

Утверждено:
Международная ассоциация
специалистов респираторной
Медико-научная ассоциация
терапевтов
Протокол от _____ 2024г
Зависов А.А.
МОСКВА

Утверждено:
Российское
Респираторное
общество
Протокол от _____ 2024г
А.С.

Утверждено:
«Российское медицинское общество терапевтов»
Протокол от _____ 2024г



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Острый бронхит

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **J20**

Год утверждения (частота пересмотра): **2024**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год окончания действия: **2026**

ID:

Согласованы
Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
04.12.2024 г.

Оглавление

Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)	6
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	8
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	13
2.1. Жалобы и анамнез	15
2.2. Физикальное обследование	15
2.3. Лабораторные диагностические исследования	16
2.4. Инструментальные диагностические исследования	19
2.5. Иные диагностические исследования	20
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	21
3.1. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	21
3.2. Требования к диетическим назначениям и ограничениям	21
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	25
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	26

6. Организация оказания медицинской помощи.....	27
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	28
7.1. Критерии оценки качества медицинской помощи.....	29
7.2. Список литературы	30
7.3. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	34
7.4. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	35
7.5. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	39
7.6. Приложение Б. Алгоритмы действий врача	40
7.7. Приложение В. Информация для пациента	41
7.8. Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	42

Список сокращений

АБП - антибактериальный препарат
БА - бронхиальная астма
ВП - внебольничная пневмония
ГКС - глюкокортикостероиды
ДН - дыхательная недостаточность
КТ - компьютерная томография
ЛС - лекарственное средство
НЛР - нежелательная лекарственная реакция
ОБ - острый бронхит
ОГК - органы грудной клетки
ОРВИ - острые респираторные вирусные инфекции
РКИ - рандомизированное клиническое исследование
СРБ - С-реактивный белок
ФВД - функция внешнего дыхания
ХБ - хронический бронхит
ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких
ЧДД - частотой дыхательных движений
ЧСС - частота сердечных сокращений
SaO₂ - насыщение гемоглобина кислородом, %

B. pertussis - *Bordetella pertussis*
C. pneumoniae - *Chlamydophila pneumoniae*
H. influenzae - *Haemophilus influenzae*
M. pneumoniae - *Mycoplasma pneumoniae*
S. pneumoniae - *Streptococcus pneumoniae*

1.2 Термины и определения

Острый бронхит - остро или подостро возникшее воспаление нижних отделов дыхательных путей преимущественно вирусной этиологии, ведущим клиническим симптомом которого является продуктивный кашель (чаще продуктивный), продолжающийся не более 2 недель (возможно до 4-х недель) в сочетании с характерными признаками инфекции нижних отделов респираторного тракта (хрипы, дискомфорт в грудной клетке, одышка) без возможности их альтернативного объяснения в рамках острого или хронического процесса [1-6].

Кашель - защитная реакция организма, способствующая восстановлению проходимости дыхательных путей и выведению из них чужеродных частиц, микроорганизмов или патологического бронхиального секрета, что обеспечивает очищение бронхов.

2. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Под острым бронхитом понимают остро/подостро возникшее воспаление нижних отделов дыхательных путей преимущественно вирусной этиологии, ведущим клиническим симптомом которого является продуктивный кашель (чаще продуктивный), продолжающийся не более 2-х недель, в сочетании с характерными признаками инфекции нижних отделов дыхательной системы (хрипы, дискомфорт в грудной клетке, одышка) без возможности их альтернативного объяснения в рамках острого или хронического процесса (пневмония, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) [1-6].

С клинической точки зрения острый бронхит характеризуется остро возникшим кашлем, продолжающимся менее 14 дней, в сочетании, по крайней мере, с одним из таких симптомов, как отделение мокроты, одышка, свистящие хрипы в легких или дискомфорт в грудной клетке [7].

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

Типичным пусковым механизмом острого бронхита, как правило, является вирусная инфекция, однако, по данным исследований установить патоген удается только в половине случаев [8-9].

В подавляющем числе случаев этиологическими агентами ОБ у взрослых являются респираторные вирусы [10-12] - табл. 1.

Спектр возбудителей представлен вирусами гриппа А и В, парагриппа, а также респираторно-синцитиальным вирусом, человеческим метапневмовирусом, реже заболевание обусловлено коронавирусной (исключая вирус SARS-CoV-2), аденовирусной и риновирусной инфекцией [13-15]. Впрочем, по данным исследований, у пациентов с ОБ вирусы гриппа обнаруживают в 24% случаев, а риновирусы в 33% [16, 18]. Объяснением служит тот факт, что в среднем у 30% пациентов с ОБ диагностируется сочетанная инфекция, обусловленная более чем одним возбудителем, что в конечном итоге и объясняет нередкое сочетание признаков воспаления бронхиального дерева при ОБ с клиническими проявлениями, свидетельствующими о поражении верхних отделов респираторного тракта [17-18].

Наиболее часто сочетанная этиологии ОБ отмечается при гриппе и риновирусной инфекции, при которых дополнительным этиологическим фактором могут выступать другие респираторные вирусы (парагрипп, аденовирус и др.).

У детей этиология острого бронхита также обусловлена вирусами (до 90%): аденовирус, вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, бокавирус человека, вирус Коксаки, вирус простого герпеса и другие вирусы [18].

Бактериальная этиология острых бронхитов наблюдается значительно реже, не более чем у 10-15% пациентов [19-21]. Бактериальными возбудителями ОБ являются чаще *Mycoplasma* и *Chlamydophila pneumoniae*, в редких случаях *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* [21].

Однако данный факт требует дальнейших исследований, позволяющих уточнить у какого рода пациентов ОБ может быть вызван бактериальными агентами, и не является ли это течением или следствием иного инфекционного процесса. Сочетанная вирусно-бактериальная инфекция встречается редко [22].

На долю *Mycoplasma* и *Chlamydophila pneumoniae* приходится не более 5-7% от всех случаев заболевания [23]. *Bordetella pertussis* встречается в 5-10% случаев [24].

Бактерии, менее, чем в 10 % вызывают острый бронхит в педиатрии. Основным бактериальным возбудителем является *Mycoplasma pneumoniae*, реже бронхит вызывают *Chlamydophila pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella*

catarrhalis и другие. Такие бактериальные возбудители, как *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, нетипируемые штаммы *Haemophilus influenzae*, чаще всего бывают причиной ОБ у детей, имеющих тяжелую фоновую патологию [18].

Кроме инфекционных агентов причиной развития ОБ может являться вдыхание различных аэрополлютантов (пары аммиака, хлора, двуокиси серы и пр.) (таблица 1).

Таблица 1. Инфекционные агенты и неинфекционные триггеры развития ОБ

Вирусы	Вирусы гриппа, аденовирус, коронавирусы, коксакивирус, энтеровирус, вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус
Бактерии	<i>Bordetella pertussis</i> , <i>Bordetella parapertussis</i> , <i>Branhamella catarrhalis</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i>
Неинфекционные причины	Аэрополлютанты, вулканическое загрязнение воздуха, аммиак, табак, металлические микроэлементы и др.

Факторы риска

В развитии ОБ играют роль переохлаждение, наличие очагов хронической инфекции в ротоглотке, пожилой или детский возраст, различные иммунодефицитные состояния, курение, рефлюкс-эзофагит, алкоголизм, проживание в районах с повышенным загрязнением окружающей среды, контакт с ингаляционными химическими агентами (пары аммиака, серы и пр.) [4-6, 17, 25-26].

