



ЗАГАД

ПРИКАЗ

05.07.2012 № 768

г. Минск

г. Минск

Об утверждении некоторых
клинических протоколов и
признании утратившими силу
отдельного структурного элемента
приказа Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
от 19 мая 2005 г. № 274

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года и Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

клинический протокол диагностики и лечения острого бронхита и хронического бронхита согласно приложению 1 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения пневмоний согласно приложению 2 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения астмы согласно приложению 3 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких согласно приложению 4 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения бронхоэктатической болезни согласно приложению 5 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения интерстициальных легочных болезней согласно приложению 6 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения саркоидоза согласно приложению 7 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения абсцесса легкого и средостения согласно приложению 8 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения пиоторакса (эмпиемы плевры) согласно приложению 9 к настоящему приказу.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить проведение диагностики, лечение и профилактику заболеваний в соответствии с клиническими протоколами, указанными в пункте 1 настоящего приказа.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневича Д.Л.

Министр

В.И.Жарко

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
диагностики и лечения бронхоэктатической болезни

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящий клинический протокол диагностики и лечения бронхоэктатической болезни предназначен для оказания медицинской помощи населению в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь.

Бронхоэктатическая болезнь – гнойно-воспалительный процесс в расширенных деформированных и функционально неполноценных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве, ведущий к дальнейшему необратимому расширению бронхов с нарушением их дренажной функции, развитию ателектазов, эмфиземы, цирроза в региональной зоне паренхимы легкого.

Бронхоэктазы – это, как правило, сегментарное расширение бронхов, обусловленное деструкцией или нарушением нервно-мышечного тонуса их стенок вследствие воспаления, дистрофии, склероза или гипоплазии структурных элементов бронхов. Бронхоэктазы могут быть первичными (при врожденных аномалиях и генетических заболеваниях легких) и вторичными (постинфекционные, обструктивные, аспирационные, вследствие диффузных заболеваний легких). Инфекционные возбудители являются причиной обострения нагноительного процесса в измененных бронхах (стафилококк, пневмококк, гемофильная палочка и ассоциации микроорганизмов).

В патогенезе имеют значение изменения в крупных бронхах (долевых, сегментарных), что ведет к нарушению дренажной функции и формированию обтурационного ателектаза с последующим развитием пневмосклероза и прогрессированием воспалительного процесса вплоть до изъязвления и разрушения мышечно-эластического слоя хряща бронхиальной стенки.

Обтурация дыхательных путей и задержка секрета ведут к развитию нагноительного процесса дистальнее места обтурации. Деструктивный процесс является вторым важным фактором в патогенезе бронхоэктазий, так как он обуславливает прогрессирующие необратимые изменения в стенках бронхов (перестройка слизистой оболочки с повреждением мерцательного эпителия, дегенерация хрящевых пластинок, гладкой мускулатуры с заменой их фиброзной тканью). Стенки бронхов вследствие снижения их резистентности не в состоянии противостоять повышению эндобронхиального давления при кашле, клапанном бронхостенозе. скоплении секрета, растяжении стенок бронхов цирротическим процессом и. Так как изменения в бронхиальном дереве необратимы, то и после восстановления проходимости в расширенных бронхах с нарушенной очистительной функцией сохраняются условия, поддерживающие хронический нагноительный процесс.

При бронхоэктазах нарушается легочное кровообращение. Просвет бронхиальных артерий и артерио-артериальных анастомозов значительно увеличивается, что ведет к сбросу артериальной крови в легочные артерии и развитию в последующем регионарной, а затем и общей легочной гипертензии.

Возрастная категория: взрослое население Республики Беларусь.

Наименование нозологической формы заболевания:

(шифр по МКБ-10):

Бронхоэктатическая болезнь (J47).

