

# ОГЛАВЛЕНИЕ

---

Предисловие .....	4
Участники издания .....	5
Список сокращений и условных обозначений .....	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина .....	11
<b>Глава 1.</b> Хроническая обструктивная болезнь легких.....	13
<b>Глава 2.</b> Обострение хронической обструктивной болезни легких .....	28
<b>Глава 3.</b> Бронхиальная астма у взрослых .....	39
<b>Глава 4.</b> Обострение бронхиальной астмы.....	62
<b>Глава 5.</b> Острый бронхит .....	72
<b>Глава 6.</b> Хронический бронхит .....	77
<b>Глава 7.</b> Внебольничная пневмония .....	87
<b>Глава 8.</b> Нозокомиальная пневмония у иммунокомпетентных больных.....	98
<b>Глава 9.</b> Бронхоэктазы.....	110
<b>Глава 10.</b> Муковисцидоз.....	119
<b>Глава 11.</b> Идиопатический легочный фиброз .....	131
<b>Глава 12.</b> Гиперчувствительный пневмонит .....	139
<b>Глава 13.</b> Саркоидоз .....	145
<b>Глава 14.</b> Плевральные выпоты.....	154
<b>Глава 15.</b> Спонтанный пневмоторакс .....	173
<b>Глава 16.</b> Острая дыхательная недостаточность .....	182
<b>Глава 17.</b> Острый респираторный дистресс-синдром .....	192
<b>Глава 18.</b> Хроническая дыхательная недостаточность.....	199
<b>Глава 19.</b> Синдром обструктивного апноэ сна.....	208
<b>Глава 20.</b> Синдром ожирения-гиповентиляции.....	220
<b>Глава 21.</b> Легочная гипертензия .....	227
<b>Глава 22.</b> Тромбоэмболия легочной артерии .....	249
Список литературы .....	266
Справочник лекарственных средств .....	267

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Болезни органов дыхания представляют собой важную социально-медицинскую проблему во всем мире, поскольку по удельному весу в общей смертности населения занимают одно из ведущих мест, а экономический ущерб, наносимый обществу вследствие высокой заболеваемости и инвалидизации больных, огромен. В течение последних 20 лет общая заболеваемость болезнями органов дыхания неуклонно возрастает. По данным официальной статистики, на долю органов дыхания приходится около 40% всех случаев заболеваемости, которая превосходит уровни заболеваемости другими классами болезней. В структуре причин обращаемости за медицинской помощью среди взрослых их удельный вес составляет от 29,2 до 43,5%.

Все это объясняет необходимость прагматичного подхода и единой тактики диагностики и терапии пациентов с респираторными заболеваниями. Необходимо, чтобы врачи первичного звена и терапевты могли своевременно заподозрить болезни органов дыхания, назначить необходимое обследование и начальную терапию, определить пациентов, нуждающихся в консультации специалиста-пульмонолога.

Настоящая книга представляет собой пошаговый алгоритм диагностики и ведения пациентов с респираторными заболеваниями: бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких, хроническим бронхитом, острым бронхитом, плевральными выпотами, пневмотораксом, внебольничной пневмонией, нозокомиальной пневмонией, острым респираторным дистресс-синдромом, острой дыхательной недостаточностью, хронической дыхательной недостаточностью, синдромом апноэ во время сна, синдромом ожирения-гиповентиляции, идиопатическим легочным фиброзом, гиперчувствительным пневмонитом, саркоидозом и др. Фармакотерапия респираторных заболеваний построена с позиции базового и углубленного уровня знаний. В каждой нозологии и синдроме отражены критерии оценки эффективности лечения, показания для лабораторных и функциональных исследований и направления пациента на консультацию к врачам-специалистам, а также направления пациента в дневной и круглосуточный стационар, на реабилитационные и профилактические мероприятия.

Книга предназначена для врачей общей практики, терапевтов, пульмонологов, аллергологов-иммунологов, реаниматологов и других специалистов клинического профиля, а также для клинических ординаторов, обучающихся по специальностям терапевтического профиля, и студентов медицинских вузов.