Патогенез заболевания

Воздействие инфекционных или токсических агентов вызывает отек слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, повышение продукции слизи, нарушение мукоцилиарного клиренса. В свою очередь воспалительный отек слизистой оболочки бронхов приводит к нарушению их проходимости.

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

Острый бронхит относится к наиболее актуальным проблемам современной пульмонологии, что связано с высокой заболеваемостью, достигающей 30 – 40 случаев на 1000 человек ежегодно [1-2]. По результатам эпидемиологических исследований именно ОБ является одной из наиболее частых причин

обращения пациентов за медицинской помощью в амбулаторной практике [3-5]. Известно, что в США ОБ диагностируется более чем у 2,5 млн. человек ежегодно [27], в Великобритании заболеваемость ОБ составляет 40 случаев на 1000 человек в год [8], а в Австралии каждая пятая причина вызова врача общей практики обусловлена течением острого бронхита [28].

Заболеваемость ОБ характеризуется широкой вариабельностью и зависит от времени года (пик приходится на осенне-зимний период) и эпидемиологической ситуации (эпидемический подъем заболеваемости гриппом). Стоит отметить, что истинные масштабы распространенности ОБ у взрослых оценить крайне сложно.

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

Классификация ОБ.

В соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти X пересмотра (МКБ X), ОБ кодируется в рубрике.

- J20.0 Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*
- J20.1 Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae*
- J20.2 Острый бронхит, вызванный стрептококком
- J20.3 Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки
- J20.4 Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа
- J20.5 Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
- J20.6 Острый бронхит, вызванный риновирусом
- J20.7 Острый бронхит, вызванный эховирусом
- J20.8 Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами
- J20.9 Острый бронхит неуточненный
- J40.0 Бронхит, не уточненный как острый или хронический

В МКБ-10 принят этиологический подход в классификации острого бронхита. Однако, ряд объективных и субъективных факторов (нетяжелое течение заболевания, невозможность получить качественный клинический материал, отсутствие возможностей для вирусологического исследования, недостаточная информативность традиционных микробиологических

исследований, распространенная практика самолечения, включающего прием АБП и др.) являются причиной того, что этиология заболевания верифицируется крайне редко.

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

В зависимости от этиологического фактора выделяют:

- острый бронхит инфекционного происхождения (вирусный, бактериальный, вызванный вирусно-бактериальной ассоциацией);
- острый бронхит, обусловленный ингаляционным воздействием химических или физических факторов.

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

Клиническая картина острого бронхита характеризуется, как правило, острым началом, наличием симптомов, обусловленных поражением верхних и нижних дыхательных путей, и симптомами интоксикации различной степени выраженности.

Симптомы ОБ, обусловленные поражением дыхательных путей:

- основной симптом - кашель, как правило, продуктивный с отделением небольшого количества слизистой, а иногда и гнойной мокроты. В ряде случаев кашель приобретает надсадный мучительный характер;
- дискомфорт в грудной клетке;
- при аускультации выслушивается дыхание с удлинённым выдохом, диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы;
- в тяжелых случаях пациента беспокоит одышка;
- нередко наблюдаются симптомы поражения верхних отделов респираторного тракта (заложенность носа, ринорея, нарушение носового дыхания, гиперемия ротоглотки). При инфекции, вызванной вирусом парагриппа, нередко наблюдается осиплость голоса. Для аденовирусной инфекции характерно развитие конъюнктивита.

Симптомы интоксикации:

- повышение температуры тела (как правило, до субфебрильных значений)
- головная боль
- общая слабость и пр.

Наиболее частые симптомы и изменения данных физикального обследования при остром бронхите приведены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2. Симптомы острого бронхита [7]

Симптомы	Частота встречаемости, %
1. Кашель	92
2. Выделение мокроты	62
3. Ринорея	50
4. Боль в горле	50
5. Слабость	48
6. Головная боль	46
7. Затекание слизи из носа в дыхательные пути	42
8. Одышка	42
9. Озноб	38
10. Свистящее дыхание	35
11. Гнойные выделения из носа	33
12. Мышечные боли	32
13. Лихорадка	30
14. Повышенная потливость	29
15. Боль в придаточных пазухах носа	28
16. Боль в грудной клетке	17
17. Затруднение дыхания	14

Таблица 3. Данные объективного обследования, характерные для острого бронхита [7]

Симптомы	Частота встречаемости, %
1. Гиперемия глотки	45
2. Увеличение шейных лимфатических узлов	19
3. Дистанционные хрипы	18
4. Сухие свистящие хрипы при аускультации	17
5. Болезненность придаточных пазух при пальпации	16
6. Гнойные выделения из носа	15
7. Заложенность ушей	15
8. Увеличение миндалин	11
9. Температура тела более 37,8 °С	9
10. Экспираторная одышка	9
11. Ослабление дыхательных шумов	7

Клиническая картина заболевания зависит от актуального возбудителя и в ряде случаев можно выделить ряд характерных особенностей в течении болезни. Так, типичная гриппозная инфекция начинается, как правило, с резкого подъема температуры тела (38°С-40°С), которая сопровождается ознобом, головокружением, болями в мышцах, головной болью и общей слабостью. Температура достигает максимума к концу первых - началу вторых суток болезни. К этому времени все симптомы гриппа максимально выражены. Ринорея, как правило, не наблюдается, напротив, больные часто жалуются на чувство сухости в носу и глотке. В большинстве случаев появляется сухой или малопродуктивный кашель, сопровождающийся болью за грудиной. Длительность лихорадочного периода составляет в среднем 3-5 дней, общая продолжительность заболевания 7-10 дней. Снижение температуры тела сопровождается улучшением состояния пациента, однако явления постинфекционной астении могут сохраняться в течение 2-3 недель, что чаще всего наблюдается у пожилых больных.

Mycoplasma pneumoniae - чаще встречается у молодых пациентов (16-40 лет), течение заболевания характеризуется фарингитом, общим недомоганием, слабостью, потливостью и длительным постоянным кашлем (более четырех недель). В тоже время, в случае остро развившегося кашля *M. pneumoniae*, как

верифицированный возбудитель возникшей инфекции дыхательных путей, по данным исследований встречается менее чем в 1% случаев.

Хламидийная инфекция (*C. pneumoniae*) у взрослых пациентов с диагнозом острый бронхит выявляется менее чем в 5%. Клинические особенности описываются как сочетание симптомов бронхита, фарингита и ларингита. Пациенты наиболее часто в жалобах отмечают хрипоту, осиплость голоса, субфебрильную лихорадку, першение в горле и, как следствие, постоянный малопродуктивный кашель с отхождением слизистой мокроты.

Возбудители коклюша и паракоклюша - *Bordetella pertussis* и *Bordetella parapertussis* определяются по данным отдельных исследований в среднем у 10% взрослых с кашлем продолжительностью более 2 недель. Основной жалобой пациентов является надсадный «лающий» кашель. В тоже время клиническая симптоматика коклюша у взрослых нередко остается не оцененной, вследствие приема больными противокашлевых препаратов и средств для лечения простудных заболеваний [29].

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

Диагноз ОБ формируется синдромально на основании наличия характерных клинических симптомов острого поражения бронхиального дерева, данных лабораторных и инструментальных исследований при условии исключения хронической патологии бронхолегочной системы и острого инфекционного процесса с поражением легочной ткани. Клинически острый бронхит характеризуется остро возникшим кашлем, продолжающимся менее 14 дней, в сочетании, по крайней мере, с одним из таких симптомов, как отделение мокроты, одышка, свистящие хрипы в легких или дискомфорт в груди [7].

Для ОБ не существует патогномичных симптомов, поэтому чаще всего предварительный диагноз ставится на основании клинической картины и анамнеза заболевания, поэтому, ОБ - диагноз исключения.

