

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Хронический бронхит

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10

J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

J42 Хронический бронхит неуточненный

4. Сокращения

IgE – иммуноглобулин E

БК – бациллы Коха

ВДП - верхние дыхательные пути

ГКС – глюкокортикостероиды

ГЭРБ – гастро-эзофагеально рефлюксная болезнь

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ХБ – хронический бронхит

ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких

5. Дата разработки протокола: 2013 год.

6. Категория пациентов: взрослые

7. Пользователи протокола: врачи общей практики, терапевты, пульмонологи

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:

Хронический бронхит – хроническое диффузное прогрессирующее воспаление бронхов, проявляющееся продуктивным кашлем, продолжающемся 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.

9. Клиническая классификация хронического бронхита

Единой классификации хронического бронхита нет.

По характеру воспаления выделяют:

- катаральный;
- гнойный.

По фазе заболевания:

- обострение;
- ремиссия.

Также при формулировке диагноза необходимо отметить возможные осложнения, возможные для данной патологии, а именно: дыхательная недостаточность.

Сочетание хронического бронхита с эмфиземой определяется как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

10. Показания для госпитализации

Простой хронический бронхит **лечится в амбулаторных условиях.**

Показаниями для госпитализации (экстренная) являются появление осложнений:

- появление признаков дыхательной недостаточности;
- наличие признаков пневмонии;
- отсутствие эффекта от терапии, необходимость проведения дифференциальной диагностики;
- обострение серьезных сопутствующих заболеваний с признаками функциональной недостаточности (сердечно-сосудистая, почечная патологии и др.).

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий **Перечень основных диагностических мероприятий (в период обострения):**

Общий анализ крови по показаниям:

- кашель более 3-х недель;
- возраст старше 75 лет;
- подозрение на наличие пневмонии;
- фебрильная лихорадка более 38,0 С;
- с целью дифференциальной диагностики.

Флюорография по показаниям:

- кашель более 3-х недель;
- возраст старше 75 лет;
- подозрение на наличие пневмонии;
- с целью дифференциальной диагностики.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- общий анализ мокроты (при наличии);
- микроскопия мокроты с окраской по грамму;
- бактериологическое исследование мокроты;

- микроскопия мокроты на БК;
- спирография;
- рентгенография органов грудной клетки;
- электрокардиография;
- компьютерная томография грудной клетки;
- фибробронхоскопия.

12. Диагностические критерии

12.1 Жалобы и анамнез:

В анамнезе факторами риска развития и обострения хронического бронхита могут быть:

- наличие вредных привычек (курение),
- воздействие физических и химических факторов (вдыхание пыли, дыма, окиси углерода, сернистого ангидрида, окислов азота и других химических соединений),
- климатические факторы (сырой и холодный климат)
- сезонность (осень, зима, ранняя весна)
- аллергические заболевания и иммунодефицитные состояния,
- вирусная инфекция (обычно имеет значение как причина обострения)
- генетические факторы, конституциональная предрасположенность

Основные жалобы:

- 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;
- в периоды обострения появляется и прогрессирует одышка;
- в периоды обострения могут возникать озноб, субфебрильная температура;
- общая слабость, недомогание.

12.2 Физикальное обследование:

- при обострении температура тела субфебрильная или нормальная;
- при аускультации – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы (в период обострения).

12.3 Лабораторные исследования

- в общем анализе крови – лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;
- при наличии мокроты обязательно 3-х кратное исследование на БК для исключения туберкулеза легких.

12.4 Инструментальные исследования

- рекомендовано проведение рентгенографии органов грудной клетки при наличии кашля более 3-х недель, отсутствии эффекта от проводимой терапии обострения, у лиц пожилого возраста;
- спирография;
- по показаниям бронхоскопия.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- пульмонолог (при необходимости дифференциальной диагностики и неэффективности проводимой терапии);
- оториноларинголог (для исключения патологии ВДП);
- гастроэнтеролог (для исключения гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов с гастродуоденальной патологией);
- фтизиатра (согласно диагностического алгоритма обследования больных на туберкулез).

12.6. Дифференциальный диагноз:

Диагноз	Диагностические критерии
Туберкулез бронхов	<ul style="list-style-type: none"> – характерны симптомы туберкулезной интоксикации (ночные поты, анорексия, слабость, субфебрильная температура тела), кровохарканье, отсутствие «гнойности» мокроты, – наличие бацилл Коха в мокроте и промывных водах бронхов, – туберкулезный семейный анамнез, положительные туберкулиновые пробы – локальный эндобронхит с рубцами и свищами при фибробронхоскопии, – положительный эффект от лечения туберкулоостатическими препаратами
Внебольничная пневмония	<ul style="list-style-type: none"> – Фебрильная лихорадка свыше $\geq 38,0$ – Озноб, боль в груди – Кашель с отделением гнойной мокроты – Тахикардия – Дыхательная недостаточность – Укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, крепитация, влажные хрипы – Рентгенологически – инфильтрация легочной ткани
Бронхиальная астма	<ul style="list-style-type: none"> – Аллергоанамнез – Приступообразный кашель в ночное время и/или утренние часы, при контакте с аллергеном – Хрипы, свисты в груди – Наличие сопутствующих аллергических заболеваний

