

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

28 июня 2013 г. № 751

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 пациентов с пневмоконииозами согласно приложению 1 к настоящему приказу;
- клинический протокол диагностики и лечения пациентов с хроническим профессиональным бронхитом согласно приложению 2 к настоящему приказу;
- клинический протокол диагностики и лечения пациентов с профессиональной хронической обструктивной болезнью легких согласно приложению 3 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 и лечения заболеваний в соответствии с клиническими протоколами, указанными в пункте 1 настоящего приказа.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Пиневица Д.Л.

Министр

В.И.Жарко

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ БРОНХИТОМ

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящий клинический протокол диагностики и лечения пациентов с хроническим профессиональным бронхитом (далее – ХПБ) предназначен для оказания медицинской помощи населению в амбулаторных и стационарных районных (районный уровень – далее РУ), областных (областной уровень – далее ОУ) и республиканских (республиканский уровень – далее Респ.У) организаций здравоохранения Республики Беларусь.

Данные клинические протоколы отражают современные подходы к диагностике и лечению ХПБ, актуального для Республики Беларусь.

Актуальность ХПБ для Республики Беларусь обусловлена ростом профессиональной заболеваемости органов дыхания у работающих во вредных и опасных условиях труда. Остается актуальной проблема заболеваемости хроническим бронхитом с временной утратой трудоспособности.

Настоящий протокол разработан для осуществления контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в организации здравоохранения в рамках государственных гарантий обеспечения медицинской помощью при заболевании ХПБ.

Учитывая особенности финансирования обследования и лечения пациентов с профессиональной патологией, настоящий протокол вступает в силу с момента подозрения на ХПБ. Подозрением на ХПБ следует считать клиническое предположение о наличии данного заболевания, сформулированное в виде предварительного диагноза и зафиксированное в медицинской документации.

Критериями для установления диагноза ХПБ являются:

- профессиональный маршрут – работа в условиях контакта с вредными и опасными факторами производства (таблица 1);
- санитарно-гигиеническая характеристика условий труда;
- клинические критерии – наличие кашля и продукции мокроты не менее 3 месяцев на протяжении 2 и более последовательных лет, при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких, которые могли бы вызвать эти симптомы;
- результаты инструментальных и лабораторных исследований, подтверждающих наличие хронического бронхита.

Хронический профессиональный бронхит – прогрессирующее воспаление бронхов, возникающее в результате работы в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов (промышленный аэрозоль, химические факторы), проявляющееся наличием кашля и продукции мокроты не менее 3 месяцев на протяжении 2 и более последовательных лет.

Возрастная категория: взрослое население.

В перечне профессиональных заболеваний (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 24.03.2009 № 29/42 «Об утверждении перечня (списка) профессиональных заболеваний и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства социальной защиты Республики Беларусь от 29 мая 2001 г. № 40/6») представлен профессиональный бронхит (J44.1, J44.8, J44.9).

Шифр по МКБ-10:

Хронический профессиональный бронхит J68.0 (бронхит и пневмонит, вызванный химическими веществами, газами, дымами и парами).

Перечень диагностических исследований необходим для проведения медицинского аудита на различных уровнях (осуществление контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в организации здравоохранения в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью).

Обязательная диагностика проводится для подтверждения предполагаемого диагноза, выявления признаков обострения болезни, определения темпов прогрессирования заболевания и выполняется вне зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Обследования не дублируются в случае выполнения на предыдущем этапе.

Дополнительная диагностика проводится:

- для уточнения диагноза;
- для динамического наблюдения за пациентом – по показаниям (этот вид диагностики выполняется в зависимости от наличия необходимого оборудования, реагентов и расходных материалов, позволяющих выполнить дополнительные исследования на соответствующем уровне. В случае отсутствия возможности для выполнения диагностики пациент направляется в организацию здравоохранения вышестоящего уровня). Кратность обследования определяется состоянием пациента и значимостью изменения показателя для коррекции лечения и дополнительного обследования.

Лекарственная терапия ХПБ должна осуществляться всем пациентам в соответствии с данным клиническим протоколом вне зависимости от уровня ее проведения. Выбор представленных в клиническом протоколе лекарственных средств осуществляет врач-специалист.

Необходимый объем физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры определяет врач-реабилитолог и/или врач-физиотерапевт в соответствии с показаниями и противопоказаниями.