У детей диагностика острого бронхита также основана на оценке жалоб, анамнеза, клинической картины и данных аускультации легких. Кашель возникает остро, нередко на фоне предшествующих симптомов ОРВИ (ринит, назофарингит и др.), сохраняется до 2-3 недель. Температура тела обычно субфебрильная, реже – фебрильная, признаки

выраженной интоксикации отсутствуют. При аускультации легких выслушиваются диффузные рассеянные разнокалиберные влажные и/или сухие хрипы с обеих сторон [18, 20].

Тщательный сбор анамнеза, оценка клинических симптомов и данных физикального обследования позволяет исключить серьезные, жизнеугрожающие заболевания (внебольничная пневмония).

При формулировке диагноза ОБ учитывают особенности клинического течения заболевания (степень тяжести, период болезни) и приводят его обоснование. При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой для каждого из пунктов.

Этиологический диагноз считают установленным при наличии характерных клинических симптомов ОБ и лабораторного подтверждения любым регламентированным нормативно-методическими документами методом этиологии ОБ. При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден этиологический диагноз.

Учитывая клинические проявления (продуктивный кашель нередко с эспекторацией гнойной мокроты, интоксикация, дискомфорт в грудной клетке) дифференциальная диагностика должна проводиться, прежде всего, в отношении внебольничной пневмонии (ВП). Так, остро возникший кашель, у пациента с субфебрильной температурой тела (температура тела менее 38°C), с симптомами инфекции верхних дыхательных путей (боль в горле, насморк), при отсутствии тахикардии (пульс менее 100 уд. в мин), тахипноэ и локальной физической симптоматики является характерной клинической картиной, присущей ОБ вирусной этиологии. Напротив, при наличии у пациента фебрильной лихорадки (более 38°C), ознобов, гнойного характера откашливаемой мокроты, сопровождающегося болью, в груди, усиливающейся на вдохе/кашле, тахипноэ, а также наличие локальной симптоматики (укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, феномена крепитации, влажных хрипов и др.) следует склониться в пользу диагноза ВП.

Возможными признаками пневмонии у ребенка могут быть фебрильная лихорадка (более 39°C), признаки интоксикации, дыхательной недостаточности (одышка, цианоз, снижение spO_2 , втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, кивательные движения головой), локальные изменения при перкуссии (притупление звука) и аускультации легких (крепитация, мелкопузырчатые влажные хрипы и др.). В этом случае

для исключения пневмонии целесообразно провести общий клинический анализ крови, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, прицельная рентгенография органов грудной клетки, или компьютерная томография органов грудной полости [30].

Однако приводимые выше направления диагностического поиска на практике оказываются клиническими крайностями, а абсолютное большинство пациентов демонстрирует некую усредненную клиническую картину. Кроме всего прочего, кашель с отделением гнойной мокроты не является адекватным свидетельством бактериальной инфекции. Так, частота экспекторации гнойной мокроты при ОБ составляет порядка 48%, а при пневмонии - 65%.

В этих условиях важное значение приобретает необходимость полноценного осмотра больного, анализ аускультативной картины и доступность рентгенологических методов исследования.

Показания для проведения прицельной рентгенографии органов грудной клетки амбулаторным больным с жалобами на остро возникший кашель с целью исключения диагноза пневмонии приведены выше. Помимо вышеперечисленного, целесообразно выполнять рентгенологическое обследование у больных пациентов пожилого и старческого возраста в случае сохранения у них лихорадки более 3-х суток.

При новой коронавирусной инфекции, в отличие от других респираторных вирусов, как правило, не наблюдается поражение эпителия трахеобронхиального дерева (отсутствует продуктивный кашель), однако клинические проявления, такие как температура, надсадный сухой кашель, общая слабость могут быть обусловлены вирусом SARS-CoV-2. Для уточнения диагноза целесообразно иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А, -иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева, носоглоточного аспирата или назального смыва на аденовирус, иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа А, иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа.

Дифференциальная диагностика в случае затяжного течения заболевания, протекающего с явлениями бронхообструкции и/или длительным кашлем, должна проводиться с обострением хронического бронхита/ХОБЛ, обострением бронхиальной астмы (БА). Диагностические критерии ХОБЛ, БА представлены в соответствующих клинических рекомендациях.

Наиболее частой клинической ситуацией является проведение дифференциальной диагностики с обострением хронического бронхита ввиду того, что наличие ряда критериев (гнойная мокрота) при обострении ХБ

требует решения вопроса о назначении АМП, тогда как при ОБ наличие гнойной мокроты не свидетельствует в пользу бактериальной инфекции. Под хроническим бронхитом в настоящее время понимают хроническое воспалительное заболевание бронхов, характеризующееся морфологической перестройкой их слизистой оболочки и проявляющееся кашлем с выделением мокроты в течение 3 месяцев и более в году на протяжении 2-х последовательных лет.

2.1. Жалобы и анамнез

- У всех больных с подозрением на ОБ **рекомендуется** провести оценку жалоб, социального статуса, собрать полный медицинский, для уточнения факторов риска инфицирования определенными возбудителями ОБ эпидемиологический анамнез и профессиональный анамнез [4, 6, 19, 20, 27].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Клиническая картина острого бронхита характеризуется острым началом, наличием симптомов, обусловленных поражением верхних и нижних дыхательных путей, и симптомами интоксикации различной степени выраженности.

Сбор анамнеза, оценка социального статуса и семейно-бытовых условий важны для уточнения факторов риска инфицирования определенными возбудителями ОБ. Клиническая картина заболевания зависит от актуального возбудителя и в ряде случаев можно выделить ряд характерных особенностей в течении болезни - см. раздел 1.6.

Однако, несмотря на наличие определенных характерных признаков той или иной инфекции в течении ОБ, каких-либо закономерностей, позволяющих с высокой степенью надежности предсказать возбудителя заболевания без использования дополнительных лабораторных методов исследования в настоящее время не существует.

2.2. Физикальное обследование

У всех больных ОБ **рекомендуется** провести общий осмотр, измерить показатели жизнедеятельности (измерение частоты сердцебиения, исследование пульса, измерение артериального давления на периферических артериях, термометрия общая) и выполнить детальное обследование грудной клетки [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательности 5)

Комментарии: Физическими признаками ОБ являются выслушиваемые при аускультации легких: жесткое дыхание (в том числе с удлиненным выдохом), диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы. Однако, необходимо отметить, что данные, получаемые при физическом обследовании, зависят от многих факторов, включая возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний и пр. [3, 17, 20, 25, 27].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Всем больным ОБ рекомендуется общий (клинический) анализ крови развернутый, с исследованием уровня лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов, дифференцированный подсчет лейкоцитов лейкоцитарная формула) [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Данные общего анализа крови не являются специфичными, однако при ОБ вирусной этиологии в общем анализе крови как правило не отмечается лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига в сторону юных форм, напротив, лейкоцитоз $\geq 12 \times 10^9/\text{л}$ с повышением уровня нейтрофилов $\geq 9,5 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг $> 10\%$, нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение > 20 , указывают на высокую вероятность бактериальной инфекции, что требует дальнейшего обследования пациента с целью исключения пневмонии. При вирусной этиологии ОБ возможна лейкопения и лимфоцитоз. При пневмонии или (реже) при бактериальной этиологии ОБ - лейкоцитоз (более $15 \times 10^9/\text{л}$) и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

Госпитализированным больным с ОБ рекомендуется: анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови) [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Биохимический анализ крови не дает какой-либо специфической, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний, а также имеют определенное прогностическое значение при выборе ЛС и/или режима их дозирования.

- Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови **рекомендуется** при дифференциальной диагностике с пневмонией и для определения показаний к антибактериальной терапии [5, 30-36].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: Для исключения бактериальной инфекции при ОБ необходимо исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. При пороговом значении уровня С-реактивного белка менее 20 мг/л в подавляющем числе случаев ОБ можно предположить вирусную этиологию заболевания и отказаться от применения антибиотиков. Напротив, уровень СРБ > 50 мг/л подтверждает подозрение в пользу бактериальной инфекции

(концентрация СРБ более 100 мг/л свидетельствует в пользу бактериальной пневмонии), в связи с чем, необходимо обследование, направленное на исключение бактериального процесса (общий (клинический) анализ крови, прицельная рентгенография органов грудной клетки) [5, 30, 36]. В случае промежуточных значений (уровень СРБ от 20 до 50 мг/л), необходимо динамическое наблюдение, обследование, направленное на исключение бактериального процесса [5, 30, 36].

Не рекомендуются при ОБ микробиологические исследования [5].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: При неосложненном ОБ микробиологические исследования, направленные на верификацию этиологического диагноза, не оказывают существенного влияния на тактику лечения и не рекомендуются.

- Исследование респираторного образца (иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа А и на вирус гриппа В) во время эпидемии гриппа в регионе или наличии соответствующих клинических и/или эпидемиологических данных **рекомендуется** [22];

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: Ранняя диагностика вирусов гриппа играет важную роль при выборе режима эмпирической терапии. Основным методом идентификации вирусов гриппа в настоящее время является ПЦР. Преимуществом является возможность выполнения "у постели больного" и быстрота получения результата. Методом ПЦР определяется РНК вируса гриппа А (*Influenza virus A*), РНК вируса гриппа В (*Influenza virus B*), РНК вируса гриппа С (*Influenza virus C*).

При ОБ не рекомендуется рутинное использование методов идентификации *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae* и других респираторных вирусов (кроме вирусов гриппа) [23].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: Целесообразность выполнения исследований, направленных на выявление *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae* должна определяться клиническими показаниями для конкретного пациента («семейный» анамнез, затяжное течение заболевания, бронхообструктивный синдром и пр.) Основным методом диагностики *M. pneumoniae* - ПЦР (ПЦР-РТ), для выявления *S. pneumoniae* используются молекулярные и серологические методы исследования. Современные методы обнаружения респираторных вирусов основаны на выявлении РНК/ДНК возбудителей с помощью ПЦР и антигенов методами иммунохроматографии, ИФА, иммунофлюоресценции. [16, 22-24].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Инструментальная диагностика при ОБ включает лучевые методы исследования (прицельная рентгенография органов грудной клетки), пульсоксиметрию, электрокардиографическое исследование (ЭКГ).

Показаниями для проведения рентгенологического исследования органов грудной клетки амбулаторным больным с жалобами на остро возникший кашель с целью исключения диагноза пневмонии является выявление в ходе осмотра пациента увеличения частоты сердечных сокращений более 100 в минуту, одышки более 24 в минуту, или температуры тела $>38^{\circ}\text{C}$, либо выслушивание при аускультации влажных хрипов на стороне поражения:

- Всем пациентам с ОБ рекомендуется: пульсоксиметрия с измерением SpO_2 для выявления ДН [25, 28]

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Пульсоксиметрия является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с ДН. Острый бронхит ДН, как правило, не сопровождается [25, 26].

- С целью определения нарушений сердечного ритма или нарушений проводимости сердца пациентам с ОБ с сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы, **рекомендуется** проведение ЭКГ в стандартных отведениях [25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 4).

Комментарии: Данное исследование не несет в себе какой-либо специфической информации при ОБ. Однако, течение заболевания увеличивает риск декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний увеличивает риск развития нарушений ритма и острого коронарного синдрома (ОКС) [24-27].

2.5. Иные диагностические исследования

Рекомендуется исследование функции внешнего дыхания для выявления обструктивных нарушений лёгочной вентиляции у пациентов с ОБ при сохранении симптомов более 14 дней, исключения активной вирусной и/или бактериальной инфекций, у пациентов с жалобами на одышку, ощущения «хрипов в грудной клетке», а также в случае аускультативных данных, указывающих на бронхообструктивный синдромом, с целью дифференциальной диагностики [24-27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: У пациентов с ОБ как правило, регистрируются нормальные показатели легочной вентиляции.

Диагностические исследования с целью исключения постназального затека, бронхиальной астмы, эзофаго-гастрального рефлюкса **рекомендуется** проводить в тех случаях, когда по результатам проведенного врачебного осмотра выявляются особенности клинической картины заболевания, либо при наличии у пациента кашля, продолжительностью более 4-х недель [25-27].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

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

3.1. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента.
- Соблюдение масочного режима.
- Домашний режим в течение острого периода болезни.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Гигиеническая обработка слизистых полости рта и носа.

3.2. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

При отсутствии заболеваний органов пищеварения и отсутствии показаний для назначения специализированной диеты показан стол №15.

3.1 Медикаментозные средства

Антибактериальные препараты системного действия

• При остром бронхите применение антибактериальных препаратов системного действия не рекомендовано [18, 25, 26, 34].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: Применение антибактериальных препаратов системного действия при остром бронхите, до настоящего времени является проблемой для практической медицины [8, 10, 31-32]. Так, в целом ряде рандомизированных клинических исследований был сделан вывод о том, что антибактериальные препараты системного действия не оказывают никакого влияния на улучшение состояния пациентов [18, 33-34]. В тоже время, сообщается о высокой частоте нежелательных явлений, которые сопутствуют их применению [8, 34].

Другой проблемой неоправданного назначения антибактериальных препаратов системного действия при остром бронхите является рост устойчивости к ним актуальных респираторных патогенов. И лишь в некоторых наблюдениях мы найдем свидетельства того, что назначение данных препаратов на амбулаторном этапе сопровождается возможным

снижением частоты госпитализаций по поводу инфекций дыхательных путей у пациентов старших возрастных групп [35].

Показания к назначению антибактериальных препаратов системного действия при установленном диагнозе «Острый бронхит» [26, 38, 35]:

- кашель с гнойной мокротой (грязно-желто-зеленой) в сочетании с выраженной интоксикацией (снижение аппетита, недомогание, слабость при отсутствии другой диагностической альтернативы) при:

- числе лейкоцитов $> 12,0 \times 10^9/\text{л}$ (и/или нейтрофилов $> 5,5 \times 10^9/\text{л}$), палочкоядерных $> 10\%$, в анализе периферической крови и/или,

- СРБ $> 50 \text{ мг/л}$

В случае наличия перечисленных критериев назначается амоксициллин** (3 г/сутки в течении 5-7 дней).

Комментарии: Кашель с гнойной мокротой без соответствующих лабораторных показателей в анализе периферической крови и/или соответствующего уровня СРБ не является показанием для назначения антибактериальных препаратов системного действия при остром бронхите [37].

Таблица 4. Показания к антибактериальной терапии препаратами системного действия у больных старшего возраста с острым бронхитом [38]

Кашель с гнойной мокротой у больного > 80 лет $+ \geq 1$ из следующих «условий»	1. Госпитализация в течение предыдущих 12 мес.
При наличии кашля с гнойной мокротой у больного > 65 лет $+ \geq 2$ из следующих «условий»	2. Прием системных ГКС или другой иммунодепрессивной терапии
	3. ВИЧ/СПИД
	4. Сахарный диабет I и II типа
	5. Застойная сердечная недостаточность

В этих случаях целесообразно назначение: амоксициллин+клавулановая кислота** 875-125 мг/12 часов в течение 7-10-дней в начале приема пищи или #цефдиторен (200 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней), или #цефподоксим (200 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней).