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (guidelines) — это документ, который создается группой экспертов на основании анализа доказательной базы наиболее эффективных лечебных вмешательств и диагностических мероприятий, содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется классом рекомендаций с указанием уровня доказательности, отражающим качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которой основана рекомендация.

Классы рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражают следующую позицию авторов: «Согласно представленным доказательствам при данном заболевании это делать *нужно/можно/нельзя*».

- Класс I (рекомендуется). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода в указанной ситуации однозначно является благоприятным, полезным и эффективным.
- Класс IIa (следует рассматривать возможность применения). Доказательства могут быть противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, однако преобладают аргументы в пользу применения данного метода.
- Класс IIb (можно рассматривать возможность применения). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, при этом аргументы в пользу применения метода недостаточно убедительно обоснованы.
- Класс III (не рекомендуется). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может навредить пациенту.

Уровень доказательности отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

- Уровень А. Доказательства основаны на данных нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализов, что делает маловероятными ошибки исследований.
- Уровень В. Доказательства основаны на данных единственного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных исследований.
- Уровень С. Доказательства основаны на согласованных мнениях авторитетов (консенсус) и/или небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, регистрах.

В рекомендациях российских профессиональных ассоциаций нередко используется и другая схема ранжирования: по уровню достоверности (от 1 до 4) и по уровню убедительности (от А до D). Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1А.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (evidence-based medicine) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых, выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи с доказанной эффективностью. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

## ГЛАВА 6. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

Авдеев С.Н., Мерзоева З.М.

**Хронический бронхит (ХБ)** — заболевание бронхов, которое проявляется кашлем и отделением мокроты в течение большинства дней в течение  $\geq 3$  мес в году и  $\geq 2$  последовательных лет, когда исключаются другие известные бронхолегочные или сердечно-сосудистые заболевания, сопровождающиеся хроническим продуктивным кашлем.

Хронический бронхит, вызываемый вдыханием табачного дыма или других вредоносных частиц или газов (аэрополлютантов), является одной из наиболее распространенных причин хронического кашля среди населения в целом.

Хронический бронхит определяется как хроническое или рецидивирующее увеличение объема слизистой секреции бронхов, достаточное, чтобы вызвать экспекторацию мокроты.

**Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра**

J40 Бронхит, неуточненный как острый или хронический.

J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит.

- J41.0 Простой хронический бронхит.

- J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит.

- J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит.

J42 Хронический бронхит неуточненный.

### ШАГ 1. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

№	Чек-лист	Да	Нет
1	Наличие вредных привычек (курение)		
2	Воздействие физических и химических факторов (вдыхание пыли, дыма, окиси углерода, сернистого ангидрида, окислов азота и других химических соединений)		
3	Климатические факторы (сырой и холодный климат)		
4	Сезонность (осень, зима, ранняя весна)		
5	Аллергические заболевания и иммунодефицитные состояния		
6	Вирусные инфекции (обычно имеет значение как причина обострения)		
7	Генетические факторы, конституциональная предрасположенность		

#### КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

##### I. Функциональная характеристика ХБ:

- необструктивный;
- с обструктивным синдромом.

## II. Характер воспаления:

- катаральный;
- слизисто-гнойный;
- гнойный.

## III. Степень тяжести течения:

- легкая;
- средняя;
- тяжелая.

## IV. Фаза заболевания:

- обострение;
- нестойкая ремиссия (стихающее обострение);
- клиническая ремиссия.

## ШАГ 2. ДИАГНОСТИКА

Диагноз ХБ рекомендуется устанавливать на основании жалоб и анамнестических данных пациента, результатов функциональных методов обследования и исключения других заболеваний (см. Приложение 1. Схема диагностики хронического бронхита).

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

- «Кашлевой анамнез» (кашель малопродуктивный или с выделением мокроты в течение  $\geq 3$  мес не менее 2 лет).
- Отсутствие другой патологии бронхолегочного аппарата (туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмония, бронхиальная астма, рак легкого и др.), обуславливающей «кашлевой анамнез».
- Воспалительные изменения в бронхах по данным исследования мокроты, содержимого бронхов, данных бронхоскопической картины.