Классификация бронхоэктатической болезни:

по форме расширенных бронхов - цилиндрические, мешотчатые, варикозные, смешанные;

по распространенности - одно-, двухсторонние, с указанием точной локализации изменений по сегментам легкого;

по степени выраженности клинических проявлений - легкая, среднетяжелая, тяжелая форма болезни;

по фазе заболевания в момент обследования - обострение, ремиссия.

Бронхоэктатической болезнью чаще страдают мужчины. Заболевание, как правило, выявляется в детском и молодом возрасте. Время начала заболевания нередко установить трудно, так как первые обострения чаще трактуются как респираторные заболевания. При хорошо собранном анамнезе удается выявить перенесенную в раннем детском возрасте пневмонию, послужившую причиной развития бронхоэктатической болезни.

Ведущим клиническим симптомом болезни является кашель, наиболее выраженный в утренние часы, с выделением мокроты. При цилиндрических бронхоэктазах мокрота выделяется обычно без затруднений, а при мешотчатых - с трудом. При "сухих" бронхоэктазах, характеризующихся отсутствием нагноительного процесса,

кашель и мокрота отсутствуют. В период ремиссии количество мокроты невелико, обычно не превышает 30 мл в сутки. При обострении заболевания количество мокроты может увеличиваться до 500 и более мл в сутки, она приобретает гнойный характер. Мокрота может выделяться "полным ртом" по утрам, а также при принятии больным дренажных положений: наклон вперед, поворот на "здоровую" сторону. Гнилостная мокрота встречается при абсцедировании у тяжелых пациентов.

При тяжелом течении заболевания и в период его обострения ухудшается общее состояние: усиливается недомогание, вялость и снижается трудоспособность. Отмечается выраженная потливость и продолжительное повышение температуры тела до высоких цифр.

К симптомам бронхоэктатической болезни может присоединиться картина осложнений - кровохарканья, легочного кровотечения, спонтанного пневмоторакса, абсцедирования, эмпиемы плевры, легочного сердца, легочно-сердечной недостаточности, амилоидоза почек, миокардиодистрофии.

При длительном течении бронхоэктатической болезни наблюдаются изменения концевых фаланг пальцев рук в виде барабанных палочек и ногтей в форме часовых стрелок. Может быть деформирована грудная клетка в результате эмфиземы и пневмофиброза.

Основные методы диагностики - бронхография, позволяющая установить локализацию, распространенность и тип бронхоэктазов, и компьютерная томография грудной полости.

Диагностическая бронхоскопия при бронхоэктатической болезни позволяет оценить выраженность бронхита и взять содержимое бронхов на цитологическое, бактериологическое и микологическое исследование.

Консервативное лечение бронхоэктатической болезни должно быть достаточно интенсивным и своевременным. Главным направлением в комплексном консервативном лечении является санация бронхиального дерева.

Важное место занимает антибактериальная, бронходилатирующая и муколитическая терапия.

Показанием к хирургическому лечению бронхоэктазов является одностороннее ограниченное поражение (сегментарное), не поддающееся консервативному лечению. Целесообразно оперативное лечение выполнять своевременно до появления осложнений: дыхательной недостаточности, хронического легочного сердца.

Прогноз заболевания зависит от распространенности бронхоэктазов, тяжести течения болезни, наличия осложнений; ухудшается при развитии дыхательной недостаточности, легочной гипертензии, амилоидоза, легочных кровотечений.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
	Диагностика			Лечение		
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7

Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Бронхоэктактическая болезнь J47, фаза ремиссии	Общий анализ крови Спирограмма Рентгенологическое исследование: обзорная рентгенограмма, КТ грудной полости	1 раз в начале лечения; контрольное обследование – по показаниям	Бронхография при необходимости хирургического лечения. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы.	Санация дыхательных путей, постуральный дренаж. Муколитические средства: ацетилцистеин внутри 400-600 мг /сутки в 2 приема; для аэрозольной терапии в УЗИ-приборах распыляют 3-9 мл 10% раствора ацетилцистеина, в приборах с распределительным клапаном - 6 мл 10% раствора; продолжительность ингаляции - 15-20 мин; кратность - 2-4 раза в сутки.	7-10 дней	Ремиссия
--	---	---	---	--	-----------	----------

