

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ

1. Название протокола: Хронический бронхит у детей

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10

J40	Бронхит, не уточненный как острый или хронический
J41.0	Простой хронический бронхит
J41.1	Слизисто-гнойный хронический бронхит
J41.8	Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит
J42	Хронический бронхит неуточненный

4. Сокращения

ХБ	хронический бронхит
СОЭ	скорость оседания эритроцитов

5. Дата разработки протокола: 2013 год

6. Категория пациентов – дети и подростки с диагнозом «Хронический бронхит».

7. Пользователи протокола: детские пульмонологи, педиатры, врачи общей практики.

8. Конфликта интересов нет

9. Определение

Хронический бронхит - это хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов, протекающее с повторными обострениями. Заболевание диагностируется при выявлении продуктивного влажного кашля, постоянных влажных разнокалиберных хрипов в легких (в течение нескольких месяцев) при наличии 2—3 обострений заболевания в год на протяжении 2 лет.

10. Клиническая классификация хронического бронхита

Хронические бронхиты в детском возрасте разделяют на первичные и вторичные. *Первичный хронический бронхит* - диагностируется при выявлении продуктивного влажного кашля, постоянных влажных разнокалиберных хрипов в

легких (в течение нескольких месяцев) при наличии 2—3 обострений заболевания в год на протяжении 2 лет.

Вторичный хронический бронхит сопровождается многие хронические болезни легких. Он является составной частью многих пороков развития легких и бронхов, синдрома цилиарной дискинезии, синдрома хронической аспирации пищи, хронического бронхоолита (с облитерацией), выявляется при локальных пневмосклерозах (хронической пневмонии), а также при муковисцидозе и иммунодефицитных состояниях.

11. Показания для госпитализации

- Отсутствие эффекта от амбулаторной терапии;
- Хронический кашель со слизистой или гнойной мокротой;
- Постоянные разнокалиберные хрипы в легких;
- Дыхательная недостаточность с втяжением межреберных пространств
- При бронхоскопическом исследовании выявляется хронический эндобронхит (локальный или распространенный).
- Нарушения функции внешнего дыхания и рентгенологические изменения.
- Наличие осложнений.

12. Перечень диагностических мероприятий

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

- общий анализ крови (6 параметров);
- АлТ, АсТ, билирубин;
- Кал на яйца гельминтов;
- соскоб на энтеробиоз;
- общий анализ мочи.
- Бак. посев кала
- Мазок из зева и носа

Перечень основных диагностических мероприятий:

- Рентгенография грудной клетки (одна проекция) - Для определения объема и характера воспаления в легких, в динамике через 2 недели после лечения при долевых, полисегментарных поражениях, ателектазе легких
- Лечебно-диагностическая бронхоскопия с забором бронхиального смыва на флору и чувствительность (инородное тело бронхов, ателектаз)
- ЭКГ - Для исключения поражения сердца
- Общий анализ мокроты - Определение степени воспаления
- Бак. посев мокроты на флору и чувствительность микробов к антибиотикам;
- Исследование функций внешнего дыхания (с 5 лет), пульсоксиметрия - всем детям с тахипное или клинической гипоксией (по показаниям);
- Исследование на хламидиоз, грибы рода Кандида с изучением морфологии (по показаниям);
- Компьютерная томография (по показаниям);
- Общий анализ крови (Ег, Нв, L, лейкоформула, СОЭ, тромбоциты) - мини обследования;

- УЗИ внутренних органов – для исключения поражения паренхиматозных органов;
- Определение группы крови и резус-фактора - Для введения крови и заменителей 20%(по показаниям)
- Кровь на ВИЧ - по приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23 » ноября 2010 года №907
- Определение общего белка - Оценка белкового обмена 50%
- Определение белковых фракций крови - оценка белкового обмена 50% (по показаниям)
- Определение уровня микроэлементов (К, Na) – для исключения нарушения электролитного баланса.
- Общий анализ мочи - для исключения поражения почек.
- Соскоб - Приказ МЗРК
- Дополнительные диагностические исследования:
- Определение времени свертываемости капиллярной крови - Диагностика ДВС - синдрома 50% (по показаниям)

13. Диагностические критерии

13.1 Жалобы и анамнез:

- кашель продуктивный, с мокротой по утрам, длительно 3-4месяца;
- бронхиты более 3-4 раз в год с затяжным течением в анамнезе

13.2 Физикальное обследование:

- респираторное диспноэ;
- аускультативно: жесткое дыхание с удлинённым выдохом над всей поверхностью легких, разнокалиберные влажные и сухие хрипы исчезающие после кашля;
- симптомы общей интоксикации различной интенсивности
- снижение функции внешнего дыхания

13.3 Лабораторные исследования

- в общем анализе крови – лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
- общий анализ мочи - незначительная протеинурия или в норме без изменений.
- при наличии мокроты обязательно 3-х кратное исследование на БК для исключения туберкулеза легких.

13.4 Инструментальные исследования

Рекомендовано проведение рентгенографии органов грудной клетки.

13.5. Показания для консультации специалистов:

Причиной длительного кашля (более 3-х недель) бывают синуситы, бронхиальная астма, гастроэзофагиальный рефлюкс (больные нуждаются в консультациях пульмонолога, гастроэнтеролога, оториноларинголога) и дополнительных обследованиях.

13.6. Дифференциальный диагноз:

ХБ следует дифференцировать от таких состояний как:

- бронхиальная астма;

- аспирационный синдром (инородные тела бронхов);
- гастроэзофагеальный рефлюкс, нарушение глотания);
- хронический синусит, тонзиллит, ринофарингит;
- врожденные пороки трахеи, бронхов, легких;
- хроническая пневмония (локальный пневмосклероз);
- иммунодефицитные состояния;
- альвеолиты;
- облитерирующий бронхиолит;
- опухоли легких, бронхов и средостения;
- постинфекционный синдром;
- синдром цилиарной дискинезии;
- муковисцидоз;
- психогенный кашель;
- врожденные аномалии аорты, легочной артерии,
- врожденные пороки сердца.