ГЛАВА 2 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ В СТРУКТУРЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРОНХИТА

Формирование заболевания связано с воздействием на бронхи вредных и опасных производственных факторов, дополнительных, профессиональных и непрофессиональных факторов риска.

К дополнительным профессиональным факторам риска хронического пылевого бронхита относят – нагревающий или охлаждающий микроклимат, тяжелый физический труд, к непрофессиональным – рецидивирующие респираторные инфекции, табачный дым, анатомические anomalies и пороки развития органов дыхания, генетическую предрасположенность к развитию заболеваний легких.

В настоящее время профессиональный бронхит регистрируется у рабочих, длительно контактирующих с промышленными аэрозолями.

Однако если раньше ведущее значение в развитии бронхита пылевой этиологии придавали высоким концентрациям промышленной пыли, то в последние годы стали обращать внимание на отсутствие четкого параллелизма между этим фактором и распространенностью хронического бронхита. На современных производствах наряду со снижением концентраций промышленных аэрозолей отмечается усложнение их химического состава, часто за счет содержания в них алергизирующих и токсичных агентов, изменяющих течение профессиональной патологии.

Воздействие промышленного аэрозоля усугубляется другими неблагоприятными производственными факторами (неблагоприятный микроклимат, тяжелый физический труд и др.).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРОНХИТА

Диагноз хронического профессионального бронхита должен подозреваться у каждого работника, имеющего профессиональные факторы риска, в случае наличия хронического кашля, продукции мокроты.

Обязательные методы исследования включают:

оценку факторов риска.

Если больной курит или курил, то необходимо изучить анамнез курения и рассчитать индекс курящего (ИК) человека, выраженного в пачка/лет.

ИК (пачка/лет) равен числу выкуриваемых сигарет в сутки умноженному на стаж курения (годы) разделенному на 20.

ИК больше 10 пачка/лет является достоверным фактором риска развития ХОБЛ и хронического бронхита;

клиническое исследование с оценкой симптомов хронического бронхита;

проведение инструментальных и лабораторных методов обследования.

Диагноз хронического профессионального бронхита устанавливается на основании вышеуказанных критериев (профессионального маршрута, данных санитарно-гигиенической характеристики, клинических критериев, результатов инструментальных и лабораторных данных, подтверждающих наличие хронического бронхита) (таблица 1).

Таблица 1

Диагностика хронического профессионального бронхита

Организации здравоохранения	Диагностика		
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)
1	2	3	4
Диагностика при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях			
РУ ОУ Респ.У	Сбор анамнеза и жалоб с оценкой симптомов, факторов риска заболевания	При первичном установлении диагноза – однократно, далее – 1 раз в год, а также при обострении	Оценка одышки по шкале MRC
РУ ОУ Респ.У	Микроскопия мокроты	При первичном установлении диагноза – однократно, далее – 1 раз в год, а также при обострении	Посев и бактериоскопия мокроты на бациллы Коха (далее – БК) 3-ды Бактериологическое и микроскопическое исследование мокроты на наличие клинически значимых аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов с определением их чувствительности к антибиотикам
РУ ОУ Респ.У	Общий анализ крови Биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, определение активности: аспартат-аминотрансферазы (далее – АсАТ); аланин-аминотрансферазы (далее – АлАТ)	Контрольное исследование 1 раз в год, при обострении – по показаниям	Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, СРП, общего белка и белковых фракций, электролитов: натрия, калия, кальция; креатинина
РУ ОУ Респ.У	Спирограмма, тест с бронхолитиком	При первичном установлении диагноза – однократно, далее – 1 раз в год	Пульсоксиметрия
РУ	Рентгенография органов	При первичном	Компьютерная томография

