



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Министерство здравоохранения
Республики Таджикистан
Ассоциация фтизиопульмонологов Таджикистана

Протоколы по ведению основных заболеваний дыхательных путей на уровне ПМСП

От симптома к диагнозу

Данный протокол стал возможным благодаря помощи американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID). Abt Associates Inc. несет ответственность за содержание публикации, которое не обязательно отражает позицию USAID или Правительства США.

Министерство Здравоохранения Республики Таджикистан

Проект USAID «Качественное здравоохранение»

Протоколы по ведению основных заболеваний дыхательных путей на уровне ПМСП

От симптома к диагнозу

***Мы благодарим за помощь и рекомендации в создании следующего
Протокола:***

Рахмонова Сохибназара Бокиевича

Заместителя Министра Здравоохранения Республики Таджикистан

Рахматуллоева Шерали Рахматуллаевича

к.м.н., Начальника управления охраны здоровья матери и ребенка и
планирования семьи Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан

Магзумову Фирузу Пулатовну

к.м.н., Начальника управления ПМСП Министерства Здравоохранения
Республики Таджикистан

Зокирову Курбонгул Акрамовну

д.м.н., Заведующую кафедрой туберкулеза Таджикского института
последипломной подготовки медицинских кадров Республики Таджикистан,
главного внештатного специалиста Министерства Здравоохранения РТ по
туберкулезу

Мирзоеву Зухру Амонуллоевну

д.м.н., Заведующую кафедрой семейной медицины института последипломной
подготовки медицинских кадров Республики Таджикистан

Иномзода Джурахона Иномовича

к.м.н., Заведующего кафедрой семейной медицины №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали Ибн Сино

Махмадалиева Амирхона

Заведующего отделением детской пульмонологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан

Расулова Самеъ Рахмонбердиевича

д.м.н., Главного внештатного специалиста Министерства Здравоохранения РТ по торакальной и сердечно-сосудистой хирургии

Гуломова Мухаммада Оймахмадовича

Заместителя директора Республиканского учебно-клинического центра семейной медицины Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан

Максумову Зумрад Хамзаевну

к.м.н., Менеджера программы борьбы с туберкулезом ПРООН

Хасанову Сайохат

Координатора ВОЗ по вопросам ВИЧ и туберкулеза в Республике Таджикистан

Стефана Талевски

Консультанта ВОЗ, директора Национальной Программы по борьбе с туберкулезом Македонии

Дусматову Зулфию Шариповну

к.м.н., ассистента кафедры фтизиопульмонологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали Ибни Сино

Бримкулова Нурлана Нургазиевича

д.м.н., профессора, Главного пульмонолога Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Авторы-составители:

Бобоходжаев Окам Икромович

д.м.н., Директор республиканского центра борьбы с туберкулезом,
директор Ассоциации фтизиопульмонологов Таджикистана

Ахмедова Хакима Савридиновна

Главный внештатный специалист Министерства Здравоохранения РТ,
заведующая пульмонологическим отделением Национального медицинского
центра Республики Таджикистан

Почоджанова Шавкия Шукуровна

д.м.н, Директор ресурсного центра доказательной медицины Таджикского
государственного медицинского университета имени Абуали Ибни Сино

Ван Твиллерт Фредерик

консультант проекта USAID «Качественное здравоохранение»

Сатторова Наталья Александровна

Ассистент кафедры семейной медицины Таджикского института
последипломной подготовки медицинских кадров

Хамраев Дмитрий Рустамович

Координатор ресурсного центра доказательной медицины Таджикского
государственного медицинского университета имени Абуали Ибни Сино

Ахророва Махбуба Адилевна

Директор Информационного центра по лекарственным средствам Таджикского
государственного медицинского университета имени Абуали Ибни Сино

Махмудов Алишер Худойкулович

консультант проекта USAID «Качественное здравоохранение»

Данный протокол рекомендован в печать по решению Совета печати
Министерства здравоохранения РТ согласно протоколу №1 от 28 мая 2012 года
как приложение к «Стратегическому руководству по практическому подходу к
здоровью лёгких в Республике Таджикистан»

Содержание

Введение	7
Список сокращений	8
Использование блок-схем: от симптомов к диагнозу	9
Блок-схема А: Кашель и/или затрудненное дыхание	10
Блок-схема Б: Симптомы < 2 недель	11
Блок-схема В: Обострение Астмы/ХОБЛ	11
В-1: План ведения пациентов с затрудненным дыханием, прошедших курс лечения	12
Блок схема Г: Дифференциальная диагностика обструктивной болезни легких	14
1. ОРВИ - от симптома к диагнозу	16
1.1 Боль в горле	17
1.2 Острый синусит	21
1.3 Острый бронхит	24
1.4 Боль в ушах	26
2. Бронхиальная астма	31
2.1 Определение:	31
2.2 Классификация астмы	31
2.3 Симптомы астмы	31
2.4 Диагностика	31
2.5 Основные принципы лечения БА	32
2.6 Показания к перенаправлению пациентов к пульмонологу и к госпитализации	37
2.7 Диспансерный учет и последующее наблюдение лечения пациента	38
2.8 Образование пациентов	38
3. Хроническая обструктивная болезнь легких	40
3.1 Определение болезни	40
3.2 Классификация ХОБЛ	40
3.3 Диагностика ХОБЛ	40
3.4 Принципы лечения ХОБЛ	41
3.5 Ведение обострений ХОБЛ	47
3.6 Направление за рекомендацией специалистов	47
3.7 Диспансерный учет	48
4. Туберкулез	50
5. Пневмония	51
5.1 Определение	51

5.2 Классификация болезни	51
5.3 Этиология.....	51
5.4 Факторы риска пневмонии.....	51
5.5 Диагностика	52
5.6 Принципы терапии.....	52
5.7 Обучение пациентов.....	57
5.8 Туберкулез	57
5.9 Последующее наблюдение.....	57
6. Приложения	58
6.1 Пикфлоуметрия	58
6.2 Как сделать спейсер из подручных средств	61
6.3 Спирометрия	63
6.4 Пульсовая оксиметрия.....	65
6.5 Рентген	65
6.6 Список необходимых лекарственных препаратов.....	67
6.7 Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций.	73
6.8 Вопросник о состоянии пациента (PHQ-9)	74
6.9 Примерный план действий при бронхиальной астме.....	75
7. Литература	76

Введение

Кашель и астматическое состояние являются наиболее распространённой патологией бронхолегочной системы. Согласно статистическим данным в 2010 заболеваемость органами дыхания по обращаемости занимала лидирующее место и составляла 11399,6 на 100 000 обращений (Солимии аҳолӣ ва фаъолияти муассисаҳои тандурустӣ дар соли 2010, Душанбе, 2011, стр. 51). По данным МЗ РТ ежегодно в Таджикистане регистрируются более 8 000 случаев бронхиальной астмы и более 200 000 случаев различных бронхолегочных патологий. Почти все патологии бронхолегочной системы сопровождаются кашлем. И во многих случаях управление кашлем представляет очень сложную задачу для медицинского работника. Бронхиальная астма и хронические бронхолегочные патологии занимают одно из ведущих мест в нетрудоспособности и инвалидности.

В последние годы в продаже появились новые лекарственные средства, множество лечебных и диагностических технологий, активно развиваются информационные технологии в медицине и повсеместно внедряются клинические протоколы и стандарты, направленные на улучшение медицинской помощи.

Стратегия «Практического подхода к здоровью легких – Practical Approach to Lung Health» (ППЗЛ/PAL) ВОЗ представляет собой один из элементов Национальной программы по борьбе с туберкулезом (НПТ), и Министерство здравоохранения (МЗ) решило начать с постепенного осуществления этой стратегии в течение следующих пяти лет в период с 2011 по 2015 год. Ожидаемыми результатами внедрения ППЗЛ в стране является преодоление трудностей, связанных с недостатками системы здравоохранения в сфере ведения больных с респираторными заболеваниями в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Стратегия ППЗЛ сосредоточена на наиболее распространенных в учреждениях первичного уровня здравоохранения респираторных заболеваниях, таких как пневмония, острый бронхит и другие острые респираторные инфекции, туберкулез и хронические респираторные состояния, включая хронический бронхит, бронхиальную астму и хронические обструктивные заболевания легких.

Данные протоколы разработаны на основе международных стандартов и подходов по лечению бронхиальной астмы и кашля от симптомов к диагнозу. Во многих разделах подход иллюстрирован в виде алгоритма, для стандартизации лечебных и профилактических мер.

Исходя из выше изложенного, актуальностью данной проблемы и с целью улучшения ведения больных с респираторными заболеваниями в учреждениях первичной медико-санитарной помощи возникла необходимость разработки этого клинического протокола.

Данный протокол предназначен для медицинских работников первичного звена, в том числе для терапевтов, семейных врачей, фтизиатров и пульмонологов.

Список сокращений

АД - Артериальное давление

БА – Бронхиальная астма

БК – Бактерии Коха

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВП – Внебольничная пневмония

ДИ – Дозированные ингаляторы

ДКТ – Длительная кислородная терапия

ЖЕЛ – Жизненная емкость легких

ИВЛ – Искусственная вентиляция легких

ИМТ – Индекс массы тела

ИНДП – Инфекции нижних дыхательных путей

МКБ-10 – Международная классификация болезней Десятого пересмотра

НПВС – Нестероидные противовоспалительные средства

ОАК – Общий анализ крови

ОФВ₁ – Объем форсированного выдоха за 1 сек

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

ПСВ – Пиковая скорость выдоха

СОЭ – Скорость оседания эритроцитов

СПИД – Синдром приобретенного иммунодефицита

СРБ – С-реактивный белок

ТБ – Туберкулез

ФЖЕЛ – Форсированная жизненная емкость легких

ХОБЛ – Хроническая обструктивная болезнь легких

ЭКГ – Электрокардиограмма

CRB-65 – Международный инструмент для оценки тяжести пневмонии: C=Confusion (нарушение сознания); R=Respiratory rate (частота дыхания); V=Blood Pressure (кровенное давление); Возраст 65 лет или больше

Использование блок-схем: от симптомов к диагнозу

Блок-схемы на следующих страницах являются помощниками для перехода от симптомов к диагнозу. Самыми основными симптомами пациента с респираторными заболеваниями являются кашель и одышка. Дополнительные симптомы включают:

- Выделение мокроты
- Свистящие хрипы: удлиненный выдох со свистящим звуком
- Кровохарканье: кашель с кровью
- Участие дыхательных мышц: межреберные, брюшные и вспомогательные дыхательные мышцы заметно сокращаются во время дыхания.

После начального обследования пациента, следуйте инструкциям на **блок-схеме А** (стр. 9), которая проведет вас по последующим блок-схемам и это приведет вас к диагнозу и описанию заболевания.

Блок-схема А классифицирует пациентов с кашлем или одышкой в зависимости от длительности заболевания (более 2 недель или менее 2 недель) и существующих жалоб.

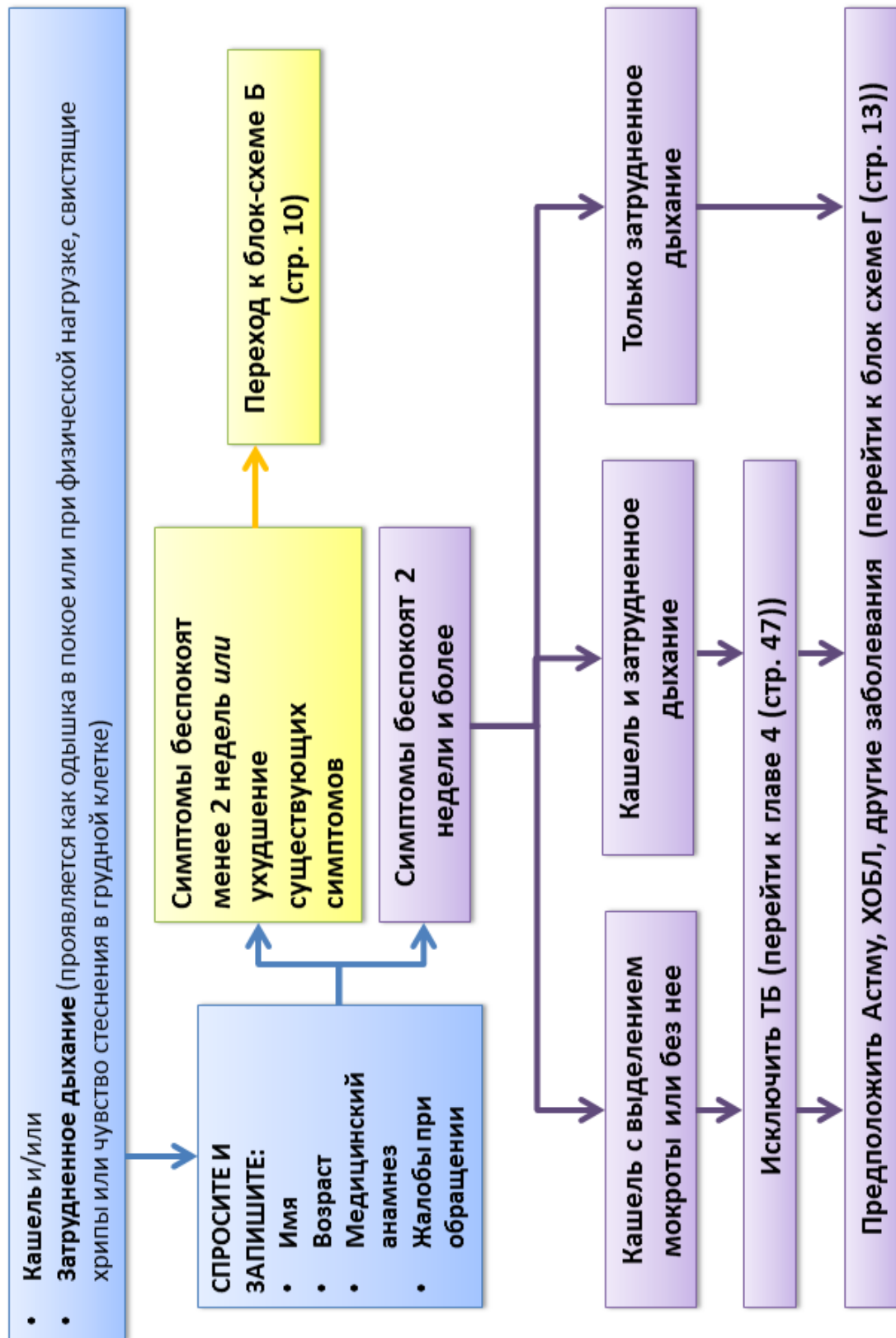
Блок-схема Б помогает оценить тяжесть заболевания во время обострений и решить необходимо ли госпитализировать пациента или нет.

Блок-схема В предоставляет план дальнейшего лечения пациентов с астмой и ХОБЛ, которые страдают от обострений.

Блок-схема Г помогает найти различие между астмой, ХОБЛ и другими причинами хронической одышки и кашля.

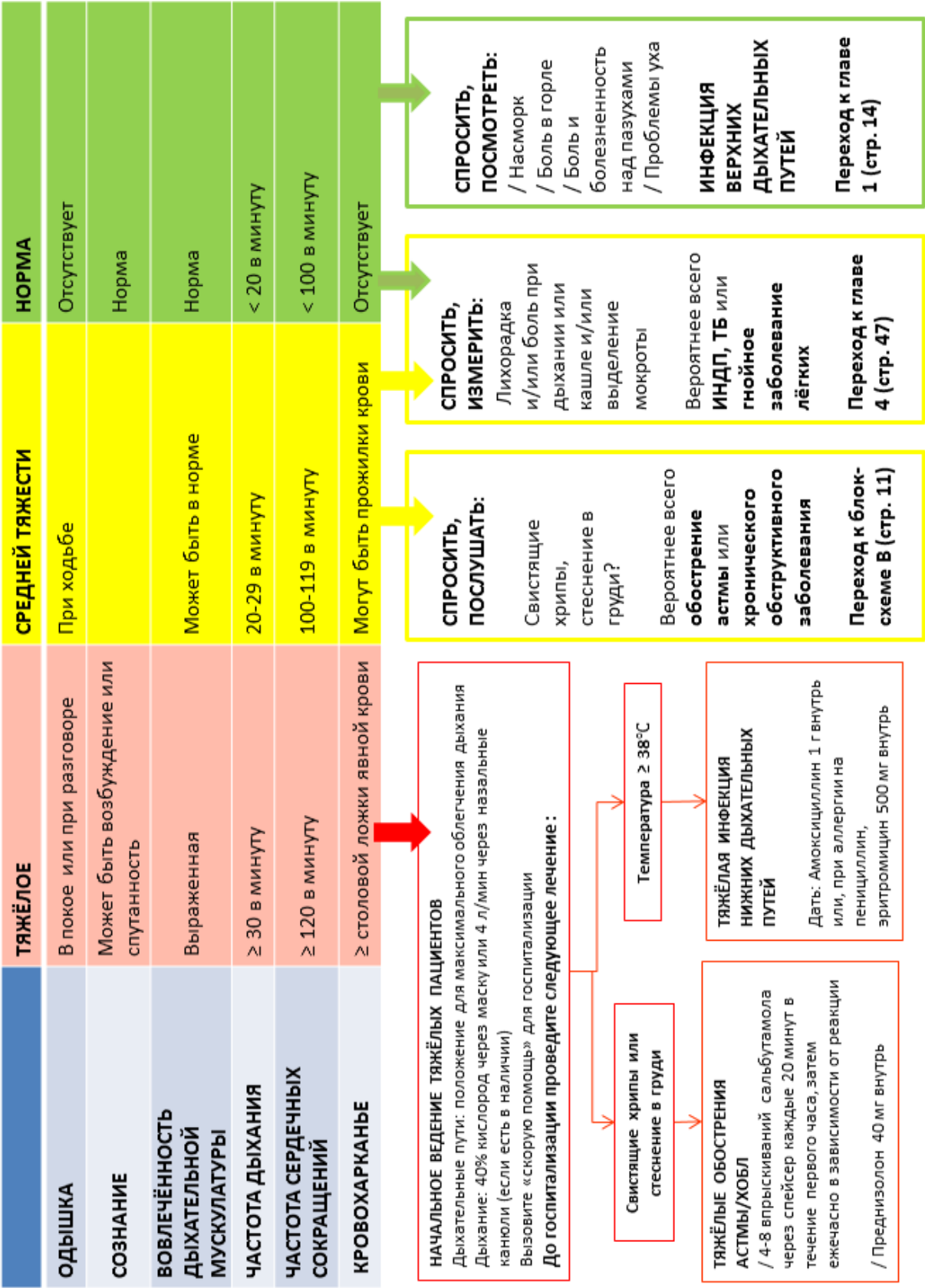
Блок-схема А: Кашель и/или затрудненное дыхание

