

## Хронический обструктивный бронхит

### 1. Хронический обструктивный бронхит

2. Код протокола: Р-Т-018

3. Код (коды) по МКБ-10: J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический

4. **Определение:** Хронический обструктивный бронхит - хроническое прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит дегенеративно-воспалительное неаллергическое поражение слизистой трахеобронхиального дерева, обычно развивающееся в результате длительного раздражения воздухопроводящих путей вредными агентами с перестройкой секреторного аппарата и склеротическими изменениями в бронхиальной стенке характеризуется кашлем с выделением мокроты не менее 3 мес. в течение более 2 лет подряд; диагноз ставится после исключения других возможных причин длительного кашля.

### 5. Классификация:

Простой (катаральный) хронический обструктивный бронхит;

Слизисто-гнойный хронический обструктивный бронхит;

Гнойный хронический обструктивный бронхит.

6. **Факторы риска:** Наиболее важным фактором риска хронического обструктивного бронхита является курение, табачный дым, озон. Далее следуют запыленность и химикаты

(раздражающие вещества, пары, испарения) на рабочем месте, загрязнения воздуха жилых

помещений продуктами сгорания органического топлива, загрязнение окружающего воздуха, пассивное курение, инфекции дыхательных путей в раннем детском возрасте.

### 7. Первичная профилактика:

1. ограничение контактов с больными и вирусоносителями, особенно в сезоны повышения респираторной заболеваемости

2. ношение масок и мытье рук членов семьи с заболеванием ОРВИ.

3. поддержание оптимального воздушного режима в помещении

4. проведение закаливающих мероприятий

### 8. Диагностические критерии:

#### 8.1. жалобы и анамнез

Хронический кашель (приступообразный или ежедневный. Часто продолжается целый день; изредка только ночью) и хроническое выделение мокроты – не менее 3 месяцев в течение более 2 лет; нарастающая по времени экспираторная одышка, варьирующая в очень широких пределах – от ощущения одышки при незначительных физических нагрузках до тяжелой дыхательной недостаточности, определяемой даже при незначительных физических упражнениях и в покое.

8.2. **физикальное обследование** Классическим аускультативным признаком является свистящие сухие хрипы во время обычного дыхания или при форсированном выдохе.

8.3. **лабораторные исследования** ОАК без существенных изменений.

Анализ мокроты – макроскопическое исследование. Мокрота может быть слизистой или гнойной.

#### 8.4. инструментальные исследования

Спирография: снижение ФЖЕЛ и ОФВ<sub>1</sub>

Рентгенография органов грудной клетки: усиление или сетчатая деформация легочного рисунка, признаки эмфиземы легких.

8.5. **показания для консультации специалистов** в зависимости от сопутствующей патологии

#### 8.6. дифференциальный диагноз

ДИАГНОЗ или причина заболевания	В пользу диагноза
Обструктивный бронхит	<ul style="list-style-type: none"> <li>- В анамнезе астмоидное дыхание было связано только с простудой</li> <li>- Отсутствие астмы/экземы/поллиноза у ребенка и членов семьи</li> <li>- Удлиненный выдох</li> <li>- Аускультативно – сухие хрипы, ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей)</li> <li>- Хорошая реакция на бронхолитики</li> <li>- Проявления обычно менее выражены, чем при астме</li> </ul>
Астма	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Повторяющееся астмоидное дыхание в анамнезе, в некоторых случаях не связанное с ОРВИ</li> <li>- Расширение грудной клетки</li> <li>- Удлиненный выдох</li> <li>- Аускультативно – ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей)</li> <li>- Хорошая реакция на бронхолитики</li> </ul>
Бронхиолит	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Первый эпизод астмоидного дыхания у ребенка в возрасте младше 2 лет</li> <li>- Астмоидное дыхание во время сезонного повышения заболеваемости бронхиолитом</li> <li>- Расширение грудной клетки</li> <li>- Удлиненный выдох</li> <li>- Аускультативно – ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей)</li> <li>- Слабая/отсутствие реакции на бронхолитики</li> </ul>
Инородное тело	<ul style="list-style-type: none"> <li>- В анамнезе внезапное развитие механической обструкции дыхательных путей (ребенок «подавился») или астмоидного дыхания</li> <li>- Иногда астмоидное дыхание или патологическое расширение грудной клетки с одной стороны;</li> <li>- Задержка воздуха в дыхательных путях с усилением перкуторного звука и смещением средостения</li> <li>- Признаки коллапса легкого: ослабленное дыхание и притупление перкуторного звука</li> <li>- Отсутствие реакции на бронхолитические средства</li> </ul>
Пневмония	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Кашель и учащенное дыхание</li> <li>- Втяжение нижней части грудной клетки</li> <li>- Лихорадка</li> <li>- Аускультативные признаки – ослабленное дыхание, влажные хрипы</li> <li>- Раздувание крыльев носа</li> <li>- Кряхтящее дыхание (у младенцев раннего возраста)</li> </ul>

## 9. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

### Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация терапевта
2. Общий анализ крови

3. Общий анализ мочи
4. Микрореакция
5. Общий анализ мокроты,
6. Флюорография
7. Исследование функций внешнего дыхания с фармакологической пробой

**Перечень дополнительных мероприятий:**

1. Цитология мокроты
2. Исследование мокроты на БК
3. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
4. Рентгенография органов грудной клетки
5. Консультация пульмонолога
6. Консультация отоларинголога
7. Компьютерная томография

**10. Тактика лечения** главным является снижение темпов прогрессирования заболевания.

**10.1. цели лечения**

Уменьшить выраженность симптомов; предотвратить развитие обострений; поддерживать оптимальную функцию легких; повысить повседневную активность, качество жизни и выживаемость

**10.2. немедикаментозное лечение**

Первым и наиболее действенным методом для этого служит прекращение курения. Любые консультации, о вреде курения эффективны и должны использоваться при каждом приеме.

