Бронхит

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J20, J40, J41, J42 · Союз педиатров России, Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Бронхит — воспаление слизистой оболочки бронхов; у детей острый бронхит примерно в 90% случаев связан с респираторными вирусами. Рекомендация посвящена диагностике и лечению острого, рецидивирующего, хронического и затяжного бактериального бронхита, включая критерии исключения пневмонии и хронической бронхолёгочной патологии.

Главное

- Типичный острый бронхит проявляется кашлем, симметричными рассеянными сухими и/или влажными хрипами, обычно субфебрильной температурой и отсутствием выраженной интоксикации; бронхообструкция чаще отсутствует. Обычно заболевание разрешается самостоятельно за 5–7 дней.
- Острый бронхит у детей в 90% случаев вирусный; бактериальные причины встречаются преимущественно у школьников и подростков и включают M. pneumoniae, C. pneumoniae и B. pertussis.
- Жёлтая или зелёная мокрота сама по себе не является основанием для назначения антибиотика. При вирусном остром бронхите антибактериальная терапия неэффективна.
- Хронический бронхит у ребёнка — диагноз исключения; его устанавливают только после исключения астмы, муковисцидоза, первичной цилиарной дискинезии, пороков развития, иммунодефицитов, аспирации, туберкулёза и аспергиллёза лёгких.
- Затяжной бактериальный бронхит предполагают при влажном кашле более 4 недель, отсутствии другой причины и исчезновении кашля после пероральной антибактериальной терапии длительностью не более 14 дней.
- Неконтролируемое хроническое воспаление в нижних дыхательных путях, наличие H. influenzae и более 3 рецидивов затяжного бактериального бронхита в год увеличивают риск развития бронхоэктазов.

Диагностика

1. Соберите анамнез: уточните длительность и характер кашля, эпизоды аспирации, поперхивания при еде или питье, кровохарканье, дисфагию, повторные бронхиты, рецидивирующие воспаления пазух и лёгких, признаки иммунодефицита и контакт с больным туберкулёзом.
2. Проведите общий осмотр: оцените состояние и признаки дыхательной недостаточности, ЧДД и ЧСС, характер кашля, верхние дыхательные пути и конъюнктивы; выполните перкуссию и аускультацию лёгких с оценкой симметричности изменений. УУР С, УДД 5.
3. При типичной картине вирусного бронхита без лихорадки на амбулаторном этапе не назначайте рутинно общий анализ крови и СРБ. При температуре более 38 °C с интоксикацией, дыхательной недостаточности или подозрении на бактериальную инфекцию исследуйте кровь и СРБ; лейкоцитоз более 15×10^9/л и СРБ более 30 мг/л имеют диагностическое значение для бактериальной инфекции. УУР С, УДД 5.
4. Рентгенографию грудной клетки при типичном остром бронхите не выполняйте. Исследование показано при подозрении на пневмонию для её исключения или подтверждения. УУР С, УДД 5.
5. При клинических признаках дыхательной недостаточности проведите пульсоксиметрию. При повторных обструктивных бронхитах в ремиссии выполните спирометрию с бронхолитической пробой у детей обычно с 5 лет, если ребёнок способен выполнить дыхательный манёвр. УУР С, УДД 5.
6. При повторном эпизоде затяжного бактериального бронхита исследуйте мокроту или трахеальный аспират и/или жидкость бронхоальвеолярного лаважа для идентификации патогена и определения чувствительности микрофлоры. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При остром бронхите назначьте общую диету и обильное тёплое питьё до 100 мл/кг/сут. УУР С, УДД 5.

