



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 острого и хронического бронхита

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ

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

Острый бронхит — воспалительное заболевание бронхов, преимущественно инфекционного происхождения. Проявляется кашлем, интоксикационным синдромом, возможно выделение мокроты.

В зависимости от вида респираторного патогена выделяют вирусный и бактериальный острый бронхит. Возможны и другие, более редкие этиологические варианты (токсический, ожоговый), но их редко наблюдают изолированно, поскольку обычно они бывают компонентом системного поражения и их рассматривают в рамках соответствующих заболеваний.

Возрастная категория: взрослое население Республики Беларусь.

Наименование нозологической формы заболевания (шифр по МКБ-10):

Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae* (J20.0);

Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae* (J20.1);

Острый бронхит, вызванный стрептококком (J20.2);

Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки (J20.3);

Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа (J20.4);

Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом (J20.5);

Острый бронхит, вызванный риновирусом (J20.6);

Острый бронхит, вызванный экховирусом (J20.7);

Острый бронхит, вызванный другими уточненными агентами (20.8);

Острый бронхит неуточненный (J20.9).

Диагноз «острый бронхит» следует предполагать при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 недель (вне зависимости от наличия мокроты), при отсутствии патологии носовой части глотки, симптомов пневмонии и хронических заболеваний лёгких, которые могут быть причиной кашля. Диагноз выносится на основании клинической картины методом исключения. Цель лечения – облегчение тяжести и снижение продолжительности кашля, восстановление трудоспособности.

Лечение. При кашле целесообразно назначение отхаркивающих лекарственных средств, муколитическая терапия назначается в случаях появления вязкой трудно отделяемой мокроты (ацетилцистеин, амброксол бромгексин). Применение противокашлевых препаратов центрального действия (кодеин, бутамират и др.) при бронхитах совместно с муколитической терапией нерационально, так как эти лекарственные средства подавляют кашлевой рефлекс, замедляют мукоцилиарный транспорт и повышают вязкость бронхиального секрета.

Бронходилататоры показаны при наличии бронхообструктивного синдрома. Обосновано ситуационное назначение сальбутамола или фенотерола в виде дозирующего аэрозольного ингалятора (далее-ДАИ) или ингаляции растворов фенотерола или беродуала (ипротропия бромид /фенотерол) через небулайзер в случаях, когда немедикаментозные методы недостаточно эффективны и сохраняются бронхообструкция и признаки бронхиальной гиперреактивности, проявляющиеся рассеянными сухими, свистящими дистанционными хрипами.

Антибиотикотерапия не показана при неосложнённом течении острого бронхита, поскольку в большинстве случаев заболевание имеет вирусную этиологию. При явных признаках бактериального поражения бронхов (выделение гнойной мокроты и увеличение её количества, возникновение или нарастание одышки, нарастание признаков интоксикации) лечение антибактериальными лекарственными средствами необходимо. В этих случаях препаратами выбора могут быть антибиотики группы макролидов, бета-лактамы.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА

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 острого бронхита при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Острый бронхит J20	Анамнез и физикальное исследование Общий анализ крови	1 раз, контрольное обследование – по показаниям	При обструктивном синдроме: спирограмма При второй волне лихорадки – рентгенограмма органов грудной полости	Антибактериальная терапия назначается только при наличии симптомов бактериальной инфекции: амоксициллин внутрь 0,5г 3 раза в сутки в течение 5 дней (до купирования клинической симптоматики и интоксикационного синдрома), азитромицин 0,5г внутрь 1 раз в сутки или кларитромицин 0,5-1,0 г в сутки. Муколитические средства: ацетилцистеин внутри 400-600 мг /сутки в 2 приема; для аэрозольной терапии	5-7 дней	Выздоровление
--------------------	--	---	--	--	----------	---------------

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

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;

амброксол 0,03 г 3 раза в сутки внутрь или 2мл через небулайзер или бромгексин внутрь 8-16 мг 3 раза в сутки.

При наличии бронхообструктивного синдрома - сальбутамол (ДАИ) 100 мкг (1-2 вдоха) или фенотерол (ДАИ) 100 мкг (1-2 вдоха) или в возрастной дозе через небулайзер – по потребности (ситуационно).

Консультации врача-пульмонолога, врача-фтизиатра (при затянувшемся течении и сохраняющемся кашле более 3 недель)

Противокашлевые лекарственные средства при непродуктивном кашле: бутамират (сироп) по 15 мл 4 раза в сутки или преноксидиазин по 0,1г 3-4 раза в сутки внутрь.

Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота 0,25 -0,5-1,0 г 3 раза в сутки внутрь или ибупрофен внутрь 1 табл (0,2-0,4 г) 3

раза в сутки,

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

или мелоксикам 1 табл (0,015 г)
1 раз в сутки, или парацетамол
0,5-1,0 г 3раза в сутки с жаро-
понижающей целью.

ГЛАВА 3 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ

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

Бронхит хронический - диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся продуктивным кашлем и продолжающееся не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд, при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких, которые могли бы вызвать эти симптомы.

Заболевание связано с длительным раздражением бронхов различными вредными факторами (курение, вдыхание воздуха, загрязненного пылью, дымом, окисью углерода, сернистым ангидридом, окислами азота и другими химическими соединениями), а также с воздействием рецидивирующей респираторной инфекцией (главная роль принадлежит респираторным вирусам, пневмококкам). К основным патогенетическим механизмам относятся гипертрофия и гиперфункция бронхиальных желез с усилением секреции слизи, относительным уменьшением серозной секреции, изменением состава секреции - значительным увеличением кислых мукополисахаридов, что повышает вязкость мокроты. Длительная гиперфункция приводит к истощению мукоцилиарного аппарата бронхов, дистрофии и атрофии эпителия. Нарушение дренажной функции бронхов способствует возникновению бронхогенной инфекции, активность и рецидивы которой в значительной степени зависят от состояния местного иммунитета. Фаза ремиссии характеризуется уменьшением интенсивности воспалительного процесса, значительным уменьшением экссудации, пролиферацией соединительной ткани и эпителия. Исходами хронического воспаления дыхательных путей являются: склероз бронхиальной стенки, перибронхиальный склероз, атрофия желез, мышц, эластических волокон, хрящей, возможно стенозирование просвета бронха или его расширение с образованием бронхоэктазов.

Возрастная категория: взрослое население Республики Беларусь.

Наименование нозологической формы заболевания:

(шифр по МКБ-10):

Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит (J41);

Простой хронический бронхит (J41.0);

Слизисто-гнойный хронический бронхит (J41.1);

Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит (J41.8);

Хронический бронхит неуточненный (J42).

Начало хронического бронхита постепенное: утренний кашель с отделением слизистой мокроты, который постепенно начинает беспокоить в течение суток, усиливаясь в холодную и сырую погоду, с годами становится постоянным. Мокрота слизистая, в периоды обострения — слизисто-гнойная или гнойная. Появляется и прогрессирует одышка. Типичны частые обострения, особенно в периоды холодной сырой погоды: усиливаются кашель и одышка, увеличивается количество мокроты, появляются недомогание, потливость, быстрая утомляемость. Температура тела нормальная или субфебрильная, могут определяться жесткое дыхание и сухие хрипы над всей поверхностью легких. Лейкоцитарная формула и СОЭ чаще остаются нормальными; возможен небольшой лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом в лейкоцитарной формуле. При обострении гнойных бронхитов незначительно изменяются биохимические показатели воспаления (С-реактивный белок, сиаловые кислоты, серомукоид, фибриноген). В диагностике активности хронического бронхита имеет значение исследование мокроты: макроскопическое, цитологическое, биохимическое. Пациентам с лихорадкой и/или с хрипами над поверхностью легких показано проведение рентгенологического исследования органов грудной клетки для исключения пневмонии. Значительную помощь в распознавании хронического бронхита оказывает бронхоскопия, при которой визуально оценивают эндобронхиальные проявления воспалительного процесса (катаральный, гнойный, атрофический, гипертрофический, геморрагический, фибринозно-язвенный эндобронхит) и его выраженность. Бронхоскопия позволяет также выполнить биопсию слизистой оболочки и гистологически уточнить характер поражения при необходимости исключить другие причины длительного кашля (новообразования дыхательных путей).

Лечение хронического бронхита следует начинать как можно раньше; оно должно быть комплексным, индивидуализированным и непрерывным. Важно устранить внешние причинные факторы (курение, вдыхание вредных веществ и другое). Назначается высококалорийная, витаминизированная диета. Важным является восстановление или улучшение бронхиальной проходимости (отхаркивающие, муколитические и бронхолитические лекарственные средства). Восстановлению дренажной функции бронхов способствуют вспомогательные методы — лечебная физкультура (далее-ЛФК), массаж грудной клетки, физиотерапия. При наличии симптомов бронхиальной обструкции назначают: М-холиноблокаторы (ипратропия бромид), β_2 -адреномиметики (сальбутамол, фенотерол), комбинированную

терапию ипратропия бромид/фенотерол ситуационно, метилксантины (аминофиллин, пролонгированные формы теофиллина).

