

ПРОТОКОЛ
ведения пациента с диагнозом бронхит.
(нормативная ссылка: КР 381 «Бронхит» 2021г, МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно, стационарно
Форма оказания медицинской помощи	неотложная
Средние сроки лечения (количество дней)	Не указаны
Врач	Врач- педиатр участковый, врач педиатр
Этиология	<ul style="list-style-type: none"> • 90%- респираторные вирусы, • до 10% случаев у школьников и подростков бактериальные патогены: <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> и <i>Bordetella pertussis</i>; другие бактериальные возбудители (<i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i>, нетипируемые штаммы <i>Haemophilus influenzae</i>) крайне редко являются причиной ОБ. Указанные патогены могут быть причиной затяжного бактериального бронхита
Классификация	
По форме	<p>Острый J20.0- J20.9: Лихорадка, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких. Изменение легочного рисунка (<i>усиление и повышение прозрачности</i>) при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.</p> <p>Рецидивирующий J40.0: Повторные эпизоды острых бронхитов 2 – 3 раза и более в течение года на фоне ОРИ. Критерии диагностики соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита.</p>
Диагностика	
Жалобы	Симптомы ОРИ- повышение температуры субфебрильная (реже – фебрильная), кашель, ринит.
Данные объективного осмотра	<p>-измерить ЧСС, ЧДД, сатурацию,</p> <p>-аускультация: рассеянные симметричные влажные и/или сухие хрипы, уменьшаются при откашливании, <i>обратить внимание на симметричность</i>,</p> <p>-оценить признаки дыхательной недостаточности (участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки),</p> <p>-провести перкуссию: <i>без притуплений</i>,</p> <p>- оценить характер кашля,</p> <p>- оценить наличие признаков интоксикации (вялость, отказ от еды и, особенно, от питья).</p>
Клиника: • ОБ вирусной этиологии	<p>Неспецифические симптомы ОРИ. Температура чаще субфебрильная, кашель непродуктивный, затем продуктивный, ринит. Заболевание длится 5-7 дней и заканчивается выздоровлением.</p> <p>Может сопровождаться синдромом бронхиальной обструкции, особенно у детей раннего возраста, <i>в случае РС-вирусной инфекции</i>,</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ОБ, вызванный M. Pneumoniae • ОБ, вызванный Chlam. Pneumoniae • Затяжной бактериальный бронхит 	<p><i>а также у детей с атопией и вероятным дебютом бронхиальной астмы.</i> Отмечаются экспираторная одышка, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, удлинённый выдох и сухие свистящие хрипы.</p> <p>Лихорадка 38-39°C в течение 5-7 дней, головная боль, гиперемия конъюнктив, фарингит (обычно болеют школьники). <i>Признаков интоксикации нет.</i> Кашель появляется с первых дней болезни, выраженный, малопродуктивный. Может быть синдромом бронхообструкции.</p> <p>Сопровождается фарингитом, синуситом и бронхообструктивным синдромом, лихорадка не характерна.</p> <p>Влажный кашель более 4 недель и влажные хрипы при удовлетворительном самочувствии.</p> <p>Кашель разрешается после пероральной антибактериальной терапии препаратами, активными в отношении <i>H. influenzae</i> (основной патоген), <i>S. pneumoniae</i>, <i>M. catarrhalis</i>. <i>Группа риска по развитию бронхоэктазов!</i></p>
Лабораторные диагностические исследования	
ОАК, СРБ	Показаны при лихорадке с признаками интоксикации, дыхательной недостаточности и при стационарном лечении.
Пульсоксиметрия	Обязательна при наличии признаков дыхательной недостаточности.
Рентген ОГК	При подозрении на пневмонию для ее исключения/подтверждения при соответствующих признаках
Спирометрия	При наличии симптомов бронхиальной обструкции
КТ ОГК и/или трахеобронхоскопия	При повторных эпизодах затяжного бронхита при неэффективности 2-недельного курса АБТ
ПЦР и/или серологическое исследование	При подозрении на коклюш-определение антител к возбудителю коклюша (<i>Bordetella pertussis</i>) в крови) начиная со 2 недели с момента начала кашля.
Показания для госпитализации в стационар:	
-возраст ребенка младше 3 месяцев; -вялость ребенка; -недостаточное поступление жидкости и эксикоз; -дыхательная недостаточность; -тяжелая фоновая патология; -социальные факторы, препятствующие адекватному амбулаторному лечению.	
Лечение	
Лихорадка	-физические методы охлаждения -обильное питье 100 мл/кг/сутки, -жаропонижающие средства выше 39°C (у детей с хронической патологией и (или) при выраженном дискомфорте, связанном с лихорадкой, возможно при температуре 38 °C и выше): Парацетамол 10-15 мг/кг каждые 6 часов; Ибупрофен 7,5 мг/кг каждые 6 часов.
Симптом бронхиальной обструкции	1. <u>Фенотерол + ипратропия бромид</u> (с помощью небулайзера: -дети и подростки старше 12 лет – 1 мл (1 мл = 20 капель) – 2,5 мл (2,5 мл = 50 капель) в 0,9% растворе натрия хлорида; -дети 6 – 12 лет – 0,5 мл (0,5 мл = 10 капель) – 2 мл (2 мл = 40 капель) в 0,9% растворе натрия хлорида, -дети до 6 лет – 0,1 мл (2 капли) на кг массы тела, но не более 0,5 мл (10 капель) в 0,9% растворе натрия хлорида. При недостаточной эффективности- ИГКС ингаляционного применения коротким курсом (<u>Будесонид</u> по 0,5– 1,0 мг на прием 2

