

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРЫМ
БРОНХИТОМ**

**Главный внештатный
специалист педиатр
Минздрава России
Академик РАН
А.А. Баранов**

**Главный внештатный
специалист детский
аллерголог-иммунолог
Минздрава России
член-корреспондент РАН
Л.С. Намазова-Баранова**

2015 г.

Оглавление

МЕТОДОЛОГИЯ.....	2
ОПРЕДЕЛЕНИЕ	4
КОД МКБ-10.....	4
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	5
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ	5
КЛАССИФИКАЦИЯ.....	5
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	6
ДИАГНОСТИКА	7
ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ	8
ЛЕЧЕНИЕ.....	8
ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИТОМ	10
ПРОФИЛАКТИКА	10
ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ.....	10
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	10

Данные клинические рекомендации подготовлены профессиональной ассоциацией детских врачей Союз педиатров России, рассмотрены и утверждены на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015г.

Рабочая группа: акад. РАН Баранов А.А., чл.-корр. Намазова-Баранова Л.С., проф., д.м.н. Таточенко В.К., д.м.н. Бакрадзе М.Д., к.м.н. Полякова А.С., к.м.н. Вишнева Е.А., к.м.н. Селимзянова Л.Р.

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

МЕТОДОЛОГИЯ

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

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств

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

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств

Консенсус экспертов.

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

Таблица 1.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендации

Степень достоверности рекомендаций	Соотношение риска и преимуществ	Методологическое качество имеющихся доказательств	Пояснения по применению рекомендаций
1A Сильная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Надежные непротиворечивые доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или неопровержимые доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Сильная рекомендация, которая может использоваться в большинстве случаев у преимущественного количества пациентов без каких-либо изменений и исключений
1B Сильная рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с некоторыми ограничениями (противоречивые результаты, методологические ошибки, косвенные или случайные и т.п.), либо других веских основаниях. Дальнейшие исследования (если они проводятся), вероятно, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Сильная рекомендация, применение которой возможно в большинстве случаев

1С Сильная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества	Польза, вероятно, будет превалировать над возможными рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемном клиническом опыте, результатах РКИ, выполненных с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Относительно сильная рекомендация, которая может быть изменена при получении доказательств более высокого качества
2А Слабая рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза сопоставима с возможными рисками и затратами	Надежные доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или подтвержденные другими непроверяемыми данными. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Слабая рекомендация. Выбор наилучшей тактики будет зависеть от клинической ситуации (обстоятельств), пациента или социальных предпочтений.
2В Слабая рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза сопоставима с рисками и осложнениями, однако в этой оценке есть неопределенность.	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с существенными ограничениями (противоречивые результаты, методологические дефекты, косвенные или случайные), или сильные доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования (если они проводятся), скорее всего, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Слабая рекомендация. Альтернативная тактика в определенных ситуациях может явиться для некоторых пациентов лучшим выбором.
2С Слабая рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества	Неоднозначность в оценке соотношения пользы, рисков и осложнений; польза может быть сопоставима с возможными рисками и осложнениями.	Доказательства, основанные на наблюдательных исследованиях, бессистемного клинического опыта или РКИ с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Очень слабая рекомендация; альтернативные подходы могут быть использованы в равной степени.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

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

Методы, использованные для формулирования рекомендаций

Консенсус экспертов.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

Описание метода валидации рекомендаций

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

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

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

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Консультация и экспертная оценка

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для обсуждения в предварительной версии на совещании рабочей группы, Исполкома СПР и членов профильной комиссии в феврале 2015 года.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематической ошибки при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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

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

КОД МКБ-10

J20 - Острый бронхит

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

P24.3 - Неонатальная аспирация молока и срыгиваемой пищи

P24.8 - Другие неонатальные аспирационные синдромы

P24.9 - Неонатальный аспирационный синдром неуточненный

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

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

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

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

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

КЛАССИФИКАЦИЯ

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

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

Критерии диагностики:

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

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

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

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

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

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

Критерии диагностики:

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

Рентгенологические: усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмосклероза.

