

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
8 декабря 2023 г. № 192

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:
клинический протокол «Диагностика и лечение острых респираторных вирусных инфекций (детское население)» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение эпиглоттита (детское население)» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение коклюша (детское население)» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.12.2023 № 192

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение эпиглоттита (детское население)»

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам до 18 лет (далее, если не установлено иное, –

дети) с эпиглоттитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – J05.1 Острый эпиглоттит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХП «О правах ребенка», а также следующий термин и его определение:

эпиглоттит – остро возникшее бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей, приводящее к быстрому жизнеугрожающему нарушению проходимости дыхательных путей.

4. Этиологическим фактором эпиглоттита, как правило, является *Haemophilus influenzae* типа b.

К факторам риска у детей относятся неполная вакцинация (или ее отсутствие) против Hib и иммунодефицитные состояния.

При массовой иммунизации против гемофильной инфекции, у вакцинированных детей могут встречаться эпиглоттиты другой этиологии: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococci* групп A и C (в том числе, *Streptococcus pyogenes*), *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Neisseria meningitidis* и иные.

Эпиглоттит, как правило, развивается у детей в возрасте 3–12 лет.

5. Клиническими проявлениями эпиглоттита являются:

острое начало болезни с высокой температурой ($\geq 38^\circ\text{C}$), нарушения общего состояния и выраженных симптомов интоксикации;

внезапно развившаяся боль в горле, боль при глотании (одинофагия) и дисфагия, часто без видимого воспаления ротоглотки, выраженное слюнотечение, приоткрытый рот;

изменение голоса (приглушенный голос), затруднение дыхания, стридор;

западение надгортанника и быстрое развитие стридора в положении на спине.

Примером диагноза является:

Острый эпиглоттит. Дыхательная недостаточность III степени. Шифр по МКБ-10 J05.1.

6. Пациенты с подозрением на эпиглоттит подлежат экстренной госпитализации в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации, медицинская транспортировка осуществляется в положении сидя.

7. Доза, путь введения, способы и кратность применения, режимы дозирования лекарственных препаратов (далее – ЛП) определяются общей характеристикой ЛП.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИГЛОТТИТА У ДЕТЕЙ

8. Обязательными диагностическими исследованиями в стационарных условиях являются:

8.1. клинические:

сбор жалоб – ежедневно один раз в день, при необходимости чаще;

сбор анамнеза – однократно в первый день госпитализации, при необходимости чаще;

физикальное обследование при каждом медицинском осмотре, включающее оценку признаков интоксикации (лихорадка, вялость, сонливость, отказ от еды и питья, наличие рвоты), респираторного синдрома (характер кашля, наличие боли в горле, затруднения носового дыхания, насморка (ринорея), осиплости голоса, одышки), уровня сознания, визуальное исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек, оценку признаков дыхательной недостаточности (участие вспомогательной мускулатуры в акте

дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки при дыхании), измерение частоты дыхания в течение 1 минуты, измерение частоты сердечных сокращений в течение 1 минуты, перкуторное исследование легких, аускультация легких, визуальное исследование и пальпацию живота, проверку менингеальных симптомов;

выявление факторов риска развития, осложненного или тяжелого течения заболевания (пациенты с хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек, с нервно-мышечными и неврологическими заболеваниями, нарушением обмена веществ, иммуносупрессией, длительно получающие ацетилсалициловую кислоту, отсутствие или неполная вакцинация против *Haemophilus influenzae* типа b);

8.2. медицинский осмотр ротоглотки пациента в условиях полной готовности к интубации трахеи в связи с высокой вероятностью развития рефлекторного спазма мышц гортани и, как следствие, асфиксии;

8.3. консультация врача-оториноларинголога с проведением ларингоскопии или фиброларингоскопии.

9. С учетом высокой вероятности развития рефлекторного ларингоспазма при беспокойстве пациента, лабораторные исследования рекомендуется проводить не ранее, чем врач-специалист будет убежден в безопасности их для пациента (в некоторых случаях только после интубации). Повторные клинические анализы крови и мочи необходимы в случае выявления отклонений от нормы при первичном обследовании или появления новых симптомов, требующих диагностического поиска.