- При температуре выше 39–39,5 °C используйте физическое охлаждение и жаропонижающие: ибупрофен 7,5 мг/кг каждые 6–8 часов, максимум 30 мг/кг/сут, или парацетамол 10–15 мг/кг каждые 6 часов, максимум 60 мг/кг/сут. УУР С, УДД 5.
- Бронходилататоры применяйте только при бронхиальной обструкции. Например, сальбутамол детям до 12 лет через небулайзер 2,5 мг, при необходимости до 5 мг, не чаще 4 раз в сутки; детям старше 12 лет — 1–2 вдоха по 100–200 мкг не более 4 раз в сутки или через небулайзер 2,5–5 мг не чаще 4 раз в сутки. УУР С, УДД 5.
- Пероральные β_2-агонисты рутинно не назначайте из-за высокой вероятности нежелательных эффектов (УУР В, УДД 1); аминофиллин рутинно не назначайте по той же причине (УУР С, УДД 5). При недостаточном эффекте ингаляционных бронходилататоров, сохраняющейся гипоксемии или вероятном дебюте астмы рекомендуются ингаляционные глюкокортикостероиды (УУР А, УДД 1).
- При остром вирусном бронхите антибиотики не назначайте (УУР А, УДД 1). При подозрении на M. pneumoniae или C. pneumoniae используют макролид либо тетрациклин у детей старше 8 лет; пример — азитромицин 10 мг/кг/сут в один приём, максимум 500 мг/сут, 3 дня (УУР В, УДД 2).
- При вязкой, трудно отделяемой мокроте допустимы муколитики; их не сочетайте с противокашлевыми средствами. Противокашлевые назначайте выборочно только при сухом мучительном кашле после исключения обструкции и других состояний, требующих специального лечения. УУР С, УДД 5.
- При затяжном бактериальном бронхите рекомендуется антибактериальный препарат системного действия, активный в отношении H. influenzae, S. pneumoniae и M. catarrhalis, например амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 14 дней: детям 3 месяцев–12 лет 20–60 мг/кг/сут по амоксициллину в 2–3 приёма либо 90 мг/кг/сут в зависимости от формы; старше 12 лет — 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки. УУР А, УДД 1.
- При остром бронхите у детей с гриппом рекомендуется селективное назначение ингибиторов нейраминидаз — осельтамивира или занамивира. УУР А, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте ребёнка в круглосуточный стационар при возрасте младше 3 месяцев, признаках тяжёлого состояния, недостаточном питье или эксикозе, дыхательной недостаточности, тяжёлой фоновой патологии либо социальных обстоятельствах, мешающих лечению дома.
- Детей с рецидивирующим, обструктивным, затяжным бактериальным или хроническим бронхитом направляйте к аллергологу-иммунологу и/или пульмонологу для уточнения диагноза и тактики.
- При подозрении на затяжной бактериальный бронхит, особенно при неоднократных эпизодах, направьте ребёнка к пульмонологу для исключения хронической бронхолёгочной патологии.
- После госпитализации при остром бронхите ребёнка можно выписать после купирования лихорадки, дыхательной недостаточности и гипоксемии.

Частые вопросы

Нужно ли назначать антибиотик при остром бронхите и зелёной мокроте?

Нет, при вирусном остром бронхите антибиотики неэффективны, а цвет мокроты сам по себе не является показанием. Антибактериальная терапия нужна при обоснованном подозрении на бактериальную инфекцию.

Когда при бронхите делать рентген грудной клетки?

Не при типичной картине острого бронхита. Рентгенографию выполняют при подозрении на пневмонию для её исключения или подтверждения.

Как отличить затяжной бактериальный бронхит от обычного острого бронхита?

Для затяжного бактериального бронхита характерны влажный кашель более 4 недель, отсутствие признаков другой причины и разрешение кашля после перорального антибиотика, активного против H. influenzae, курсом не более 14 дней.

Когда при бронхите нужны бронходилататоры?

Только при синдроме бронхиальной обструкции — экспираторной одышке, свистящих хрипах или удлинённом выдохе. При отсутствии обструкции их назначение не обосновано.

Какие признаки требуют срочного обращения за медицинской помощью?

Опасны длительный отказ от питья, необычная сонливость или выраженная раздражительность, затруднённое или шумное дыхание, учащённое дыхание, втяжения грудной клетки, судороги или бред на фоне лихорадки. Также нужна оценка врача, если температура выше 38,5 °C сохраняется более 3 дней или кашель длится более 10–14 дней без улучшения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/381-bronhit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/381_3