Обращается внимание, что назначение антибактериальных препаратов системного действия при остром бронхите показано только в единичных случаях и в строгом соответствии с указанными критериями к их назначению.

При подтвержденной лабораторной диагностикой острого бронхита, вызванного *M. pneumoniae* или *S. pneumoniae*, целесообразно (при наличии критериев к назначению антибактериальных препаратов системного действия) назначение препарата из группы макролидов (klarитромицин**, азитромицин**) или доксицилина**. Азитромицин**

назначается в дозе 500 мг 1 раз в сутки 3 суток, кларитромицин** по 500 мг 2 раза в день, доксицилин** по 100 мг 2 раза в день в течение 5-10 суток [36- 39].

Режимы дозирования антибактериальных препаратов представлены в Приложении А3.

Противовирусные препараты прямого действия

Рекомендовано назначение осельтамивира** у пациентов с симптомами гриппа, имеющих факторы риска (дети раннего возраста, пожилой возраст, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность и др.) [25-26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)

Комментарии: целесообразность назначения осельтамивира** при гриппе (других противовирусных препаратов прямого действия) определяется врачом индивидуально для каждого пациента. Осельтамивир** применяется в дозе 75 мг 2 раза в день в течение 5 дней.

Режимы дозирования занамивира и балоксавира марбоксила представлены в Приложении А3.

В случае COVID-19 тактика ведения больного определяется в соответствии с действующими временными методическими рекомендациями [42].

Препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (препараты, обладающие бронхолитическим действием)

• **Не рекомендовано** рутинное применение препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (селективных бета2-адреномиметиков или адренергических средств в комбинации с антихолинергическими, включая тройные комбинации с кортикостероидами) при остром бронхите, **Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 1).**

Комментарии: По данным РКИ потенциальные положительные стороны от приема селективных бета 2-адреномиметиков (сальбутамол**) сомнительны по сравнению с наличием у данных средств побочных эффектов, наблюдаемых в процессе лечения [40].

Рекомендовано применение селективных бета 2-адреномиметиков только у пациентов с ОБ и длительным кашлем и признаками бронхиальной гиперреактивности [40].

В случае длительного кашля целесообразно рассмотреть необходимость применения препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей у пациентов с длительным кашлем (более 10-14 дней) и признаками бронхиальной гиперреактивности в случае неэффективности предшествующей муколитической или противокашлевой терапии [24-26]. В этих случаях рекомендуются ингаляции одного из препаратов [24-26]:

- Сальбутамол** 100 мкг/доза в форме дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) 2-4 дозы (200-400 мкг) 3 раза в сутки,
- Ипратропия бромид+Фенотерол** 20/50 мкг/доза в форме ДАИ 1-2 дозы 3 раза в день,
- Ипратропия бромид** 20 мкг/доза в форме ДАИ 2 дозы (40 мкг) 4 раза в сутки.

Кортикостероиды (R01AD)

Применение ингаляционных кортикостероиды (R01AD) у пациентов с ОБ не рекомендовано [41]

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии: По данным отдельных РКИ применение ингаляционных кортикостероидов (R01AD) у пациентов с ОБ может сопровождаться снижением интенсивности кашля, но для подтверждения данного эффекта требуется проведение дальнейших клинических исследований. В связи с этим рутинное применение ингаляционных кортикостероидов при ОБ не рекомендовано [41].

Муколитические препараты

Пациентам с ОБ при наличии продуктивного кашля **возможно** назначение муколитических препаратов для разжижения и улучшения отхождения мокроты [43-51].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: муколитические препараты применяются при наличии продуктивного кашля – амброксол**, бромгексин, ацетилцистеин**, эрдостеин, комбинированные препараты (амброксол+гвайфенезин+сальбутамол, бромгексин+гвайфенезин+сальбутамол, амброксол+гвайфенезин+левосальбутамол, амброксол+сальбутамол+гвайфенезин), комбинированные растительные лекарственные средства (плюща обыкновенного листьев экстракт+тимьяна травы экстракт, первоцвета весеннего корней

экстракт+тимьяна обыкновенного травы экстракт), ингаляции небулизированного 7% гипертонического раствора с гиалуроновой кислотой (1 небула-5 мл два раза в день) [43-51].

Режимы дозирования муколитических препаратов представлены в Приложении А3.

Инструментальные методы удаления бронхиального секрета

Пациентам с ОБ пожилого возраста, с нарушениями кашлевого рефлекса, целесообразно применение различных методов удаления бронхиального секрета.

Применяются - постуральный массаж, инструментальные методы (в условиях дневного стационара, в случае госпитализации пациента) - *вибраакустическая терапия (ВАТ)*. ВАТ сочетает в себе акустическое и вибрационное воздействие волнами высокой интенсивности, усиленных резонансным эффектом как источник механических вибраций. Данный метод оказывает существенное положительное влияние на дренажную функцию дыхательных путей [52].

Противокашлевые препараты и средства для лечения простудных заболеваний

Применение противокашлевых препаратов и средств для лечения простудных заболеваний при ОБ, сопровождающемся продуктивным кашлем **не рекомендовано** [43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Не рекомендуется при ОБ, протекающем с продуктивным кашлем назначение противокашлевых препаратов и средств для лечения простудных заболеваний так как их назначение может сопровождаться нарушением мукоцилиарного клиренса [25-26, 43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

При длительном (постинфекционном) непродуктивном кашле, значительно нарушающем качество жизни (болевой синдром, нарушение сна, нарушение дневной активности и др.) **рекомендуется** назначение противокашлевых препаратов и средств для лечения простудных заболеваний с симптоматической целью. Применяются – ренгалин, или леводропропизин, или бутамират [25, 26, 43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты и препараты группы - другие анальгетики и антипиретики

- **Рекомендовано** назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (ибупрофен**) или препаратов группы другие анальгетики и антипиретики (парацетамол**) пациентам с гипертермией выше 38⁰С, мышечными и

суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью [25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Применение препаратов группы нестероидные противовоспалительные и противоревматические (ибупрофен**) или препараты группы другие анальгетики и антипиретики (парацетамол**) может быть назначено только с симптоматической целью для достижения жаропонижающего и анальгетического эффектов. Назначение их длительным курсом нецелесообразно.

Рекомендованы к применению у взрослых – парацетамол** 325 мг до 3 раз в сутки (максимальная суточная доза - 1500 мг.), ибупрофен** 400 мг 3 раза в сутки (максимальная суточная доза - 1200 мг), комбинированные лекарственные формы, содержащие парацетамол+ибупрофен.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Режимы дозирования препаратов группы нестероидные противовоспалительные и противоревматические представлены в Приложении А3.

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

В настоящее время доказательная база по методам реабилитации взрослых пациентов с ОБ отсутствует.

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

С целью профилактики ОБ гриппозной этиологии у взрослых применяется вакцина для профилактики гриппа (инактивированная)** [53].

• Введение вакцины для профилактики гриппа (инактивированной) ** ежегодно **рекомендуется** всем пациентам с высоким риском осложненного течения гриппа [53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

К группам риска осложненного течения гриппа относятся [53]:

- Пациенты в возрасте 65 лет и старше.