БЛОК-СХЕМА А: КАШЕЛЬ И/ЛИ ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ: КЛАССИФИЦИРУЙТЕ ПО СИМПТОМАМ



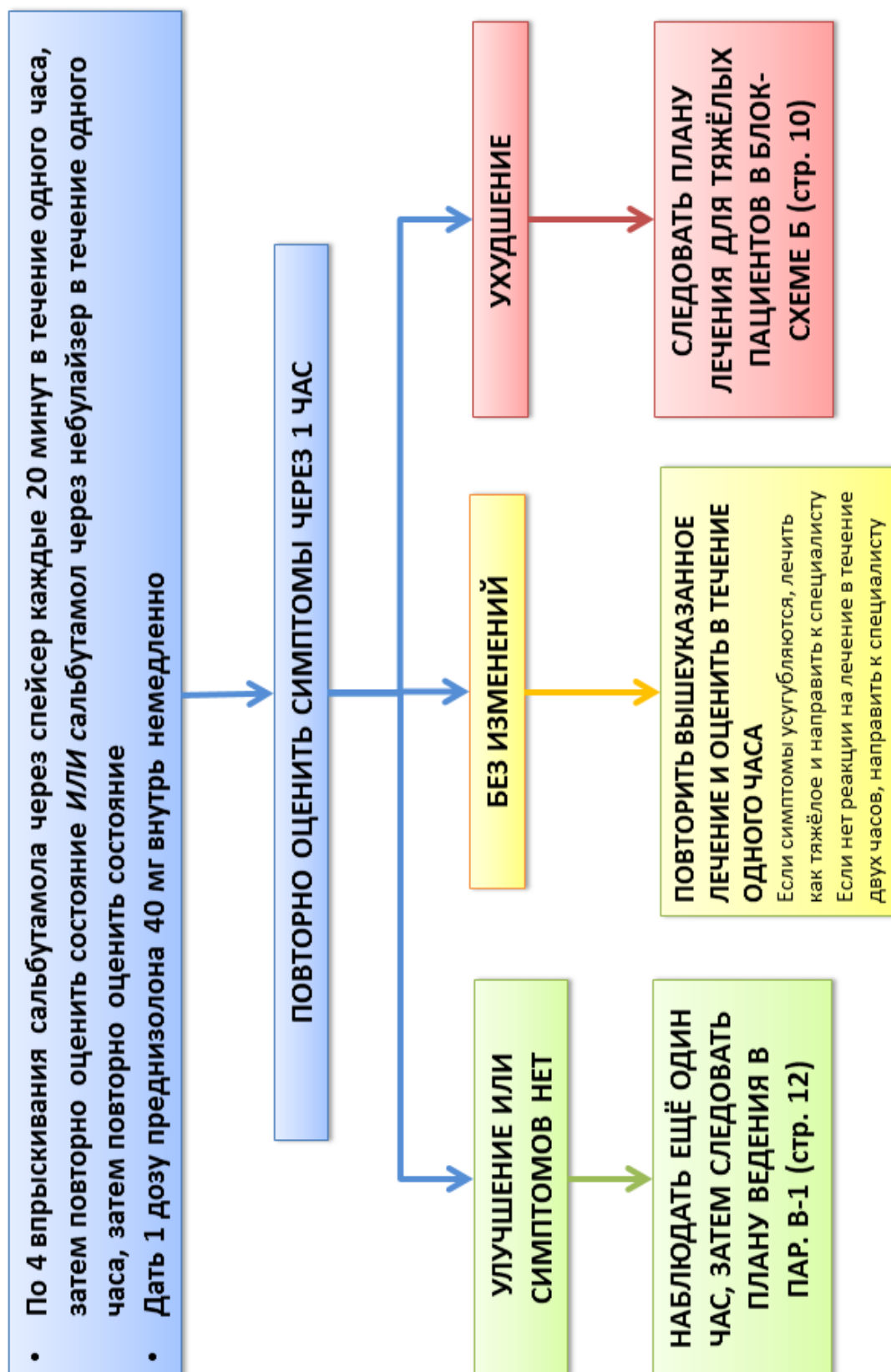
Блок-схема Б: Симптомы < 2 недель

БЛОК СХЕМА Б: СИМПТОМЫ < 2 НЕДЕЛЬ: ОЦЕНКА И НАЧАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ



Блок-схема В: Обострение Астмы/ХОБЛ

БЛОК СХЕМА В: ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА СО СВИСТЯЩИМИ ХРИПАМИ: ОБОСТРЕНИЕ ПРИСТУПА АСТМЫ/ХОБЛ



В-1: План ведения пациентов с затрудненным дыханием, прошедших курс лечения

1. Определите факторы, предшествовавшие приступу.

Определите факторы которые предшествовали обострению и разработайте стратегию для того чтобы в будущем избежать их.

Поощряйте всех пациентов бросить курить сигареты, трубку или наркотики.

Если вы не уверены в достоверности исходного диагноза, смотрите блок-схему Г (стр. 14) для постановки диагноза.

2. Проверить соблюдение режима лечения пациентом и технику использования аэрозоля

Если пациент уже принимает ингаляторы: проверить соблюдение режима (принимаются ли лекарства каждый день по назначению врача); проверить технику ингаляции (правильно ли принимаются ингаляционные препараты). Смотрите приложение 6.2 по использованию ингаляционного препарата.

При несоблюдении режима терапии и/или неправильном использовании ингаляторов обучить пациента правильному применению препаратов.

3. Временно отрегулируйте лекарства пациента

Увеличьте дозу салбутамола. Увеличить дозу и частоту вдыхаемого бронхолитического средства (салбутамола) максимум до 2-х впрысков четыре раза в день через спейсер.

Для пациентов в группе риска назначьте короткий курс преднизолона. Назначить 40 мг. преднизолона перорально (один раз в день) в течение 7 дней для пациентов со следующими состояниями:

- При недавних неотложных обращениях к врачу с астмой.
- При ухудшении симптомов астмы за несколько недель или месяцев до начала острого приступа астмы.
- При предшествующем стационарном лечении или нахождении в отделении интенсивной терапии из-за астмы в анамнезе.

ЕСЛИ пациент принимает короткий курс преднизолона, то нет необходимости в постепенном уменьшении дозы в течение нескольких дней.

Антибиотики только в случае бактериальной инфекции. Если у пациента наблюдаются кашель с появившимся или увеличенным выделением мокроты и/или изменением цвета мокроты (желтый, зеленый), и/или сопровождается повышением температуры, дополнительно назначить амоксициллин 500 мг каждые 8 часов в течение 7 (семи) дней ИЛИ при аллергии на пенициллин содержащие препараты, назначить эритромицин 500 мг каждые 6 часов в течение 7 (семи) дней.

Антибиотики следуют применять только пациентам с бактериальной инфекцией дыхательных путей (например, при изменении цвета мокроты, увеличении количества мокроты/или диспноэ) [A].

Лечебные рекомендации должны основываться на тяжести заболевания, симптомах и частоте обострений ХОБЛ [C].

4. Спланируйте последующий визит

Назначьте последующий визит заранее, не дожидаясь времени, когда препараты закончатся.

Попросите пациента посетить врача в случае если:

- Симптомы ухудшились.
- Нет улучшения после завершения курса приема внутрь преднизолона.

Блок схема Г: Дифференциальная диагностика обструктивной болезни легких

Не всегда легко определить, болен ли пациент астмой или у него ХОБЛ, поскольку симптомы могут быть похожими, а также есть ряд других заболеваний, которые могут быть причиной хронического кашля и одышки.

Задав несколько вопросов пациенту, вы сможете поставить правильный диагноз.

СПРОСИТЕ:	СПРОСИТЕ:	ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, которые следует рассматривать
Появлялись ли симптомы в детстве или юношестве.	Начались ли симптомы в последний период жизни (обычно после 35 лет)	Затруднённое дыхание может появиться при других заболеваниях. Следует рассмотреть эти заболевания когда: • Присутствует менее одного признака астмы и отсутствует привычка курения в анамнезе. • Особенно при наличии гипертонии, ишемической болезни сердца и/или сахарного диабета. • Заметные приступы головокружения, периферийный звон в ушах (→ паническая атака) • Повторное обычное обследование грудной клетки (аускультация легких) → патологии не выявило. • Изменение голоса. • Симптомы, возникающие только на почве простуды. • Нормальная ПСВ или спирометрия при симптоматических заболеваниях. (Нормальная спирограмма при симптоматических заболеваниях не исключает диагноз БА. Зачастую повторные
Имеется ли в анамнезе сенная лихорадка, экзема и/или аллергии.	Симптомы медленно ухудшались в течение долгого периода времени	
Семейный анамнез астмы.	Уже давно отмечается дневной или частый кашель и выделение мокроты (обычно начинается за долго до начала затрудненного дыхания)	
Проявляются ли симптомы только во время приступов с периодами нормального дыхания между ними.	Затруднение дыхания происходит больше днем, чем ночью или в ранние утренние часы	
Ухудшаются ли симптомы: обычно ночью, в утренние часы, во время инфекции верхних дыхательных путей, или при изменении погоды.	Курит ли много, к примеру, более 20 сигарет в день в течение 15 лет или более	
Исчезают или улучшаются ли симптомы после использования ингалятора.		
 ЛЕЧИТЬ КАК АСТМУ Начните лечение астмы, через месяц оцените состояние и проверьте диагноз еще раз. При необходимости оценку состояния проведите раньше. См. пар. 2 (стр. 28)	 ЛЕЧИТЬ КАК ХОБЛ Начните лечение ХОБЛ, через месяц оцените состояние и проверьте диагноз еще раз. При необходимости оценку состояния проведите раньше. См. пар. 3 (стр. 37)	

Если пикфлоуметрия доступна, то она может помочь в дифференциальной диагностике астмы от ХОБЛ (См. приложение 6.1 (стр. 55)) Для постановки диагноза ХОБЛ, если есть возможность, необходимо сделать спирометрию.	<i>исследования функции легких дают больше информации, чем разовое обследование)</i>
---	---

1. ОРВИ - от симптома к диагнозу

ЕСЛИ	ДУМАЙ ОБ
Выделения из носа, першение и саднение в горле	Острый назофарингит (параграф 1.1.1 стр. 16)
Боль в горле, повышение температуры выше 38°C, белый налет на миндалинах	Острый тонзиллит (параграф 1.1.2 стр. 17)
Симптомы поражения носа (ринорея, кашель, чиханье) ПЛЮС Симптомы патологии пазух (лицевая боль, головная боль в области лба, зубная боль, боль при наклонах вперед)	Острый синусит (параграф 1.2 стр. 19)
Сухой кашель менее 2 недель	Острый бронхит (параграф 1.3 стр. 22)
Боль в ушах и/или выделения из уха	Острый отит (параграф 1.4 стр. 23)

Таблица 1

Острая респираторная вирусная инфекция

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – заболевание, вызываемое различными вирусами, в том числе вирусом гриппа (J 10), передается воздушно-капельным путем, характеризуется острым началом, лихорадкой, общей интоксикацией, поражением верхних и нижних дыхательных путей и высокой контагиозностью.

Классификация по МКБ 10

- J00** острый назофарингит (насморк)
- J01** острый синусит
- J02** острый фарингит
- J02.0** стрептококковый фарингит
- J03** острый тонзиллит
- J03.0** стрептококковый тонзиллит
- J20** острый бронхит
- H60** наружный отит
- H65** гнойный средний отит
- H66.0** острый гнойный средний отит

Клиника

Симптомы развиваются в течение суток. Преобладают симптомы поражения дыхательных путей – ринита, фарингита, трахеита, бронхита. Интоксикационный синдром (повышение температуры тела 37,5°C и выше, снижение аппетита, вялость, слабость, головная боль). ОРВИ являются причиной обострения хронических болезней. ОРВИ осложняются более серьезными заболеваниями нижних дыхательных путей. Дополнительное лабораторно-инструментальное обследование не показано. Диагноз ОРВИ ставят путем исключения:

- стрептококкового тонзиллита
- гайморита

- других бактериальных инфекций (воспаления среднего уха, пневмонии, гингивита и т.д.).

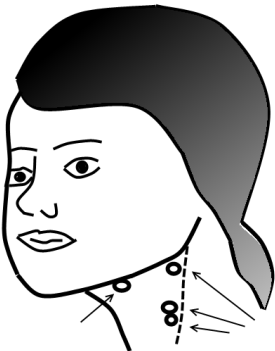
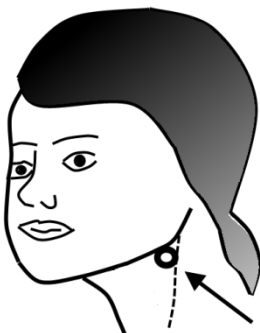
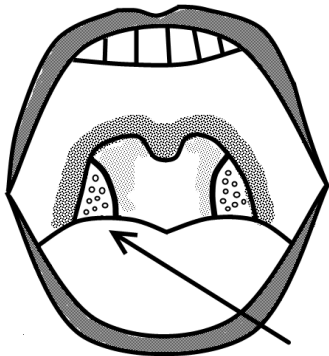
Профилактика

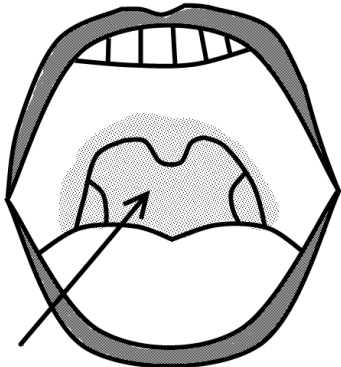
Вакцинация групп высокого риска (дети, пожилые).

1.1 Боль в горле

Очень часто причиной боли в горле может быть вирусная инфекция (острый назофарингит), но она также может быть вызвана бактериями (острый тонзиллит). Знать различие между этими двумя причинами важно, так как бактериальный тонзиллит, который вызван бета-гемолитическим стрептококком группы А может вызвать ревматическую атаку.

Таблица 2: Дифференциальная диагностика вирусного фарингита и стрептококкового тонзиллита

ВИРУСНЫЙ ФАРИНГИТ	СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ
Постепенное начало	Внезапное начало
Обычно проявляется: • невысокой температурой • выделениями из носа • умеренно - красной барабанной перепонкой • умеренным конъюнктивитом	Обычно высокая температура; нет признаков, свидетельствующих о вирусном заболевании: • нет выделений из носа • барабанная перепонка не гиперемированна • нет признаков конъюнктивита
Умеренная боль при глотании	Боль при глотании более выражена
 Умеренное, диффузное увеличение лимфатических узлов	 Увеличенные, болезненные миндалины
	

 Диффузная красная глотка	Красное горло, белый экссудат, который не распространился за пределы миндалин
---	--

1.1.1 Острый назофарингит (насморк)

Определение:

Боль в горле в сочетании с ринитом, вызванная вирусной инфекцией, которая длится менее двух недель.

Жалобы и анамнез:

- Обильные выделения из носа и затруднение носового дыхания с одновременным поражением обеих половин носа
- Саднение и першение в глотке, боль при глотании (более выражена при проглатывании слюны)
- Кашель
- Лихорадка
- Уточните о наличии в анамнезе ревматической атаки и иммунодефицитных заболеваний, которые увеличивают риск осложнений.

Физикальный осмотр

- Температура тела обычно до 38°C
- Гиперемия слизистой носа и глотки, включая небные миндалины, на задней стенке глотки могут выступать фолликулы (зернистость).
- Умеренное увеличение лимфатических узлов шеи (передные шейные, задние шейные, подчелюстные)

Дополнительные исследования

Обычно нет необходимости проводить дополнительные исследования

Оценка состояния

Если пациент не является тяжело больным, течение болезни обычное, нет никаких проблем при открытии рта: лечите как вирусный назофарингит.

Лечение амбулаторное.

- Нет необходимости лечить вирусный назофарингит антибиотиками.

Использование антибиотиков не рекомендуется при острых респираторных вирусных заболеваниях [A].

- В начальной стадии – потогонные и отвлекающие процедуры (чай с малиной, медом, горячие ножные ванны), обильное питье.
- Парацетамол взрослым: 500 мг внутрь (максимум 6 раз в день) при лихорадке и боли. Детям: 10-15 мг/кг каждые 6-8 часов
- Солевой раствор в нос – 1 ч/л соли на стакан воды. Детям закапывать по 2-3 кап. в каждый носовой ход как можно чаще. Взрослым и детям старшего возраста можно промывать носовые ходы

Промывание носа солевым раствором может быть эффективным дополнительным методом лечения при вирусных инфекциях верхних дыхательных путей и рините беременных средней степени тяжести [B].

- Сосудосуживающие средства (не применять более 3-5 дней)
 - Ксилометазолин 0,05% три раза в день для детей от 2-6 лет. 0,1% три раза в день для пациентов >6 лет.
 - Нафтизин по 2 капли в нос 3 раза в день

Локальное (внутриносовое) или пероральное сосудосуживающее средство, используемое до трех дней, является вариантом лечения для подростков и взрослых [B].

1.1.2 Острый тонзиллит

Определение

Это острое заболевание с преимущественным поражением небных миндалин.

Этиология:

Обычно вызывается бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГС), так же могут вызвать: стафилококк, пневмококк, вирусы, анаэробные возбудители, Candida.

Эпидемиология

Бактериальный тонзиллит редко встречается в возрасте до 2 лет и после 40 лет.

Жалобы и анамнез

- Острое начало
- Сильная боль в горле, усиливающаяся при глотании и разговоре
- Неприятный запах изо рта

Физикальный осмотр

- Температура выше 38°C
- Небные миндалины отечны, на их поверхности видны скопления гноя. Слизистая глотки тоже отечна и гиперемирована.
- Шейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.
- Отсутствие признаков, указывающих на вирусное заболевание

- Нет выделений из носа
- Нет гиперемии барабанной перепонки
- Нет конъюнктивита

Дополнительные исследования

Обычно нет необходимости в проведении дополнительных исследований. **Лабораторные анализы:** посев из зева.

Оценка

Если острый бактериальный тонзиллит без осложнений: Лечить антибиотиками. Чтобы различить вирусный назофарингит от острого бактериального тонзиллита см. таблицу 2 (стр. 15).



Рисунок 1: Гиперемия горла, скопление гноя, которое не распространяется дальше миндалин.

Лечение

1. Симптоматическое лечение
 - а. Парацетамол взрослым: 500 мг внутрь (максимум 6 раз в день) при лихорадке и боли. Детям: 10-15 мг/кг каждые 6-8 часов
 - б. Обильное питье
 - с. Полоскание горла солевым раствором
2. Бактериальный тонзиллит обычно самоизлечимое заболевание, но 10 дневный курс антибиотиков назначается для предотвращения поздних осложнений стрептококковой инфекции, например, таких как ревматизм, гломерулонефрит и др..
 - а. Перорально Феноксиметилпенициллин взрослым 10 дней. Взрослым старше 12 лет 500-750 мг каждые 8 часов, 0,5г каждые 8 часов или амоксициллин 0,5г каждые 8 часов 10 дней.
 - б. Препараты второго выбора:
 - і. При аллергии на пенициллин: Эритромицин 500 мг каждые 6 часов в течение 10 дней у взрослых, 30-50 мг/кг/день у детей .

- ii. Если вы думаете, что пациент вряд ли будет принимать лекарства в течение 10 дней, то назначьте одну дозу бензатин пенициллина внутримышечно.

Осложнения:

Ранние осложнения:

- Перитонзиллярный абсцесс
- Менингит

Поздние осложнения:

- Ревматическая лихорадка без вовлечения сердца, с вовлечением сердца
- Острый гломерулонефрит

1.1.3 Назофарингит и тонзиллит: Контроль и направление к врачу-специалисту

- Посоветуйте пациенту вернуться к вам, если симптомы ухудшатся и, если нет улучшения после одной недели лечения.
- Если имеется перитонзиллярный инфильтрат, то проверьте через день
- Направьте к врачу-специалисту, если заподозрите перитонзиллярный абсцесс, лимфаденит, сепсис, лейкоз или агранулоцитоз

1.2 Острый синусит

Определение

Это воспалительный процесс слизистой оболочки полости придаточных пазух носа.

