

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	5
Предисловие	8
Список сокращений и условных обозначений	10
Скрининг и профилактические осмотры: терминология, принципы	15
Глава 1. Болезни органов дыхания	21
Хроническая обструктивная болезнь легких	21
Бронхиальная астма	45
Внебольничная пневмония	70
Глава 2. Болезни сердечно-сосудистой системы	98
Артериальная гипертензия	98
Резистентная артериальная гипертензия	130
Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии	140
Артериальная гипертензия у беременных	192
Ишемическая болезнь сердца	201
Хроническая сердечная недостаточность	224
Сердечная недостаточность, ассоциированная с химио- и лучевой терапией онкологических заболеваний	252
Дислипидемия (дислиппротеинемия)	259
Кардиомиопатии: гипертрофическая, дилатационная	278
Нейроциркуляторная дистония	285
Глава 3. Болезни органов пищеварения	293
Хронический гастрит	293
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	302
Функциональная диспепсия	323
Синдром раздраженного кишечника	329
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	334
Синдром избыточного бактериального роста	342
Воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона	348
Глава 4. Болезни гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы ...	358
Неалкогольная жировая болезнь печени	358
Хронический панкреатит	366
Лекарственные поражения печени	378
Глава 5. Болезни органов мочевого выделения	387
Хронические гломерулонефриты	387
Хронический пиелонефрит	394
Хроническая болезнь почек	406

Глава 6. Анемии	415
Железодефицитная анемия.	415
Витамин В ₁₂ -дефицитная и фолиеводефицитная анемии	428
Анемии хронических болезней	441
Глава 7. Ревматические заболевания	446
Остеоартрит.	446
Ревматоидный артрит.	455
Анкилозирующий спондилит.	468
Подагра	486
Боль в нижней части спины	496
Глава 8. Инфекционные болезни	510
Острые респираторные вирусные инфекции	510
Острые кишечные инфекции	529
Дифференциальная диагностика экзантем при детских воздушно-капельных инфекциях	541
Туберкулез. Настороженность врача первичного звена здравоохранения.	549
Глава 9. Онкологическая настороженность врача первичного звена здравоохранения	558
Глава 10. Злокачественные новообразования кожи	569
Глава 11. Пациент пожилого и старческого возраста. Особенности тактики ведения на амбулаторном этапе.	577
Глава 12. Коммуникативная компетентность в практике врача амбулаторного звена	586
Глава 13. Неотложные состояния в практике врача-терапевта.	590
Острое нарушение мозгового кровообращения.	590
Анафилактический шок	600
Пневмоторакс	604
Гипогликемия	608
Гипергликемия	611
Почечная колика	615
Желчная колика	618
Синкопе.	621
Гипертонический криз	625
Артериальная гипотензия	632
Пароксизм фибрилляции предсердий	637
Предметный указатель.	641

ПРЕДИСЛОВИЕ

Первичная медико-санитарная помощь является основой современной системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации и включает в себя мероприятия по скринингу, диагностике, профилактике, лечению заболеваний и состояний, реабилитации и диспансерному наблюдению, контролю за течением беременности, формированию здорового образа жизни и гигиеническому образованию населения.

Врач-терапевт и врач общей практики первичного звена здравоохранения — универсальные доктора, которые на основании существующих фундаментальных общепринятых принципов осмотра пациента достаточно быстро должны оценить и выявить факторы риска заболеваний или отклонения в состоянии здоровья человека и разработать верную тактику ведения или наблюдения, при необходимости направить пациента к врачу-специалисту, в отделение профилактики или экстренно решить вопрос о госпитализации в стационар.

Большинство пациентов, которые обращаются за помощью к врачу амбулаторного этапа, — это люди с хроническими неинфекционными заболеваниями, бремя которых неуклонно нарастает. В результате этих заболеваний умирает более 36 млн человек в год, из которых 16 млн человек — преждевременно. Максимальный вклад в структуру смертности от этих заболеваний вносят сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, сахарный диабет и болезни органов дыхания. В большинстве случаев именно эти заболевания входят в перечень патологий, должное амбулаторное лечение которых или ранние профилактические мероприятия потенциально могут предотвратить необходимость госпитализации или осложнения. Данная группа патологий рассматривается как группа болезней, чувствительных к амбулаторному лечению (*ambulatory care sensitive conditions*), и в этой ситуации роль врача амбулаторного звена неоспорима.

