

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ АКУТЕН БРОНХИТ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање, диференцијална дијагноза и третман на акутен бронхит.

**Член 2**

Начинот на дијагностицирање, диференцијална дијагноза и третман на акутен бронхит е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање, диференцијална дијагноза и третман на акутен бронхит по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6516/2

7 ноември 2012 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## АКУТЕН БРОНХИТ

МЗД Упатство  
30.5.2010

- Основни податоци
- Етиологија и клиничка слика
- Индикации за рендгенографија на бели дробови
- Други иследувања и диференцијална дијагноза
- Лекување
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Акутниот бронхитис е болест која трае околу 2 до 3 недели, а како основни симптоми се јавуваат кашлица и искашлување на секрет.
- Акутниот бронхитис, вообичаено, е асоциран со горнореспираторна инфекција и тогаш пациентот истовремено е со ринитис, гушоболка и засипнатост.
- Во поглед на диференцијална дијагноза пневмонијата е најзначајна алтернатива(1).
  - Акутниот бронхитис и пневмонијата не можат да бидат разграничени врз база на клинички симптоми и наоди. Кај пневмонијата пациентот е со потешка клиничка слика. Пневмонијата е сигнификантно поретка од бронхитисот (1).
  - Кај генерално здрави индивидуи без општи симптоми (срцева фреквенција <100/мин, број на респирации < 20/мин, телесна температура < 38<sup>0</sup>С) и без пневмоничен наод на крепитации на аускултација, или без перкуторна тапост, многу е мала можноста за пневмонија и таа може да се исклучи(2).
- Бронхитисот, вообичаено, е вирусна инфекција која не бара антибиотска терапија (ннд-А).
  - Се мисли дека антимикуробната терапија не влијае на излекувањето на акутниот бронхитис дури и кога има знаци за бактериска етиологија(3).
  - Антимикуробна терапија се препишува кога пациентот е:
    - над 65 години старост и кога е фебрилен
    - со срцева слабост, инсулинозависен дијабетес или тешка невролошка болест (4)
    - имунокомпромитиран
    - алкохоличар

Бидејќи од клиничката слика и лабораториските наоди не може да се предвиди текот на болеста, без оглед на можната отпочната антимикуробна терапија, ако состојбата на пациентот со акутен бронхитис не се подобрува или се влошува, потребно е да се закаже контрола.

### ЕТИОЛОГИЈА И КЛИНИЧКА СЛИКА

- Акутниот бронхитис најчесто е предизвикан од вирус. Како најчести причинители се јавуваат коронавируси, риновируси, респираторни синцицијални (РС) вируси, аденовируси, како и параинфлуенца и инфлуенца вируси. Патогените микроорганизми варираат според епидемиолошката состојба.
- Бидејќи бронхитисот причинет од кој било вирус има слична клиничка слика невозможно е да се постави етиолошка дијагноза врз база на симптоми и клинички испитувања. Кашлица

со пурулентен искашлок се среќава кај 70% од инфекциите предизвикани од инфлуенца и РС вируси и кај 40% од инфекциите предизвикани од риновирусите. Кај вирусните инфекции истовремено се присутни горнореспираторни симптоми изразени со различен степен. Кај најголем дел од пациентите кашлицата трае околу две недели.

- Бронхитисот и пневмонијата се причинети од исти микроорганизми - овие дијагнози содржат разлики во тежината на една иста болест.
  - Кај бронхитисот инфекцијата е ограничена на мукозната мембрана на бронхијалното стебло. Кај пневмонијата инфекцијата се шири во паренхимот на белодробиеото.

### **ИНДИКАЦИИ ЗА РЕНДГЕНОГРАФИЈА НА БЕЛИТЕ ДРОБОВИ**

- Суспекција за пневмонија може да се постави ако пациентот ги има следниве симптоми:
  - зголемен број на респирации (> 20/мин)
  - тахикардија (>100/мин)
  - патолошки наод на аускултација
    - ослабено дишење
    - тапост на перкусија
    - крепитации
    - изострено дишење на поголем дел од белодробиеото од вообичаено
    - кислородна сатурација < 92% на воздух во собна просторија.
- Ако постои суспекција за пневмонија, информациите добиени од историјата на болеста и клиничките проследувања се надополнуваат со вредностите на Ц- реактивен протеин (ЦРП).
  - Концентрацијата на ЦРП од најмалку 50 mg/l, од 3 до 7 пати повеќе ја зголемува можноста дијагнозата на пневмонија да се базира на радиолошките наоди; во таков случај се препорачува радиолошка потврда.
  - Резултатите од ЦРП ниту ја потврдуваат ниту ја исклучуваат пневмонијата. Одредувањето на ЦРП без да се земе предвид клиничката слика е непотребен трошок и не е водич за употреба на антимикуробна терапија.
- Реализирањето на рендгенографија на белите дробови, дополнително зависи од:
  - нарушувањата на општата состојба на пациентот
  - пролонгиран или невообичаен тек на болеста
  - примарната болест на пациентот како, на пример, хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ), бронхиектазии, дијабетес или хронична кардијална, хепатална или ренална болест се предиспонирачки фактори за развој на пневмонија.
  - историјата за постоење на пневмонија во текот на претходната година.