При наличии возможности выполняются следующие диагностические исследования:

общий анализ крови (характерен высокий лейкоцитоз ($>15 \cdot 10^9/\text{л}$)) с подсчетом лейкоцитарной формулы, уровня тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов – однократно в первый день госпитализации, далее – один раз в 7–10 дней;

биохимический анализ крови с определением уровня С-реактивного белка, прокальцитонина, глюкозы, натрия, калия, мочевины, креатинина, активности аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, ферритина, креатинфосфокиназы, креатинфосфокиназа МВ;

исследование параметров кислотно-основного состояния;

общий анализ мочи – однократно в первый день госпитализации.

10. После интубации детям проводится бактериологическое исследование с забором материала со слизистой надгортанника с определением возбудителя инфекции и чувствительности к антибиотикам.

11. Дополнительными диагностическими исследованиями являются:

рентгенографическое исследование шеи (выполняется в сомнительных ситуациях, на снимке виден увеличенный надгортанник, может отмечаться отечность нижних отделов глотки);

рентгенографическое исследование придаточных пазух носа с целью диагностики синусита;

ультразвуковое исследование органов грудной клетки с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений, их мониторинг в динамике;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений, их мониторинг в динамике;

ультразвуковое исследование сердца с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений, их мониторинг в динамике;

консультация врача-оториноларинголога;

консультация врача – детского невролога с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений;

консультация врача – детского кардиоревматолога с целью диагностики потенциальных или имеющихся осложнений.

12. Медицинскими показаниями для проведения рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции являются:

сохранение, появление признаков дыхательной недостаточности на фоне проводимого лечения;

лихорадка четыре и более дней без очага инфекции (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции);

локальность и (или) асимметрия аускультативных и перкуторных изменений в легких;

появление, учащение и усиление кашля на фоне проводимого лечения в течение 7 дней от начала заболевания.

13. Основным этапом лечения является обеспечение проходимости дыхательных путей: интубация или трахеотомия (при невозможности проведения интубации); экстубация безопасна после нормализации температуры тела, прояснения сознания, положительной клинической динамики течения болезни, как правило, через 24–48 часов.

С целью дезинтоксикации и коррекции водно-электролитного баланса назначается адекватная гидратация с использованием следующих растворов для внутривенного введения (кристаллоидные растворы в виде монотерапии или в комбинации с растворами глюкозы):

раствор натрия хлорида (раствор для инфузий 9 мг/мл) внутривенно, начиная с 20–30 мл/кг, с последующей коррекцией режима дозирования в зависимости от лабораторных показателей;

раствор глюкозы (раствор для инфузий 50 мг/мл) внутривенно 20–30 мл/кг в сутки с последующей коррекцией режима дозирования в зависимости от лабораторных показателей.

14. До подтверждения этиологии заболевания назначается эмпирическая антибактериальная терапия.

В качестве ЛП выбора назначается один из следующих цефалоспоринов III поколения с гликопептидами (ванкомицином):

цефотаксим (порошок для приготовления раствора для внутривенных и внутримышечных инъекций 500 мг, 1000 мг) детям от 1 месяца до 12 лет или с массой тела менее 50 кг внутривенно 50–150 мг/кг в сутки, разделенные на 2–4 введения; дети старше 12 лет и массой тела более 50 кг внутривенно по 1 г каждые 12 часов;

цефтриаксон (порошок для приготовления раствора для внутривенных и внутримышечных инъекций 500 мг, 1000 мг) для детей с 15 дня жизни до 12 лет – 50–80 мг/кг в сутки внутривенно, внутримышечно 1 раз в сутки; дети 12 лет и старше внутривенно, внутримышечно 1–2 г в сутки 1 раз в день;

ванкомицин (лиофилизированный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 500 мг, 1000 мг; порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг, 1000 мг) детям в возрасте от 0 до 27 дней 15 мг/кг через 8, или 12, или 24 часов в зависимости от постконцептуального возраста, детям от 1 месяца до 12 лет – 10–15 мг/кг внутривенно каждые 6 часов, дети старше 12 лет – 15–20 мг/кг массы тела каждые 8–12 часов внутривенно, максимальная разовая доза 2 г.

15. В качестве альтернативных ЛП назначается амоксициллин/клавулановая кислота (порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 500 мг/100 мг, 1000 мг/200 мг) дети до 3 месяцев с массой тела 4 кг – 50/10 мг/кг в сутки внутривенно 2 раза в сутки; дети старше 3 месяцев – 75/15 мг/кг в сутки внутривенно 3 раза в сутки; дети старше 12 лет и массой тела 40 кг и более – 3000/600 мг в сутки внутривенно 3 раза в день.