В условиях демографического старения населения наблюдается увеличение количества пациентов пожилого и старческого возраста, и на сегодняшний день максимально нарастающей по численности является группа лиц в возрасте 80 лет и старше, требующая оказания не только медицинской, но и социальной помощи, а также своевременного выявления гериатрических синдромов. Знание особенностей старения организма, подходов к скринингу старческой астении, показаний для направления пациентов к врачу-гериатру и дальнейшего алгоритма ведения пациента требует от врача первичного звена определенной подготовки и умения общаться с такой категорией пациентов.

В книге освещены многие аспекты, необходимые врачу-терапевту и врачу общей практики, включая диагностику и лечение заболеваний, принципы формулирования диагноза, показания к госпитализации, профилактические мероприятия, неотъемлемой частью которых является приверженность прин-

ципам здорового образа жизни среди населения, диспансерное наблюдение. В резюме к каждой главе книги кратко изложены основные положения обсуждаемой патологии или проблемы, которые позволят познакомиться с основным содержанием разбираемой темы.

Доктор медицинских наук, профессор
Ларина Вера Николаевна

СКРИНИНГ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ: ТЕРМИНОЛОГИЯ, ПРИНЦИПЫ

Резюме/основные понятия

Терминология: профилактические осмотры, скрининг.

Профилактические осмотры: предназначены для оценки общего состояния здоровья, выявления факторов риска и признаков заболевания у здоровых людей или людей, не имеющих симптомов болезней.

Скрининг: методологический подход, используемый для массового обследования населения с целью выявления определенного заболевания (группы заболеваний) или факторов, способствующих развитию этого заболевания.

Отличия понятий: в отличие от профилактических осмотров скрининг подразумевает обследование целевой группы (лиц с более высоким риском развития) на конкретное заболевание с применением определенных диагностических методов

Профилактический осмотр

Профилактические осмотры предназначены для оценки общего состояния здоровья, выявления факторов риска (ФР) и признаков заболевания у здоровых людей или людей, не имеющих симптомов болезней. Предполагалось, что такие осмотры (в зарубежной литературе термины «check-up», «periodic health examination», «general medical examination») обеспечат профилактику заболеваний и их осложнений, улучшат качество и продолжительность жизни. В 20 в., когда появилась возможность проведения масштабных когортных исследований, стало понятно, что во время профилактических осмотров выявляются случаи болезней не только на ранней и/или бессимптомной, но и на развернутой стадии, а врачи по объему нагрузки не могут справиться и с профилактическими осмотрами и случаями оказания медицинской помощи по обращаемости. По данным Yarnall KS и соавт., для полной реализации рекомендаций рабочей группы Службы профилактической медицины США (USPSTF) по профилактическим мероприятиям (осмотры на выявление ФР, болезней, вакцинация) ежедневно только для оказания профилактических услуг врачу потребовалось бы 7,4 ч. В 2017 г. Канадская рабочая группа по изучению результатов международных исследований по профилактике пришла к выводу: нет доказательств эффективности традиционных ежегодных медицинских осмотров взрослых без наличия симптомов и может принести вред (за счет ошибочной диагностики, проведения исследований, которые могут сопровождаться осложнениями, «гиперлечением» и формированием тревожного синдрома).

Тем не менее врачи и пациенты продолжают верить в пользу массовых профилактических осмотров. Профилактические мероприятия могут формироваться как на государственном уровне в рамках системы здравоохранения, так и в системе частной медицины, когда каждая частная клиника разрабатывает свои программы профилактических осмотров.

Профилактические осмотры появились задолго до программ скрининга. Понятия «профилактический осмотр» и «скрининг» не идентичны.

Скрининг

В 1968 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала монографию Wilson и Jungner, в которой были изложены принципы проведения скрининга, которые сохраняются до настоящего времени:

- изучаемое состояние (болезнь) должно быть важной проблемой общественного здоровья;
- естественное течение болезни хорошо известно;
- болезнь может быть выявлена на ранней стадии;
- для этой стадии существуют эффективные методы лечения;
- имеются недорогие, чувствительные и специфичные тесты для определения ранней стадии;
- скрининговые тесты должны повторяться через определенные временные интервалы;
- риск вреда от используемого диагностического теста должен быть меньше, чем вероятность пользы;
- стоимость программы должна быть оправдана ее пользой.