	<p>раза в день).</p> <p>2. <u>Сальбутамол</u>- старше 12 лет ингаляционно с помощью дозированного ингалятора по 1-2 вдоха (100-200 мкг) не более 6 раз в сутки; до 12 лет - с помощью небулайзера по 2,5 мг в 0,9 % растворе натрия хлорида.</p>
Бактериальный бронхит, вызванный <i>M. Pneumoniae</i> или <i>S. Pneumoniae</i> и	<p>АБТ:</p> <p>1. <u>Азитромицин</u> 10мг/кг/сут в течение 3-5 дней,</p> <p>2. <u>Кларитромицин</u> в гранулах для приготовления суспензии для приёма внутрь: 7,5 мг/кг 2 раза в сутки в течение 7-4 дней</p> <p>3. <u>Доксициклин</u>:</p> <p>-дети 8-12 лет-4 мг/кг в 1 день, затем 2мг/кг в 1-2 приема,</p> <p>-дети более 50 кг-200 мг/сутки в 1-2 приема в 1 день, затем 100 мг 1 раз в сутки в течение 7-14 дней.</p>
Вязкая, трудноотделяемая мокрота	<p>Муколитики:</p> <p>-<u>Амброксол</u> (таблетки детям старше 12 лет – по 30 мг 3 раза в сутки в первые 2 – 3 дня, затем по 30 мг 2 раза в сутки или по 15 мг 3 раза в сутки; сироп: детям от 2 до 6 лет – по 7,5 мг 3 раза в день, до 2 лет: по 7,5 мг 2 раза в день внутрь или ингаляционно; раствор для ингаляций: детям старше 6 лет по 1-2 ингаляции по 2 – 3 мл раствора в сутки, детям до 6 лет – 1 – 2 ингаляции по 2 мл раствора в сутки,</p> <p>- <u>Ацетилцистеин</u> (подросткам старше 14 лет 400 – 600 мг в сутки в 2- 3 приема, детям в возрасте 6-14 лет по 300 – 400 мг в сутки в 2 – 3 приема, детям в возрасте 2- 5 лет по 200 – 300 мг в сутки в 2 – 3 приема, детям в возрасте до 2 лет по 100 мг 2 раза в сутки.</p> <p>- препараты на растительной основе (экстракт корней Пеларгонии; плюща обыкновенного листьев экстракта, комбинации первоцвета корней экстракт+ Тимьяна обыкновенного; комбинации Плюща листьев экстракт+ Тимьяна обыкновенного травы экстракт).</p>
Профилактика	
<p>-вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции,</p> <p>-исключить контакт с табачным дымом.</p> <p>Детей с повторяющимися бронхитами, в том числе сопровождающимися бронхиальной обструкцией, следует направить на консультацию к врачу аллергологу.</p>	

Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхите

N п/п	Критерии качества
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый
2.	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при лихорадке более 39 °С с признаками интоксикации, дыхательной недостаточности, подозрении на бактериальную инфекцию)
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки при наличии подозрения на пневмонию
4.	Проведено лечение лекарственными препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей из групп: селективные β_2 -адреномиметики или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими или антихолинергические средства либо другим препаратом для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (при наличии синдрома бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)