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

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Острый бронхит (вирусный) – наблюдается преимущественно у детей дошкольного и школьного возраста. Его характеризует острое начало с субфебрильной (реже фебрильной) температурой, катаральными симптомами (кашлем, ринитом), рассеянными сухими и влажными хрипами. Клинические признаки бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, свистящие хрипы, свистящее дыхание) отсутствуют. Признаки интоксикации обычно отсутствуют, число лейкоцитов в общем анализе крови $<15 \cdot 10^9/\text{л}$. Кашель может появляться со 2-3 дня болезни, длится обычно 5-7 дней. У грудных детей при РС-вирусной инфекции и у старших – при аденовирусной – может сохраняться до 2 недель. Кашель длительностью ≥ 2 недель у школьников может свидетельствовать о коклюшной инфекции.

Бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*. Возможна стойкая фебрильная температура в отсутствие токсикоза, покраснение конъюнктив («сухой конъюнктивит» с обычно скудными другими катаральными явлениями). При аускультации – обилие крепитирующих и мелкопузырчатых хрипов с двух сторон, но, в отличие от вирусного бронхита, они часто асимметричны, с преобладанием в одном из легких. Нередки признаки обструкции. Изменения крови незначительны. Без лечения температура и хрипы могут сохраняться до 2 недель.

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

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

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

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

ДИАГНОСТИКА

Диагноз бронхита обычно клинический.

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

Рентгенография может проводиться детям при подозрении на:

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

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

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

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

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

Вирусологическое и бактериологическое исследования не обязательны, т.к. в большинстве случаев не влияют на выбор терапии. Специфические IgM-антитела появляются лишь к концу второй недели болезни, ПЦР может выявить носительство, а нарастание IgG-антител говорит о ранее перенесенной инфекции.

При **хламидийном бронхите**, вызванном *C. trachomatis*, выявляют положительный титр IgM-антител (обычно титр выше материнского).

Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции: так как на фоне острой респираторной инфекции у 80-90% больных бронхиальной астмой дошкольного возраста отмечается обострение заболевания, дифференциальная диагностика «вирусной» обструкции зачастую затруднена. Для астмы характерна приступообразность – внезап-

ность появления обструкции, а также, у большинства больных, указание в анамнезе на развитие приступов в ответ на различные триггеры.

Кроме того, у детей до 5 лет причины бронхиальной обструкции и/или свистящих хрипов в легких достаточно разнообразны: врожденные и наследственные аномалии респираторного тракта (трахео- и бронхомаляция и другие пороки развития бронхиальной стенки, муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, трахеопищеводные свищи), инородные тела, сосудистое кольцо, бронхолегочная дисплазия, гастроэзофагеальный рефлюкс и т.д.

Учитывая вышесказанное, при повторяющихся эпизодах обструкции ребенка следует направить на консультацию и дообследование, в первую очередь, к аллергологу-иммунологу при подозрении на бронхиальную астму (см. ФКР по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой) и к пульмонологу для исключения или подтверждения более редких причин бронхиальной обструкции.

ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

1. *Острый бронхит.*
2. *Острый бронхит, вызванный *M. pneumoniae*.*
3. *Острый бронхит, вызванный *S. trachomatis*.*
4. *Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции.*

ЛЕЧЕНИЕ

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

Не найдено доказательств эффективности при бронхитах противогистаминных препаратов, электропроцедур, а применение горчичников, жгучих пластырей, банок недопустимо!

Антибактериальная терапия при остром бронхите (вирусном, неосложненном) не показана (1А).

Предлагаемый протокол лечения включает необходимые и достаточные назначения. Дополнительные средства назначают только при наличии показаний.

Острый бронхит (вирусный) обычно не требует госпитализации, показаны:

- Обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки;
- Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции (1А).
- Противокашлевые средства центрального действия могут назначаться в отдельных случаях коротким курсом при сухом мучительном болезненном кашле при отсутствии хрипов в легких и других признаков бронхообструкции. Например, бутамират (*Код АТХ: R05DB13*): капли 4 р./день: детям 2-12 месяцев по 10; 1-3 лет по 15 капель, сироп: 3 р./день: детям 3-6 лет – по 5 мл; 6-12 лет – по 10 мл; депо-таблетки 50 мг детям старше 12 лет по 1-2 таб. в день.

Дополнительно при бронхитах по показаниям могут быть назначены:

- Противовирусные препараты – при симптомах гриппа (см. ФКР по ведению детей с острой респираторной инфекцией (острым назофарингитом)).