До сих пор не существует единого определения термина «скрининг»; некоторые из определений приведены ниже.

- Скрининг — это предположительное выявление скрытой болезни или дефекта путем применения тестов, обследований и других процедур, которые могут быть проведены быстро. (Комиссия по хроническим болезням, США.)
- Скрининг — это процесс выявления лиц, наиболее предрасположенных к распространенному хроническому заболеванию, но без клинических рисков или проявлений болезни, если существуют доступные, безопасные и экономически эффективные методы лечения.

В отличие от профилактических осмотров скрининг подразумевает обследование целевой группы (людей с более высоким риском развития) на конкретное заболевание с применением определенных диагностических методов.

Требования к организации эффективной программы скрининга

1. Подходящие для скрининга заболевания.

- Состояние/заболевание должно быть важной проблемой с точки зрения общественного и личного здоровья, то есть сопровождаться серьезными последствиями при отсутствии лечения, о чем свидетельствует сравнение с естественным течением болезни.

- Заболевание/состояние должно иметь определяемую с помощью скрининга скрытую или раннюю симптоматическую стадию, и имеются доказательства того, что выявление заболевания до появления клинических симптомов и раннее начало лечения обеспечивают лучшие результаты (последствия).

Эксперты разных стран, составляющие перечень рекомендованных для скрининга заболеваний, по-разному оценивают значимость того или иного заболевания/состояния как для общества в целом, так и конкретного человека. Причина — противоречивые доказательства о лучших результатах лечения, сложность методик оценки эффективности скрининга.

Интерпретация результатов исследований при составлении перечня может различаться. В качестве примера представлено обоснование ответа на вопрос: целесообразен ли скрининг на злоупотребление алкоголем во время профилактических осмотров у семейного врача/врача общей практики? Обе группы экспертов (Великобритании — UKNSC и США — USPSTF) признали, что злоупотребление алкоголем является серьезной проблемой для общества и теоретически скрининг позволит выявить лиц, которые употребляют алкоголь в дозах выше «безопасных» и принять меры, направленные на снижение риска вреда, обусловленного алкоголем. Но, в отличие от USPSTF, UKNSC не рекомендовало программу скрининга на злоупотребление алкоголем. Причина — наиболее распространенными методами выявления злоупотребления алкоголем являются опросники, тысячи людей могут написать ответ, не соответствующий реальности. Критерии «безопасной дозы» зависят от таких факторов, как возраст, пол и этническая принадлежность. Нет научных данных, свидетельствующих о том, что программа скрининга населения поможет уменьшить вред от злоупотребления алкоголем в долгосрочной перспективе, в то время как внедрение программы скрининга может привести к сокращению доступа к медицинской помощи для тех, кому такая помощь необходима (за счет перераспределения имеющихся в системе здравоохранения ресурсов). Но, по мнению экспертов USPSTF, есть доказательства того, что краткие консультации эффективны для снижения злоупотребления алкоголем среди занимающихся рискованным или опасным употреблением алкоголя. Поэтому экспертная группа рекомендовала скрининг на злоупотребление алкоголем и краткие поведенческие консультации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи для взрослых.

2. Правильный метод скрининга.

Несмотря на огромное количество методов диагностики, тестов, которые соответствовали бы требованиям скрининговых, очень мало. Во время скрининга исследования проходят тысячи людей, поэтому необходимы быстрые, дешевые, чувствительные и безопасные методы. Даже 1% серьезных побочных эффектов (осложнений на этапе диагностики) может нанести больший вред для общественного здоровья, чем полученная польза.

Факты. Эксперты разных стран расходятся во мнениях в отношении выбора метода скрининга на колоректальный рак с учетом не только мнения, но и фактических данных о соотношении польза/вред/затраты. В рекомендациях USPSTF (США) только описываются возможности

и ограничения применения на популяционном уровне различных методов в качестве скрининговых (иммунохимический тест, гваяковая проба, иммунохимический + эпигенетический тест, гибкая сигмоидоскопия, самостоятельно или в комбинации с иммунохимическим тестом, колоноскопия и компьютерная томографическая (КТ) колонография, серологические тесты), но указывается, что нет данных, которые бы демонстрировали, что одна из этих стратегий скрининга на популяционном уровне более эффективна, чем другие.