	<p>(атопический дерматит, аллергический ринит, проявления пищевой и лекарственной аллергии).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Эозинофилия в крови. – Повышение уровня IgE в крови. – Наличие в крови специфических IgE к различным аллергенам.
Рак бронха	<ul style="list-style-type: none"> – чаще у курящих мужчин и характеризуется надсадным кашлем с примесью крови, – атипичные клетки в мокроте, – в поздних стадиях — боли в грудной клетке, геморрагический экссудативный плеврит. – решающую роль в диагностике рака бронха играют фибробронхоскопия и биопсия слизистой оболочки бронха
Застойная сердечная недостаточность	<ul style="list-style-type: none"> – Хрипы в базальных отделах легких – Ортопноэ – Кардиомегалия – Признаки скопления жидкости в интерстициальной ткани или альвеолах на рентгенограмме – Протодиастолический ритм галопа, тахикардия – Ухудшение кашля, одышки и свистящих хрипов в ночное время

13. Цели лечения:

- ликвидация воспалительного процесса в бронхах;
- купирование симптомов дыхательной недостаточности;
- облегчение тяжести и снижение продолжительности кашля;
- устранение симптомов интоксикации, улучшение самочувствия, нормализация температуры тела, выздоровление и профилактика осложнений;
- восстановление трудоспособности.

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозное лечение

- лечение неосложненного бронхита обычно проводится в домашних условиях;
- устранить внешние причинные факторы (курение, вдыхание вредных веществ и другое);
- для облегчения выделения мокроты - поддержание адекватной гидратации (обильное питье воды, морсов до 2-3 л/сутки);
- увлажнение воздуха в помещении, особенно в условиях засушливого климата и зимой (поддержание температурного режима в помещении 20- 22 градуса);
- устранение воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дыма, пыли, резких запахов, холодного воздуха);
- лечебная физкультура (далее – ЛФК), массаж грудной клетки, физиотерапия.

14.2 Медикаментозное лечение

Восстановление бронхиальной проходимости достигается путем нормализации тонуса бронхиальной мускулатуры, уменьшения отека слизистой оболочки бронхов, устранения мокроты из бронхиального дерева.

При бронхиальной обструкции показаны бронходилататоры. Наилучшим эффектом обладают короткодействующие бета-2-агонисты (сальбутамол, фенотерол) и холинолитики (ипратропия бромид), а также комбинированные препараты (фенотерол+ипратропия бромид) в виде раствора для ингаляций через небулайзер или аэрозоля до 4-6 раз/сутки.

Могут быть использованы производные метилксантинов в виде пероральных пролонгированных форм.

При наличии вязкой мокроты показаны мукоактивные препараты различного механизма действия (амброксол, бисолвон, ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин) внутрь, инъекционно или в виде ингаляций через небулайзер (при наличии соответствующей формы выпуска). Возможно назначение препаратов рефлекторного действия, экспекторантов (обычно, отхаркивающие травы) внутрь.

Могут применяться внутрь комбинированные препараты, содержащие в своем составе экспекторанты, муколитики, бронхолитики.

При сохранении затяжного кашля и появлении признаков гиперреактивности дыхательных путей возможно применение противовоспалительных нестероидных препаратов (фенспирид), при неэффективности их – ингаляционные глюкокортикостероидные препараты (будесонид, беклометазон, флутиказон, циклесонид и др.), в том числе через небулайзер (суспензия будесонида). Допустимо применение фиксированных комбинированных ингаляционных препаратов (будесонид/формотерол или флутиказон/сальметерол).

При наличии бактериального обострения хронического бронхита назначаются антибактериальные препараты. Признаками бактериального обострения являются такие симптомы, как: усиление одышки, увеличение объема мокроты и усиление гнойного характера мокроты, повышения температуры более 3 дней, выраженные воспалительные изменения в анализе крови.

Выбор антибиотика при обострении ХБ, как правило, проводится эмпирически. Среди возбудителей, вызывающих обострение ХБ, основными являются *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* и *Moraxella catarrhalis*, на долю которых приходится 60-80% бактериальных обострений

При выборе антибиотика необходимо учитывать факторы риска: возраст пациента, выраженность синдрома бронхиальной обструкции, частоту обострений, наличие сопутствующих заболеваний, применение глюкокортикоидов.

В связи с тем, что обострение ХБ в большинстве случаев имеет нетяжелое течение, предпочтение следует отдавать антибиотикам для приема внутрь. В случае тяжелого обострения и у пациентов, находящихся в стационаре может

потребуется парентеральное введение антибактериальных препаратов. Среди антибактериальных препаратов используют амоксициллины (в том числе «защищенные» амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам) макролиды (спирамицин, азитромицин, кларитромицин, джозамицин), «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин), цефалоспорины 3 генерации. Выбор антибиотика в зависимости от особенностей течения ХБ приведены в таблице.