1	2	3	4	5	6	7
<p>Бронхоэктазическая болезнь J47, фаза нетяжелого обострения без выраженного интоксикационного синдрома</p>	<p>Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, общего белка и белковых фракций, С-реактивного белка, аспаратаминотрансферазы (далее- АсАТ); аланинаминотрансферазы (далее-АлАТ). Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно анаэробные</p>	<p>1-2 раза в процессе лечения; контрольное обследование – по показаниям</p>	<p>КТ грудной полости</p>	<p>Амброксол 0,03 г 3 раза в сутки внутрь или 2мл через небулайзер или бромгексин внутрь 8-16 мг 3 р/ сутки. При наличии бронхообструктивного синдрома - аминофиллин 0,15 г 2-3 р/сут внутрь или сальбутомол в (ДАИ) 100 мкг 2 вдоха не более 3 раз в сутки (по потребности) или ипратропия бромид /фенотерол в ДАИ или через небулайзер</p> <p>Мукорегуляторы и бронхолитики: амброксол 30 мг внутрь 2-3 раза в сутки или 2мл через небулайзер, ацетилцистеин внутрь 400-600 мг в 2-3 приема в сутки, для аэрозольной терапии в УЗИ-приборах распыляют 3-9 мл 10% раствора ацетилцистеина, в приборах с распределительным клапаном - 6 мл 10% раствора; продолжительность ингаляции - 15-20 мин; кратность - 2-4 раза в сутки; при бронхообструктивном синдроме - сальбутомол (ДАИ) 100 мкг не более 3 раз в сутки, или ипратропия бромид/фенотерол через</p>	<p>10-14 дней</p>	<p>Ремиссия</p>

1	2	3	4	5	6	7
	<p>микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам (причиннозначимой микрофлоры). Спирограмма Рентгенография органов грудной полости в прямой и боковой проекциях ЭКГ</p>			<p>небулайзер или ипратропия бромид (ДАИ) 2 ингаляции 3-4 раза в сутки, и/или метилксантины: аминофиллин 0,15 г 3 раза в сутки, или пролонгированный теофиллин 350 мг 2 раза/сут или 500 мг 1 раз/сут внутрь. Антибактериальная терапия: амоксициллин 0,5 г 3 раза в сутки и/или азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки, или левофлоксацин 0,5 г 1 раз в сутки внутрь или в/в. Постуральный дренаж</p>		
<p>Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях</p>						
<p>Бронхоэктазическая болезнь J47, фаза среднетяжелого и обострения с выраженным интоксикационным синдромом</p>	<p>Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, общего белка и белковых фракций, С-реактивного белка, АсАТ, АлАТ Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы</p>	<p>1-2 раза в процессе лечения; контрольное обследование – по показаниям</p>	<p>Бронхоскопия, санация дыхательных путей</p>	<p>Цефалоспорины: цефоперазон/сульбактам в/в 2-4 г 2 раза/сут или цефепим 1-2г 2 раза в сутки в/в. При неэффективности – левофлоксацин 0,75 г в\в 1 раз в сутки или моксифлоксацин* 0,4 г 1 раз в сутки в/в. Мукорегуляторы и бронхолитики: амброксол 30 мг внутрь 2-3 раза в сутки, сальбутамол (ДАИ) 100 мкг 2 ингаляции не более 3 раз в сутки, или ипратропия бромид /фенотерол через небулайзер.</p>	<p>14-21 дней</p>	<p>Ремиссия</p>

1	2	3	4	5	6	7
	с определением чувствительности к антибиотикам (причиннозначимой микрофлоры). Спирограмма Рентгенография органов грудной полости в прямой и боковой проекциях КТ грудной полости Бронхоскопия ЭКГ			Бронхосанационная терапия, постуральный дренаж. При объеме поражения не более 2-х долей - хирургическое лечение.		