Нозологическая диагностика	
Клинические и физикальные данные	
Жалобы	<p>Кашель является основной жалобой у пациентов с ХБ.</p> <p>Характеристика кашля:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• по времени возникновения: утром, днем, вечером, ночью;</li><li>• по периодичности: частый, периодический, постоянный;</li><li>• по характеру: непродуктивный (сухой), продуктивный (влажный);</li><li>• по интенсивности: покашливание, легкий, сильный, приступообразный, болезненный, безболезненный;</li><li>• по звучности: беззвучный, покашливание, грубый;</li><li>• по продолжительности: эпизодический кратковременный или приступообразный постоянный;</li><li>• по течению: острый (<math>\leq 3</math> нед), подострый (4–8 нед), хронический (<math>&gt; 8</math> нед)</li></ul>
Анамнез заболевания	<ul style="list-style-type: none"><li>• Начало ХБ постепенное — утренний кашель с отделением слизистой мокроты, который постепенно начинает беспокоить в течение суток, усиливаясь в холодную и сырую погоду, продолжается на протяжении большинства дней за период <math>\geq 3</math> мес подряд в течение <math>\geq 2</math> лет и с годами становится постоянным.</li></ul>

## Нозологическая диагностика

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Характерной особенностью ХБ является сезонность обострений (ранняя весна, поздняя осень), причем фазы обострения и ремиссии при этом варианте бронхита довольно четко разграничены.</li> <li>• В анамнезе определяется повышенная чувствительность к переохлаждению, у многих пациентов имеется указание на длительное курение.</li> <li>• У ряда пациентов заболевание связано с профессиональными вредностями, мужчины болеют чаще, чем женщины</li> </ul>
Физикальное обследование	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В начальном периоде болезни симптомы могут отсутствовать. Со временем появляются изменения при аускультации, а именно — сухие хрипы рассеянного характера, преимущественно в задненижних отделах грудной клетки, тембр которых зависит от калибра пораженных бронхов. Как правило, слышны грубые жужжащие сухие хрипы, что свидетельствует о вовлечении в процесс крупных и средних бронхов. Свистящие хрипы, особенно хорошо слышимые на выдохе, характерны для поражения мелких бронхов и свидетельствуют о бронхоспастическом синдроме.</li> <li>• Однако необходимо отметить, что данные, получаемые при физикальном обследовании, зависят от многих факторов, включая возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний и т.п.</li> </ul>
<b>Лабораторная и инструментальная диагностика</b>	
Общий анализ крови	Вне обострения проведение теста не рекомендовано. При обострении заболевания наиболее часто встречаются нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и увеличение скорости оседания эритроцитов
СРБ и другие острофазовые показатели (фибриноген, серомукоид)	Вне обострения проведение теста не рекомендовано
Пульсоксиметрия	Проведение рекомендовано всем пациентам для оценки статуса оксигенации
Спирометрия	Рекомендовано для подтверждения/исключения бронхиальной обструкции
Мокрота	Вне обострения проведение теста не рекомендовано
Рентгенография легких	Проводят для исключения других заболеваний
Бронхоскопия	Служит дополнительным методом при диагностике ХБ для исключения других заболеваний и состояний, протекающих с аналогичными симптомами

### Примеры формулировки клинического диагноза хронический бронхит

- Клинический вариант: необструктивный, с обструктивным синдромом (при формулировке диагноза «хронический необструктивный бронхит» термин «необструктивный» может не применяться).
- Форма заболевания (по характеру воспаления): катаральный, катарально-гнойный, гнойный.
- Фаза процесса: обострение, стихающее обострение или нестойкая ремиссия, ремиссия.
- Осложнения.