Особенности нозологической формы	Основной возбудитель	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Усиление одышки, увеличение объема и гнойности мокроты. Возраст < 65 лет, ОФВ ₁ > 50%), без сопутствующих заболеваний, редкие обострения (< 4 в год)	<i>H.influenzae</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>M.catarrhalis</i>	амоксициллин	амоксициллин/клавуланат амоксициллин/сульбактам спирамицин, азитромицин, кларитромицин, джозамицин; левофлоксацин, моксифлоксацин
Усиление одышки, увеличение объема и гнойности мокроты; возраст ≥ 65 лет, выраженная обструкция (ОФВ ₁ < 50%), частые обострения (от 4 раз в год), сопутствующие заболевания, истощение, длительная терапия ГКС, длительность заболевания > 10 лет	<i>H.influenzae</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>M.catarrhalis</i> , <i>Enterobacteria</i> <i>ceae</i>	амоксициллин/ клавуланат, амоксициллин/ сульбактам	цефтриаксон, левофлоксацин, моксифлоксацин
Постоянное отделение гнойной мокроты, частые обострения	<i>H.influenzae</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>M.catarrhalis</i> <i>Enterobacteria</i> <i>ceae</i> , <i>P.aeruginosa</i>	Ципрофлоксац ин, цефепим, цефтазидим, левофлоксацин	Имипенем, меропенем, цефоперазон/сульбактам пиперациллин/тазобактам, цефоперазон/сульбактам

Обычно продолжительность антибиотикотерапии при обострении ХБ составляет 5-10 дней.

14.3. Другие виды лечения: нет

14.4. Хирургическое вмешательство: нет

14.5. Профилактические мероприятия

С целью профилактики бронхита следует устранить возможные этиологические факторы (курение, запыленность и загазованность рабочих помещений,

загрязнение воздуха жилых помещений, переохлаждение, злоупотребление алкоголем, хроническая и очаговая инфекция в дыхательных путях и др.), а также принимать меры, направленные на повышение сопротивляемости организма к инфекции (закаливание, витаминизация пищи). Основной целью лечения является снижение частоты обострений и замедление прогрессирования заболевания.

14.6. Дальнейшее ведение

Лечение в период ремиссии обычно не проводится. При сохранении кашля возможно применение длительно действующих антихолинергических препаратов (тиотропия бромид).

Диспансерное наблюдение 2 раза в год.

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

- устранение клинических проявлений и возвращение к трудовой деятельности;
- устранение симптомов интоксикации и бронхообструктивного синдрома, улучшение общего самочувствия;
- возвращение к трудовой деятельности.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Козлова И.Ю. – д.м.н., заведующая кафедрой пульмонологии и фтизиатрии АО «Медицинский университет Астана»
- 2) Калиева М.М.– к.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии, ЛФК и физиотерапии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
- 3) Кунанбай К. – д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии, ЛФК и физиотерапии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
- 4) Мубаракшинова Д.Е. – ассистент кафедры клинической фармакологии, ЛФК и физиотерапии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: Разработчики данного протокола подтверждают отсутствие конфликта интересов, связанных с предпочтительным отношением к той или иной группе фармацевтических препаратов, методов обследования или лечения пациентов с острым бронхитом.

18. Рецензент: Токешева Б.Ш.

19. Условия пересмотра протокола: по истечению 3 лет с момента публикации или при появлении новых доказанных данных.

20. Список использованной литературы:

- 1) Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей // Здоров'я України – 2008. – №21. – с. 37–38.
- 2) Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии под редакцией: Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова, 2010
- 3) HuangSS, Rifas–ShimanSL, KleinmanKetal. Parental knowledge about antibiotic use: results of a cluster–randomized, multicommunity intervention.//Pediatrics. – 2007. –vol.119.–№.4. –pp. 698–706.
- 4) Johnson AL, Hampson DF, Hampson NB. Sputum color: potential implications for clinical practice. Respir Care. 2008. vol.53. – № 4. – pp. 450–454.
- 5) Prodhom G, Bille J. Use of POCT (point of care tests) in the diagnosis of infectious diseases // Rev Med Suisse.– 2008. – vol. 4.–№ 152. – pp. 908–13.
- 6) Moussaoui R El, Roede B M, Speelman P, et al. Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies //Thorax, 2008; 63: 415-422.
- 7) Braman S.S. Chronic cough due to chronic bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines // Chest, 2006 Jan;129(1 Suppl):104S-115S.
- 8) Chronic obstructive pulmonary disease: Evidence Update, 2012 // London: National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance>
- 9) Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care, 2010: // London: National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance>
- 10) Clinical guidelines: diagnosis and treatment manual // Medecins Sans Frontieres, Edition, 2013.
- 11) Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections / Woodhead M., F. Blasi F., S. Ewig S. et al. // Clin Microbiol Infect 2011; 17 (Suppl. 6): 1–24
- 12) Зайцев А.А., Синопальников А.И. Принципы рациональной терапии внебольничных инфекций дыхательных путей у взрослых // РМЖ, 2011. - №7, С.434-440.
- 13) Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Revised, 2011) // Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.org.
- 14) Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Update, 2013) // Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.org.