14. Цели лечения:

- уточнение диагноза;
- купирование воспалительного процесса в бронхах;
- купирование симптомов дыхательной недостаточности, общей интоксикации;
- восстановление ОФВ1

15. Тактика лечения:

15.1 Немедикаментозное лечение

Общеукрепляющая терапия

15.2 Медикаментозное лечение Оксигенотерапия

Антибактериальная терапия

Муколитики

Бронхолитическая терапия (по показаниям)

Позиционный дренаж, ЛФК

Общеукрепляющая терапия

Иммуномодуляторы (по показаниям)

Рациональный выбор антибиотика зависит от следующих факторов:

1. микробный спектр возбудителя инфекции;
2. чувствительность патогенов к различным группам и видам антибиотических средств;
3. цитокинетика антибактериальных препаратов, т.е. способность антибиотиков к внутриклеточному воздействию на возбудителей.

Антибиотикотерапия: первого выбора всегда осуществляется эмпирически. Стартовая эмпирическая терапия при отсутствии эффекта или в тяжелых случаях корректируется через 48 – 72 часа проведения антибиотикотерапии на основании данных бактериологического исследования (мазков из зева, а при возможности – на основании результатов посевов мокроты или аспирата из дыхательных путей).

При лечении бронхитов используются 3 группы препаратов – пенициллин и его полусинтетические производные, цефалоспорины 1,2 поколения и макролиды. Препараты выбора для детей дошкольного возраста – амоксициллин 40мг/кг в 3 приема в течение 7 дней (эффективен против большинства бактериальных патогенов). Альтернативный препарат – эритромицин, азитромицин, кларитромицин (особенно при подозрении на микоплазменную инфекцию) в возрастной дозировке в 2-3 раза в день в течение 10 дней или другие макролиды.

- Антибактериальная терапия
- Муколитики
- Бронхолитическая терапия (по показаниям)
- Иммуномодуляторы (по показаниям)

Рациональный выбор антибиотика зависит от следующих факторов:

1. микробный спектр возбудителя инфекции;
2. чувствительность патогенов к различным группам и видам антибиотических средств;
3. цитокинетика антибактериальных препаратов, т.е. способность антибиотиков к внутриклеточному воздействию на возбудителей.

Антибиотикотерапия: первого выбора всегда осуществляется эмпирически. Стартовая эмпирическая терапия при отсутствии эффекта или в тяжелых случаях корректируется через 48 – 72 часа проведения антибиотикотерапии на основании данных бактериологического исследования (мазков из зева, а при возможности – на основании результатов посевов мокроты или аспирата из дыхательных путей). При лечении бронхитов используются 3 группы препаратов – пенициллин и его полусинтетические производные, цефалоспорины 1,2 поколения и макролиды. Препараты выбора для детей дошкольного возраста – амоксициллин 40мг/кг в 3 приема в течение 7 дней (эффективен против большинства бактериальных патогенов). Альтернативный препарат – эритромицин, азитромицин, кларитромицин (особенно при подозрении на микоплазменную инфекцию) в возрастной дозировке в 2-3 раза в день в течение 10 дней или другие макролиды.

15.3. Другие виды лечения

- Оксигенотерапия;
- Позиционный дренаж, ЛФК.

15.4. Хирургическое вмешательство нет

15.5. Профилактические мероприятия

- устранение возможных этиологических факторов (переохлаждение, запыленность и загазованность рабочих помещений, злоупотребление алкоголем, пассивное курение, хроническая и очаговая инфекция в дыхательных путях и др.),
- повышение сопротивляемости организма к инфекции (закаливание, витаминизация пищи).

15.6. Дальнейшее ведение

Диспансерное наблюдение ежеквартально.

16. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

- Устранение клинических проявлений, купирование симптомов дыхательной недостаточности;
- Устранение симптомов интоксикации, улучшение самочувствия, нормализация аппетита и температуры тела;
- восстановление ОФВ1, ликвидация воспалительного процесса в бронхах.

17. Список разработчиков протокола

Иманкулова К.Д. - к.м.н, заведующая отделением пульмонологии НЦП и ДХ;

Наурызалиева Ш.Т. - к.м.н, старший научный сотрудник отделения пульмонологии НЦП и ДХ.

18. Рецензенты:

Каримханова А.Т. – к.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии Центра непрерывного образования КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова.

19. Условия пересмотра протокола:

- Внедрение новейших методов диагностики и лечения на основе доказательной медицины
- Истечение 3 лет со дня официального утверждения

20. Список использованной литературы

1. Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection, Control Practices Advisory Committee, Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports March 26, 2004 / Vol. 53 / No. RR-3
2. Evidence Based Clinical Practice Guideline For Infection Prophylaxis - PCP Guideline 15, Health Policy & Clinical Effectiveness, Evidence Based Clinical Practice Guideline, Pneumocystis Carinii Pneumonia Prophylaxis following Solid Organ or Blood & Marrow Transplants Publication Date: 01-12-01
3. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing invasive pneumococcal disease and pneumonia in children under two years of age, Evidence Summaries, 17.1.2005
4. Pneumonia, EBM Guidelines, 11.6.2004
5. Treatment of pneumonia in children, EBM Guidelines, 03.05.2000
6. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. Москва, Медиа Сфера, 2004.
7. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине: Пер с англ./ Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хайтова.- 2-е изд., испр. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 1248с.

8. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине: Пер с англ./ Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова.- 2-е изд., испр. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 1248с.