Например,  
хронический необструктивный бронхит, катарально-гнойный, обострение.  
ХДН 0.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА (С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ КАШЛЕМ)**

<b>Заболевание</b>	<b>Клинико-anamnestические данные</b>
Бронхиальная астма	«Свистящее» дыхание, приступообразная одышка, удушье, вызываемые в том числе физической нагрузкой, вдыханием холодного воздуха
Туберкулез	Лихорадка, потеря массы тела, ночная потливость, кровохарканье
Рак легкого	Преклонный возраст, история табакокурения, потеря массы тела, кровохарканье
Метастатическая болезнь легких	Ранее диагностированное солидное злокачественное новообразование
Хроническая сердечная недостаточность	История сердечно-сосудистого заболевания, одышка, ортопноэ, периферические отеки
ХОБЛ	История табакокурения (индекс курения $\geq 10$ пачко-лет), хроническая продукция мокроты
Интерстициальные заболевания легких	Одышка, возможная экспозиция факторов внешней среды, звучная инспираторная крепитация

**Рекомендуется при проведении дифференциальной диагностики кашля задавать следующие вопросы:**

- Как давно появился кашель?
- Кашель сухой или с мокротой?
- Какое количество мокроты отделяется за сутки?
- Каков характер мокроты?
- Отмечалась ли в мокроте примесь крови?
- Есть ли выделения из носа?
- Связана ли работа с профессиональными вредностями?
- Имеется ли среди родных и близких длительный кашель или туберкулез, рак, БА?
- Принимает ли пациент ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента,  $\beta$ -адреноблокаторы, алкилирующие средства?

## **ШАГ 3. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА**

Основные цели терапии ХБ должны быть направлены на различные патофизиологические механизмы, составляющие основу данного заболевания:

- уменьшение избыточного образования бронхиального секрета;
- уменьшение выраженности воспаления в дыхательных путях;

- облегчение отхождения бронхиального секрета путем улучшения цилиарного транспорта секрета и снижения вязкости слизи;
- модифицирование кашля.

Эти цели могут быть достигнуты с помощью ряда немедикаментозных и медикаментозных средств.

## **ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА В СТАБИЛЬНЫЙ ПЕРИОД (РЕМИССИИ)**

### **Мукоактивные препараты**

С целью регресса заболевания и уменьшения частоты повторных обострений пациентам с ХБ и продуктивным кашлем рекомендуется симптоматическая терапия муколитическими препаратами (бромгексин, амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин и др.) в общепринятых дозах. Также может быть рекомендовано применение отхаркивающих препаратов, к которым относятся в основном лекарственные средства растительного происхождения, включающие комбинации тимьяна-плюща и/или тимьяна-первоцвета.

### **Противокашлевые препараты**

Для снижения выраженности и частоты кашлевых пароксизмов у пациентов с ХБ рекомендуется прием противокашлевых препаратов центрального действия (декстрометорфан, кодеин).

### **Бронходилататоры**

Пациентам со стабильным течением ХБ рекомендуется прием короткодействующих бронходилататоров ( $\beta_2$ -агонисты, антихолинергические препараты) для облегчения кашля.

### **Системные глюкокортикоиды**

Не рекомендуется назначение системных глюкокортикоидов пациентам со стабильным течением ХБ для рутинной практики.

### **Антибактериальные препараты**

С целью снижения риска селекции резистентности к антибактериальным препаратам и развития нежелательных лекарственных реакций пациентам с ХБ вне обострения применять антибактериальные препараты не рекомендуется.

**Бронхипрет®/Бронхипрет® ТП** — отхаркивающее лекарственное средство растительного происхождения, оказывающее противовоспалительное, секретолитическое, бронхолитическое, противовирусное и умеренное антибактериальное действие.

Препарат производится в Германии в двух лекарственных формах: сироп и таблетки, покрытые оболочкой (Бронхипрет ТП). В состав Бронхипрет ТП входят сухие оригинальные экстракты тимьяна и корня первоцвета, в состав сиропа — жидкие экстракты травы тимьяна и листьев плюща. Препарат восстанавливает нормальную вязкость и состав бронхиальной слизи, нормализует нарушенный воспалением и загущением слизи мукоцилиарный клиренс, снижает вязкость мокроты и ускоряет ее эвакуацию.

Препарат может применяться для лечения острого трахеита, кашля при острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей, обострений хронического ларингита и ларинготрахеита как в виде монотерапии для лечения острого бронхита на фоне ОРЗ, так и в составе комбинированной терапии в лечении бактериального острого бронхита и обострений хронического бронхита, эффективно дополняя действие антибиотиков.

**Режим дозирования.** Бронхипрет ТП: взрослым и детям старше 12 лет по 1 таблетке 3 р/день до еды. Бронхипрет сироп: с использованием прилагаемого мерного стаканчика: детям от 3 до 12 мес — 1,1 мл; от 1 года до 2 лет — 2,2 мл; от 2 до 6 лет — 3,2 мл; от 6 до 12 лет — 4,3 мл; подросткам с 12 лет и взрослым — 5,4 мл 3 р/день.

В среднем курс лечения — 10–14 дней. Увеличение продолжительности и проведение повторных курсов лечения возможно по рекомендации врача.

На правах рекламы.

## ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Для наибольшей эффективности лечения обострения ХБ пациентам при обострениях ХБ 1-го и 2-го типов по Anthonisen рекомендуется назначение антибактериальных препаратов (см. Приложение 2. Эмпирическая антибактериальная терапия инфекционного обострения хронического бронхита).

При обострении ХБ у пациентов без факторов риска рекомендуется назначение амоксициллина или пероральных цефалоспоринов III поколения (цефдиторен, цефиксим).

Применение комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами  $\beta$ -лактамаз, или респираторных фторхинолонов (моксифлоксацин, левофлоксацин) рекомендуется у пациентов с обострением ХБ при наличии соответствующих критериев назначения антибактериальной терапии по Anthonisen:

- возраст  $\geq 65$  лет;
- тяжелые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, заболевания печени и почек с нарушениями их функции и др.);
- $\geq 2$  обострений в течение 1 года, при которых потребовалась госпитализация;
- применение системных глюкокортикоидов или антибактериальных препаратов в предшествующие 3 мес.

При обострении ХБ для эффективного лечения рекомендуется назначение короткодействующих  $\beta_2$ -адреномиметиков (сальбутамол) в форме для ингаляций, короткодействующих антихолинергических препаратов (ипратропия бромид) или их фиксированной комбинации.

Пациентам с обострением ХБ и  $ОФВ_1 < 50\%$  рекомендуется назначать короткий курс (5–8 дней) системных глюкокортикоидов (например, преднизолон в пероральной форме 40 мг в сутки в течение 5 дней) в целях быстрого восстановления функции легких.

## ШАГ 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Критерием эффективности лечения является:

- уменьшение симптомов и улучшение качества жизни;
- уменьшение будущих рисков, то есть профилактика обострений.

## ШАГ 5. ПОКАЗАНИЯ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧАМ-СПЕЦИАЛИСТАМ

Диагностика и ведение пациентов с ХБ осуществляются врачом-терапевтом или врачом общей практики (семейным врачом). При необходимости осуществляется консультация врачами других специальностей.

Специалист	Критерии
Пульмонолог	<ul style="list-style-type: none"><li>• Дифференциальная диагностика.</li><li>• Подбор алгоритма ведения пациента, включая фармакологические и нефармакологические методы лечения пациентов с ХБ.</li><li>• Смена терапевтической стратегии при отсутствии эффекта от назначенной ранее терапии</li></ul>
Кардиолог	Подозрение на заболевания сердечно-сосудистой системы
Гастроэнтеролог	Подозрение на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь
Аллерголог	<ul style="list-style-type: none"><li>• Подозрение или наличие атопии.</li><li>• Для выявления или подтверждения аллергена</li></ul>
ЛОР	Подозрение на заболевания носовой полости и придаточных пазух носа
Онколог	Подозрения на новообразования легких

**Лабораторные и функциональные исследования для направления пациента к другим специалистам**

1. Спирометрия с бронходилатационным тестом.
2. SpO<sub>2</sub>.
3. Развернутый ОАК с лейкоформулой, СРБ.
4. Рентгенография ОГК.
5. ЭКГ.

## ШАГ 6. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

- Необходимость дифференциальной диагностики ХБ при невозможности выполнить необходимые исследования в амбулаторных условиях.