Этиология

Вирусная или бактериальная инфекция вызывает воспаление слизистой оболочки носа и придаточных пазух носа приводя к обструкции входа в пазухи. Из-за обструкции, вентиляция и очистка пазух нарушается, что может привести к бактериальной инфекции пазух.

Эпидемиология

Риносинусит наблюдается в любом возрасте, но больше всего встречается среди людей в возрасте от 30 до 40 лет.

Жалобы и анамнез

Жалобы со стороны:

- Носа:
 - Заложенность соответствующей половины носа.
 - Кашель
- Пазух:
 - Возникает головная боль, в области лба усиливающаяся при наклоне, кашле, чихании

- Зубная боль, боль во время жевания

- **Вирусный синусит** - Чистые носовые выделения, умеренная боль над носовыми пазухами, стекание слизи из носоглотки
- **Бактериальный синусит** - после выздоровления при инфекции верхних дыхательных путей вновь возникает ухудшение (пациент как-бы переболел дважды).

Врач должен диагностировать острый бактериальный риносинусит, если:

- а) симптомы острого риносинусита сохраняются 10 или более дней от момента появления симптомов заболевания верхних дыхательных путей, или*
- б) симптомы или признаки острого риносинусита ухудшаются в течение 10 дней после первоначального улучшения (двойное ухудшение) [В].*

Физикальный осмотр

- Может быть повышение температуры тела
- Припухлость в области щеки (при гайморите), корня носа (при этмоидите), лба (при фронтите)
- Болезненность при пальпации и перкуссии лицевых стенок.
- При риноскопии - гнойные дорожки в среднем и верхнем носовом ходе.

Дополнительные методы исследования

Обычно нет необходимости проводить дополнительные исследования для диагностирования синусита.

- Рентгенологическое исследование придаточных пазух недостаточно специфично и может дать ложноположительный или ложнонегативный результат.

При наличии четких признаков острого риносинусита больным не следует проводить рентгенографическое исследование. Оно проводится только в случаях осложнения риносинусита или при подозрении на другое заболевание [В].

- На рентгенограмме (рис. 2 (стр. 20)) определяется уровень воздух-жидкость (линия разграничения двух сред), затемнение полости синусов, утолщение слизистой оболочки (>6мм у детей или >8мм у взрослых)

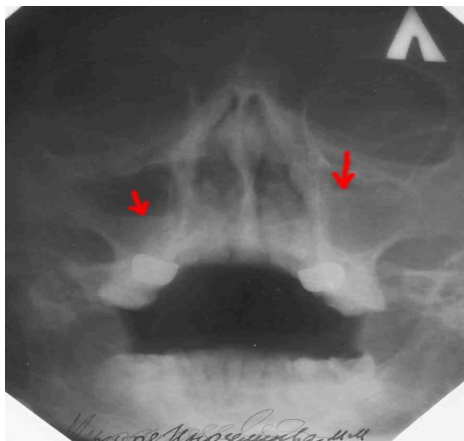


Рисунок 2

Оценка

Определите пациентов с наибольшим риском осложнений:

- Возраст менее 10 лет или старше 50 лет
- Анатомические отклонения
- Стоматологическая инфекция или вмешательства
- Травма
- Иммунодефицит и ВИЧ-инфекция

Дифференциальная диагностика:

- головная боль напряжения
- мигрень
- ринит
- инородное тело носа
- зубная боль
- средний отит

Лечение

Немедикаментозные советы

1. Объясните пациенту, что боль происходит в результате обструкции между носом и пазухами, которая сама по себе проходит. Антибиотики влияют на обычное течение заболевания, но могут иметь побочные явления.
2. Нельзя сморкаться одновременно двумя ноздрями.
3. Паровые ингаляции или ингаляции отварами трав (ромашка, календула) могут улучшить состояние

Медикаментозное лечение

Симптоматическое лечение

- При болях и лихорадке ибупрофен или парацетамол

- При наличии отека слизистой носа ксилометазолин или нафтизин 1-2 кап в каждый носовой ход 2-3 раза в день не более 3-5 дней
- Солевой раствор в нос – 1 ч/л соли на стакан воды. Детям закапывать по 2-3 кап в каждый носовой ход как можно чаще. Взрослым и детям старшего возраста можно промывать носовые ходы

Антигистаминные препараты – применение не обосновано и может ухудшить состояние.

Антибиотикотерапия

- показана пациентам из группы риска, при тяжелом состоянии пациента и/или если через две недели заболевания нет уменьшения симптомов

Рассмотрите назначение антибиотиков у пациентов, у которых есть риск осложнений.

- Амоксициллин 500 мг каждые 8 часов в течение 7-10 дней у взрослых.

При необходимости назначения антибиотика следует назначить амоксициллин в качестве препарата первого ряда [B].

- Или доксициклин взрослым 0,1г 2 р./сутки 10 дней
- Препарат резерва, особенно при наличии аллергии на пенициллиновый ряд:
 - Эритромицин 500 мг каждые 6 часов в течение 10 дней у взрослых, 30-50 мг/кг/день у детей или
 - Азитромицин 500 мг 1 раза в сутки в течение 3 дней у взрослых, 10-15 мг/кг/день в течение 3 дней у детей

При рандомизированном клиническом исследовании обнаружено, что в большинстве случаев, особенно при легком течении синусита, антибиотикотерапия не дает выраженного эффекта. Клиническое выздоровление в течении 7 дней зафиксировано у 70% пациентов без какой либо антибактериальной терапии.

Критерии направления к специалисту

- Боль в орбите глаза
- Нарушения зрения (диплопия)
- Периорбитальный отек и эритема
- Отек и эритема лица

1.3 Острый бронхит

Определение

Острый бронхит – острое диффузное воспаление слизистой оболочки бронхов, вплоть до их тотального поражения, характеризующееся кашлем, иногда отделением мокроты, повышением температуры тела, не сопровождающееся поражением паренхимы легкого.

Этиология

В 90% случаев причиной заболевания являются вирусы. Острый бронхит чаще наблюдается в холодное время года.

Жалобы и анамнез

- Сухой мучительный кашель, особенно по ночам.
- Жжение и саднение за грудиной, не связанное с физической нагрузкой. Боль в груди при кашле.
- Иногда симптомы общей интоксикации: повышение температуры, головная боль, боль в горле, насморк

Физикальный осмотр

- Объективно: гиперемия зева; при аускультации жесткое дыхание, сухие хрипы

Дополнительные исследования

Нет необходимости проводить для острого бронхита.

Оценка

Дифференциальная диагностика:

- Пневмония
- Туберкулез
- ХОБЛ
- Астма
- Хронический бронхит
- Желудочно-пищеводный рефлюкс
- Риносинусит (стекание слизи по задней стенке глотки)

Лечение:

- 1. Уведомите пациента:** Острый бронхит почти во всех случаях вызван вирусной инфекцией, которая обычно длится около трех недель и проходит самостоятельно.

Поскольку сухой кашель при першении в горле не приносит облегчения по мере возможности необходимо воздержаться от него.

- 2. Симптоматическое лечение:**

- а. Теплое обильное питье, паровые ингаляции
- б. Противокашлевые препараты малоэффективны, поэтому их не следует назначать
- с. У пациентов со свистящими хрипами назначить аэрозоль сальбутамола

- 3. Антибиотики** не рекомендованы, потому что они существенно не меняют течение острого бронхита. Использовать только в случае повышенного риска осложнений.

Контроль и направление к врачу

Во время острого бронхита кашель может длиться в течение 2-6 недель. Рассмотрите другой диагноз или направление к врачу-специалисту если:

- Кашель не улучшается (туберкулез, стекание слизи из носоглотки, рефлюкс-эзофигит)
- У пациента температура и общая слабость (рассмотрите пневмонию)

- Пациент имеет сопутствующие заболевания

1.4 Боль в ушах

Причины боли в ушах

- Распространенные:
 - Острый средний отит (см. пар. 1.4.2 (стр. 25)
- Менее распространенные:
 - Наружный отит (см. пар. 1.4.1 (стр. 23))
 - Травма
 - Фурункулы
 - Герпесная инфекция
 - Боль, передающаяся от зубов, горла, околоушной слюнной железы (свинка), позвоночника или височно-нижнечелюстного сустава.

1.4.1 Наружный отит

Определение

Острое или хроническое воспаление наружного слухового прохода бактериальной, грибковой, вирусной и другой этиологии.

Жалобы и симптомы

- Зуд
- Боли
- Чувство переполнения слухового канала
- Скудные выделения из уха
- Снижение или потеря слуха.

Физикальное обследование

- Сначала осмотрите здоровое ухо, а потом пораженное.
- Отоскопия: Обратите внимание на целостность барабанной перепонки.
- Отек и покраснение в области наружного слухового прохода, болезненность при смещении ушной раковины, выделения.

Лечение

1. *Уведомите пациента:* Наружный отит это воспаление кожи наружного слухового прохода, которое обычно проходит в течение трех недель при правильном лечении. Использование ушных ватных палочек для чистки уха или чистка ушей пальцем могут привести к повреждению кожи наружного слухового прохода. При попадании воды – высушить.
2. *Очистите уши:* Сверните мягкую впитывающую хлопчатобумажную салфетку в фитилёк. Никогда не пользуйтесь палочкой или бумагой. Вставьте фитилёк в ухо и выньте, когда он станет влажным. Затем возьмите новый, чистый фитилёк. Уберите фи-

тиль и повторите эти шаги с новым чистым фитилем до тех пор, пока ухо не высохнет (см. рисунок 3 (стр. 24)).



Рисунок 3:
Как пользоваться ушным
тампоном

3. *Вылечите воспаление:* Турунда с антисептиками (раствор борного спирта 3% плюс капли дексаметазона 0,1% , используют на турунде, полоски марли шириной 4мм, длиной 10-20см). Турунду меняют ежедневно, до исчезновения отека.

Последующее наблюдение

- Если симптомы не проходят через неделю
- Если в течение 24 часов после использования турунды симптомы не улучшаются.

Направление к врачу-специалисту:

- Если симптомы не проходят в течение 5-6 недель после лечения основанного тестирование чувствительности культур.
- При частых рецидивах
- Если боль, опухание уха, жар, общее недомогание у взрослых пациентов, пациенты с сахарным диабетом или пациент с ослабленным иммунитетом
- Если у пациента наружный отит с лихорадкой и общим недомоганием, которое не улучшается после применение перорального амоксициллина в течение 48 часов.

1.4.2 Острый средний отит

Определение

Острое воспаление воздухоносных полостей среднего уха.

Этиология:

5-15% вирусы, до 80% бактерии

Эпидемиология

Наиболее распространено среди детей. Более половины случаев среднего отита встречается у детей младше 5 лет. Острый средний отит является основной причиной предотвращаемой глухоты среди детей.

Факторы риска:

- недавний прием антибиотиков
- искусственное вскармливание
- кормление в положении лежа на спине
- инфекции в зимний период
- возраст младше 2 лет

Симптомы и жалобы

- Боль в ухе
- Снижение слуха
- Общие симптомы: недомогание, лихорадка, потеря аппетита, раздражительность, рвота, диарея
- Симптомы инфекции верхних дыхательных путей.

Физикальный осмотр

- Отоскопия: барабанная перепонка непрозрачна, резко гиперемирована, выбухает, подвижность снижена.
- Выделения из уха свидетельствуют о *перфорации барабанной перепонки*, которая приводит к снижению температуры, уменьшению боли в ухе. После удаления гноя из слухового прохода видна перфорация барабанной перепонки (эпитимпанит/мезотимпанит).

Оценка состояния

1. Оцените, есть ли острый средний отит с перфорацией или без нее.
2. Оцените, присутствуют ли факторы риска развития осложнений: возраст меньше 2 лет, анатомические дефекты в области ЛОР органов, операция на ухе в анамнезе, сниженный иммунитет.
3. Оцените наличие осложнений:
 - a. Мастоидит: Болезненное выбухание позади или над ухом над сосцевидным отростком височной кости. → Перенаправьте к ЛОР специалисту
 - b. Менингит: → Направьте в стационар

Лечение

1. *Уведомите пациента:* Средний отит это инфекция среднего уха, которая имеет благоприятный исход. В случае перфорации барабанной перепонки пациенты не должны плавать в бассейне или опускать голову под воду.
2. *Обезболивание:*
 - a. Парацетамол взрослым: 500 мг внутрь (максимум 6 раз в день) при лихорадке и боли. Детям: 10-15 мг/кг каждые 6-8 часов
 - b. Ибупрофен 10мг/кг каждые 6 часов
3. *Если есть выделения, тогда высушите ухо фитильком (см. рисунок 3 (стр.24))*
4. *Антибиотики:*
 - a. Нет необходимости назначать антибиотики во всех случаях, потому что состояние более 80% детей с острым средним отитом, которые старше 2 лет, улучшается само по себе. Назначайте антибиотики:
 - i. Всем детям в возрасте менее 2 лет
 - ii. Всем пациентам с повышенным риском осложнений
 - iii. Всем пациентам с тяжелым течением заболевания
 - iv. Всем пациентам, состояние которых не улучшается в течение 3 дней.
 - v. Всем пациентам, которые вряд ли придут к врачу на последовательное наблюдение
 - vi. Всем пациентам с выделениями из уха
 - b. Пропишите:
 - i. Амоксициллин 500 мг каждые 8 часов в течение 5-7 дней для взрослых/(для детей 80мг/кг/сутки)
 - ii. Если аллергия на пенициллин: Эритромицин 500 мг каждые 6 часов в течение 10 дней у взрослых, 30-50 мг/кг/день у детей

Последующее наблюдение:

Оценка эффективности лечения проводится по следующим критериям. Назначение адекватной системной антибактериальной терапии, как правило, приводит к быстрому (24–48 ч.) улучшению самочувствия больного, нормализации температуры тела, исчезновению общей симптоматики. В противном случае требуется смена антибактериального препарата. Изменения слуха и ощущение заложенности уха могут оставаться до 2 нед. и не требуют продолжения антибактериальной терапии.

В случае выделений из уха:

- Через 7 дней снова осмотрите пациента, и если у пациента все еще присутствуют выделения из уха, то пересмотрите антибактериальную терапию.
- Осмотрите пациента через месяц, чтобы выявить зарубцевалась ли перфорация барабанной перепонки.

Направьте к ЛОР специалисту когда:

- Состояние пациента не улучшается в течение 48 часов после начала лечения антибиотиками
- Перфорация барабанной перепонки не зарубцевалась в течение месяца
- Частые эпизоды острого среднего отита (четыре или более в течение года)

2. Бронхиальная астма

2.1 Определение:

Бронхиальная астма-это хроническое заболевание дыхательных путей, основным патогенетическим механизмом которого является гиперреактивность бронхов, обусловленная воспалением, а основным клиническим проявлением – приступ удушья (преимущественно экспираторного характера) вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов.

2.2 Классификация астмы

Согласно МКБ-10 выделяют следующие основные диагнозы:

J45 Астма

J46 Астматический статус

Последние международные руководства основывают тяжесть астмы по уровню лечения (см. блок схему 2.5.4 (стр. 31)) и по уровню контроля (см. таблицу 4 (стр. 30)).

Например:

J45 Астма, интермиттирующая, контролируемая

J45 Астма, средней степени тяжести, частично контролируемая

J45.990 Астма вызванная физической активностью, интермиттирующая, контролируемая

2.3 Симптомы астмы

У пациентов БА бывают разные симптомы, и у некоторых из пациентов во время консультации симптомы могут отсутствовать. Присутствие следующих симптомов должно вызвать подозрение на БА:

- Свистящие хрипы (высокий свистящий звук во время выдоха)
- Кашель, ухудшающийся ночью
- Повторяющиеся свистящие хрипы
- Повторяющаяся одышка
- Симптомы ухудшаются ночью и могут пробудить пациента
- Симптомы ухудшаются в определенных сезонах года
- Симптомы улучшаются при применении сальбутамола
- Пациент также имеет другие atopические заболевания, такие как экзема или сенная лихорадка
- Существует семейный анамнез БА, сенной лихорадки или экземы
- Симптомы ухудшаются в присутствии животных с шерстью, аллергена клеща домашней пыли, определенных медикаментов (аспирин, бета-блокаторы), пыльцы, дыма, химических аэрозолей, при изменении температуры воздуха, физической нагрузке, инфекциях верхних дыхательных путей, стрессе.

Смотрите блок-схему Г (стр. 13) для сравнения БА с ХОБЛ.

2.4 Диагностика

Диагноз астмы можно поставить на основании тщательного сбора анамнеза, физикального обследования (свистящие хрипы при аускультации), при наличии возможности проведения пикфлоуметрии или спирометрии (выявляющих обратимую обструкцию) и пробного лечения с последующей оценкой результатов.

2.5 Основные принципы лечения БА

Астма является хроническим заболеванием. Здоровье пациентов с астмой может значительно улучшиться в случае, если:

- a. Доктор и пациент развивают сотрудничество
- b. Пациент избегает факторов риска, которые были выявлены
- c. Пациенты лечатся ингаляционными препаратами в зависимости от тяжести заболевания
- d. Пациенты находятся под наблюдением врача
- e. Обострения хорошо контролируются

2.5.1 Немедикаментозное лечение и советы: Выявление факторов риска и уменьшение их воздействия

Для улучшения контроля над болезнью и уменьшения необходимости в лекарствах пациент должен исключить или уменьшить воздействие факторов риска (таблица 3 (стр. 29)).

Однако многие больные БА реагируют на множество факторов, распространенных повсеместно в окружающей среде, и избежать таких факторов практически невозможно. Таким образом, препараты для контроля БА имеют важную роль, так как пациенты реже подвержены влиянию этих факторов, если заболевание под контролем.

Физическая активность является обычной причиной симптомов БА, но пациенты **не должны избегать физических упражнений**.

Пациентам следует рекомендовать продолжать поддерживать регулярную физическую активность и выполнять повседневную работу [A].

Симптомы можно предупредить, принимая сальбутамол перед усиленными тренировками (альтернативами являются монтелукаст или кромон).

Таблица 3: Стратегии для устранения обычных аллергенов и загрязнителей воздуха

Меры по устранению факторов риска, которые улучшают контроль над астмой и снижают потребность в лекарственных препаратах:	
Фактор риска	Действия
Клещи домашней пыли	Стирать постельное белье и одеяла еженедельно в горячей воде и просушивать на горячей поверхности или на солнце. Поместить подушки и матрацы в воздухонепроницаемые чехлы. Заменить ковры на линолеум или деревянное покрытие, особенно в спальне. (Использовать, если это возможно, пылесос с фильтром. Проводить обработку жилища для уничтожения клещей и других насекомых специальными веществами, но убедитесь, что пациента нет дома при дезинфекции).
Табачный дым	Держаться подальше от табачного дыма. Пациенты и члены их семей не должны курить.
Животные, покрытые шерстью	Избавиться от таких животных в доме или по крайней мере в том месте, где спят дети. Мыть животных.
Тараканы	Тщательно и часто убирать дом. Использовать пестициды, од-

	нако, при этом надо убедиться, что пациента нет дома во время обработки.
Пыльца и плесень вне помещения	Закрывать окна и двери. Пациенту оставаться дома при высокой концентрации пыльцы и плесени в воздухе.
Плесень внутри помещения	Уменьшить влажность в доме, часто убирать влажные места.
Лекарства, продукты питания и пищевые добавки	Не принимать, если они вызывают появление симптомов БА.
Профессиональные аллергены	Снизить или желательно избегать подверженности таким веществам.

2.5.2 Неэффективное лечение

Не существует достаточно доказательств эффективности следующих видов лечения, поэтому они **не рекомендованы**: иглотерапия, физиотерапия, гомеопатия и использование китайских травяных лекарств.

2.5.3 Медикаментозное лечение

Цель лечения астмы - это контроль над заболеванием и лечение связано с уровнем контроля астмы: контролируемая, частично контролируемая или неконтролируемая (см. табл. 4 (стр. 30))

Таблица 4: Уровни контроля над БА

А. Оценка текущего клинического контроля (предпочтительно в течение 4 недель)			
Характеристики	Контролируемая БА (все нижеперечисленное)	Частично контролируемая БА (любой имеющийся признак)	Неконтролируемая
Дневные симптомы	Отсутствуют (или ≤ 2 эпизодов в неделю)	>2 эпизодов в неделю	Три или более признаков частично контролируемой астмы */***
Ограничения активности	Отсутствуют	Любые	
Ночные симптомы/ пробуждения	Отсутствуют	Любые	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствуют (или ≤ 2 эпизодов в неделю)	>2 эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ или ОФV₁)**	Нормальная	$<80\%$ от должного значения или от наилучшего для данного пациента показателя (если таковой известен)	

• По определению, неделя с обострением – это неделя неконтролируемой БА.

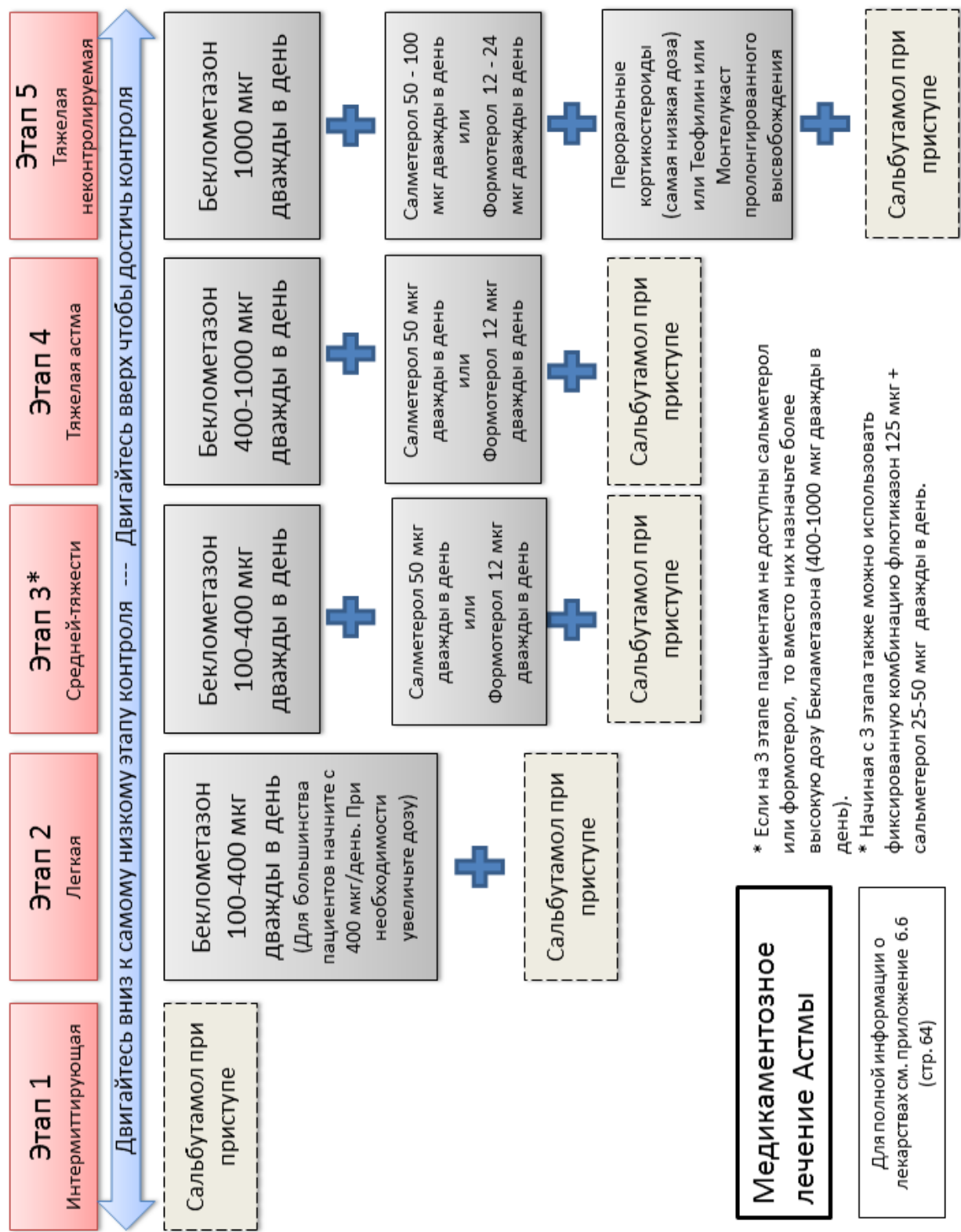
** Без применения бронходилататоров исследование функции легких не является надежным методом исследования у детей 5 лет и младше.

*** Каждое обострение требует пересмотра поддерживающей терапии и оценки ее адекватности.

Лечение астмы требует поэтапного подхода в соответствии с блок-схемой 2.5.4 (стр. 31)). Для достижения контроля у пациентов с частично контролируемой или неконтролируемой астмой подними-

тес на один шаг вверх. У тех пациентов, у которых в течение несколько месяцев астма находится под контролем, можно спуститься на один шаг вниз.

2.5.4 Блок-схема медикаментозного лечения Астмы



2.5.5 Пациенты, которые ранее не принимали лечение

Для большинства пациентов с астмой, которые еще не принимают лекарства, лечение должно быть начато со 2 этапа в блок-схеме 2.5.4 (стр. 31) (или на 3 этапе, если пациент довольно симптоматичен). Если на этом этапе контроль астмы не достигнут, то лечение должно идти вверх до тех пор, пока контроль не будет достигнут.

2.5.6 Пациенты, которые ранее принимали лечение

Следуйте следующим шагам в лечении существующих пациентов:

1. Оцените уровень контроля с помощью таблицы 4 (стр. 30)
 - a. Если контролируется:
 - i. Продолжайте текущее лечение
 - ii. Если контроль длится в течение 3 месяцев или более: рассмотрите попытку спуститься вниз поэтапно (блок-схема 2.5.4 (стр. 31)). Если пациент принимает бекламетазон, медленно спускайтесь вниз по этапам, при этом уменьшая ежедневную дозу на 20-25% наблюдая за результатом.
 - b. Если состояние частично контролируемо или неконтролируемо:
 - i. Определите текущий этап лечения
 - ii. Оцените соблюдает ли пациент режим лечения. Проверьте технику использования спейсера и ингалятора и используйте их.
 - iii. Поднимитесь на следующий этап (блок-схема 2.5.4(стр. 31))
 - iv. *Пример: Взрослый пациент принимает Бекламетазон 200 мкг дважды в день и по мере необходимости Салбутамол. При таком лечении у него все еще есть одышка рано утром.*
 1. *Этот пациент частично контролируемый*
 2. *Текущий уровень его лечения должен соответствовать 2 этапу.*
 3. *Пусть он вам покажет, как он принимает свои лекарства, и проверьте его технику применения ингалятора. Если техника применения неправильна, то покажите правильный вариант приема лекарств. Если техника приема хорошая, то вы переведите пациента на следующий, 3 этап лечения.*
 4. *На втором этапе из-за того что в данный момент пациент принимает бекламетазон 200 мкг каждые 12 часов и так как на втором этапе максимальная доза бекламетазона 400 мкг каждые 12 часов, то вы должны увеличить дозу на 400 мкг каждые 12 часов.*

2.5.7 Трудные для лечения пациенты

Пациенты, которые не достигают контроля на 4 шаге, являются трудными для лечения. Рассмотрите вопрос о перенаправлении этих пациентов к специалисту по астме.

2.5.8 Лечение обострений

В случае обострений, используйте блок схему В (стр. 11). Во время обострений БА одышка, кашель, свистящие хрипы и стеснение в груди прогрессивно увеличиваются.

Не стоит недооценивать серьезность этих приступов, так как они могут быть опасны для жизни!

Пациентам, которые особенно подвержены риску смерти в связи с астмой, следует рекомендовать обратиться за медицинской помощью в начале приступа. В число этих пациентов входят:

- Пациенты, у которых в анамнезе была почти фатальная астма
- Пациенты, которые были госпитализированы из-за обострений астмы за последние два года
- Пациенты, которые принимают преднизолон перорально или перестали принимать недавно
- Пациенты, которые не принимают ингаляционный бекламетазон
- Пациенты, которые используют более одного ингалятора сальбутамола в месяц
- Пациенты, которые не следуют плану лечения
- Пациенты с психиатрическим заболеванием

Эти пациенты должны обратиться за медицинской помощью, если приступ тяжелый или не улучшается после приема сальбутамола (по крайней мере, в течение 3 часов) или перорального преднизолона (явное улучшение в течение 2-6 часов)

Пациенты могут распознать тяжелые приступы по одышке в покое, трудности выговаривать предложения или волнению. Обычно при этом показания ПСВ менее 60% от должного показателя пациента, даже после первоначального лечения.

Следуйте блок схемам, когда пациент приходит с обострениями:

- Определите серьезность ситуации и необходимость госпитализации с помощью блок схемы Б (стр. 10)
- В случае если пациента можно лечить дома, начните начальное лечение, используя блок схему В (стр. 11) и план последующего наблюдения в пар. В-1 (стр. 12) .

2.5.9 Особые ситуации диагностики и лечения БА

а. БА вызванная применением аспирина

При аспириновой астме нельзя использовать ацетилсалициловую кислоту (аспирин) и препараты группы НПВП (например, ибупрофен, диклофенак, цитрамон, анальгин).

Следует запрещать использование НПВП и аспирина (ацетилсалициловой кислоты) у пациентов с назальными полипами, тяжелой хронической астмой или известной гиперчувствительностью к НВСП/ацетилсалициловой кислоте [В].

б. Астма во время беременности

Беременные женщины, страдающие астмой, требуют тщательного наблюдения, поскольку тяжесть астмы во время беременности часто меняется. Важно объяснить этим женщинам, что современные методы лечения астмы являются безопасными и, что риск заболевания астмой для ребенка может быть уменьшен при соблюдении назначенного врачом лечения. У беременных женщин, обострения БА должны лечиться быстро и интенсивно, чтобы предотвратить гипоксию у ребенка.

Во время беременности сальбутамол [В], формотерол и сальметерол [С], бекламетазон [С],

теофиллин [C] применяются как обычно.

При тяжелой форме БА назначайте стероидные таблетки как обычно. Никогда не прекращайте стероидные таблетки из-за беременности [C].

- c. Астма вызванная физической нагрузкой.
У некоторых людей, особенно детей, физическая нагрузка вызывает бронхоконстрикцию. В таких случаях во время физикального обследования можно дать им пробежать, что поможет в установлении диагноза.
- d. Астма, связанная с профессией
БА, приобретенная на рабочем месте легко упускается из виду. Рассматривайте диагноз БА у пациентов, которые подвергаются воздействию профессиональных веществ, не имели жалоб до начала работы, или у которых симптомы уменьшаются при отсутствии на рабочем месте.
- e. Астма и сердечные заболевания
Пациенты с БА, которые имеют сердечные заболевания не должны лечиться неселективными бета-блокаторами, такими как пропранолол, так как они могут вызвать бронхоконстрикцию.
- f. Астма и хирургическое вмешательство
Пациенты с БА имеют большой риск осложнений дыхательных путей во время хирургических вмешательств. Функция легких должна быть проверена перед операцией и если ПСВ или ОФВ₁ меньше чем 80% личного показателя пациента, то необходимо назначить короткий курс преднизолона.

2.6 Показания к перенаправлению пациентов к пульмонологу и к госпитализации

Перенаправление к специалисту

- Для уточнения диагноза астмы.
- В случаях, когда требуется проведение дополнительных диагностических исследований (бронхоскопия, провокационные пробы).

Перенаправление в госпиталь:

- Тяжелое обострение астмы (в том числе астматический статус)
- Отсутствие эффекта от лечения приступа удушья в течение часа
- Наличие у больного тяжелых приступов удушья или нарастание одышки в сочетании с другими симптомами в течение последней недели и более.
- Обострение астмы у пациентов, у которых в анамнезе по поводу обострения астмы проводилась интубация (ИВЛ)

2.7 Диспансерный учет и последующее наблюдение лечения пациента

Последующее наблюдение пациентов зависит от стадии заболевания.

Пациентов с **интермиттирующей астмой** не нужно проверять каждый год, до тех пор, пока симптомы не ухудшатся, в этом случае их необходимо начать лечить Бекламетазоном (второй этап лечения).

Пациенты с частично или полностью неконтролируемой **астмой легкой или средней тяжести** должны проверяться у врача каждые 2-4 недели до тех пор, пока оптимальное лечение не установлено. После этого они должны наблюдаться у врача два или три раза в год.

Пациенты с астмой средней тяжести или тяжелой формой астмы должны наблюдаться у пульмонолога.

Когда пациент приходит на последующее наблюдение, доктор ПМСП должен провести следующие действия:

- Оценить тяжесть симптомов и жалоб пациента
- Оценить немедикаментозное лечение и предотвращение контакта с аллергенами
- Обсудить побочные действия лекарственных препаратов
- Повторить инструкцию по вдыханию лекарств и попросить пациента продемонстрировать использование ингалятора
- Если есть возможность, оцените ПСВ пациента.
- Определите можно ли понизить дозу препарата.
- Один раз в год все пациенты с легкой, средней, средней тяжести и тяжелой формами астмы должны пройти спирометрию.

Успешное лечение астмы зависит от сотрудничества пациента с врачом. Во многих случаях пациентам полезен отдельный план действий для поддержания контроля над астмой. С помощью этого плана они могут понять, что необходимо повысить дозу препарата. Пример такого плана можно найти в приложении 6.9 (стр. 70).

2.8 Образование пациентов

Для успешного проведения восстановительных мероприятий необходимо активное участие больного, обучение пациентов должно служить неотъемлемой частью любых контактов между медицинскими работниками и пациентами. Эффективность обучения повышается при обсуждении проблем с врачом и/или медицинской сестрой, применении демонстрационного материала, видео и аудиозаписей, письменных источников информации.

В плане диспансерного наблюдения при любой форме и степени тяжести БА необходимо предусмотреть обучение больного. Пациент должен знать суть БА, способы самостоятельного купирования приступов удушья, ситуации, когда необходимо вызвать врача, индивидуальные провоцирующие факторы астмы, которых следует избегать.

Обучение пациентов с астмой самоконтролю состояния является очень важным, поскольку предоставляет пациентам навыки, необходимые для борьбы с астмой и способствует улучшению результатов лечения [A].

Обучение пациента должно фокусироваться на следующих аспектах [В]:

- Основные сведения об астме;
- Что означает «хорошо контролируемая астма» и как оценить текущий уровень контроля пациента;
- Роль лекарственных препаратов;
- Обучение навыкам: например, техники использования ингалятора или спейсера, самооценки состояния;
- Когда и куда обращаться при признаках обострения астмы;
- Мероприятия по контролю над воздействием факторов окружающей среды.

Наличие пикфлоуметра и ведение пациентом дневника самоконтроля будет способствовать более эффективному контролю над астмой (см. приложение 6.9 (стр. 70)).

3. Хроническая обструктивная болезнь легких

3.1 Определение болезни

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, которое можно предупредить и успешно лечить, характеризующееся неполностью обратимой и обычно прогрессирующей обструкцией бронхов вследствие хронического обструктивного бронхита и/или эмфиземы легких, связанное с воспалительным ответом дыхательных путей на вредные частицы или газы, чаще вследствие курения, с развитием системных проявлений, в первую очередь, легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) и хронического легочного сердца (ХЛС), существенно влияющих на тяжесть болезни у отдельных пациентов.

3.2 Классификация ХОБЛ

J44.9 Хроническая обструктивная болезнь легких, неуточненная

J43.9 Эмфизема, неуточненная

J42 Хронический бронхит, неуточненная

J44.0 Хроническая обструктивная болезнь легких с острой инфекцией нижних дыхательных путей

J44.1 Хроническая обструктивная болезнь легких с обострением, неуточненная

ХОБЛ классифицируется также по степеням тяжести, которые описаны в таблице 5 (стр. 38).

3.3 Диагностика ХОБЛ

3.3.1 Анамнез и физикальный осмотр.

Первым шагом диагностики ХОБЛ являются сбор анамнеза и физикальный осмотр. Вопросы в блок-схеме Г (стр. 13) могут помочь отличить ХОБЛ от астмы и других заболеваний с симптомами одышки.

3.3.2 Дополнительные исследования

Если есть вероятность ХОБЛ, то проведите следующие тесты:

1. Спирометрия, если есть в наличии. В противном случае, измерение пиковой скорости выдоха
 - а. Спирометрия (см. приложение 6.3 (стр. 59)) предоставляет более точную информацию, чем измерение ПСВ, но она не всегда доступна.
 - б. Измерение ПСВ предоставляет информацию об уровне бронхиальной обструкции дыхательных путей, и помогает различить ХОБЛ от астмы. См. приложение 6.1.4 (стр.57) для инструкций.
2. Рентгенография грудной клетки для исключения других заболеваний легких.
3. Общий анализ крови для выявления анемии или полицитемии.
4. Подсчет индекса массы тела (ИМТ).

3.3.3 Поставить предварительный диагноз и начать эмпирическую терапию

Поставьте предварительный диагноз ХОБЛ, основываясь на классификации по МКБ -10 (раздел 3.2 (стр.37)) и начните эмпирический курс лечения в течение 2-4 недель.

После 2-4 недель лечения пересмотрите диагноз при помощи уточнения анамнеза, физикального обследования и измерения пиковой скорости выдоха (или спирометрии, если есть в наличии).

- Если после лечения пиковая скорость выдоха (ПСВ) или ОФВ₁ возвращаются к нормальному уровню, рассмотрите другой диагноз

- Если ПСВ возросло больше чем 20%, рассмотрите диагноз астмы.
- При необходимости дальнейших исследований обратитесь к пульмонологу

3.4 Принципы лечения ХОБЛ

Цели лечения ХОБЛ улучшить здоровье пациентов ХОБЛ, предотвращая прогрессирование заболевания, профилактика и лечение обострений и осложнений. Этого можно достигнуть благодаря:

- Оценке и мониторингу заболевания
- Уменьшению влияния риск факторов (курение)
- Оптимальному ведению ХОБЛ стабильного течения
- Своевременному и правильному лечению обострений

3.4.1 Оценка и мониторинг заболевания: Определение стадии болезни

История болезни, физикальное обследование и дополнительные тесты, упомянутые выше, используют для оценки ХОБЛ. ХОБЛ - это заболевание, которое прогрессивно ухудшается. Стадию заболевания можно определить, оценив симптомы пациента и степень обструкции дыхательных путей.

Таблица 5: Стадия болезни

Степень	Симптомы	% должной ПСВ после применения сальбутамола (см. пар. 6.1 (стр. 55))	ОФВ ₁ /ЖЕЛ после применения сальбутамола	% должной ОФВ ₁ после применения сальбутамола	Начните лечение на:
Легкая	Немного жалоб. Иногда хронический кашель или мокрота.	>80%	<0.7	>80%	Этап 1
Средней тяжести	Одышка в основном развивающаяся при физической нагрузке	50-79%	<0.7	50-79%	Этап 2
Тяжелая	Усиление одышки, снижение способности переносить физическую нагрузку, повторяющиеся обострения	30-49%	<0.7	30-49%	Этап 3
Очень тяжелая форма	Хроническая дыхательная недостаточность. Обострения могут быть опасными для жизни.	<30%	<0.7	<30%	Этап 4

3.4.2 Немедикаментозное лечение ХОБЛ стабильного течения: Уменьшение риск факторов

- Помогите пациенту перестать курить

Самая лучшая мера, которую пациент может принять для уменьшения риска развития ХОБЛ и уменьшения прогрессирования заболевания - это перестать курить.

Вопрос о курении должен обсуждаться при каждом визите пациента с ХОБЛ, потому что даже короткая 3-минутная дискуссия о курении может быть эффективной.

Следующие шаги помогут уменьшить число курильщиков среди пациентов:

Определить курильщиков, на каждом визите спрашивая всех, даже женщин, о привычке курения. Если пациент курит, то подсчитайте количество выкуренных пачка-лет при помощи следующей формулы:

$$\frac{\text{число сигарет выкуренных в день} \times \text{стаж курения (в годах)}}{20}$$

1. Ясно, четко, используя индивидуальный подход, разъясните каждому курильщику о вреде курения и убедите бросить курить.
2. Выясните у курильщика готовность бросить курение в течение следующих 4 недель.
3. Предложите помощь пациентам, которые хотят бросить курить. Помогите ему/ей создать план, окажите социальную поддержку, при наличии порекомендуйте фармакотерапию.
4. Запланируйте следующую встречу.

б. Уменьшить воздействие загрязнения воздуха

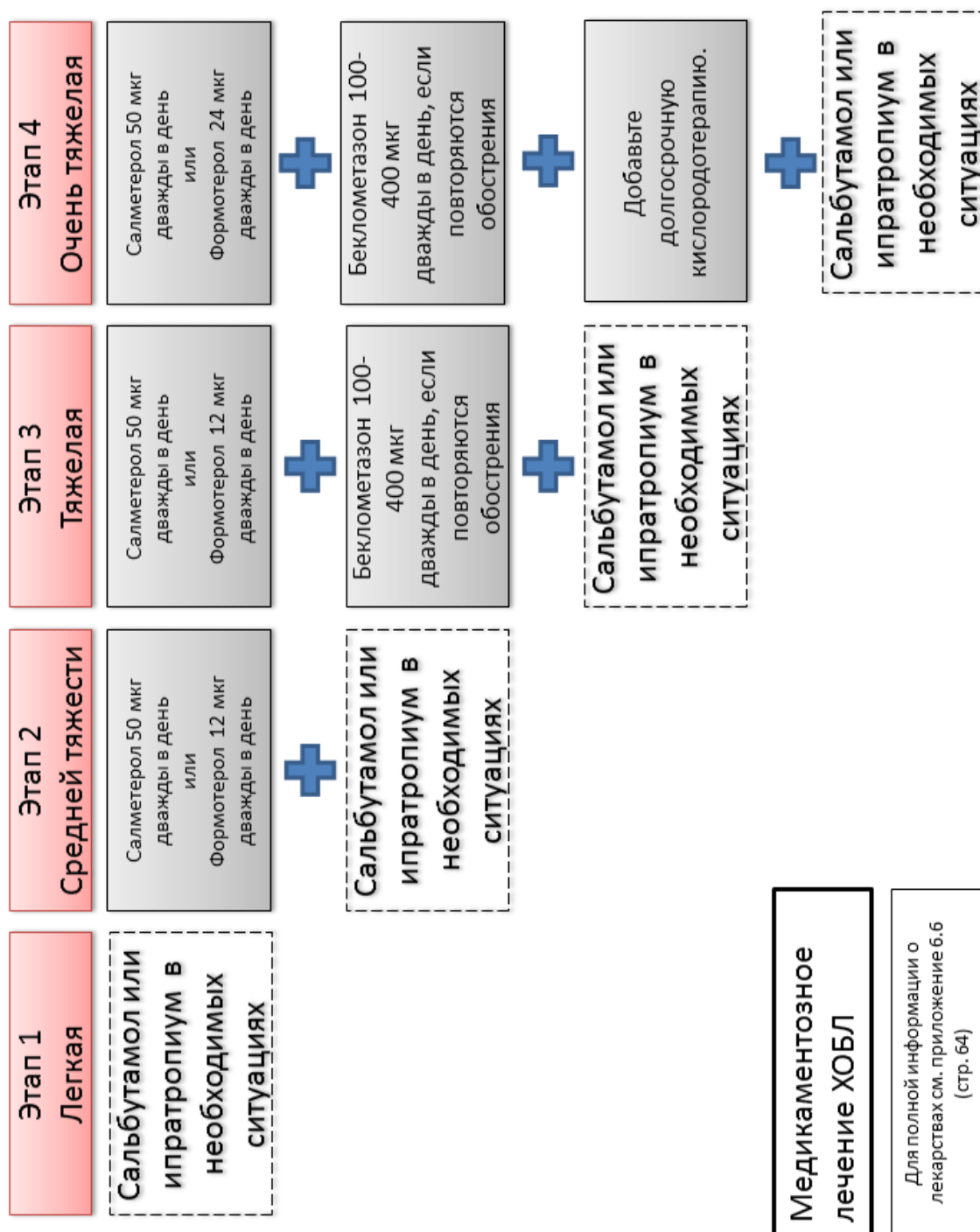
Пациентам с ХОБЛ следует избегать контакта с загрязнителями воздуха и дома и на работе. Примером этому может послужить гарь в плохо проветриваемых помещениях после готовки пищи, дым от сжигания листьев и мусора, или дым на рабочем месте.

3.4.3 Лечение ХОБЛ стабильного течения

Для медикаментозного лечения ХОБЛ, прежде всего, определите степень заболевания при помощи таблицы 5 (стр. 40) в параграфе 3.4.1, а затем начните лечение на соответствующем уровне.

Лечебные рекомендации должны основываться на тяжести заболевания, симптомах и частоте обострений ХОБЛ [С].

3.4.3 Блок-схема медикаментозного лечения ХОБЛ



Например:

У пациента наблюдается одышка в основном во время физической нагрузки. Спирометрия показывает, что его $ОФВ_1$ 62% от ожидаемого значения. После применения сальбутамола ПСВ составляет 66% от ожидаемого значения (см. табл. 8 (стр.56) в пар. 6.1.3).

Согласно блок-схеме 3.4.3 (стр. 40), у этого пациента ХОБЛ умеренно тяжелого течения (2-я стадия).

Подберите лечение для второй стадии заболевания: ХОБЛ умеренно тяжелого течения в алгоритме лечения и назначьте:

- Сальметерол 50 мкг два раза в сутки (или формотерол 12 мкг два раза в сутки)
- Сальбутамол при необходимости (или ипратропиум бромид)

Пероральное лечение

Кортикостероиды

Кортикостероиды являются эффективным при лечении обострений ХОБЛ. При отсутствии существенных противопоказаний, рекомендуются назначение короткого курса **[A]**.

- Обычно при ХОБЛ не рекомендуется длительное поддерживающее применение внутрь кортикостероидов.
- Исключение составляют некоторые пациенты с прогрессирующей ХОБЛ, которым может понадобиться поддерживающая терапия кортикостероидами, проводимая под строгим контролем врача. В отсутствие существенных противопоказаний должно быть рассмотрено назначение короткого интенсивного курса кортикостероидов.

Теофиллин (Эуфиллин)

- Предлагайте только после пробного лечения короткодействующими или длительнодействующими бронходилататорами или больным, которым применение ингаляционных препаратов недоступно.
- Теофиллин можно применять в комбинации с сальбутамолом или ипратропиумом.

Теофиллин может быть назначен пациентам, у которых сохраняется одышка на фоне применения максимальной дозы ингаляционной терапии **[C]**.

- Необходимо с осторожностью назначать пожилым пациентам по причине фармакокинетики, сопутствующих заболеваний и взаимодействия с другими препаратами.
- Снизить дозу теофилина, если для лечения обострений назначаются антибиотики группы макролидов или фторхинолоны (или другие препараты, с которыми он будет взаимодействовать).
- Теофиллин взаимодействует со многими препаратами. Необходимы регулировка дозировки и тщательный мониторинг при сочетании его с сальбутамолом, сальметеролом, формотеролом, фторхинолонами и макролидами.

Муколитические средства

Муколитики уменьшают число обострений у больных ХОБЛ, но они не улучшают функцию легких, и не уменьшают риск смертности. Их могут использовать как дополнительное лечение у больных, которые имеют частые обострения, несмотря на оптимальное лечение ингаляционными лекарствами.

- Назначьте пациентам с хроническим продуктивным кашлем и продолжайте применение до улучшения симптомов.
- Не применяйте для профилактики обострений.

- Назначьте Амброксол 0,03 г (30 мг) 2 раза в сутки, в сиропе или таблетках, или Ацетилцистеин внутрь в таблетках по 200 мг 2–3 раза в сутки в течении 8–10 дней (до 3 недель), ингаляции 300 мг в сутки, в/м 300 мг 1 раз в сутки, или Карбоцистеин в сиропе по 750 мг (по 1 столовой ложке) 3 раза в сутки 8–10 дней.

Неэффективное лечение:

- Лечение антиоксидантами (добавки альфа-токоферол и бета-каротин).
- Лечение противокашлевыми препаратами.
- Профилактическое лечение антибиотиками.

Лечение симптомов и состояний при ХОБЛ стабильного течения

Оценить симптомы или состояние и лечить, как указано ниже

Таблица 6

Одышка и обострения	• Предложите легочную реабилитацию всем подходящим пациентам (см. пар. 3.4.5 (стр. 43)) • При отсутствии эффекта от проводимой терапии, больного направить на консультацию к специалисту пульмонологу
Частые обострения	• Оптимизировать ингаляционную терапию (см. блок-схему 3.4.3 (стр.39)) • Предложить противогриппозную вакцинацию • Дать советы по самостоятельному ведению обострений • Рассмотреть профилактику остеопороза для пациентов, требующих частого применения кортикостероидов внутрь
Легочное сердце	• Предположить у пациентов с периферическими отеками, набухшими шейными венами, прекардиальной пульсацией и акцентом второго тона сердца во втором межреберье слева • Исключить другие причины периферических отеков • Рассмотрите возможность направить пациента к специалисту, чтобы оценить, необходимость в долгосрочной кислородотерапии (см. пар. 3.4.4 (стр. 43)) для оптимизации лечения. • Лечить отек диуретиками • Не рекомендуется применение ингибиторов ангиотензин-I-превращающего фермента, блокаторов кальциевых каналов, альфа-блокаторов • Возможно применение дигоксина при мерцательной аритмии
Дыхательная недостаточность	• Рассмотрите возможность направить пациента к специалисту, чтобы оценить, необходимость в долгосрочной кислородотерапии (см. параграф 3.4.4 (стр. 43)).
Аномальный ИМТ (BMI)	• Дайте рекомендации по диетическому питанию • Если у пациентов низкое ИМТ, то им следует давать пищевые добавки, чтобы увеличить общее потребление калорий, а также необходимо поощрять их заниматься физическими упражнениями для увеличения воздействия пищевых добавок. • Следите за изменением веса у пожилых людей (особенно >3 кг)
Хронический продуктивный кашель	• Рассмотрите лечение муколитическими средствами (см. 3.4.3 (стр. 39))

Тревожность и депрессия	• Определите симптомы тревожности и депрессии у пациентов: - в гипоксическом состоянии - с тяжелой одышкой - недавно обратившихся или пролечившихся в стационаре после обострений
-------------------------	--

3.4.4 Кислородотерапия

При очень тяжелой форме ХОБЛ, может быть необходима кислородотерапия. В данном случае, если также наблюдаются следующие симптомы, то направьте пациента к пульмонологу на обследование:

- Цианоз
- Полицитемия
- Периферические отеки
- Набухшие шейные вены
- Насыщение гемоглобина кислородом SaO_2 меньше или равное 92% .

Кислородотерапия в течение более 15 часов в день увеличивает продолжительность жизни пациента с тяжелой формой ХОБЛ.

3.4.5 Реабилитация

Поддержка режима физической активности больных ХОБЛ (реабилитация) – важный элемент лечения пациентов с ХОБЛ, эффективный и доступный способ, не требующий особых затрат.

1. Объясните больному, что физическая нетренированность ведет к нарастанию одышки при меньших нагрузках. Рекомендуйте больным разрабатывать режим физических нагрузок (иногда полезно начинать даже с пятиминутной ходьбы) и быть активным в течение дня.
2. Учите больного правильно дышать.

- Дышать надо медленно, считая до 3 во время вдоха и до 6 во время выдоха.
- Дышать с сопротивлением на выдохе: выдыхать через сомкнутые губы или через трубку, опущенную в банку с водой (высота воды не более 10 см от дна банки).
- Чаще использовать диафрагмальное дыхание (дыхание с участием мышц живота и нижней части грудной клетки)
- Больной должен научиться правильно откашливать мокроту (легкий вдох и форсированный выдох, вдох средней силы и форсированный выдох, глубокий вдох и форсированный выдох).
- Не спешить, отдыхать между заданиями.
- Использовать временно расслабляющую позицию для облегчения дыхания (отдыхать, прислонившись к стенке).

3. Учите стратегии контроля.

Пациента необходимо научить планировать свой день; задания, требующие больших нагрузок, следует выполнять по частям.

4. Ежедневная гимнастика способствует улучшению движений грудной клетки.

Для укрепления мышц грудной клетки и диафрагмы: ежедневная ходьба в течение 30–60 минут с опорой обеих рук на палки (после ингаляции сальбутамола или атровента).

Гимнастика для рук: в течение 2 минут в одном ритме с дыханием поднимать 750 г груза до уровня плеч, затем в течение 2 минут отдыхать.

Гимнастика для ног:

- ◆ 10-минутная разогревающая разминка с растяжкой и правильным дыханием (после ингаляции сальбутамола или атровента);
- ◆ 20–30-минутная ходьба, при появлении одышки остановиться, после отдыха продолжать ходьбу;
- ◆ 10-минутная восстанавливающая разминка (медленная ходьба, затем растяжка).

При тяжелой форме ХОБЛ рекомендуется направить пациента на реабилитацию по специальной программе (если она доступна).

3.5 Ведение обострений ХОБЛ

Обострения ХОБЛ это острое усиление одышки, кашля и/или увеличение количества мокроты пациента. Обострения часто вызваны инфекцией трахеобронхиального дерева или загрязнением воздуха.

Не стоит недооценивать тяжесть обострений!

Используйте блок схему Б (стр. 10) для оценки тяжести обострений и необходимости в госпитализации, используйте блок схему В (стр. 11) для первоначального лечения пациентов которых можно лечить дома и продолжайте лечение в соответствии с блок-схемой В (стр. 11).

Определенные пациенты, у которых риск серьезных осложнений повышен, тоже должны быть госпитализированы:

- Пациенты с сочетанными заболеваниями
- Пациенты, у которых ХОБЛ является основным заболеванием
- Пациенты пожилого возраста
- Пациенты с недостаточной поддержкой дома
- Пациенты, у которых отмечается выраженное ухудшение симптомов (напр., одышка в покое) или с новыми физическими признаками (напр., периферические отеки)
- Пациенты с частыми обострениями
- Пациенты с только появившейся аритмией

3.6 Направление за рекомендацией специалистов

Направление к специалисту может понадобиться на любой стадии заболевания.

Возможные причины для направления:

- неуверенность в поставленном диагнозе.
- подозрение на тяжелую форму ХОБЛ.
- пациент требует мнения еще одного эксперта.
- развитие легочного сердца.
- оценка необходимости кислородотерапии, длительной терапии небулайзером или кортикостероидами перорально.
- буллезная болезнь легких.
- Резкое снижение ОФВ₁.

- оценка необходимости легочной реабилитации.
- начало проявления симптомов старше 40 лет.
- частые инфекции.
- кровохарканье.

3.7 Диспансерный учет

- Наблюдайте за пациентами со слабой или умеренной формой ХОБЛ не менее одного раза в год, а также за пациентами с очень тяжелой формой ХОБЛ не менее двух раз в год. Оцените состояние по критериям в таблице 7 (стр.45) и проведите соответствующие исследования.
- Пациенты со стабильной тяжелой формой ХОБЛ обычно не нуждаются в постоянном стационарном обследовании, но при необходимости нужно предусмотреть местный согласованный механизм проведения экспресс-оценки.

Таблица 7: Дальнейшее наблюдение за пациентами с ХОБЛ на уровне ПМСП

Слабая, умеренная или тяжелая обструкция дыхательных путей (стадии 1–3)	Очень тяжелая обструкция дыхательных путей (стадия 4)
Оценить: Статус курящего и его желание бросить курить Соответствующий контроль над симптомами: – одышки – выносливость к физической нагрузке – примерная частота обострений Наличие осложнений Эффект от каждого препарата Применение ингаляционной методики Необходимость направления к специалисту и терапевтической службе Необходимость в легочной реабилитации	Оценить: Статус курящего и его желание бросить курить Соответствующий контроль над симптомами: – одышки – выносливость к физической нагрузке – примерная частота обострений Наличие симптомов легочного сердца Необходимость в ДКТ Пищевой (алиментарный) статус Наличие состояния депрессии Эффект от каждого препарата Применение ингаляционной методики Необходимость в социальных услугах или терапии Необходимость направления к специалисту и терапевтической службе Необходимость в легочной реабилитации
Измерить: ОФВ₁ и ФЖЕЛ ИМТ (BMI) Оцените уровень одышки: 1. Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки 2. Одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение 3. Одышка заставляет больного идти более медленно по сравнению с другими	Измерить: ОФВ₁ и ФЖЕЛ ИМТ (BMI) Степень насыщения (сатурация) артериальной крови кислородом (SaO₂) Оцените уровень одышки: 1. Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки 2. Одышка при быстрой ходьбе или при

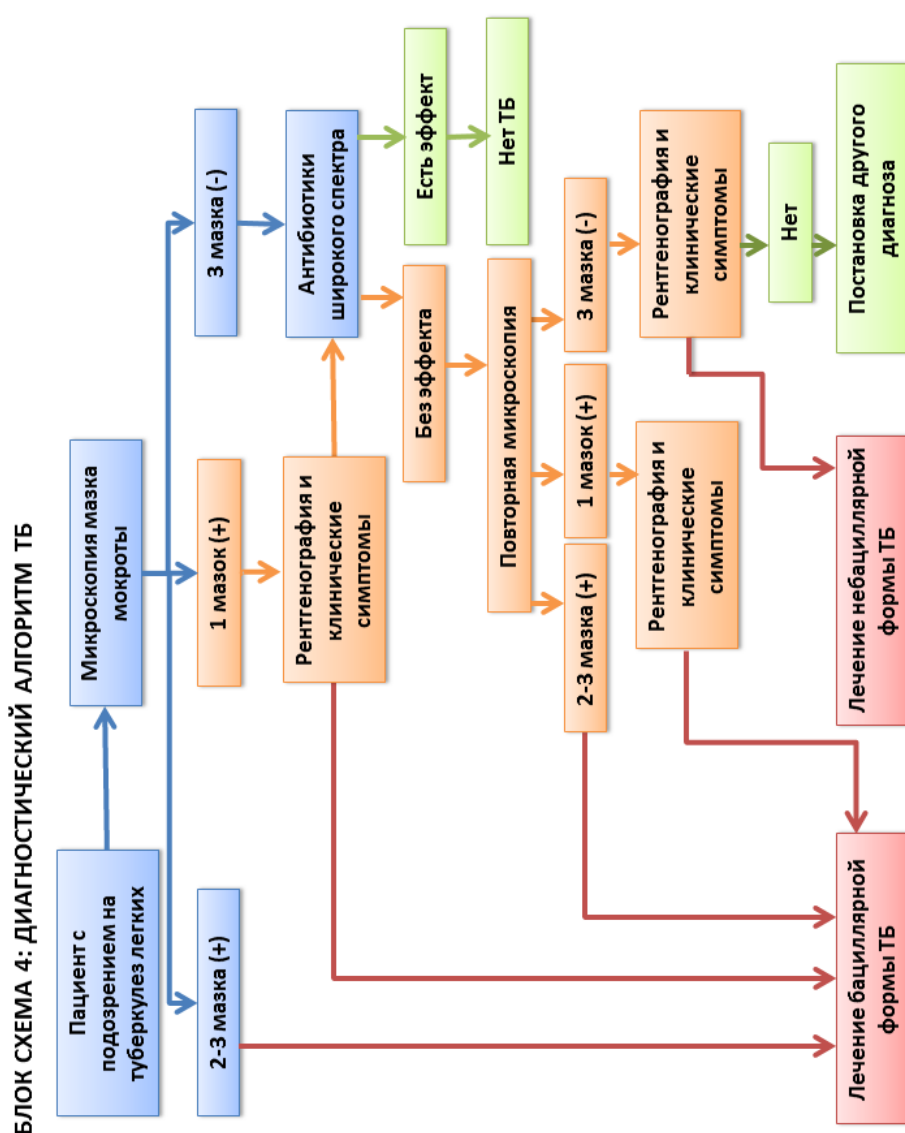
людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности 4. Одышка заставляет больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности 5. Одышка делает невозможным для больного выход за пределы своего дома, или одышка появляется при одевании и раздевании	подъеме на небольшое возвышение 3. Одышка заставляет больного идти более медленно по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности 4. Одышка заставляет больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности 5. Одышка делает невозможным для больного выход за пределы своего дома, или одышка появляется при одевании и раздевании
---	---

ХОБЛ является хроническим заболеванием, поэтому должна быть тесная координация между врачами первичной медико-санитарной помощи и стационаров [A].

4. Туберкулез

Мокрота любого пациента с кашлем и выделением мокроты более 2-3 недель, должна быть обследована на предмет ТБ, кроме тех случаев, когда вы наблюдаете признаки улучшения симптомов кашля и вы уверены что пациент придет к вам на последующее наблюдение. Пример этому может послужить пациент с кашлем после инфекции верхних дыхательных путей, и который живет рядом с поликлиникой/клиникой.

Подозрение должны вызвать пациенты с кашлем в сочетании со следующими симптомами: длительное повышение температуры, ночная потливость, снижение аппетита и потеря веса, боль в груди, кровохарканье, повышенная утомляемость, если эти симптомы не улучшаются в течение 2 недель лечения.



За дополнительными сведениями о диагностике и лечении ТБ, вам следует обратиться к текущему руководству по туберкулезу и ДОТС.

5. Пневмония

5.1 Определение

Внебольничная пневмония (шифр J12–J18) – острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка).

5.2 Классификация болезни

J18.9 – Пневмония, неуточненная

J12 – Вирусная пневмония не классифицированная в других рубриках

J15 – Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках

J16 – Пневмония, вызванная другими инфекционными агентами, не классифицированная в других рубриках

МКБ-10 имеет дополнительные коды для пневмоний, вызванных специфичными микроорганизмами. На уровне ПМСП нет необходимости описывать различия между ними.

5.3 Этиология

Наиболее распространенная причина внебольничной пневмонии - *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк). Другими распространенными возбудителями являются *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenza* и вирусы.

На уровне ПМСП чаще всего невозможно определить возбудителя пневмонии

5.4 Факторы риска пневмонии

1. Инфекции (особенно вирусные) верхних дыхательных путей.
2. Хронические обструктивные заболевания легких.
3. Сопутствующие хронические заболевания.
4. Иммунодефицитные состояния (ВИЧ/СПИД, хронические заболевания).
5. Злоупотребление алкоголем.
6. Курение.
7. Вдыхание токсических веществ.
8. Контакт с птицами, животными.
9. Неблагоприятные материальные бытовые условия

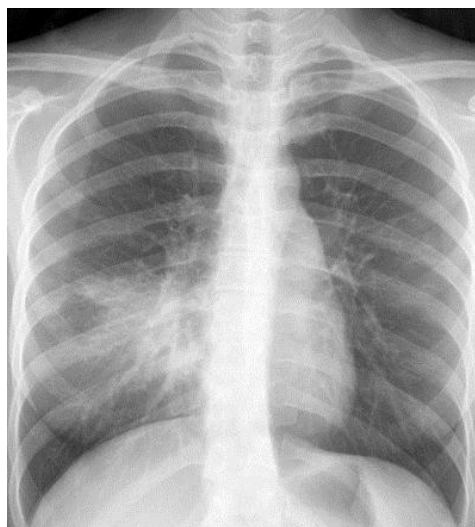


Рисунок 4: Пневмония правого легкого в проекции средней доли

5.5 Диагностика

Диагноз можно поставить на основании жалоб, анамнеза и клинической картины. При возможности необходимо сделать рентген грудной клетки, чтобы подтвердить диагноз.

5.5.1 Анамнез:

Жалобы на:

- Кашель (сухой или с мокротой; иногда кровохарканье)
- Одышку
- Повышение температуры
- Боль в грудной клетке, связанную с актом дыхания
- Симптомы интоксикации

5.5.2 Объективно:

- Лихорадка
- На стороне поражения:
 - Ограничение экскурсии нижних краев легких
 - Усиление голосового дрожания
 - Притупление перкуторного звука
 - При аускультации: ослабленное везикулярное или бронхиальное дыхание, крепитация, звучные мелкопузырчатые хрипы

5.5.3 Дополнительные исследования

Лабораторные:

- Общий анализ крови показывает лейкоцитоз и повышение СОЭ.
- Микроскопия мокроты, если у пациента кашель более двух недель
- СРБ (С-реактивный белок)

Инструментальные:

- Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (по доступности) покажет инфильтрат.

Наличие инфильтрата на рентгеновском снимке грудной клетки в совокупности с клиническими данными и результатами микробиологического исследования делает диагностику пневмонии более точной [В].

В сомнительных случаях необходимо провести дополнительные исследования.

5.6 Принципы терапии

Перед началом лечения необходимо принять решение о том, где должен лечиться пациент, на дому или в больнице. Шкала CRB-65 может помочь в оценке риска смертности и, следовательно, необходимости в госпитализации (см. блок-схему 5.6 (стр. 50))

Блок-схема 5.6 Прогностическая шкала CRB-65 для выбора места лечения пневмонии.

БЛОК СХЕМА 5.6 ОЦЕНКА РИСКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ CRB -65				
Клинические симптомы		Балл		
Нарушение сознания (Confusion):	Дезориентация во времени и пространстве, личностная дезориентация	1		
Частота дыхания (Respiratory rate):	Более 30/минуту	1		
Кровяное давление (Blood pressure):	Систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или Диастолическое АД 60 мм рт.ст. или меньше	1		
Возраст (65):	65 или больше	1		
Всего баллов				
Всего баллов	0		1-2	3-4
Риск смертности	Низкий		Умеренный (5-12%)	Высокий (31%)
Лечение	Дома, используя алгоритм 5.6.3 (стр. 52)		Рассмотрите вариант о направлении в больницу, особенно если есть сопутствующие заболевания легких, сердца, печени или сахарный диабет В противном случае - лечение на дому под наблюдением врача	Немедленно дайте 1 гр. Амоксициллина перорально или если есть аллергия на пенициллин то 500 мг. Эритромицина перорально и срочно направьте в больницу

5.6.2 Немедикаментозное лечение

1. Постельный/полупостельный режим.
2. Обильное питье.

5.6.3. Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение пневмонии состоит из:

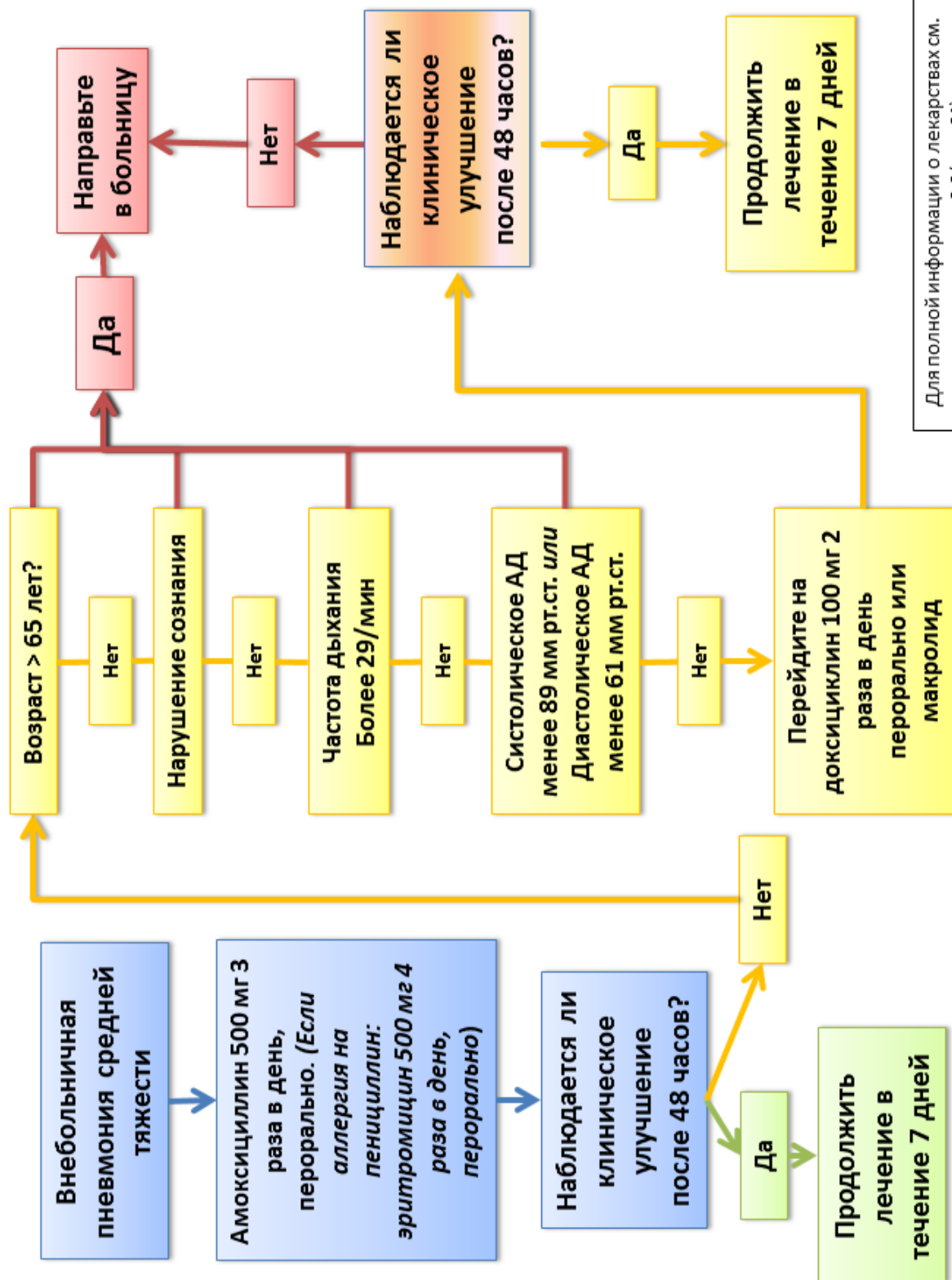
1. Антибактериального лечения
2. Симптоматического лечения

Антибактериальное лечение

Если можно лечить пациента дома, начните лечение, используя нижеприведенный алгоритм.

Если пациент принимал антибиотики в течение предыдущих 90 дней для системного лечения любого типа бактериальной инфекции, для лечения текущего заболевания должен быть выбран альтернативный препарат другого класса.

БЛОК СХЕМА 5.6.3: ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ



Для полной информации о лекарствах см. приложение 6.6 (стр. 64)

Симптоматическое лечение

При наличии высокой температуры (более 38,5°C) и боли назначаются:

- Парацетамол взрослым: 500 мг внутрь (максимум 6 раз в день) при лихорадке и боли. Детям: 10-15 мг/кг каждые 6-8 часов
- Ибупрофен по 400 мг внутрь. (максимум 4 раз в день)

Критерии для эффективного антибактериального лечения

Критерии эффективности антибактериальной терапии пневмоний включают положительную динамику следующих показателей в течение 48–72 часов:

1. Снижение или нормализация температуры тела при двух последовательных измерениях с интервалом 8 часов.
2. Улучшение общего самочувствия больного.

Длительность антибактериальной терапии ВП должна быть минимум 5-7 дней [А] и может быть отменена при стабилизации клинической картины и наличии нормальной температуры тела в течение 2-3 дней [В].

5.6.4 Антибактериальное лечение в особых ситуациях

Стационар на дому

Если есть показания к госпитализации, и нет возможности направить больного в больницу, организуйте стационар на дому и продолжайте следующее лечение до появления возможности госпитализации:

Для лечения назначьте препараты 1-го ряда:

- Амоксициллин / клавуланат 1200 мг 3 раза в/в, или
- Цефтриаксон по 1000 мг в/м 1 раз в сутки, или
- Эритромицин 500 мг каждые 6 часов в сутки внутрь, или
- Кларитромицин 250–500 мг каждые 12 часов в сутки.

Особенности лечения пневмонии у беременных и кормящих женщин

- Разрешается назначение следующих препаратов: амоксициллин и другие пенициллины, эритромицин, и цефалоспорины.
- Категорически запрещается назначать доксициклин, гентамицин, тетрациклин, цiproфлоксацин, левофлоксацин.

5.6.5 Неэффективное лечение

Отсутствуют доказательства эффективности назначения биогенных стимуляторов, антигистаминных препаратов, витаминов, а также длительного применения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и ненаркотических анальгетиков при ВП.

5.7 Обучение пациентов

Научите больных принимать пероральные антибиотики в домашних условиях.

- Объясните пациенту, почему назначается данное лекарство.
- Объясните пациенту, как принимать лекарство, покажите этикетку и упаковку лекарства.
- Объясните больному, что все пероральные лекарственные таблетки должны быть использованы до конца курса лечения, даже если ему станет лучше.
- Проверьте, понял ли пациент рекомендации.

5.8 Туберкулез

Если периодически повторяются эпизоды кашля с выделением мокроты и в анамнезе не диагностировано хроническое заболевание легких, *необходимо обследовать больного на туберкулез (см. Главу 4 (стр. 47))*.

5.9 Последующее наблюдение

Обычно кашель проходит в течение 8 дней, а аускультативная картина может сохраниться в течение 3 недель.

Сохранение отдельных клинических, лабораторных и/или рентгенологических признаков пневмонии не является абсолютным показанием к продолжению антибактериальной терапии или ее модификации.

Дальнейшее наблюдение не требуется.

6. Приложения

6.1 Пикфлоуметрия

6.1.1 Что такое Пикфлоуметрия?

Пикфлоуметрия – это измерение пиковой (максимальной) скорости выдоха (ПСВ/МСВ) с помощью специальных приборов – пикфлоуметров, позволяющее объективно оценивать функцию лёгких, в частности степень сужения воздухоносных путей (бронхоспазма).

Этот метод не является таким точным как спирометрия, но используемый для измерения аппарат гораздо меньше и дешевле.

У пациентов с астмой пикфлоуметрия может показать нормальные результаты, когда у них нет приступа астмы, поэтому очень важно рассматривать результат пикфлоуметрии в совокупности с оценкой анамнеза болезни и физикальным осмотром. У пациентов с ХОБЛ, как правило, результаты пикфлоуметрии имеют отклонения от нормы.

6.1.2 Пикфлоуметр

Пикфлоуметр – простой портативный прибор, с помощью которого измеряется показатель ПСВ (МСВ) и которым могут пользоваться врачи в амбулаторной практике и пациенты в домашних условиях (см. рисунок 4).



Рисунок 4: Пикфлоуметр

6.1.3 Определение ожидаемого результата пиковой скорости выдоха у пациента

У пациентов в зависимости от пола, возраста и роста ожидаемая пиковая скорость выдоха (ПСВ) может быть определена с помощью номограммы, которая приведена ниже.

Найдите возраст и рост пациента на таблице для определения нормального показателя ПСВ мужчин и женщин.

Пример 1: Женщина, 40 лет, рост 167 см. Её нормальный показатель ПСВ 439.

Пример 2: Мужчина, 43 года, рост 177 см. Так как в таблице указаны данные на 40 и 45 летних пациентов, берите возраст, который ближе подходит к возрасту пациента, и найдите нормальное значение на мужчину 45 лет, которое равно 627.

Таблица 8: Нормальные показатели ПСВ

Мужчина													
Возраст/Рост (см)	157	160	162	165	167	170	172	175	177	180	182	185	187
15	479	485	489	494	498	503	506	511	515	520	523	528	531
20	534	540	545	551	555	561	565	571	575	580	584	589	593
25	568	575	580	587	591	598	602	608	612	618	622	628	632
30	587	594	599	606	611	617	622	628	633	639	643	649	653
35	594	601	606	613	618	625	629	636	640	646	650	657	661
40	592	599	604	611	615	622	627	633	637	644	648	654	658
45	582	590	594	601	606	62	617	623	627	634	638	644	647
50	568	575	580	586	591	597	601	608	612	618	622	627	631
55	550	557	561	568	572	578	582	588	592	598	602	607	611
60	529	536	540	546	550	556	560	566	570	575	579	584	588
65	507	513	517	523	527	533	536	542	545	551	554	559	562
70	484	490	493	499	503	508	511	517	520	525	528	533	536

Женщина													
Возраст/Рост(см)	147	150	152	155	157	160	162	165	167	170	172	175	177
15	379	382	385	389	391	394	397	400	402	405	407	411	413
20	402	406	409	413	416	419	422	425	428	431	434	437	439
25	415	419	422	426	429	433	435	439	441	445	447	451	453
30	419	424	427	431	433	437	440	444	446	450	452	456	458
35	418	423	425	430	432	436	439	443	445	449	451	454	457
40	413	417	420	424	427	431	433	437	439	443	445	449	451
45	405	409	412	416	418	422	425	428	431	434	436	440	442
50	394	399	401	405	407	411	414	417	419	423	425	428	430
55	383	387	389	393	395	399	401	404	407	410	412	415	417
60	370	373	376	379	382	385	387	391	393	396	398	401	403
65	356	360	362	366	368	371	373	376	378	381	383	386	388
70	343	346	348	351	353	356	358	361	363	366	368	371	372

6.1.4 Измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ)

Для измерения ПСВ следуйте нижеприведенным шагам:

1. Очистите загубник прибора спиртовым раствором
2. Объясните процедуру пациенту
3. Попросите пациента сесть прямо или желательнее встать
4. Установите стрелку на исходный уровень.
5. Держа пикфлоуметр в руках горизонтально, обследуемый должен вдохнуть как можно глубже.
6. Быстро обхватив наконечник плотно губами, как можно резче сделать выдох. Не закрывать просвет мундштука языком.
7. Тест нужно повторить трижды. Если это необходимо, между попытками обследуемый может отдохнуть.
8. Учитывается максимальный результат.

6.1.5 Оценка результата

Результат измерения ПСВ следует сравнить с ожидаемым результатом ПСВ пациента, который был определен с помощью номограммы в параграфе 6.1.3 в таблице 8 (стр. 56).

Подсчитайте процент ожидаемого ПСВ при помощи следующей формулы:

$$\frac{\text{ПСВ пациента}}{\text{ПСВ ожидаемый}} * 100\%$$

А также результат можно сравнить с самым лучшим ПСВ результатом пациента:

$$\frac{\text{ПСВ пациента}}{\text{максимальный ПСВ}} * 100\%$$

6.1.6 Оценка обратимости бронхоспазма

Пиковую скорость выдоха можно использовать для оценки обратимости бронхоспазма. Этот тест помогает отличить астму от ХОБЛ, но он всегда должен быть использован в сочетании данными анамнеза и физикальным осмотром.

Обратимость бронхоспазма может быть проверена следующим образом:

1. Проведите ПСВ как описано в параграфе 6.1.4. Запишите максимальный ПСВ как ПСВ₁
2. Дайте 2 вдоха сальбутамола через спейсер (см. пар. 6.2 (стр. 58))
3. Подождите 15 минут и повторите измерение ПСВ как описано в параграфе 6.1.4. Запишите максимальный ПСВ как ПСВ₂.
4. Подсчитайте увеличение в ПСВ при помощи следующей формулы:

$$\text{Процент увеличения ПСВ} = \left(\frac{\text{ПСВ}_2}{\text{ПСВ}_1} - 1 \right) * 100\%$$

5. Если процент увеличения ПСВ более 15%, тогда у пациента может быть астма.

6.2 Как сделать спейсер из подручных средств

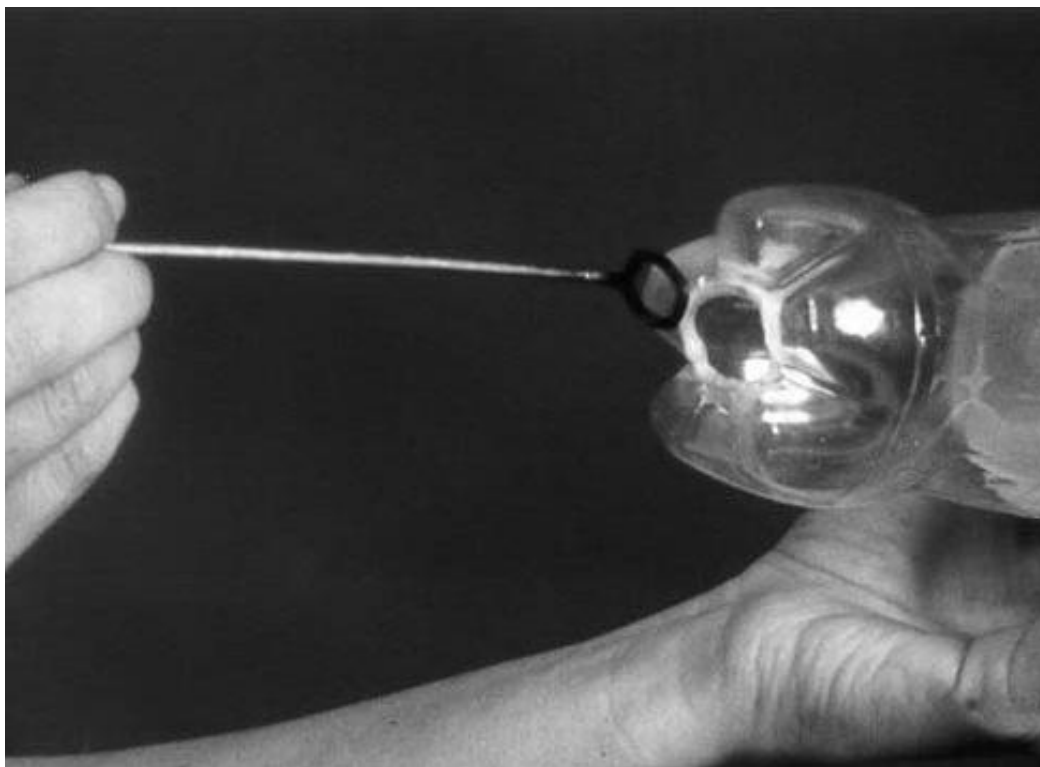


Рисунок 6. Выплавление отверстия в доньшке пластиковой бутылки.

1. На дне бутылки должно быть сделано отверстие, через которое можно вставить дозированные ингаляторы (ДИ). Исследования показали, что самый лучший способ сделать отверстие на дне бутылки - это выплавить отверстие похожее на баллончик ДИ. Так как дно пластиковой бутылки трудно точно вырезать, отверстие можно сделать плавлением, применяя горячую проволочную форму (рисунок 6). Форма, сделанная из стальной проволоки, должна соответствовать форме и размеру загубника ДИ. Чтобы создать плотное прилегание, загубник ДИ вставляется в выплавленное отверстие сразу после удаления формы.
2. У детей старше 3 лет и взрослых горлышко бутылки нужно держать во рту, имитируя загубник (рисунок 7 и 8). У детей младшего возраста, может использоваться небольшая хорошо сидящая маска, соединенная с горлышком измененной бутылки.

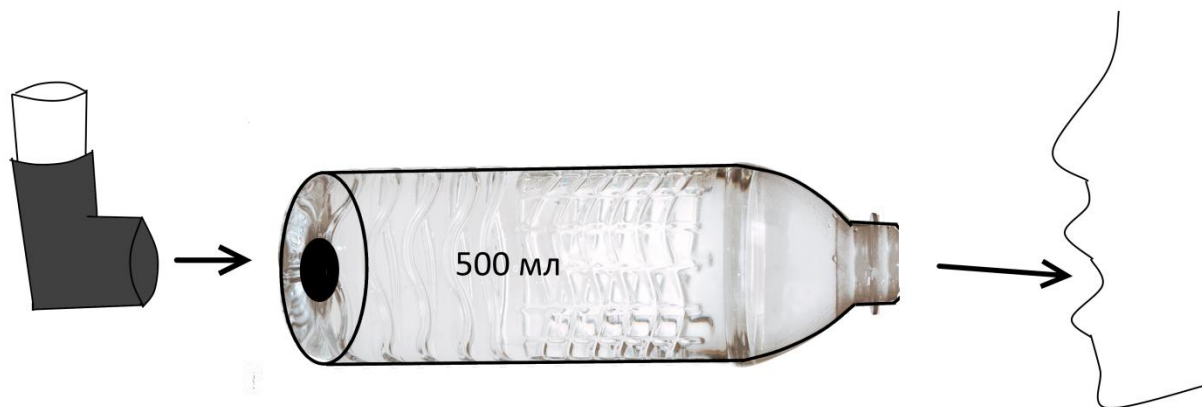


Рисунок 7



Рисунок 8

3. В спейсер нужно сделать только 1 ингаляцию.

4. Баллончик ДИ необходимо встряхнуть перед использованием. Если сначала не встряхнуть баллончик, то вместо активного препарата ребенку будет доставлен только аэрозоль газа-носителя.

6.3 Спирометрия

Спирометрия является важным тестом для постановки диагноза ХОБЛ, и должна быть использована, если есть в наличии. Во время спирометрии измеряется количество выдыхаемого воздуха за единицу времени. Для этой цели используют прибор *спирометр*. Кривая линия времени и объема выдыхаемого воздуха, которая появляется вследствие спирометрии, называется *спирограмма (спирометрическая кривая)*.

При обструктивной болезни легких используются два основных показателя спирометрии Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и Объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁).

ФЖЕЛ - это общий максимальный объем воздуха, который выдыхается во время форсированного выдоха.

ОФВ₁ – это объем воздуха выдыхаемый в первую секунду максимального выдоха после максимального вдоха. Это измерение показывает, как быстро легкие могут быть опустошены. При бронхоконстрикции, ОФВ₁ будет меньше нормы. ОФВ₁ зависит от возраста, пола, роста и этнической принадлежности и лучше всего рассматривается как процент нормальной прогнозируемой величины.

ОФВ₁/ФЖЕЛ - это полезный индекс ограничения воздушного потока которое показывает связь между ОФВ₁ и ФЖЕЛ. У здоровых взрослых ОФВ₁/ФЖЕЛ находится между 70 и 80%. У больных ХОБЛ ОФВ₁ уменьшается больше чем ФЖЕЛ. Таким образом у этих пациентов индекс ОФВ₁/ФЖЕЛ будет меньше чем 70%.

Измерение ОФВ₁ до и после применения сальбутамола выявляет обратимость ограничения воздушного потока.

Зачем использовать спирометрию при ХОБЛ?

- Спирометрия – это лучший тест для подтверждения диагноза ХОБЛ или для исключения этого заболевания.
- Вместе с симптомами спирометрия помогает определить степень тяжести ХОБЛ.
- Спирометрия может быть использована для оценки прогрессирования заболевания, если интервал между тестами составляет, по крайней мере, 12 месяцев.

Зачем использовать спирометрию при астме?

Спирометрия помогает также установить диагноз астмы, хотя информативность ее при этом меньше, чем при ХОБЛ. Увеличение ОФВ₁ по крайней мере на 12% или 200 мл после применения сальбутамола показывает, что ограничение воздушного потока обратимо, а это соответствует астме. Однако не все пациенты с астмой показывают обратимость при каждой оценке состояния.

Flow Volume Test



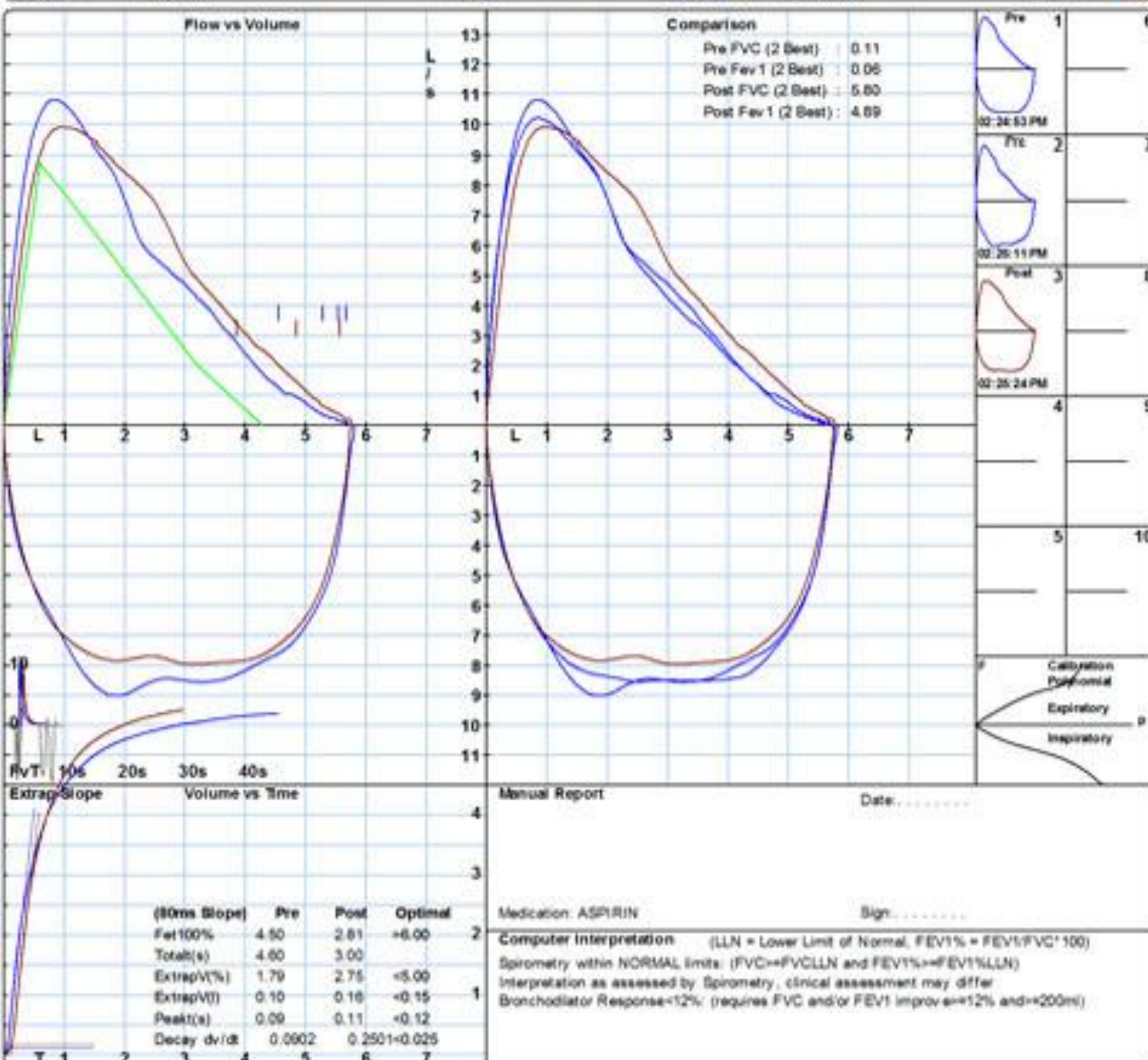
SPIROMETER v 1.36

16 Oct 2009
02:24:53 PM

ID/SS# 7454029001923
Name Doe, Jack
Date of Birth 15 Jun 1966
Age and gender 43 year old Male
Occupation Bricklayer
Department Retail
Company FQFQFG

Height 170 cm
Weight 80 kg
BMI 20.70
Ethnic Caucasian
Phone +21 21 12345678
Smoking 0 per day
Illness

Doctor
Phone 567
Operator
Environment 760 mmHg, 22 C (72 F) 30%
Calibration Default (10)
Checked Default
Test Position unspecified



Pred		Best Pre 2.2		Best Post 3.3		Change		Normal Range (100% = Pred)										Limits		Pred Adjust (%)
ECCS		Value	%	Value	%	%	Abs	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200	Lo	H	
FVC	4.33	5.75	132.67	5.80	133.93	0.95	0.05											3.33	5.33	100.00
Fivc	4.52	5.86	129.68	5.78	128.03	-1.27	-0.07											3.60	5.44	100.00
Fev1	3.57	4.59	128.34	4.89	136.73	6.54	0.30											2.74	4.40	100.00
Fev1%	79.47	79.75	100.35	84.16	105.91	5.53	4.41											67.77	91.17	100.00
Fev3		5.58		5.80		4.06	0.23													100.00
Fev6		5.75		5.80		0.95	0.05													100.00
Fef25	7.56	9.56	126.34	9.57	126.48	0.10	0.01											4.76	10.36	100.00
Fef50	4.76	4.97	104.38	5.91	124.14	18.93	0.94											2.60	6.92	100.00
Fef75	1.98	1.76	88.72	2.48	125.24	41.16	0.72											0.78	3.18	100.00
FEF25-75	4.15	4.29	103.51	5.13	123.62	19.43	0.83											2.45	5.85	100.00
FEF75-85		1.24		1.86		50.82	0.63													100.00
FIF50		8.54		7.95		-6.90	-0.59													100.00
Pefr	8.74	10.88	124.52	9.98	114.23	-8.26	-0.90											6.76	10.72	100.00
Pifr		9.09		8.03		-11.66	-1.06													100.00
Fev1/Fev6		79.75		84.16		5.53	4.41													100.00

C:\Work\old_spiro\tests\Doe, Jack, NP15061966M (16 Oct 2009 14H23M53).spi www.advancedmedicalengineering.com

Copyright © 2008 R Wright All Rights Reserved. (email: rwright@teksona.net) Registered by RAY WRIGHT

6.4 Пульсовая оксиметрия

Пульс-оксиметрия пальца (рисунок 8) - это не инвазивный метод, который применяется для измерения уровня насыщенности крови кислородом (SpO_2) путем мониторинга процента гемоглобина (Hb), насыщенного кислородом, а также измеряет частоту сердцебиений.



Рисунок 8: Пульсовая оксиметрия

6.5 Рентген

Как проверить качество рентгеновского снимка грудной клетки

Рентгеновский снимок плохого качества делает его описание трудным. Перед тем как начать описывать рентгеновский снимок доктор должен проверить качество снимка посмотрев на три показателя (см. рисунок 9):

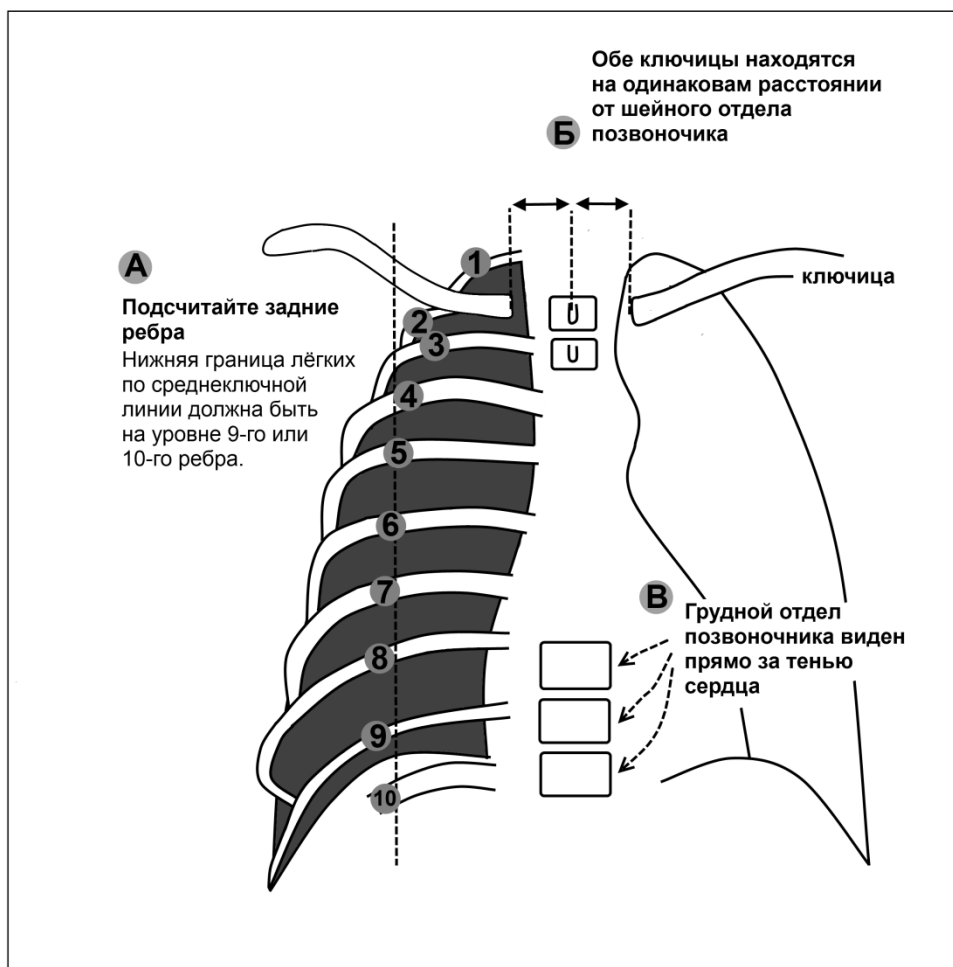


Рисунок 9:

А. Был ли сделан снимок на высоте вдоха?

Это важно, потому что, если рентгеновский снимок не сделан на высоте вдоха, то в легких будет меньше воздуха, поэтому сердце будет казаться больше и легочный рисунок рельефней. Это приводит к постановке неправильного диагноза, такого как гипертрофия левого желудочка или бронхит.

Как проверить? Можно проверить, подсчитывая задние ребра. Граница легких на среднеключичной линии должны быть на уровне 9 или 10 ребра.

Б. Пациент стоял прямо или он стоял, развернувшись во время снимка?

Это важно, потому что если пациент стоял, развернувшись тогда структуры средостения будут выглядеть искаженными.

Как проверить? Если пациент стоял прямо, то линия, проходящая через остистые отростки шейного отдела позвоночника, находится точно посередине расстояния между концами правой и левой ключицы.

В. Хорошо ли проявлен снимок, или он перепроявлен или недопроявлен?

Это важно, потому что если снимок был плохо проявлен или перепроявлен, тогда вы можете пропустить или неправильно интерпретировать изменения. При плохо проявленном снимке легочный рисунок будет более светлым (больше «белых полей» в легких), а в слишком перепроявленном снимке легочные поля могут быть не видимыми (черные поля в легких).

Как проверить? В хорошо проявленном снимке вы можете увидеть только тень грудного отдела позвоночника за тенью сердца.

6.6 Список необходимых лекарственных препаратов

МНН/синонимы	Режим дозирования	Противопоказания	Побочные эффекты	Особые указания
Ненаркотические анальгетики - антипиретики				
Парацетамол (Paracetamol) <i>Синонимы:</i> Ацетаминофен, Пара-ацетаминофенол, Парацет, Парамол	Внутрь по 0,5-1 г каждые 6-8 часов; максимальная суточная доза 4 г.	Гиперчувствительность, нарушение функций печени, алкоголизм	При передозировке поражение печени. Сыпь, агранулоцитоз, тромбоцитопения, анемия, тахикардия.	Риск передозировки возрастает у больных с алкогольными заболеваниями печени.
Ненаркотические анальгетики – НПВС				
Ибупрофен (Ibuprofen) <i>Синонимы:</i> Бонифен, Бруфен, Маркофен, Нурофен, Профен, Реумафен, Солпафлекс	Внутрь, после еды, по 200–400 мг 3–4 раза в сутки; максимальная суточная доза 2,4 г.	Гиперчувствительность, эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в фазе обострения, лейкопения, тромбоцитопения, геморрагические диатезы, тяжелые нарушения функции печени и почек	Диспепсические расстройства, эрозивно-язвенные поражения ЖКТ с признаками желудочно-кишечного кровотечения, аллергические реакции.	Следует с осторожностью применять у лиц в пожилом возрасте, у больных с сердечными нарушениями, АГ, ИБС.
Гормоны и их аналоги. Глюкокортикостероидные средства				
Беклометазон (Beclometasonum) <i>Синонимы:</i> Альдецин, Беклазон, Беклоджет, Беклофорт, Бекодиск, Беконаза, Бекотид, Риносол	Ингаляционно, 200-400 мкг 2 раза в сутки; при необходимости до 800 мкг в сутки.	Тяжелые и затяжные приступы БА, астматический статус; аллергия к компонентам аэрозоля; грибковые инфекции дыхательной системы; ОРЗ; афония	Охриплость голоса, ощущение раздражения в горле, кашель, чихание. Высокие дозы могут вызвать надпочечниковую недостаточность.	Может возникнуть парадоксальный бронхоспазм (для предотвращения - следует предварительно принять бетта2 агонист короткого действия - сальбутамол).
Преднизолон (Prednisolonum) <i>Синонимы:</i>	Внутрь по 40-50 мг в день, не разжевывая и запивая небольшим количеством жидкости. Доза подбирается индивидуально,	Язвенная болезнь, декомпенсированный сахарный диабет, тяжелая АГ, активная форма	При длительном применении может быть угнетение функции надпочечников.	Следует с осторожностью применять у лиц в пожилом возрасте, с сахарным диабетом,

Декордин, Преднизол, Преднигексал, Шеризолон	большую часть дозы (2/3 дозы) или всю дозу необходимо принимать в утренние часы	туберкулёза, оспепороз, глаукома, системные микозы, острая вирусная инфекция		остеопорозом.
Селективные В2-адреномиметики				
Сальбутамол (Salbutamol) <i>Синонимы:</i> Альбутерол, Асталин, Вентолин, Саламол, Сальгим, Сальтос.	Ингаляционно по 100-200 мкг до 4-х раза в сутки. Внутри по 4 мг 3-4 раза в сутки, при необходимости максимальная доза может быть повышена до 8 мг 4 раза в сутки.	ИБС, декомпенсированный сахарный диабет, гипертиреоз, глаукома, феохромоцитома, беременность (I триместр), нарушение функции почек и печени.	Тремор кистей, нервозность, тахикардия, аритмия, учащение приступов стенокардии.	С осторожностью при гипертиреозе, АГ, сердечно-сосудистых заболеваниях, гипокалиемии.
Сальметерол (Salmeterol) <i>Синонимы:</i> Сальметер, Серевент	По 50 мкг 2 раза в сутки. В тяжелых случаях разовая доза может быть увеличена до 100 мкг.	Гиперчувствительность к компонентам препарата; детский возраст до 5 лет; беременность и лактация.	Тремор скелетных мышц и судороги, бессонница, тахикардия, гипокалиемия, гипергликемия, головная боль	С осторожностью при ГБ, ИБС, аритмии, тиреотоксикозе.
Формотерол (Formoterol) <i>Синонимы:</i> Атимос, Форадил, Оксис	По 12 мкг каждые 12 часов. Для профилактики – по 12 мкг за 15 минут до предполагаемой нагрузки. Максимальная суточная доза 24 мкг.	Гиперчувствительность; детский возраст до 5 лет.	Тремор скелетных мышц и судороги, бессонница, тахикардия, гипокалиемия, гипергликемия	С осторожностью при кардиоваскулярных расстройствах, ИБС, сахарном диабете, тиреотоксикозе, глаукоме.
М-холиноблокаторы				
Ипратропиум бромид (Ipratropium bromide) <i>Синонимы:</i> Атровент	Ингаляционно по 20-40 мкг 3-4 раза в день.	Гиперчувствительность к препарату. В 1-ом триместре беременности препарат применяют только по строгим показаниям.	Сухость во рту, повышение вязкости мокроты. При попадании в глаза — нарушение аккомодации	С осторожностью больным с закрытоугольной глаукомой, обструкцией мочевыводящих путей вследствие гипертрофии предстательной железы.
Бронхолитические препараты –ингибиторы фосфодиастераз				
Теофиллин (Theophyllinum)	Внутри по 0,1 – 0,4 г после еды 2-4 раза в день.	Эпилепсия, язвенная болезнь желудка и	Изжога, тошнота, рвота, тахикардия, головная	Следует с осторожностью применять у лиц в

Синонимы: Тео, Aquallin, Asmafil, Teolix, Theocin, Theofin		двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, тяжелая артериальная гипер- или гипотензия, геморрагический инсульт, кровоизлияние в сетчатку глаза.	боль.	пожилом возрасте, у больных с сердечными нарушениями, печеночной недостаточности.
Антагонисты лейкотриеновых рецепторов				
Монтелукаст (Montelukast) Синонимы: Сингуляр	Внутрь по 10 мг 1 раз в сутки вечером.	Гиперчувствительность	Головная боль, абдоминальная боль, жажда.	С осторожностью при беременности, кормлении грудью.
Антибактериальные средства				
Амоксициллин (Amoxicillin) Синонимы: Амосин, Оспамокс, Солютаб, Хиконцил	Внутрь по 0,5 г-1 г каждые 8 часов. В/в и в/м по 500 мг каждые 8 часов, при необходимости по 1 г каждые 6 часов.	Гиперчувствительность к пенициллинам	Аллергические реакции, диспептические расстройства, дисбактериоз, кандидоз полости рта или влагалища.	С осторожностью при беременности, почечной недостаточности.
Амоксициллин+клавулановая кислота Синонимы: Амоксиклав, Гексал, Аугментин	Внутрь таблетки по 250/125 мг каждые 8 часов, при необходимости повысить дозу – таблетки по 500/125 мг каждые 8 часов.	Гиперчувствительность (в т.ч. к цефалоспорином и др. бета-лактамам антибиотикам); инфекционный мононуклеоз; фенилкетонурия	Диспептические расстройства, тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз, гемолитическая анемия, головокружение	С осторожностью при беременности, кормлении грудью, при тяжелой печеночной и почечной недостаточности.
Доксициклин (Doxycycline) Синонимы: Вибрамицин, Довицин, Доксида, Медомидин,	Внутрь по 200 мг в первые сутки (можно в два приема), в дальнейшем по 100 мг в сутки.	Гиперчувствительность, порфирия, тяжелая печеночная недостаточность, лейкопения, беременность (вторая половина)	Диспептические явления, диарея, кандидозы, фотосенсибилизация	С осторожностью при печеночной недостаточности.

Тетрадокс, Этидоксин, Юнидокс				
Эритромицин (<i>Erythromycinum</i>) Синонимы: Синэрит, Эомидин, Эрмицед	Внутрь по 250-500 мг каждые 6 часов, или 0,5-1 г каждые 12 часов.	Гиперчувствительность, значительное снижение слуха, беременность	Редко – тошнота, рвота, понос. При длительном применении возможны нарушения функции печени (желтуха)	С осторожностью при аритмиях и удлинении интервала Q-T, желтухе (в анамнезе), печеночной и почечной недостаточности, периоде лактации.
Азитромицин (<i>Azithromycin</i>) Синонимы: Азивок, Азитрал, Зимакс, Зитролит, Сумазид, Сумамед	Внутрь по 500 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней; или 500 мг 1 раз в первый день и по 250 мг со 2-го по 5 день.	Гиперчувствительность к азитромицину и другим антибиотикам группы макролидов.	Аллергические реакции, нарушение функций ЖКТ, кандидамикоз, фотосенсибилизация.	С осторожностью при удлинении интервала Q-T.
Феноксиметилпенициллин (<i>Phenoxymethylpenicillin</i>) Синонимы: Вегациллин, Пенициллин-фау, Арорен, Ascillin, Оспен	Внутрь по 500 мг каждые 6 часов. При тяжелых инфекциях дозу можно увеличить до 1 г каждые 6 часов	Гиперчувствительность (в т.ч. к пенициллинам, цефалоспорином, карбапенемам), афтозный стоматит и фарингит, эпилепсия.	Аллергические реакции, диспептические явления, стоматит, фарингит	С осторожностью при беременности, кормлении грудью.
Симпатомиметики (препараты действующие на нос)				
Ксилометазолин (<i>Xylometazoline</i>) Синонимы: Галазолин, Отривин, Длэнос, Тизин-кило	По 2-3 капли в каждую ноздрю 3 раза в сутки.	Гиперчувствительность к компонентам препарата.	Местное раздражение, тошнота, головная боль	С осторожностью при артериальной гипертензии, беременности, сахарном диабете.
Секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей				
Амброксол (<i>Ambroxol</i>) Синонимы: Амбробене, Лазолван,	Внутрь по 30 мг 3 раза в сутки в первые 2–3 дня, затем — по 30 мг 2 раза в сутки в течение 4–5 дней.	Гиперчувствительность, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, беременность, кормление	Тошнота, рвота, боль в эпигастрии, аллергические реакции	

Медовент, Муковент		грудью		
Ацетилцистеин <i>(Acetylcysteine)</i> Синонимы: Ацестин, АЦЦ, Мукобене, Муконект	Внутрь по 200 мг 2-3 раза в сутки.	Гиперчувствительность, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения.	Тошнота, рвота, изжога, ощущение переполнения желудка, стоматит	У больных с бронхообструктивным синдромом ацетилцистеин необходимо сочетать с бронхолитиками.

6.7 Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций.

Все основные рекомендации в данном руководстве имеют свою градацию, которая обозначается латинскими буквами от А до D (Таблица 9). При этом каждой градации соответствует определённый уровень доказательности данных. Это значит, что рекомендации основывались на данных исследований, которые имеют различную степень достоверности.

Чем выше градация рекомендации, тем выше достоверность исследований, на которых она основана. Ниже приведена шкала, которая описывает различные уровни градации рекомендаций, включённых в данное руководство

Таблица 9: Градация рекомендаций.

Категория достоверности рекомендаций	Уровень доказательности	Описание
А	(Ia)	Доказательство получено в результате больших, тактически правильно рандомизированных клинических исследований (РКИ), приведенных в систематических обзорах Кокрановского Центра, или при проведении систематических обзоров и мета-анализов
	(Ib)	Доказательство получено в результате небольшого, тактически правильно рандомизированного много-центрального клинического исследования
В	IIa	Доказательство получено в результате по крайней мере одного контролируемого исследования без рандомизации
	IIb	Доказательство получено в результате отдельного клинического когортного исследования (включая низкокачественные РКИ)
С	III	Доказательство получено в результате описательных исследований, таких, как сравнительные исследования, корреляционные исследования, исследования по типу «случай-контроль»
Д	IV	Доказательство получено на основе отчетов экспертных комитетов, а также: • Описания серии случаев или • Неконтролируемого исследования • Мнения и/или клинического опыта авторитетных экспертов

6.8 Вопросник о состоянии пациента (PHQ-9)

ВОПРОСНИК О СОСТОЯНИИ ПАЦИЕНТА (PHQ-9)

ИМЯ: _____ ДАТА: _____

Как часто вас беспокоили следующие проблемы за последние две недели?
(поставьте ответ знаком «✓»)

	Не беспокоит	Несколько дней	Большую половину этого времени	Почти каждый день
1. Отсутствие интереса или удовлетворенности своими действиями	0	1	2	3
2. Чувство угнетенности, депрессии или безнадежности	0	1	2	3
3. Вы засыпаете с трудом, преждевременно просыпаетесь или спите слишком долго				
4. Ощущение усталости или упадка сил	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Недовольство собой — вы ощущаете себя неудачником или чувствуете, что опозорили себя и подвели семью	0	1	2	3
7. Сложно сосредоточиться на различных действиях, например, читать газету или смотреть телевизор	0	1	2	3
8. Вы двигаетесь или говорите так медленно, что окружающие могут обратить на это внимание. Или, наоборот, проявляете беспокойство или тревогу, которые приводят к активности выше обычной	0	1	2	3
9. Мысли о том, что лучше умереть, или о том, как причинить себе боль	0	1	2	3

Сумма значений колонок: _____ + _____ + _____

(Примечание для медперсонала: для интерпретации ИТОГОВОГО значения используйте прилагаемую оценочную карту).

ИТОГО: _____

10. Если вы отметили хотя бы одну из проблем, какие трудности эта проблема создает для вас на работе, дома или во взаимоотношениях с людьми?

Никаких трудностей _____

Отдельные трудности _____

Большие трудности _____

Огромные трудности _____

PHQ-9-Russian

6.9 Примерный план действий при бронхиальной астме

Примерный план действий при бронхиальной астме

Ваша регулярная терапия:

1. Каждый день принимайте _____
2. Перед физической нагрузкой примите _____

КОГДА СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИТЬ ОБЪЕМ ТЕРАПИИ

Оцените ваш уровень контроля над астмой

За последнюю неделю вы отмечали:

- | | | |
|--|-----|----|
| симптомы астмы в дневное время более 2 раз? | Нет | Да |
| ограничения активности или физических нагрузок из-за астмы? | Нет | Да |
| ночные пробуждения из-за астмы? | Нет | Да |
| потребность в вашем [препарат неотложной помощи] более 2 раз? | Нет | Да |
| показатели пикфлоуметрии (если вы следите за ними) менее ____? | Нет | Да |

Если вы ответили ДА на три вопроса или более, у вас отсутствует контроль над астмой, и может потребоваться увеличение объема терапии.

КАК УВЕЛИЧИВАТЬ ОБЪЕМ ТЕРАПИИ

УВЕЛИЧИВАЙТЕ объем терапии в соответствии с указанными рекомендациями и ежедневно оценивайте улучшение:

_____ [впишите препараты и дозы
для увеличения объема терапии]
Продолжайте это лечение в течение _____ дней [укажите число дней]

КОГДА СЛЕДУЕТ ПОЗВОНИТЬ ВРАЧУ/В КЛИНИКУ

Позвоните вашему лечащему врачу/в клинику:

_____ [впишите номера телефонов]
Если ваше состояние не улучшится через _____ дней
_____ [укажите число дней]
_____ [строки для дополнительных инструкций,
заполняются по выбору]

ВНЕЗАПНАЯ/ТЯЖЕЛАЯ ПОТЕРЯ КОНТРОЛЯ

Если:

- ✓ вы отмечаете тяжелую одышку, так что можете разговаривать только короткими предложениями;
- ✓ у вас развился тяжелый приступ астмы, и вы чувствуете страх;
- ✓ вы нуждаетесь в вашем **препарате неотложной помощи** чаще чем через каждые 4 ч, и улучшение отсутствует;

то:

- 1) сделайте 2–4 ингаляции _____ [препарат неотложной помощи];
- 2) примите _____ мг _____ [глюкокортикостероид в таблетках];
- 3) обратитесь за медицинской помощью: в _____;
по адресу _____; телефон: _____;
- 4) продолжайте принимать ваш _____ [**препарат неотложной помощи**], пока не получите медицинскую помощь.

7. Литература

- Blumröder, M. v. (2005). Practical Guide to Common Medical Problems. Peshawar: IAM.*
- British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). British Guideline on the Management of Asthma. Получено из <http://www.sign.ac.uk/pdf/qrg101.pdf>.*
- English, R., Bateman, E., Zwarenstein, M., Bheekie, A., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., и др. (2008). Development of a South African integrated syndromic respiratory disease guideline for primary care. Primary Care Respiratory Journal, 17(3), 156-163.*
- Global Initiative for Asthma (GINA). (2011). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Получено из <http://www.ginasthma.org>.*
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2011). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Получено из <http://www.goldcopd.org>.*
- Markham A.W., W. J. (2004). Complementary and alternative medicines (CAM) in the management of asthma; an examination of the evidence. Journal of asthma, 131-139.*
- National Guideline Centre. (2010). Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Получено из <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/English>.*
- Simon, C., Everitt, H., & van Dorp, F. (2009). Oxford Handbook of General Practice. Oxford: Oxford University Press.*
- Wellington, S. R., & Barnes, N. C. (2003). Inspiratory muscle training for asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews.*
- Н.Н., Бримкулов. (2005). Руководство по ведению больных с болезнями органов дыхания на основе стратегии PAL ВОЗ: Кыргызско-Финская программа по легочному здоровью, 160с. Бишкек.*
- Чучалин, А. Г., Синопальников, А. И., Страчунский, Л. С., Козлов, Р. С., Рачина, С. А., & Яковлев, С. В. (2005). Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике.*