАП		
Мероприятия стационарного этапа	Лабораторные методы. Выполните ОАК; Инструментальные методы. Выполните рентгенографию легких.	Нормальное или пониженное количество лейкоцитов, лимфоцитоз, нередко эозинофилия, нормальная или слегка ускоренная СОЭ (до 20 мм/час). Рентгенограмма показана всем детям раннего возраста, поскольку под маской обструктивного синдрома не редко протекает пневмония. Для обструктивного бронхита характерны признаки вздутия легких – повышенная прозрачность легочных полей, усиление бронхо-сосудистого рисунка.

Формулировка клинического диагноза	Клиническое мышление. В диагнозе укажите основное заболевание и степень дыхательной недостаточности	Согласно МКБ 10.
--	---	------------------

Приложение 9. Критерии назначения жаропонижающих средств при лихорадке

Группы детей	Благоприятный тип лихорадки, «розовая лихорадка»	Неблагоприятный тип лихорадки, «бледная» лихорадка
Здоровые дети в возрасте старше 2 мес.	Выше 39,0-39,5 °С	Выше 38,0 °С
Дети из группы риска*	Выше 38,0-38,5 °С	Выше 37,5 °С

** В группу риска по развитию осложнений включают: детей в возрасте до 2-х месяцев при наличии температуры выше 38 °С, с фебрильными судорогами в анамнезе, с хронической патологией органов кровообращения, с наследственными метаболическими заболеваниями.*