- Неэффективность начальной амбулаторной терапии обострения в течение 3 сут (усиление экспекторации мокроты, усиление гнойности мокроты, сохранение повышенной температуры тела).
- Обострение хронических сопутствующих заболеваний без нарушения функции жизненно важных органов.

Плановые и неотложные госпитализации пациентов с ХБ в круглосуточный стационар не предусмотрены.

## **ШАГ 7. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

- Необходимость проведения дополнительных методов обследования и дифференциальной диагностики.
- Появление новых симптомов, не характерных для ХБ (одышка и ее прогрессирование, фебрильная температура тела при исключении гриппа и других острых вирусных инфекций).
- Отсутствие положительного эффекта в ответ на амбулаторную терапию в течение 3 сут.
- Тяжелые сопутствующие состояния и заболевания (например, сердечная недостаточность или аритмия, сахарный диабет, ожирение и т.д.).
- Пожилой возраст при наличии сопутствующих заболеваний.

## **ШАГ 8. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ**

Для улучшения состояния физически неактивных пациентов с ХБ с частыми обострениями рекомендуются курсы легочной реабилитации.

Результатами легочной реабилитации являются следующие эффекты:

- улучшение переносимости физической нагрузки;
- уменьшение ощущения одышки;
- улучшение качества жизни, связанного со здоровьем;
- уменьшение количества и длительности госпитализаций;
- уменьшение уровня тревоги и депрессии, связанных с ХБ;
- улучшение результатов госпитализации по поводу обострений ХБ.

В программу реабилитации всех пациентов с ХБ для всестороннего улучшения их состояния рекомендуется включать психологическую поддержку и борьбу с депрессией, обучение, нутритивную поддержку и физические тренировки. Также рекомендуется включать в программу реабилитации обучение пациентов с ХБ.

## **ШАГ 9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

Меры по вторичной профилактике являются аналогичными таковым при первичной профилактике, однако направлены уже на предотвращение прогресси-

рования заболевания. Важными мерами вторичной профилактики ХБ являются своевременное лечение обострений заболевания (в случаях их возникновения), а также санация носоглотки и других очагов хронической инфекции.

Пациентам с ХБ для профилактики гриппа и бронхолегочных заболеваний и их обострений рекомендуется вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции.

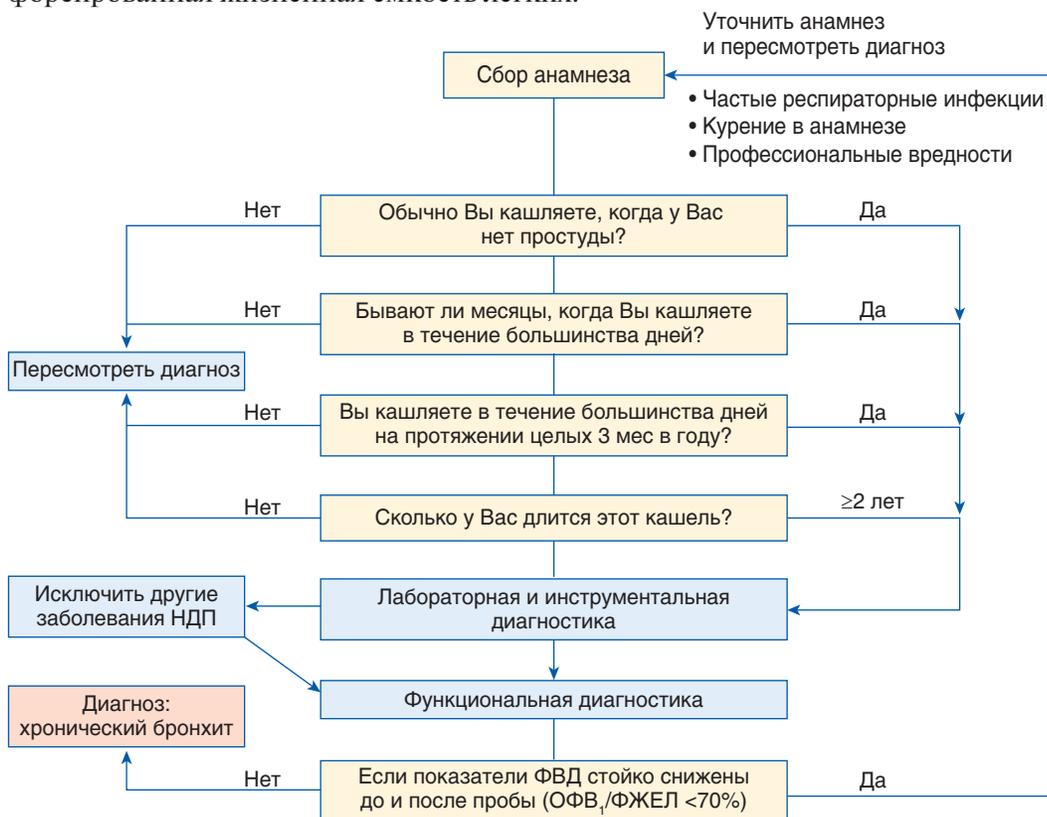
## ШАГ 10. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Диспансерное наблюдение пациентов, страдающих ХБ, осуществляет:

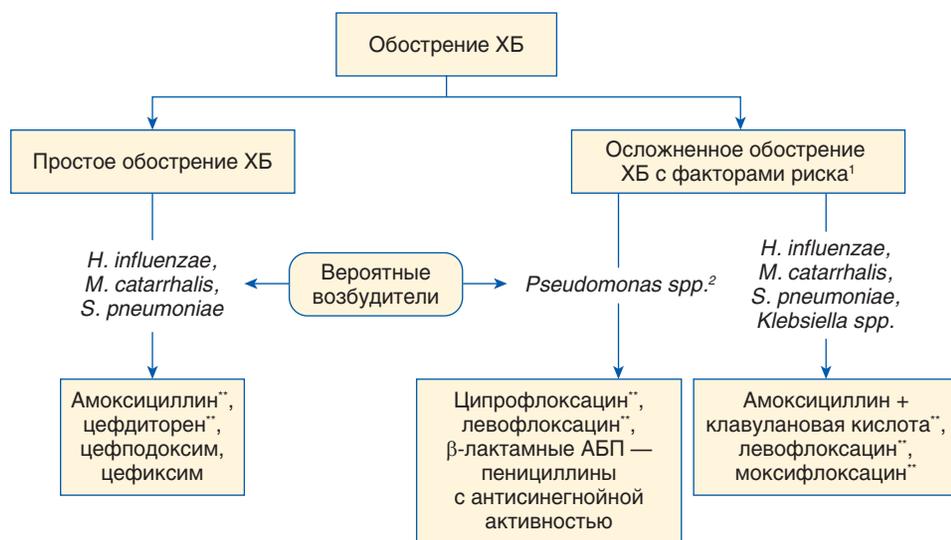
- врач-терапевт [врач — терапевт участковый, врач — терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)];
- врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
- врач (фельдшер) центра здоровья;
- фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача.

### Приложение 1. Схема диагностики хронического бронхита

**Примечание.** НДП — нижние дыхательные пути;  $ОФВ_1$  — объем форсированного выдоха за первую секунду; ФВД — функция внешнего дыхания; ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких.



## Приложение 2. Эмпирическая антибактериальная терапия инфекционного обострения хронического бронхита



**Примечание.** АБП — антибактериальные препараты; ХБ — хронический бронхит; <sup>1</sup> — возраст  $\geq 65$  лет,  $\geq 2$  обострений в течение 1 года, сопутствующие заболевания, длительный прием глюкокортикоидов внутрь, тяжелое обострение хронического бронхита в предшествующие 12 мес, прием антибактериальных препаратов в предшествующие 3 мес; <sup>2</sup> — факторы риска *P. aeruginosa*: хроническое отделение гнойной мокроты, наличие бронхоэктазов, предшествующее выделение *P. aeruginosa* из мокроты; \*\* — лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р).