### **ДРУГИ ИСЛЕДУВАЊА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

- Можноста од постоење на синуситис кај пациенти со подолготрајни симптоми или со локални знаци за синусит треба да се исклучи со ултразвук на синуси или со нивно графирање.
- Од микробиолошките испитувања нема никаква корист.
- Следните состојби, кои понекогаш наликуваат на бронхитис, треба да се имаат на ум:
  - фармерски бели дробови (2)
  - белодробна токсичност на нитрофурантоинот
  - други пулмонални симптоми поврзани со употреба на лекаства (парентерално користено злато, метотрексат).
- Повторувачки или пролонгирани епизоди на "бронхитис" можат да бидат знак за почеток на астма(3) или ХОББ.

## ТРЕТМАН

- Симптоматска терапија
- Потребни се антитусици
  - Лекарства против кашлање можат да се дадат доколку кашлицата го нарушува нормалниот начин на живот (на пример, спиењето). Тие можат да му помогнат на пациентот да се справи со симптомите и да се превенира непотребна употреба на антибиотици.
  - Горнореспираторни симптоми заедно со бронхијални, како затнат нос и искашлување на секрет, може да бидат олеснети со антихистаминици, антихоленергици и симпатикомиметици.
  - Користа од симпатикомиметиците во третманот на бронхитисот е дискутабилна (ннд-С).
- Антибактериските лекови не треба да се даваат кај акутен бронхитис кај пациенти кои инаку се здрави и во добра општа состојба (ннд-А).
  - Доколку пациентот е во добра општа состојба и покрај симптомите кои траат веќе неколку денови, одредувањето на ЦРП може да се употреби за да се поткрепи одлуката да не се дадат антибиотици (ннд-В). Сепак, ниско ЦРП не ја исклучува можноста од сериозна бактериска болест кај пациенти со тешки симптоми.
  - Одложено препишување на антимикробна терапија ја намалува можноста за промена на антибиотикот и бројот на контроли (ннд-А). Кога лекарот смета дека има потреба од антимикробна терапија, му го дава рецептот на пациентот со упатство за отпочнување со терапија ако не почувствува подобрување во текот на две недели.
  - Антимикробната терапија треба да е резервирана за пациенти кои ќе имаат корист од неа, т.е. кои имаат ризик за развој на пневмонија (пациенти со тешки системски заболувања, ХОББ, инсулинозависен дијабетес, тешки невролошки заболувања, имunosупримирачка терапија, алкохолизам) и пациенти над 75-годишна возраст со висока температура.
  - Кога е индициран третман со антимикробна терапија се препишува амоксицилин без клавулонска киселина, или во случај на алергија на пеницилин, се препишува доксициклин. Доксициклин се препишува и доколку постои сомневање за микоплазма или кламидија.
  - Дозирање на амоксицилинот е 750mg трипати дневно, а за доксициклинот 150mg еднаш дневно. Должината на третманот со двата лека е 5 до 7 дена.
  - Без посебни причини, во третманот на акутен бронхитис, не треба да се користат антибиотици со широк спектар на дејство.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane-ови прегледи
- Литература

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Honkanen PO, Rautakorpi UM, Huovinen P, et al; MIKSTRA Collaborative Study Group. Diagnostic tools in respiratory tract infections: use and comparison with Finnish guidelines. Scand J Infect Dis 2002;34(11):827-30. [PubMed](#)
2. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. JAMA 1997 Nov 5;278(17):1440-5. [PubMed](#)

3. Macfarlane J, Holmes W, Gard P, et al. Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community. *Thorax* 2001 Feb;56(2):109-14. [PubMed](#)
4. Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al; European Respiratory Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for management of adult lower respiratory tract infections. *Eur Respir J* 2005;26:1138-1180

Автор  
Pekka Honkanen  
Article ID: ebm00129 (006.010)  
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

### **АКУТЕН БРОНХИТИС - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

Поврзани извори  
28.4.2008

- Cochrane-ови прегледи
- Литература

#### **Cochrane- ови прегледи**

- Рендгенографија на белите дробови не овозможува подобар исход кај амбулантските пациенти со долнореспираторна инфекција (ннд- А).

#### **Литература**

- Wenzel RP, Fowler AA 3rd. Clinical practice. Acute bronchitis. *N Engl J Med* 2006 Nov 16;355(20):2125-30

Автори:  
Тимот за ажурирање на МЗД упатства  
Article ID: rel00025 (006.010)  
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.5.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2014 година.**