- Лица с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой системы, СД, заболеваниями почек, крови, нервной системы (эпилепсия, миопатии и др.).
- Лица с иммуносупрессивными заболеваниями и патологическими состояниями (включая ВИЧ и прием иммунодепрессантов).
- Беременные.
- Пациенты с морбидным ожирением (индекс массы тела > 40 кг/м²).
- Лица, проживающие в домах престарелых и других учреждениях закрытого типа.

Вакцинация **рекомендуется** медицинским работникам, осуществляющим лечение и уход за лицами, входящими в группы высокого риска осложнений грипп [25-26, 53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Рекомендуется вакцинация вакциной для профилактики гриппа [инактивированная]** ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации - октябрь - первая половина ноября [53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Рекомендуется неспецифическая профилактика острых респираторных вирусных инфекций, которая включает санитарно-гигиенические мероприятия - раннее выявление больных; гигиеническая обработка рук, туалет слизистых носа и ротоглотки, избегание сквозняков, регулярные проветривания помещений, предотвращение контактов с больными лицами, своевременная изоляция заболевших пациентов [53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

После заболевания в течение 1 месяца **рекомендовано** воздержаться от профилактических прививок [53].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).

6. Организация оказания медицинской помощи

Диагностику и ведение пациентов с ОБ осуществляют: врач-терапевт участковый (у детей врач-педиатр участковый) или врач общей практики (семейный врач). При необходимости осуществляется консультация и врачами других специальностей. Врач первичного

звена производит комплексную оценку симптомов, данных истории заболевания, истории жизни пациента. Врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый или врач общей практики (семейный врач), при необходимости пульмонолог, формулирует диагноз в соответствии с актуальной версией клинических рекомендаций, проводит дополнительное обследование пациента при наличии показаний, определяет необходимую тактику лечения пациента.

Показаниями для консультации врача-пульмонолога являются: уточнение диагноза, необходимость привлечения дополнительных методов диагностики, затяжное течение ОБ, смена терапевтической стратегии при отсутствии эффекта от назначенной ранее терапии в течение 10-14 дней.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамика нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений.

Лечение пациентов проводится в амбулаторных условиях.

В случае безуспешности проводимого лечения у пациентов из группы риска или невозможности его проведения в амбулаторных условиях рекомендована госпитализация в стационар [20, 25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Рекомендована госпитализация в пульмонологические отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым пациентам с заболеваниями органов дыхания [20, 25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: группы риска развития неблагоприятного течения болезни описаны в п. 7.

Рекомендована срочная госпитализация больного ОБ в стационар при наличии следующих критериев: тахипноэ более 24 дыханий в минуту; гипоксемия ($SpO_2 \leq 92\%$) [20, 25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

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

К группам риска тяжелого течения ОБ относятся следующие лица:

- беременные на любом сроке беременности и в послеродовой период;
- лица с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, ГБ, ИБС с признаками сердечной недостаточности и др.);
- лица с нарушениями обмена веществ (сахарный диабет, ожирение 2-3 степени и др.);
- лица с хронической болезнью почек; лица с хроническими заболеваниями печени; лица, с определенными неврологическими состояниями (включая нейромускульные, нейрокогнитивные нарушения, эпилепсию); лица с гемоглобинопатиями;
- лица с первичными и вторичными иммунодефицитами (ВИЧ-инфекция, прием иммуносупрессорных медикаментов и т.п.);
- лица со злокачественными новообразованиями;
- лица в возрасте 65 лет и старше.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполне- ния	
1	Выполнен общий физикальный осмотр	да/нет	
2	Выполнена пульсоксиметрия	да/нет	
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови	да/нет	
4	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (при подозрении на бактериальную инфекцию)	да/нет	
5	Выполнена Прицельная рентгенография органов грудной клетки (при наличии клинических и лабораторных маркеров бактериальной инфекции)	да/нет	
6	Назначена медикаментозная терапии в соответствии с настоящими клиническими рекомендациями	да/нет	

Список литературы

1. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание/ Под ред. А.Г. Чучалина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 45 с.
2. Bartlett J., Dowell S., Mandell, L., et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis. 2000; 31: 347.
3. Wenzel R., Fowler A. Acute Bronchitis. Clinical practice. N. Engl. Journal of Med. 2006; 355: 2125-2130.
4. Albert R. Diagnosis and treatment of acute bronchitis. Am. Fam. Physician. 2010; 82 (11): 1345-1350.
5. Woodhead M1, Blasi F, Ewig S., et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections--full version. Clin Microbiol Infect. 2011, Suppl 6: E1-59.
6. Зайцев А.А., Кулагина И.Ц. Острый бронхит. Фарматека. 2015;14 (307): 89-95.
7. Falsey A.R., Griddle M.M., Kolassa J.E. et al. Evaluation of a handwashing intervention to reduce respiratory illness rates in senior day-care centers. Infect. Control Hosp. Epidemiol. 1999; 20: 200-202
8. Wark P. Bronchitis (acute). BMJ Clin Evid. 2015; 2015:1508.
9. Macfarlane J, Holmes W, Gard P. et al. Prospective study of the incidence, etiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community. Thorax. 2001; 56(2):109-114.
10. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD000245.
11. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, et al.; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; Centers for Disease Control; Infectious Diseases Society of America. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of uncomplicated acute bronchitis: background. Ann Intern Med. 2001;134(6):521-529.
12. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al.; American College of Chest Physicians (ACCP). Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006; 129(1 suppl):1S-23S.
13. Tackett, K. L., Atkins, A. Evidence-Based Acute Bronchitis Therapy. Journal of Pharmacy Practice 2012; 25(6), 586-590. doi:10.1177/0897190012460826.
14. Munoz F., Carvalho M. Effect of exposure time to PM (10) on emergency admissions for acute bronchitis. Cad. Saude Publica 2009; 25(3): 529-539.
15. Ott S., Rohde G., Lepper P. et al. The impact of viruses in lower respiratory tract infections of the adult. Part II: acute bronchitis, acute exacerbated COPD, pneumonia, and influenza. Pneumologie 2010; .64(1): 18-27.
16. Creer D.D., Dilworth J.P., Gillespie S.H. et al. Aetiological role of viral and bacterial infections in acute adult lower respiratory tract infection (LRTI) in primary care. Thorax. 2006 Jan; 61(1): 75-79. doi: 10.1136/thx.2004.027441
17. Зайцев А.А., Будорагин И. Е., Исаева Е. И. и др. Острый бронхит: расставляем приоритеты. Антибиотики и химиотерапия, 2019, 64; 17-22
18. Зайцев А.А., Филон Е.А., Сторожева Ю.И. Острый бронхит – современные возможности мукоактивной терапии. Терапевтический архив. 2023;95(11):943–950. DOI: 10.26442/00403660.2023.11.202470
19. Hart, A. M. (2014). Evidence-based diagnosis and management of acute bronchitis. The Nurse Practitioner, 39(9), 32-39. doi:10.1097/01.npr.0000452978.99676.2b
20. Синопальников А. И. Острый бронхит у взрослых. Атмосфера. Пульмонология и аллергология 2005; 3: 15-20.
21. Macfarlane J, Holmes W, Gard P, et al. Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community Thorax 2001;56:109-114.