В период обострения при наличии признаков бактериальной инфекции показаны бета-лактамы, макролидные антибактериальные препараты.

Показания к госпитализации при хроническом бронхите:

обострение бронхита с присоединением других, ранее не наблюдавшихся симптомов (изменение характера одышки, появление кашля с гнойной мокротой);

неэффективность проводимой терапии;

наличие осложнений (пневмония, бронхоэктазы);

наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

ГЛАВА 4 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

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

Простой и слизистогнойный хронический бронхит J41	Общий анализ крови Спирограмма	1 раз при обострении, контрольное исследование – по показаниям	Рентгенография органов грудной полости Бронхоскопия	При выраженном интоксикационном и бронхолегочном синдроме (в случае подтверждения бактериальной природы обострения) – антибиотикотерапия: амоксициллин 0,5 г 3 раза в сутки и/или азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки, или кларитромицин 0,5-1,0 г в сутки. При наличии обструктивного синдрома: ипратропия бромид /фенотерол по 20мкг мкг/ 50мкг в ДАИ по 2 дозы до 3 раз в сутки или 10-20 каплеь раствора ипратропия	5-7 дней	Ремиссия
Хронический неуточненный бронхит J42						

1	2	3	4	5	6	7
				<p>Бромид/фенотерол (250 мкг+500 мкг/1 мл) для ингаляций через небулайзер 2-3 раза в сутки, или метилксантины (аминофиллин 0,15 г 3 раза в сутки внутрь, или пролонгированный теофиллин 350 мг 2 раза в сутки, или 500 мг 1 раз в сутки внутрь</p> <p>Муколитики: амброксол 0,03 г 3 раза в сутки внутрь или 2мл через небулайзер;</p> <p>ацетилцистеин внутрь 400-600 мг /сутки в 2 приема;</p> <p>для аэрозольной терапии в УЗИ-приборах распыляют 3-9 мл 10% раствора, в приборах с распределительным клапаном - 6 мл 10% раствора; продолжительность ингаляции - 15-20 мин; кратность - 2-4 раза в сутки; при лечении острых состояний средняя продолжительность терапии - 5-10 дней, при длительной терапии хронических состояний курс лечения - до 6 месяцев</p>		

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

<p>Простой и слизисто- гнойный хрониче- ский бронхит J41 Хрониче- ский бронхит неуточ- ненный J42</p>	<p>Общий анализ крови Бактериологическое и микроскопическое иссле- дование мокроты на аэробные и факультатив- но-анаэробные микроор- ганизмы Спирограмма</p>	<p>1-2 раза</p>	<p>Бронхоскопия Рентгенография ор- ганов грудной по- лости</p>	<p>При выраженном интоксикаци- онном и бронхолегочном син- дроме (в случае подтверждения бактериальной природы обострения): амоксициллин/клавулановая кис- лота 875/125 мг внутрь 2 раза в сутки, при недостаточной эффек- тивности - макролиды (азитро- мицин - 0,5 г 1раз в сутки внутри или кларитромицин 0,5- 1,0 г в сутки); препараты резерва левофлокса- цин 0,5 г 1раз в сутки.</p> <p>При обструктивном синдроме – ипратропия бромид или ипра- тропия бромид/фенотерол в ДАИ - 2 ингаляции 3-4 раза в сутки или в возрастной дозе через не- булайзер и/или метилксантины (аминофиллин 0,15 г 3 раза в сутки внутрь, или пролонгиро- ванный теофиллин 350 мг 2 раза в сутки, или 500 мг 1 раз/сут внутри), Муколитики: амброксол 0,03 г 3 раза в сутки внутрь или через</p>	<p>7 дней</p>	<p>Ремиссия</p>
---	--	-----------------	--	---	---------------	-----------------

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

небулайзер по 2мл 1-2 раза в сутки;
ацетилцистеин
внутри 400-600 мг /сутки в 1-2 приема, или
для аэрозольной терапии в УЗИ-приборах - 3-9 мл 10% раствора, в приборах с распределительным клапаном - 6 мл 10% раствора; продолжительность ингаляции - 15-20 мин; кратность - 2-4 раза в сутки; при лечении острых состояний средняя продолжительность терапии - 5-10 дней
Бронхосанационная терапия (по показаниям).