ОУ Респ.У	грудной полости	установлении диагноза, далее – 1 раз в год и по показаниям	органов грудной полости по показаниям
РУ ОУ Респ.У	ЭКГ	1 раз в год и по показаниям	Эхокардиография
РУ ОУ Респ.У	Консультация врача-оториноларинголога	При первичном установлении диагноза – однократно, далее – 1 раз в год и по показаниям	
ОУ Респ.У	Фибробронхоскопия (далее – ФБС)	При первичном установлении диагноза – однократно, далее – по показаниям	
Диагностика при оказании медицинской помощи в стационарных условиях			
РУ ОУ Респ.У	Сбор анамнеза и жалоб с оценкой симптомов, факторов риска заболевания	При первичном установлении диагноза однократно, далее – 1 раз в год, а также при обострении	
РУ ОУ Респ.У	Оценка одышки по шкале MRC	При первичном установлении диагноза однократно, далее – 1 раз в год, а также по показаниям	
РУ ОУ Респ.У	Общий анализ крови Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, СРП, общего белка и белковых фракций, электролитов: натрия, калия, кальция; креатинина; определение активности: АсАТ; АлАТ	1–2	
РУ ОУ Респ.У	Микроскопия мокроты Посев и бактериоскопия мокроты на БК	При первичном установлении диагноза – однократно, далее – 1 раз в год, а также при обострении	Бактериологическое и микроскопическое исследование мокроты на наличие клинически значимых аэробных и факультативно-анаэробны х микроорганизмов с определением их чувствительности к антибиотикам
РУ ОУ Респ.У	Спирограмма, тест с бронхолитиком	При первичном установлении диагноза однократно, далее – 1 раз в год	Пульсоксиметрия Газоанализ выдыхаемого воздуха Газометрический анализ крови
РУ ОУ Респ.У	Рентгенография органов грудной полости	При первичном установлении диагноза однократно, далее – 1 раз в год	Компьютерная томография органов грудной полости по показаниям
РУ	ЭКГ	1 раз в год и по	Эхокардиография

ОУ Респ.У		показаниям	
РУ ОУ Респ.У	Консультация врача-оториноларинголога	При первичном установлении диагноза однократно, далее – 1 раз в год и по показаниям	
ОУ Респ.У	ФБС	При первичном установлении диагноза однократно, далее – по показаниям	Биопсия при ФБС и гистологическое исследование биоптата

Показания к госпитализации при обострении хронического профессионального бронхита:

- возникновение новых, ранее не наблюдававшихся симптомов, на фоне обострения бронхита;
- неэффективность стартовой терапии на амбулаторном этапе;
- наличие осложнений;
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Лечение ХПБ представлено в таблице 2.

Таблица 2

Лечение хронического профессионального бронхита

Лечение	Средняя длительно сть лечения	Критерий эффективност и лечения
1	2	3
Лечение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (РУ, ОУ, Респ.У)		
1. Устранение факторов риска, рациональное трудоустройство, отказ от курения 2. Вакцинация гриппозной вакциной, пневмококковой вакциной по показаниям 3. Муколитики (амброксол 30 мг 3 р., ацетилцистеин 200 мг 3 р.) при увеличении количества или наличии вязкой, трудноотделяемой мокроты 4. Антибактериальная терапия при наличии показаний – увеличение объема и гнойности мокроты: амоксициллин внутрь 0,5 г 3 раза в сутки; амоксициллин/клавулановая кислота 875/125 мг внутрь 2 раза в сутки; азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки; klarитромицин 0,5–1 г в сутки; цефтриаксон 1–2 г в/м или в/в 1 раз в сутки. При неэффективности стартовой терапии, частых обострениях (> 4 раз в год) и тяжелой сопутствующей патологии – фторхинолоны (ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки, левофлоксацин 0,5 г 1 раз в сутки) Продолжительность курса антибактериальной терапии не менее 7 дней, в случае применения азитромицина – 5 дней. При неэффективности стартовой терапии – коррекция по результатам микробиологического исследования мокроты и чувствительности микрофлоры к антибиотикам 5. ФТЛ 6. Реабилитация	7 дней	Улучшение состояния
Лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (РУ, ОУ, Респ.У)		
1. Муколитики (амброксол 30 мг 3 р., ацетилцистеин 200 мг 3 р.) при увеличении количества мокроты	10–14 дней	Улучшение состояния

<p>2. Антибактериальная терапия при наличии показаний – увеличение объема и гнойности мокроты: амоксициллин внутрь 0,5 г 3 раза в сутки; амоксициллин/клавулановая кислота 875/125 мг внутрь 2 раза в сутки; азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки; klarитромицин 0,5–1 г в сутки; цефтриаксон 1–2 г в/м или в/в 1 раз в сутки. При частых обострениях (> 4 раз в год) и тяжелой сопутствующей патологии – фторхинолоны (ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки, левофлоксацин 0,5 г 1 раз в сутки). Продолжительность курса антибактериальной терапии не менее 7 дней, в случае применения азитромицина – 5 дней. При неэффективности стартовой терапии – коррекция по результатам микробиологического исследования мокроты и чувствительности микрофлоры к антибиотикам</p> <p>3. ФТЛ</p> <p>4. Реабилитация</p>		
--	--	--