22. Creer DD, Dilworth JP, Gillespie SH, et al. Aetiological role of viral and bacterial infections in acute adult lower respiratory tract infection (LRTI) in primary care. *Thorax*. 2006;61(1):75-79. doi:10.1136/thx.2004.027441.
23. Wadowsky RM, Castilla EA, Laus S, et al. Evaluation of *Chlamydia pneumoniae* and *Mycoplasma pneumoniae* as etiologic agents of persistent cough in adolescents and adults. *J Clin Microbiol*. 2002;40(2):637-640.
24. Riffelmann M, Littmann M, Hulsse C, et al. Pertussis [in German]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2006;131(50):2829-2834.
25. Лещенко И. В. Острый бронхит.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 88 с
26. Зайцев А.А., Харитонов М.А., Кулагина И.Ц., Иванов В.В. Острый бронхит. М.: Медиа Сфера, 2016; С. 29.
27. Knutson D., Braun C. Diagnosis and management of acute bronchitis. *Am. Fam. Physician*. 2002; 65 (10): 2039-2044.
28. Meza RA, Bridges-Webb C, Sayer GP, Miles DA, Traynor V, Neary S. The management of acute bronchitis in general practice: results from the Australian Morbidity and Treatment Survey, 1990-1991. *Aust Fam Physician*. 1994 Aug;23(8):1550-3. PMID: 7980155.
29. Nennig M., Shinefield H., Edwards K., et al. Prevalence and incidence of adult pertussis in an urban population. *JAMA* 1996; 275: 1672.
30. Зайцев А.А., Овчинников Ю.В., Кондратьева Т.В. Биологические маркеры воспаления при внебольничной пневмонии. *Consilium Medicum*. 2014; 11: 36-41.
31. Franck A., Smith R. Antibiotic use for acute upper respiratory tract infections in a veteran population. *J. Am. Pharm. Assoc*. 2010; 50(6): 726-729.
32. Зайцев А.А., Кулагина И.Ц. Фармакотерапия острого бронхита. *Consilium medicum* 2012; 11(14): 16-21.
33. Lior C., Moragas A., Bayona C. et al. Effectiveness of anti-inflammatory treatment versus antibiotic therapy and placebo for patients with non-complicated acutem bronchitis with purulent sputum. The BAAP Study protocol. *BMC Pulm Med*. 2011; 11: 38-47.
34. Smith SM et al. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database of Syst Rev* 2017, Issue 6. Art. No.: CD000245. DOI: 10.1002/14651858.CD000245.pub4
35. Mainous A., Saxena S., Hueston W., et al. Ambulatory antibiotic prescribing for acute bronchitis and cough and hospital admissions for respiratory infections: time trends analysis // *Journal R. Soc. Med.* - 2006. - V.99. - N.7.-P.358-362.
36. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: евразийские клинические рекомендации. М.: «МедКом-Про», 2022-203 с.
37. Altiner A., Wilm S., Daubener W. et al. Sputum colour for diagnosis of a bacterial infection in patients with acute cough. *Scand. J. Prim Health* 2009; 27: 70-73.
38. Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics www.nice.org.uk/CG069 (Published: 23 July 2008)/
39. Waites K. B. *Mycoplasma Infections*. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/223609>. Updated: 13. 12. 2022.; Laopaiboon M, Panpanich R, Swa Mya K. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(3):CD001954. Published 2015 Mar 8. doi:10.1002/14651858.CD001954.pub4;
40. Smucny J., Flynn C., Becker L., Glazier R. Beta2-agonists for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2004; 1: 1726.
41. El-Gohary, et al. Corticosteroids for acute and subacute cough following respiratory tract infection: a systematic review. *Fam Pract* 2013; 30: 492-500
42. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19. Версия 18 (26.10.2023).
43. Зайцев А.А., Оковитый С.В., Крюков Е.В. Кашель. Практическое пособие для врачей / Москва, 2015.

44. Зайцев А.А., Филон Е.А., Сторожева Ю.И. Острый бронхит – современные возможности мукоактивной терапии. *Терапевтический архив*. 2023;95(11):943–950. DOI: 10.26442/00403660.2023.11.202470
45. Купаев В. И. и соав. «Оценка эффективности терапии острого бронхита комбинацией муколитика/b2-агониста по сравнению с монотерапией муколитиком в реальной общей врачебной практике», *Доктор.ру № 5 / 2017*,16-18
46. Prabhu Shankar S et al. Efficacy, safety and tolerability of salbutamol + guaiphenesin + bromhexine (Ascoril) expectorant versus expectorants containing salbutamol and either guaiphenesin or bromhexine in productive cough: a randomised controlled comparative study. *J Indian Med Assoc* 2010; 108: 313-314, 316-318, 320
47. Kemmerich B. Evaluation of efficacy and tolerability of a fixed combination of dry extracts of thyme herb and primrose root in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo- controlled multicentre clinical trial. *Arzneimittelforschung*. 2007; 57(9): 607- 615.
48. Kemmerich B., Eberhardt R., Stammer H. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Arzneimittelforschung*. 2006; 56(9): 652-660.
49. Зайцев А.А., Лещенко И.В., Эсаулова Н.А., Викторова И.А. Оценка эффективности и безопасности комбинированного препарата, содержащего амброксол, гвайфенезин и левосальбутамол, в сравнении с фиксированной комбинацией бромгексин/ гвайфенезин/сальбутамол в терапии продуктивного кашля у взрослых пациентов с острым бронхитом. *Терапевтический архив* 2023; 95(3): 236–242.
50. Лещенко И.В., Эсаулова Н.А. Комбинированная терапия продуктивного кашля при острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и остром бронхите в реальной клинической практике. *Терапевтический архив* 2024; 96(1): 46–52.
51. Зайцев А.А., Куликова Н.А., Филон Е.А. и др. Клиническая эффективность мукоактивной терапии 7% гипертоническим раствором у пациентов с острым бронхитом. *Медицинский Совет* 2022;(23): 136-141.
52. Клинический протокол «Виброакустическая терапия». Доступно на: <https://amu.edu.kz/ru/personal/Clinical-work/clinic/Clinical-protocols/>
53. Купченко А.Н., Понежева Ж.Б. Современные принципы диагностики и лечения ОРВИ. *Архивь внутренней медицины*. 2016;6(1):6-12. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-1-6-12>.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Авдеев Сергей Николаевич	Заведующий кафедрой пульмонологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); академик РАН, д.м.н., профессор
Зайцев Андрей Алексеевич	Главный пульмонолог ФГБУ "ГВКГ имени Н.Н. Бурденко" - главный пульмонолог Минобороны РФ, профессор кафедры пульмонологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ
Лещенко Игорь Викторович	Профессор кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, главный научный сотрудник Уральского НИИ

	фтизиопульмонологии- филиал ФГБУ «НМИЦ фтизиопульмонологии инфекционных заболеваний» МЗ РФ, научный руководитель клиники «Медицинское объединение «Новая больница» (г. Екатеринбург), д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ
Визель Александр Андреевич	Заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор
Малявин Андрей Георгиевич	Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздрава России, д.м.н., профессор
Синопальников Александр Игоревич	Заведующий кафедрой пульмонологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ
Геппе Наталья Анатольевна	Заведующая кафедрой детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф.Филатова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Председатель Совета ООО ПРО, Заместитель Председателя Исполкома Федерации педиатров стран СНГ, Председатель общества детских врачей г. Москвы, Заслуженный врач РФ, профессор
Малахов Александр Борисович	Главный детский пульмонолог ДЗ г. Москвы и МЗ Московской области, профессор кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова Сеченовского Университета, зав.отделом педиатрии НИКИ детства МЗ Московской области, Председатель Правления ООО ПРО, профессор
Колосова Наталья Георгиевна	Доцент кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова Сеченовского Университета, член Правления общероссийского педиатрического респираторного общества, к.м.н.
Бережанский Павел Вячеславович	Доцент кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова Сеченовского Университета, с.н.с. отдела педиатрии НИКИ детства МЗ Московской области, к.м.н.
Озерская Ирина Владимировна	Доцент кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова Сеченовского Университета, член ООО Педиатрического респираторного общества, к.м.н.
Эсаулова Наталья Александровна	Заведующий отделением дифференциальной диагностики туберкулеза Уральского НИИ фтизиопульмонологии - филиал ФГБУ «НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО

Конфликт интересов:

члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врач общей практики (семейный врач);
2. врач-терапевт;
3. врач-терапевт участковый;
4. врач-педиатр;
5. врач-педиатр участковый;
6. врач-пульмонолог

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

консенсус экспертов; оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

**Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)
для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референтным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референтным 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 референтным методом или исследования с референтным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

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

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинически исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования : систематические обзоры исследований любого дизайна, 3 исключением рандомизированных клинических исследований, применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числ когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая ил серии случаев, исследование "случай- контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательств (доклинические исследования) или мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

обзоры опубликованных мета-анализов; систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что, в свою очередь, влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

**Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР)
для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации
(профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных
вмешательств)**

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

Внешняя экспертная оценка; Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена, участковых терапевтов, пульмонологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и

обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РРО, чтобы профессиональное сообщество имело возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, 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 систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Уровень убедительности рекомендаций (А-С) и уровень достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

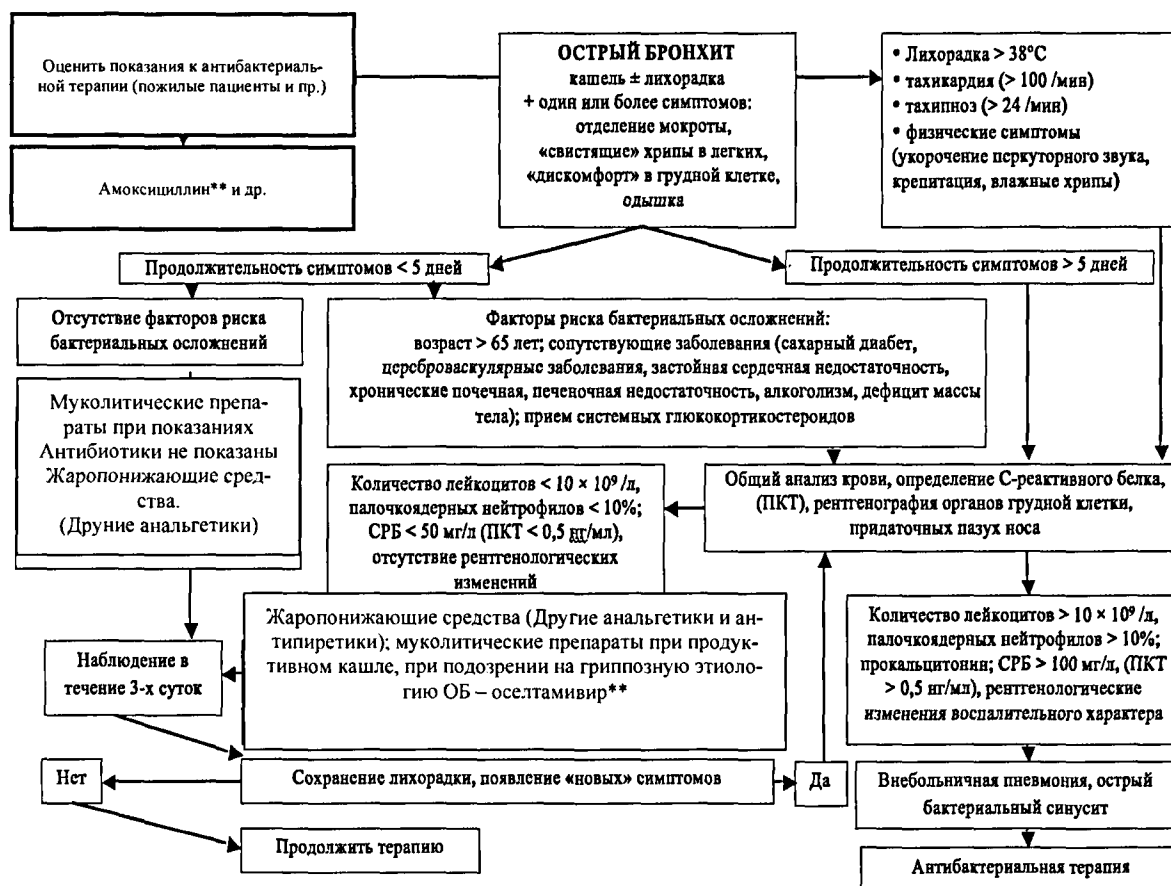
Актуальные инструкции к лекарственным препаратам, упоминаемым в данных клинических рекомендациях, можно найти на сайте <http://grls.rosminzdrav.ru>.

Режимы дозирования лекарственных препаратов у взрослых

Наименование лекарственного средства	Режим дозирования
<i>Антибактериальные препараты системного действия</i>	
Амоксициллин**	1 г внутрь каждые 8 ч
Кларитромицин**	0,5 г внутрь каждые 12 ч или 0,5 г внутрь каждые 24 ч (ЛФ с замедленным высвобождением)
Азитромицин**	0,5 г внутрь каждые 24 ч
Амоксициллин+клавулановая кислота**	0,875 г внутрь каждые 12 ч (расчет по амоксицилину)
Цефдиторен	200 мг внутрь каждые 12 ч
Цефподоксим	200 мг внутрь каждые 12 ч
Доксициклин**	0,1 г внутрь каждые 12 ч
<i>Противовирусные препараты прямого действия</i>	
Осельтамивир**	75 мг внутрь каждые 12 ч
Занамивир	10 мг ингаляционно каждые 12 ч
Балоксавира марбоксил	Масса тела 40 – 80 кг – 40 мг однократно ≥ 80 кг – 80 мг однократно
<i>Муколитические препараты</i>	
Амброксол**	по 30 мг 3 раза в сутки
Ацетилцистеин**	0,6 г внутрь 1 раз в сутки
Бромгексин	8–16 мг 3–4 раза в сутки
Эрдостеин	300 мг 2 раза в сутки
Бромгексин + Гвайфенезин + Сальбутамол	По 1 таблетке 3 раза/сут
Бромгексин + Гвайфенезин + Сальбутамол	по 10 мл 3 раза в день
Амброксол + Гвайфенезин + Левосальбутамол	по 1 мерной дозе 3 раза в день
Плюща обыкновенного листьев экстракт+Тимьяна травы экстракт	по 3 мерных дозы 3–4 раза в сутки

Первоцвета весеннего корней экстракт+Тимьяна обыкновенного травы экстракт	по 3 мерных дозы 3–4 раза в сутки
Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты	
парацетамол**	325-500 мг внутрь каждые 8 ч
ибупрофен**	200 мг 3 раза в день
Ибупрофен+Парацетамол	325/400 3 раза в день

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

- Обратиться к врачу. Важно начать лечение вовремя, на основании принципов доказательной медицины.
- Домашний режим.
- Воздух в помещении должен быть достаточно прохладный и влажный. В отопительный сезон воздух нужно дополнительно увлажнять.
- Увеличить питьевой режим, в т. ч. использовать щелочную минеральную воду.

- Не принимать самостоятельно антибактериальные препараты.
- Возможно применение препаратов группы нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (ибупрофен**) или препараты группы другие анальгетики и антипиретики (парацетамол**) или лекарственных форм, содержащих парацетамол+ибупрофен при температуре выше 38°C.
- Нецелесообразно полоскание горла, пользование горчичниками, перцовыми пластырями, банками.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Отсутствуют.