16. При непереносимости ЛП, указанных в пунктах 14–15 настоящего клинического протокола, назначается сульфаметоксазол + триметоприм (таблетки 400 мг/80 мг) детям с 6 лет до 12 лет – по 1 таблетке 2 раза в сутки; детям старше 12 лет по 2 таблетки 2 раза в сутки.

17. Коррекция стартовой антибактериальной терапии производится на основании результатов бактериологических посевов, длительность антибактериальной терапии составляет 7–10 дней.

18. В качестве жаропонижающей терапии применяется один из следующих ЛП:

18.1. парацетамол:

раствор для приема внутрь (сироп) 30 мг/мл; сироп 24 мг/мл, детям в возрасте от 1 месяца до 12 лет с массой тела от 4 кг 10–15 мг/кг каждые 6 часов. Суточная доза 40–60 мг/кг в сутки;

суспензия для приема внутрь 120 мг/5 мл – детям в возрасте 2–3 месяцев – около 2 мл суспензии по назначению врача-специалиста (около 50 мг парацетамола), от 3 месяцев до 1 года – 2,5–5 мл суспензии (1/2–1 чайная ложка, 60–120 мг парацетамола), от 1 года до 6 лет – 5–10 мл суспензии (1–2 чайные ложки, 120–240 мг парацетамола), от 6 до 14 лет – 10–20 мл суспензии (2–4 чайные ложки, 240–480 мг парацетамола);

суппозитории ректальные 50 мг, 80 мг, 100 мг, 125 мг, 150 мг, 250 мг, 300 мг. Детям от 3 месяцев – 10–15 мг/кг массы тела 3–4 раза в сутки (каждые 6 часов). Максимальная суточная доза не должна превышать 60 мг/кг массы тела;

таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 500 мг. Для детей 6–11 лет разовая доза 10–15 мг/кг массы тела, максимальная суточная доза не должна превышать 60 мг/кг массы тела. Детям старше 12 лет 500–1000 мг каждые 4–6 часов, максимальная суточная доза – 4000 мг;

18.2. ибупрофен:

суспензия для внутреннего применения 100 мг/5 мл, суспензия для внутреннего применения 200 мг/5 мл, детям старше 3 месяцев с массой тела не менее 5 кг – суточная доза 20–30 мг/кг через 6–8 часов. Максимальная суточная доза – 30 мг/кг в сутки;

таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 400 мг; капсулы 200 мг, 400 мг, детям старше 12 лет 200–400 мг до 3 раз в сутки;

суппозитории ректальные 60 мг: детям от 3 месяцев до 2 лет с массой тела не менее 6 кг максимальная суточная доза 20–30 мг/кг в 3–4 приема; детям 3–9 месяцев – 60 мг 3 раза в сутки через 6–8 часов; детям от 9 месяцев до 2 лет с массой тела 8–12 кг 60 мг 4 раза в сутки.

19. В случае невозможности применения, или при отсутствии эффекта от парацетамола и ибупрофена, или при наличии обстоятельств, затрудняющих их прием, осуществляется введение парацетамола (раствор для инфузий 10 мг/мл) внутривенно медленно из расчета на массу тела:

10 кг – разовая доза 7,5 мг/кг, максимальная суточная доза – 30 мг/кг;

10–33 кг – разовая доза 15 мг/кг, максимальная суточная доза – 60 мг/кг, не более 2 г;

33–50 кг – разовая доза 15 мг/кг, максимальная суточная доза – 60 мг/кг, не более 3 г;

более 50 кг – разовая доза 1,0 г, максимальная суточная доза – 4,0 г;

более 50 кг с дополнительными факторами риска гепатотоксичности – разовая доза 1,0 г, максимальная суточная доза – 3,0 г.

20. К методам немедикаментозного лечения эпиглоттита относятся:

рекомендуемый режим: пациент должен находиться в положении сидя до проведения интубации; постельный режим – на период интубации, подъема температуры тела до фебрильных цифр; полупостельный режим – при нормализации температуры тела; общий режим – через 3 дня нормальной температуры тела;

регулярное проветривание помещений;

диета – адекватное питание соответственно возрасту и сопутствующим заболеваниям.