**10.3. медикаментозное лечение**

При простом (катаральном) хроническом обструктивном бронхите основным методом лечения является использование отхаркивающих средств, направленных на нормализацию

мукоцилиарного клиренса и профилактики присоединения гнойного воспаления. В качестве отхаркивающих можно использовать препараты рефлекторного действия термопсис и эпикуана, алтей, багульник или резобитивного действия - йодистый калий, бромгексин; или муколитики и мукорегуляторы - амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин, которые разрушают мукополисахариды и нарушают синтез сиаломуцинов мокроты. При обострении процесса проводят 1-2 недельные антибактериальную терапию с учетом антибиотикограмм.

Предпочтение отдается препаратам макролидов новых поколений, амоксициллин+клавулановая кислота, клндамицин в сочетании с муколитиками. При обострениях заболевания назначают антибактериальную терапию (спирамицин 3000 000 ЕД x 2 раза, 5-7 дней, амоксициллин+клавулановая кислота 500 мг x 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг x 2 раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 x 1 раз, 5 дней). При гипертермии назначают парацетамол. По получению результатов бактериологического исследования в зависимости от клинического эффекта и выделенной микрофлоры вносятся коррективы в лечение (цефалоспорины, фторхинолоны и др.). Важное место в лечении ХБ принадлежит методам лечебной дыхательной гимнастики, направленных на улучшение дренажной функции бронхиального дерева и тренировку дыхательной мускулатуры. Одновременно с этим, определенное значение имеют физиотерапевтические методы лечения и лечебный массаж дыхательной мускулатуры. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р\сут в течение 10 дней.

Основой симптоматического лечения хронического бронхита являются бронхолитические

средства, предпочтительно в ингаляциях - фиксированная комбинация фенотерола и ипратропия бромида.

Ингаляционные кортикостероиды регулярно используются только для пациентов с клиническим улучшением и зафиксированным положительным спирометрическим ответом на пробный курс ингаляционных кортикостероидов или • ОФВ1 < 50% от должных значений и повторных обострениях (например, 3 раза за последние 3 года).

#### **10.4. показания к госпитализации**

1. Субфебрильная температура более 3 дней и выделение гнойной мокроты;
2. Снижение показателей ФВД более 10 % от исходных ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, Тифно;
3. Нарастание дыхательной недостаточности и признаки сердечной недостаточности.

#### **10.5. профилактические мероприятия**

Необходимо исключить факторы риска, необходима ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной и бронходилататоры короткого действия по потребности.

**10.6. дальнейшее ведение, принципы диспансеризации** При рецидиве обструктивного синдрома больной нуждается в консультации и дальнейшем лечении у пульмонолога и аллерголога.

### **11. Перечень основных и дополнительных медикаментов**

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Ипратропия бромид аэрозоль 100 доз, ипратропия бромид 21 мкг.
2. \*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; раствор для небулайзера 20 мл
3. \*Теофиллин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг
4. \*Фенотерол аэрозоль 200 доз
5. \*Салметерол аэрозоль для ингаляции 250 мкг/доза
6. \*\*Амброксол сироп 15 мг/5 мл; 30мг/5 мл; раствор 7,5 мг/мл
7. \*\*Амоксициллин пероральная суспензия 250 мг/5 мл
8. \*\* Амоксициллин+клавулановая кислота таблетки, покрытые оболочкой 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения во флаконах 500мг/100мг, 1000мг/200мг
9. \*\*Парацетамол сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
10. \*Азитромицин 500 мг, капсулы
11. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
12. \*Метронидазол 250 мг, табл.
13. \*Ипратропия бромид 21 мкг+фенотерола гидробромид 50 мкг

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл
2. \*Бекламетазон аэрозоль 200 доз
3. \*Флютиказон аэрозоль 120 доз
4. \*Кларитромицин 500 мг, табл.
5. \*Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

#### **12. Индикаторы эффективности лечения:**

1. Купирование обструктивного синдрома
2. Нормализация температуры тела
3. Исчезновение кашля

#### **13. Список использованной литературы:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 2002.
2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 1. М. Медиа Сфера, 2003.

3. Краткое руководство для врачей и медсестер по хронической обструктивной болезни легких. Диагностика, лечение и профилактика. Национальный Институт здоровья США, ВОЗ, 2004.

4. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.

5. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва

2005

**14. Список разработчиков:** Семенова Р.И., кафедра пульмонологии КазНМУ

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

\*\* - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях