

Доктор на приеме

Заболевания органов дыхания

Практическое руководство

Под редакцией
члена-корреспондента РАН Ж.Д. Кобалава



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

протоколы + кейсы + сторис

СОДЕРЖАНИЕ

Участники издания	4
--------------------------------	----------

Список сокращений и условных обозначений	6
---	----------

РАЗДЕЛ 1. Заболевания органов дыхания:

шаблоны протоколов и клинические наблюдения	7
--	----------

1.1. Бронхиальная астма	9
-------------------------------	---

1.2. Острый бронхит.....	36
--------------------------	----

1.3. Грипп	48
------------------	----

1.4. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19).....	62
--	----

1.5. Острая респираторная вирусная инфекция верхних и нижних дыхательных путей.....	83
--	----

1.6. Острый ларингит	100
----------------------------	-----

1.7. Острый синусит	120
---------------------------	-----

1.8. Плеврит	136
--------------------	-----

1.9. Пневмония.....	151
---------------------	-----

1.10. Острый тонзиллофарингит.....	164
------------------------------------	-----

1.11. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	181
---	-----

1.12. Хроническая дыхательная недостаточность	208
---	-----

РАЗДЕЛ 2. Правоотношения врача и пациента.....	227
---	------------

РАЗДЕЛ 3. Психосоматические аспекты лечения

и реабилитации при заболеваниях органов дыхания	241
--	------------

1.1. Бронхиальная астма



ПРОТОКОЛ ДЛЯ МИС «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. МКБ-10: J45»

Пациент: Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, адрес, единый номер полиса (ЕНП), паспорт гражданина РФ.

Вид случая:

1. Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.
2. Посещение с профилактической целью.
3. Обращение по поводу заболевания:
 - первичный прием врача-терапевта;
 - повторный прием врача-терапевта.

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА

Врач вносит результаты осмотра в медицинскую информационную систему (МИС) двумя способами: 1) выбор из выпадающего списка; 2) внесение данных вручную, если оно предусмотрено в некоторых полях.

Жалобы	Триггеры (провоцирующие факторы)	Семейный анамнез
• Одышка: → в покое; → внезапно возникшая одышка (удушье); → при физической нагрузке; → при кашле;	• Контакт с аллергеном. • Физическая нагрузка. • Резкие запахи.	• Наличие бронхиальной астмы у генетических родственников: → да; → нет.

Жалобы	Триггеры (провоцирующие факторы)	Семейный анамнез
→ при изменении положения тела; → другое. • Снижение переносимости физических нагрузок: → да; → нет. • Кашель: → сухой; → с мокротой; → надсадный; → лающий; → днем; → ночью; → утром; → постоянный; → периодичный; → приступообразный; → купируется_____. • Приступы затрудненного дыхания: → время возникновения; → условия возникновения; → частота дневных приступов; → частота ночных приступов; → купируется (чем) _____. • Мокрота. → серозная; → слизистая; → слизисто-гнойная; → гнойная; → гнилостная;	• Холодный воздух. • Табачный дым. • Простудные заболевания. • Прием ацетилсалициловой кислоты, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) или бета-блокаторов. • Курение. • Загрязнение воздуха внутри и вне помещений. • Профессиональные вредности. • Другое	• Наличие иных аллергических заболеваний у генетических родственников: → да; → нет. • Наличие хронической бронхо-легочной патологии у генетических родственников: → да; → нет

Продолжение таблицы

Жалобы	Триггеры (провоцирующие факторы)	Семейный анамнез
→ с примесью крови; → без примеси крови; → количество_____. • Боль в груди: → постоянная; → при движении; → при кашле; → при глубоком дыхании; → усиливается/уменьшается в определенном положении; → нет. • Заложенность в груди: → да; → нет. • Нарушения сна, физической активности из-за симптомов заболевания: → да; → нет. • Другое_____		
Аллергологический анамнез		
→ непереносимость лекарственных препаратов, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (указать)_____; → реакции на бытовые, эпидермальные, пыльцевые аллергены (указать)_____		
Лечение		
→ постоянной терапии не получает; → потребность в КДБА: _____ доз в месяц; → получает ИГК (указать действующее вещество и дозу) _____; → получает ДДБА. → получает ДДАХ		

Аллергологический анамнез		
В контакте с источником инфекции в течение 14 дней до появления клинических признаков болезни: → был(а); → не был(а); → не уверен(а)		
Общее состояние	Положение больного	Сознание
• Удовлетворительное. • Средней тяжести. • Тяжелое. • Крайне тяжелое	• Активное. • Пассивное. • Вынужденное	• Ясное. • Ступор. • Сопор. • Кома
Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, частота дыхательных движений (ЧДД)	Кожные покровы и видимые слизистые
• Нормостеническое. • Астеническое. • Гиперстеническое	• Рост ____. • Вес ____. • Индекс массы тел (ИМТ) ____. • Температура (Т) ____. • SpO₂ ____. • Частота сердечных сокращений (ЧСС) ____. • Пульс ____. • Артериальное давление (АД) ____. • ЧДД ____	• Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. • Бледные. • Иктеричные. • Центральный цианоз. • Периферический цианоз. • Гиперемированные. • Сухие. • Влажные. • Кожные покровы холодные на ощупь. • Кожные покровы теплые на ощупь. • Инъекции сосудов глаз. • Высыпания (локализация, характер) _____. • Ногти: → симптом «часовых стекол»;

Раздел 1. Заболевания органов дыхания...

Продолжение таблицы

Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, частота дыхательных движений (ЧДД)	Кожные покровы и видимые слизистые	
		→ койлонихии; → симптом «наперстка»; → точечные геморрагии	
Подкожно-жировая клетчатка	Костно-мышечная система	Периферические лимфоузлы	
• Развитие: → умеренное; → слабое; → чрезмерное. • Места наибольшего отложения жира _____. • Отеки, локализация: _____ → местные; → анасарка; → пастозность; → умеренные; → резко выраженные. Консистенция отеков _____	Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность суставов в полном объеме. • Деформация скелета: _____ → кифоз; → лордоз; → сколиоз. • Деформация суставов _____. • Атрофия/ гипотрофия мышц _____. • Отсутствие конечностей _____. • Симптом «барабанных палочек»	• Не увеличены. • Увеличены. • Безболезненные. • Болезненные. • Подвижные. • Неподвижные. • Не спаяны с кожей. • Спаяны с кожей. • Кожа над лимфоузлами (ЛУ) гиперемирована. • Локализация пальпируемых ЛУ: → затылочные; → задние шейные; → околоушные; → передние шейные; → подчелюстные; → подъязычные; → надключичные; → подключичные; → подмышечные; → локтевые; → паховые; → подколенные	
Зев	Миндалины	Носовая полость	
• Гиперемирован. • Не гиперемирован.	• Увеличены. • Не увеличены.	• Дыхание: → затруднено;	

Продолжение таблицы

Зев	Миндалины	Носовая полость
• Отечность. • Отсутствие отечности. • Задняя стенка глотки _____	• Гиперемированы. • Не гиперемированы. • Отечные. • Неотечные. • Налеты: → да; → нет; → характер _____; → «гнойно-казеозные пробки»	→ свободное. • Отделяемое из носа: → серозное; → слизистое; → слизисто-гнойное; → гнойное; → с прожилками крови; → не наблюдается. • Кровотечение: → да; → нет
Дыхательная система		
Дыхание	Одышка	Грудная клетка
• Нормальное. • Учащенное поверхностное. • Учащенное глубокое. • Редкое. • Парадоксальное. • Затруднен вдох. • Затруднен выдох. • Ритмичное. • Неритмичное. • Стридорозное дыхание. • Патологическое дыхание (Чейна–Стокса, Биота, Куссмауля). • Симметричность дыхательных движений: → да; → нет. • Участие вспомогательной мускулатуры:	• Инспираторная. • Экспираторная. • Смешанная. • Отсутствует	• Форма грудной клетки: → правильной формы; → бочкообразная; → рахитическая; → воронкообразная; → паралитическая; → килевидная; → деформированная за счет кифоза/сколиоза; → отставание одной половины грудной клетки при дыхании. • Западение межреберных промежутков: → да; → нет

Продолжение таблицы

Дыхательная система		
Дыхание	Одышка	Грудная клетка
→ да; → нет. • Парадоксальное дыхание: → да; → нет		
Пальпаторно	Перкуторно	Аускультативно
• Болезненные участки _____. • Эластичность грудной клетки _____. • Голосовое дрожание на симметричных участках: → одинаковое; → усилено с обеих сторон; → ослаблено с обеих сторон; → усилено справа; → ослаблено справа; → усилено слева; → ослаблено слева	• Ясный легочный. • Притупленный. • Тупой. • Коробочный. • Тимпанический. • Локализация патологического перкуторного звука _____	• Дыхание бронхиальное. • Дыхание везикулярное. • Дыхание жесткое. • Дыхание амфорическое. • Дыхание ослабленное. • Дыхание проводится по всем легочным полям. • Дыхание не проводится _____. • Указать локализацию патологического дыхания _____. • Хрипы: → единичные; → локальные; → рассеянные над всей поверхностью легких; → влажные: ◊ мелкопузырчатые; ◊ среднепузырчатые;

Продолжение таблицы

Пальпаторно	Перкуторно	Аускультативно
		◊ крупнопузырчатые; ◊ звучные; ◊ незвучные; → крепитирующие; → сухие: ◊ высокие; ◊ низкие; ◊ свистящие; ◊ басовые; • Локализация _____. • Шум трения плевры: → не выслушивается; → выслушивается с обеих сторон; → выслушивается справа; → выслушивается слева
Сердечно-сосудистая система		
Осмотр предсердной области	Перкуторно	Аускультативно
• Без особенностей. • Сердечный горб: → да; → нет. • Верхушечный толчок: → нормальный; → разлитой; → усиленный; → концентрический. • Смещен (указать локализацию) _____. • Сердечный толчок: → наблюдается;	• Границы относительной и абсолютной тупости: → в пределах нормы; → расширены в обе стороны; → расширены вправо; → расширены влево	• Тоны сердца: → ясные; → глухие; → ритмичные; → неритмичные. • Изменение 1-го тона: → усиление; → ослабление; → хлопающий; → расщеплен; → раздвоен, локализация _____. • Изменение 2-го тона: → ослабление;

Продолжение таблицы

Сердечно-сосудистая система		
Осмотр предсердной области	Перкуторно	Аускультативно
→ не наблюдается. • Сонные артерии (пульсация): → наблюдается; → не наблюдается. • Яремные вены: → пульсация; → набухание; → патологии не выявлено		→ усиление; → с металлическим оттенком; → расщепление; → раздвоение, локализация_____. • Наличие добавочных тонов: → ритм перепела; → ритм галопа. • Шумы сердца: → систолический_____; → диастолический_____; → локализация_____. • Экстракардиальные шумы: → шум трения перикарда; → не наблюдаются
Органы пищеварения		
Осмотр	Пальпация	Стул
• Язык: → чистый; → влажный; → сухой; → обложен налетом (указать характер)_____; → «лакированный» язык; → трещины, язвы. • Живот: → правильной формы;	• Пальпаторно без патологии. • Живот: → болезненный (локализация)_____; → безболезненный; → напряжение передней брюшной стенки; → симптом Щеткина-Блюмберга. • Кишечник: → урчит при пальпации;	• Без особенностей. • Оформленный. • Неоформленный. • Жидкий. • Слизистый. • Пенистый. • Дегтеобразный. • Без патологических примесей. • С примесью крови. • Регулярный.

Органы пищеварения		
Осмотр	Пальпация	Стул
→ вздут; → участвует в акте дыхания; → ограниченно участвует в акте дыхания	→ спазмирован; → болезненный (локализация) _____. • Печень: → увеличена, размеры по Курлову _____; → не увеличена. • Край печени: → болезненный; → безболезненный; → мягкий; → плотный. • Селезенка: → увеличена; → не увеличена. • Асцит	• Склонность к запорам
Мочевая система		
Осмотр	Пальпаторно	Перкуторно
• Наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области: → да; → нет. • Наличие ограниченного выбухания в надлобковой области: → да; → нет. • Патологии не выявлено. • Дизурия. • Цвет мочи (указать) _____	• Область почек: → болезненная; → безболезненная. • Область мочевого пузыря: → болезненная; → безболезненная. • Наличие болезненности при пальпации в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников: → да; → нет	• Симптом Пастернацкого: → отрицательный с обеих сторон; → положительный справа; → положительный слева

Диурез
• Странгурия. • Повышен. • Поллакиурия. • Никтурия. • Олигурия. • Полиурия. • Анурия
Эндокринная система
Щитовидная железа • Увеличена. • Не увеличена
Нервная система
• Ориентация в пространстве, времени и собственной личности: → да; → нет. • Имеются нарушения и расстройства: → памяти; → внимания; → речи; → обоняния; → вкусовых ощущений

Классификация впервые выявленной бронхиальной астмы по степени тяжести

Степень 1: интермиттирующая бронхиальная астма (БА).

- Симптомы реже 1 раза в неделю.
- Короткие обострения.
- Ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц.
- Объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) или пиковая скорость выдоха (ПСВ) $\geq 80\%$ должного.
- Разброс ПСВ или ОФВ1 $< 20\%$.

Степень 2: легкая персистирующая БА.

- Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день.
- Обострения могут снижать физическую активность и нарушать сон.
- Ночные симптомы чаще 2 раз в месяц.
- ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ должного.
- Разброс ПСВ или ОФВ1 20–30%.

Степень 3: персистирующая БА средней тяжести.

- Ежедневные симптомы.
- Обострения могут приводить к ограничению физической активности и нарушению сна.
- Ночные симптомы чаще 1 раза в неделю.
- Ежедневное использование ингаляционных β_2 -агонистов короткого действия.
- ОФВ1 или ПСВ 60–80% должного.
- Разброс ПСВ или ОФВ1 $>30\%$.

Степень 4: тяжелая персистирующая БА.

- Ежедневные симптомы.
- Частые обострения.
- Частые ночные симптомы.
- Ограничение физической активности.
- ОФВ1 или ПСВ $\leq 60\%$ должного.
- Разброс ПСВ или ОФВ1 $>30\%$.

Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести у пациентов, уже получающих лечение

Степень тяжести	Объем базисной терапии
Легкая БА	Это астма, которая хорошо контролируется терапией 1-й и 2-й ступеней, то есть только изолированным применением короткодействующих β_2 -агонистов (КДБА) по потребности, или совместно с низкими дозами ингаляционных глюкокортикоидов (ИГК), или антилейкотриеновыми препаратами, или кромоны (педиатрическая практика и особые показания)

Степень тяжести	Объем базисной терапии
Среднетяжелая БА	Это астма, которая хорошо контролируется терапией 3-й ступени, т.е. низкими дозами ИГК/длительно действующих β_2 -агонистов (ДДБА)
Тяжелая БА	Это астма, требующая терапии 4-й и 5-й ступеней, то есть высокими дозами ИГК/ДДБА (4-я ступень), и/или таргетной терапии (анти-IgE-терапия), и/или низкими дозами системных глюкокортикоидов (ГК), для того чтобы сохранить контроль (5-я ступень), или астма, которая остается неконтролируемой несмотря на эту терапию

Определение уровня контроля симптомов бронхиальной астмы

Контроль симптомов астмы		Уровень контроля		
За последние 4 нед у пациента отмечались		Хорошо контролируемая	Частично контролируемая	Неконтролируемая
Дневные симптомы чаще, чем 2 раза в неделю	ДА ☐ НЕТ ☐	Ничего из перечисленного	1–2 из перечисленного	3–4 из перечисленного
Ночные пробуждения из-за БА	ДА ☐ НЕТ ☐			
Потребность в препарате для купирования симптомов чаще, чем 2 раза в неделю	ДА ☐ НЕТ ☐			

Контроль симптомов астмы		Уровень контроля		
За последние 4 нед у пациента отмечались		Хорошо контролируемая	Частично контролируемая	Неконтролируемая
Любое ограничение активности из-за БА	ДА ☐ НЕТ ☐			
Факторы риска неблагоприятных исходов				
• Нужно оценивать факторы риска с момента постановки диагноза и периодически, особенно у пациентов с обострениями. • Функция легких не учитывается при оценке контроля симптомов (но снижение ОФВ1 учитывается как фактор риска обострений). • Необходимо измерять функцию легких в начале терапии, затем спустя 3–6 мес лечения препаратами для длительного контроля с целью определить лучший персональный ОФВ1 пациента, затем периодически для оценки риска				
Потенциально модифицируемые независимые факторы риска обострений БА: • Неконтролируемые симптомы. • Чрезмерное использование КДБА (>1 ингалятора, 200 доз/мес). • Неадекватная терапия ИГК: не назначались ИГК, плохая приверженность, неправильная техника ингаляции. • Низкий ОФВ1, особенно если <60% должного. • Существенные психологические или социально-экономические проблемы. • Контакт с триггерами: курение, аллергены. • Коморбидные состояния: ожирение, риносинуситы, подтвержденная пищевая аллергия. • Эозинофилия мокроты или крови. • Беременность.			Наличие одного или более из этих факторов повышает риск обострений**, даже если симптомы хорошо контролируются	

Факторы риска неблагоприятных исходов	
Другие важные независимые факторы риска обострений: • Интубация или лечение в отделении интенсивной терапии по поводу БА. • ≥ 1 тяжелого обострения за последние 12 мес	
Факторы риска развития фиксированной обструкции дыхательных путей. • Отсутствие или недостаточная терапия ИГК. • Экспозиция: → с табачным дымом; → вредными химическими агентами; → вредными профессиональными агентами. • Низкий исходный ОФВ₁, хроническая гиперсекреция слизи, эозинофилия мокроты или крови	
Факторы риска развития нежелательных побочных эффектов лекарств; • системные: → частое применение системных глюкокортикоидов (ГК); → длительное применение высоких доз ИГК; → применение Р450-ингибиторов; • локальные: → высокие дозы ИГК; → неправильная техника ингаляции	

* При любом обострении необходимо рассмотрение поддерживающей терапии с целью оценить ее адекватность.

** По определению, неделя с обострением — это неделя неконтролируемой БА.

Определение степени тяжести обострений БА

- *Легкое обострение БА или обострение БА средней степени тяжести* (усиление симптомов, ПСВ ~50–75% лучшего или расчетного результата, повышение частоты использования препаратов скорой помощи $\geq 50\%$ или дополнительное их применение в форме небулайзера, ночные

пробуждения, обусловленные возникновением симптомов БА и требующие применения препаратов скорой помощи).

- **Тяжелое обострение БА** (ПСВ $\sim 33\text{--}50\%$ лучших значений, ЧДД ≥ 25 в минуту, пульс ≥ 110 в минуту, невозможность произнести фразу на одном выдохе).
- **Жизнеугрожающая астма** (ПСВ $< 33\%$ лучших значений, $\text{SpO}_2 < 92\%$, $p_a\text{O}_2 < 60$ мм рт.ст., нормокапния ($P_a\text{CO}_2$ 35–45 мм рт.ст.), «немое» легкое, цианоз, слабые дыхательные усилия, брадикардия, гипотензия, утомление, оглушение, кома).

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
• Назначен: → общий анализ крови (ОАК) развернутый; → определение функции внешнего дыхания (ФВД), бронхолатационный тест; → пульсоксиметрия	• Назначены: → общий анализ мокроты; → пикфлоуметрия; → тест 6-минутной ходьбы; → электрокардиограмма (ЭКГ) для дифференциальной диагностики; → рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и правой боковой проекциях для исключения альтернативного диагноза; → консультации смежных специалистов (по показаниям): аллерголога (для проведения специфического аллергологического обследования), оториноларинголога (для исключения заболеваний носа и придаточных пазух носа), гастроэнтеролога (для исключения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни) и др.
Диагнозы по МКБ-10	
J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента. J45.1 Астма неаллергическая. J45.8 Астма смешанная. J45.9 Астма неуточненная	

СХЕМА СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВЗРОСЛЫХ

(Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы, 2019)

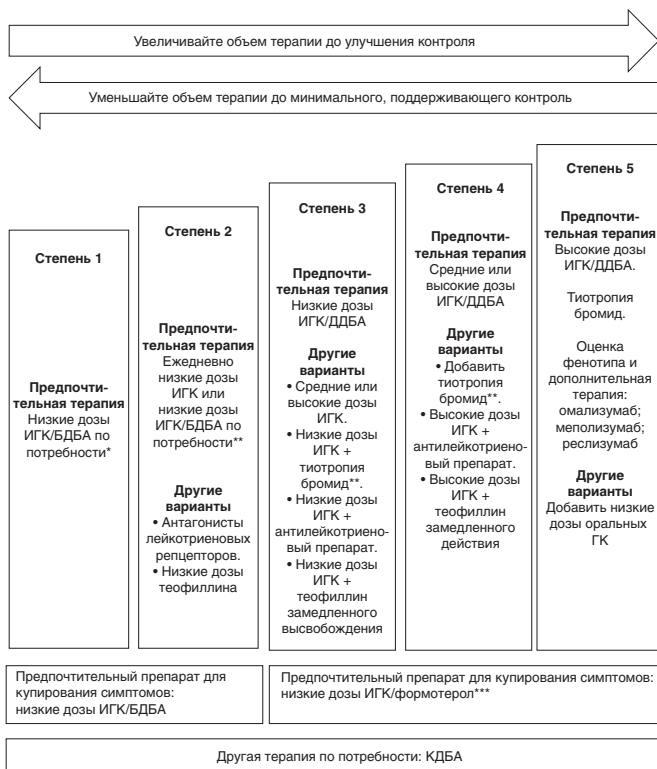


Рис. Схема ступенчатой терапии бронхиальной астмы у взрослых:

* Фиксированная комбинация будесонид-формотерол Турбухалер® 160/4,5 мкг/доза зарегистрирована в РФ в режиме «по потребности» для купирования приступов и симптомов у взрослых и подростков 12 лет и старше; фиксированная комбинация салбутамола и беклометазона зарегистрирована в РФ для купирования симптомов и поддерживающей терапии БА у пациентов с 18-летнего возраста.

** Тиотропий в ингаляторе, содержащем раствор, зарегистрирован в РФ для лечения пациентов с 6 лет с сохраняющимися симптомами на фоне приема ИГК или ИГК/ДДБА.

*** Если пациент получает терапию фиксированными комбинациями будесонид-формотерол или беклометазон-формотерол в низких дозах, возможно применение тех же препаратов для купирования симптомов, то есть в режиме единого ингалятора для пациентов с 18-летнего возраста.



Фармакотерапия

(Рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса
выписки рецептов)

Сравнительные эквивалентные суточные дозы (мкг) ИГК для базисной терапии БА у взрослых и подростков старше 12 лет

Препарат	Низкая доза	Средняя доза	Высокая доза
Беклометазон (Беклометазона дипропионат*), дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) неэкстремелкодисперсный	200–500	>500–1000	>1000–2000
Беклометазон (Беклометазона дипропионат*), ДАИ экстремелкодисперсный	100–200	>200–400	>400
Будесонид, ДАИ, дозированный порошковый ингалятор (ДПИ)	200–400	>400–800	>800
Флутиказон (Флутиказона пропионат*), ДАИ, ДПИ	100–250	>250–500	>500
Флутиказон (Флутиказона пропионат*), ДПИ	100	NA	200
Мометазон, ДПИ	110–220	>220–440	>440
Циклесонид, ДАИ	80–160	>160–320	>320

Примечание: эти лекарственные эквиваленты являются приблизительными и зависят от ряда факторов, в том числе ингаляционной техники.

* Флутиказона фураат зарегистрирован в РФ в виде фиксированной комбинации флутиказона фураат/вилантерол, ДПИ.

Фармакотерапия БА
КДБА
Rp. Aer. Salbutamoli 0,0001/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозы (не более 8 доз в сутки).

Продолжение таблицы

Фармакотерапия БА
Rp. Aer. Fenoteroli 0,0001/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозы (не более 8 доз в сутки)
КДАХ
Rp. Aer. Ipratropii bromidi 0,00002/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 2 дозы, максимально до 12 доз в сутки
Фиксированная комбинация КДАХ/КДБА
Rp. Aer. Ipratropii bromidi 0,00002 + Fenoteroli 0,00005/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 2 дозы, максимально 8 доз в сутки
ДДБА
• Rp. Pulv. Formoteroli 0,0000045/dosis — 60 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 2 дозы 1–2 раза в сутки. • Rp. Pulv. Formoteroli 0,000012. D.t.d. № 30 in caps. S. Ингаляционно по 1–2 капсулы 2 раза в день. • Rp. Aer. Salmeteroli 0,000025/dosis — 60 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1 дозе 1 раз в сутки
Длительно действующие антихолинэргики (ДДАХ)
Rp. Sol. Tiotropii bromidi 0,0000025/dosis — 60 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 2 дозы 1 раз в сутки
ИГК
• Rp. Aer. Beclometasoni 0,00025/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозе 1–2 раза в сутки. • Rp. Pulv. Budesonidi 0,0002/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозы 1–2 раза в сутки. • Rp. Pulv. Mometasoni 0,0002/dosis — 120 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозе 1–2 раза в сутки

Фармакотерапия БА	
• Rp. Aer. Fluticasoni 0,00025/dosis — 120 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозе 1–2 раза в сутки.	
• Rp. Aer. Ciclesonidi 0,00008/dosis — 120 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозе 1–2 раза в сутки	
ИГК/ДДБА	
• Rp. Aer. Beclometasoni 0,0001 + Formoteroli 0,000006/dosis — 120 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозы 2 раза в сутки.	
• Rp. Pulv. Budesonidi 0,00016 + Formoteroli 0,0000045/dosis — 120 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозы 2 раза в сутки.	
• Rp. Aer. Mometasone 0,0002 + Formoteroli 0,000005/dosis — 120 doses. S. Ингаляционно по 1–2 дозы 2 раза в сутки.	
• Rp. Pulv. Fluticasoni 0,00025 + Salmeteroli 0,000005/dosis — 60 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1 дозе 2 раза в сутки.	
• Rp. Fluticasoni 0,00025 + Salmeteroli 0,000005/dosis. D.t.d. № 30 in caps. S. Ингаляционно по 1 дозе 2 раза в сутки	
Теофиллин	
Rp. Theophyllini 0,3. D.t.d. № 40 in tab. S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки	
Антилейкотриеновые препараты	
Rp. Montelukasti 0,01. D.t.d. № 28. S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки вечером	
Системные ГК	
• Rp. Prednisoloni 0,005. D.t.d. № 100. S. Внутрь по 8–10 таблеток 1 раз в сутки коротким курсом при обострении.	
• Rp. Methylprednisolonum 0,004. D.t.d. № 100. S. Внутрь по 6–8 таблеток 1 раз в сутки утром после еды коротким курсом при обострении	

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) [автоматизация процесса выписки листа нетрудоспособности (ЛН), 095/y]	Критерии эффективности и безопасности лечения	Диспансерное наблюдение
• При легком обострении БА — 12–18 дней. • При обострении БА средней степени тяжести — 30–60 дней (требуется трудоустройство в зависимости от условий труда). • При тяжелом обострении астмы БА — 85–90 дней с проведением медико-социальной экспертизы	• Достижение полного или частичного контроля над БА (отсутствие или ≤ 2 эпизодов дневных симптомов в неделю; отсутствие или незначительное ограничение повседневной активности, включая физические нагрузки; отсутствие (или ≤ 2 в месяц) ночных симптомов или пробуждений из-за астмы; отсутствие (≤ 2 эпизодов в неделю) потребности в препаратах «скорой помощи». • Нормализация показателей ФВД. • Отсутствие побочных действий лекарственных средств	• Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) — 1–3 раза в год. • Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения — достижение полного или частичного контроля БА, ФВД (согласно клиническим рекомендациям). • Длительность диспансерного наблюдения — пожизненно. • Прием (осмотр, консультация) врача пульмонолога, врача-аллерголога (по медицинским показаниям)

Явка на прием _____.



КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Ситуация. Пациент С. 30 лет на приеме у врача терапевта участкового 20 июля.

Жалобы: на приступы затрудненного дыхания, сопровождающиеся сухим приступообразным кашлем, ощущением «свиста в груди»; насморк с обильным водянистым отделяемым, многократное чихание.

Анамнез заболевания. Приступы удушья беспокоят круглогодично в течение 3 лет, с сезонным ухудшением состояния в июне–июле, провоцируются физической нагрузкой, вдыханием табачного дыма, пыльцы, простудными заболеваниями. Обследован у аллерголога, поставлен диагноз бронхиальная астма. В течение 6 мес находится на базисной терапии, получает формотерол/будесонид (ДПИ) 4,5/80 мкг по 1 дозе 2 раза в день, на фоне лечения до начала лета себя чувствовал хорошо, приступы удушья были редкими, 1–2 раза в месяц. Обострение в течение последних 4 нед, частота приступов 2–3 раза в неделю в дневное время и 2 ночных в месяц, купируются сальбутамолом, потребность в препарате — до 10–12 доз в неделю, физическая активность не нарушена. Исследование ФВД проводилось год назад: форсированная жизненная емкость легких 92%, ОФВ1 75% должного значения. Через 20 мин после ингаляции 400 мкг сальбутамола (ДАИ) форсированная жизненная емкость легких 93%, ОФВ1 93%, бронходилатационный тест положительный. Специфическое аллергологическое обследование проводилось 1,5 года назад, выявлена сенсibilизация к аллергенам тимopheевки, мятлиka, клещам домашней пыли (*d. pteronyssinus*, *d. farinae*).

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Перенесенные и хронические заболевания: атопический дерматит (в раннем возрасте), аллергический ринит с 10 лет, поллиноз с 15 лет, острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Оперативные вмешательства отрицает. Наследственность: у матери БА. Вредные привычки: курит с 24 лет до 5 сигарет в день, алкоголь употребляет редко.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Рост — 172 см, масса тела — 74 кг, ИМТ — 25 кг/м². Температура тела 36,6 °С. Носовое дыхание затруднено. Говорит предложениями. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы на форсированном выдохе. ЧДД — 20 в минуту. ПСВ — 82%. SpO₂ — 97%. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС — 80 в минуту. АД — 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез не нарушены.

При проверке техники ингаляции получаемых ДАИ, ДПИ ошибок не выявлено.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови: лейкоциты $6,7 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты — $5,03 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты — $227 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 147 г/л, лейкоформула: п 1 с 61 э 7 б 0 л 22 м 9, скорость оседания эритроцитов (СОЭ)— 5 мм/ч.

Диагноз: J45.0 Бронхиальная астма, аллергическая, легкое течение, неконтролируемая, обострение легкой степени тяжести. J 30.1 Аллергический ринит, легкое персистирующее течение. Сенсibilизация к пыльцевым и бытовым аллергенам.

1. Обоснование диагноза. Диагноз БА выставлен на основании жалоб [приступы затрудненного дыхания, сопровождающиеся одышкой, сухим кашлем, «свистами в груди», провоцирующиеся физической нагрузкой, контактом с пылью (сезонность июнь–июль), резкими запахами, табачным дымом, с частотой: дневные приступы— 2–3 в неделю, ночные — 2 раза в месяц, купирующиеся ингаляцией сальбутамола; отсутствие контроля над симптомами БА на фоне проводимой базисной терапии], данных анамнеза (отягощенная наследственность, проявления атопического дерматита в раннем возрасте, результаты проведенных ранее обследований ОФВ1 менее 80%, положительный тест с бронхолитиком), данных объективного осмотра

(ЧДД — 24 в минуту, в легких сухие хрипы на форсированном выдохе, ПСВ более 80%), данными обследования (ОАК — эозинофилия).

2. Диагноз «аллергический ринит» выставлен на основании жалоб (насморк, чихание, заложенность носа), которые беспокоят более 4 дней в неделю, 4 нед, умеренно выражены, не нарушают сон. Триггер — контакт с аллергеном (пыльца, домашняя пыль).

3. Дифференциальная диагностика проводится с ХОБЛ [схожими симптомами являются приступы затрудненного дыхания с экспираторной одышкой, приступообразным кашлем, «свистящим» дыханием, однако ХОБЛ преимущественно дебютирует после 40 лет, факторами риска является действие ингалируемых повреждающих частиц или газов (табачный дым, профессиональные пылевые поллютанты и химикаты и т.п.), при исследовании ФВД выявляется частично обратимая или необратимая обструкция].

4. Организация медицинской помощи. Определение показаний для госпитализации:

- Пациент с обострением БА легкой степени тяжести может лечиться амбулаторно.
- В случае стабильного течения и улучшении состояния — повторный осмотр (актив) через 3 дня.
- При отсутствии эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе лечения легкого обострения БА, а также при появлении признаков средне-тяжелого или тяжелого обострения БА, а также жизнеугрожающей астмы — госпитализация в стационар.

5. План обследования:

- ОАК развернутый.
- Исследование ФВД, бронходилатационный тест.
- Пикфлоуметрия.
- Пульсоксиметрия.
- Рентген органов грудной клетки.

6. Терапия:

- Режим общий.

- Элиминационные мероприятия по уменьшению контакта с бытовыми и пыльцевыми аллергенами.
- Отказ от курения.
- Обучение правильному применению ингаляторов в начале лечения при смене ингаляторов, контроль их применения во время последующих визитов.
- Медикаментозное лечение.

Медикаментозное лечение БА:

- Базисная терапия (увеличить дозу ИГК):
 - Будесонид/формотерол ДПИ (160 мкг/4,5 мкг) по 1 дозе 2 раза в день ежедневно, коррекция дозы через 3 мес.
- Терапия «по потребности»:
 - Будесонид/формотерол ДПИ (160/4,5 мкг) по 1 дозе при приступе удушья (до 4 доз в сутки).

Медикаментозное лечение аллергического ринита:

- Неседативные H₁-антигистаминные препараты (II поколения) на выбор:
 - биластин — внутрь по 20 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи;
 - дезлоратадин — внутрь по 5 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи;
 - лоратадин — внутрь по 10 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи;
 - левоцетиризин — внутрь по 5 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи;
 - рупатадин — внутрь по 10 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи;
 - цетиризин — внутрь по 10 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи;
 - фексофенадин — внутрь по 120–180 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи.
- Интраназальные антигистаминные препараты на выбор:
 - азеластин по 1 дозе 1 раз в день;
 - левокабастин по 2 дозы 2 раза в день.
- ИГК на выбор:
 - беклометазон по 1 дозе (50 мкг) 2–4 раза в сутки в каждый носовой ход;

- будесонид по 1–2 дозы (50–100 мкг) 1–2 раза в сутки в каждый носовой ход;
- мометазон по 1–2 дозы (50–100 мкг) в каждый носовой ход 1–2 раза в день;
- флутиказона фуруат по 1–2 дозы (27,5–55 мкг) 1 раз в сут;
- флутиказон (Флутиказона пропионат♦) по 1–2 дозы 50–100 мкг 1–2 раза в сутки в каждый носовой ход.
- ИЛИ комбинированные препараты (интраназальные антигистаминные препараты + ИГК) на выбор:
 - флутиказон (Флутиказона пропионат♦)/азеластин по 1 дозе (50/137 мкг) 2 раза в сутки в каждый носовой ход;
 - мометазона фуруат/азеластин по 1 дозе (50/140 мкг) 2 раза в сутки в каждый носовой ход.

7. Экспертиза нетрудоспособности. Временно нетрудоспособен. Средний срок нетрудоспособности — 12–18 дней.

8. Профилактика:

- Неспецифическая профилактика: отказ от курения, выполнение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов, ежегодная вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции, физическая реабилитация.
- Специфическая профилактика: проведение аллерген-специфической терапии с причинно-значимыми аллергенами в период купирования обострения и вне сезона поллинозиса.

9. Диспансерное наблюдение:

- Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) — 1–3 раза в год.
- Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога, пульмонолога по показаниям.
- Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения — достижение полного или частичного контроля БА, ФВД.
- Длительность диспансерного наблюдения — пожизненно.

Алгоритм формирования страхового случая в МИС