- Муколитические и отхаркивающие средства – при вязкой, трудно отделяемой мокроте: мукоурегуляторы: например, амброксол (*Код АТХ: R05CB06*) табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл. Детям 0-5 лет по 7,5 мг, 6-12 лет по 15 мг, >12 лет по 30 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: детям 0-5 лет по 2 мл, старше 5 лет по 2-3 мл 2 раза в день.
- Секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей: ацетилцистеин (*Код АТХ: R05CB01*) внутрь детям старше 6 лет - по 200 мг 2-3 раза/сут; детям в возрасте от 2 до 6 лет - по 200 мг 2 раза/сут или по 100 мг 3 раза/сут, до 2 лет - по 100 мг 2 раза/сут.; карбоцистеин (*Код АТХ: R05CB03*) детям в возрасте от 2,5 до 5 лет по 5 мл 2%-го сиропа дважды в день, детям старше 5 лет по 5 мл 5%-го сиропа трижды в день или 10 мл 2%-го сиропа трижды в день.
- При сохранении температуры $\geq 38^\circ$ более 3 суток решается вопрос о необходимости дообследования (общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки или иного, по показаниям) и антибактериальной терапии (1В).

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

- Ингаляционные β_2 -агонисты или комбинированные препараты можно использовать у детей 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:
 - 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 ≤ 6 лет и 1,0 мл – старше 6 лет либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней.
- При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO_2 менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β_2 -агонистов назначают: ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер – будесонид в суспензии, в среднем 250-500мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней.
- **В случае проведения дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой при длительно сохраняющемся кашле у детей *ex juvantibus* могут быть назначены ИГКС курсом до 2-3 месяцев с обязательной регулярной последующей оценкой эффекта проводимой терапии (см. ФКР по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой).**

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

Бронхит, вызванный микоплазмой или хламидиями: показаны макролиды (1А), например, джозамицин (*Код АТХ: J01FA07*) 40-50 мг/кг/сут или другие макролиды в течение 10-14 дней. При наличии обструкции – ингаляции β_2 -агонистов или комбинированных препаратов (см. выше) (1А). Оценка эффекта терапии – нормализация температуры и самочувствия, уменьшение кашля и хрипов в легких.

При остром бронхите, сопровождающемся признаками бактериальной инфекции, обусловленной типичной бактериальной флорой, в некоторых случаях может быть показано использование амоксициллина в дозировке 70 мг/кг/сут курсом 5-7 дней.

Следует помнить, что широкое применение антибактериальных препаратов даже в случае подозрения на наличие бактериальной этиологии острого бронхита, должно быть обосновано тяжестью состояния и лабораторными маркерами бактериального воспаления.

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИТОМ

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

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

ПРОФИЛАКТИКА

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

ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ

Прогноз благоприятный, острый бронхит редко осложняется пневмонией.

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.А. Баранов, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе (ред.) Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. Союз педиатров России, М. 2011. 208 стр.
2. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания (Практическое руководство. М.ПедиатрЪ. 2012).
3. Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 1;3:CD000245.
4. Panpanich R, Lerttrakarnnon P, Laopaiboon M. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD001954.
5. Little P, Stuart B, Moore M, et al. Amoxicillin for acute lower-respiratory-tract infection in primary care when pneumonia is not suspected: a 12-country, randomised, placebo-controlled trial. Lancet Infect Dis. 2013 Feb;13(2):123-9.
6. Ott SR. Antibiotics for acute bronchitis without benefit. MMW Fortschr Med. 2013 May 16;155(9):32.
7. Kuehn BM. Excessive antibiotic prescribing for sore throat and acute bronchitis remains common. JAMA. 2013 Nov 27;310(20):2135-6.
8. Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. JAMA. 2014 May 21;311(19):2020-2.

9. Hersh AL et al. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. *Pediatrics* 2011 Dec;128(6):1053-61.
10. О. В. Жукова, С. В. Кононова, Т. М. Коньшкина . Распределение затрат на фармакотерапию острого обструктивного бронхита у детей в условиях реальной клинической практики и с учетом фармакоэкономических исследований. *Фарматека* 2011; № 18: 62-67.
11. <http://www.uptodate.com>
12. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2009. 18с.