3. Правильный выбор целевой популяции.

Скрининг должен быть направлен на целевую популяцию, то есть людей, имеющих наибольший риск развития определенного заболевания. Проведение скрининга без учета вероятности распространенности заболевания приводит к тому, что намеченные результаты не достигнуты, дефицитные ресурсы будут затрачены, а врачи и пациенты встретятся со значительным числом ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Выбор целевой популяции сегодня также основан на экспертных оценках, которые базируются как на результатах исследований, так и на теоретических предположениях, опыте, здравом смысле.

Факты. Скрининг на рак молочной железы с помощью маммографии в США и Австралии рекомендуется для женщин в возрасте от 50 до 74 лет 1 раз в 2 года (для возраста моложе 50 лет и 75 лет и старше вопрос решается индивидуально, по желанию или направлению врача, с учетом индивидуальных рисков). В Великобритании — в возрасте 50–70 лет каждые 3 года (старше 70 лет приглашения не получают, но могут пройти при желании), в 16 из 25 стран Европы — в 50–69 лет.

4. Правильная организация программы скрининга.

- 4.1. Каждый участник программы скрининга (пациенты, медицинские сотрудники, вспомогательный персонал) должен иметь полную информацию о том, кто, что, когда и каким образом должен делать. Должны быть решены вопросы взаимосвязи рутинной клинической практики и проведения обследований в рамках программы скрининга.
- 4.2. Должен быть обеспечен контроль качества исследований. Даже при применении вполне обоснованного и соответствующего критериям скрининга теста без соблюдения всех правил его применения, должного обучения интерпретации данных программа может оказаться неэффективной в связи с высокой частотой ложноположительных и ложноотрицательных результатов.
- 4.3. Должны быть обеспечены высокий уровень отслеживания положительных результатов и гарантия того, что люди с положительными скрининговыми тестами пройдут дополнительные исследования для уточнения диагноза, а при необходимости — соответствующее наблюдение и лечение. И дополнительные методы диагностики, и лечение должны быть своевременными и доступны для всех нужда-

- ющихся. Если последующие диагностика и лечение не будут организованы и доступны — проведение скрининга бессмысленно.
- 4.4. Информация о скрининге должна быть доступной (средства массовой информации, интернет, целевое приглашение лиц, которым показано прохождение скрининга) и понятной, включая пользу и риски скрининга.
 - 4.5. До решения вопроса о скрининге требуется полная оценка затрат на администрирование программы, в том числе обеспечение регистрации и хранение результатов в базе данных.

Заключение

Скрининг и профилактические осмотры кажутся очень привлекательными с точки зрения профилактики и раннего выявления болезней, которые, как нам кажется, будут лучше поддаваться лечению. Но возможны выявление и избыточное лечение спорных случаев болезни, развитие тревожных расстройств у лиц с ложноположительными результатами, нанесение вреда здоровью в процессе проведения исследований, необоснованная успокоенность лиц с ложноотрицательными результатами, иногда более длительный период знания о своей болезни без влияния на продолжительность жизни. Ни в одной стране нет скрининга всего населения на все известные заболевания или ФР всеми известными методами диагностики.

Список литературы



Глава 1

Болезни органов дыхания

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Резюме/основные понятия

Ведущие симптомы: кашель, одышка, выделения слизистой мокроты.

Основные причины: курение, загрязнение воздуха внутри помещений, производственные вредности, низкий вес при рождении, бронхиальная астма и респираторные инфекционные заболевания тяжелого течения в анамнезе.

Терминология: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) легкой, среднетяжелой, тяжелой, крайне тяжелой степени.

Патогенез: факторы риска → хроническое воспаление дыхательных путей → повреждение легочной ткани, отек → гиперсекреция слизи → бронхоспазм → нарушение газообмена → фиброз легких → деструкция стенок альвеол и альвеолярных ходов → вазоконстрикция → легочная гипертензия и системные проявления.

Диагностика: типичные симптомы и признаки бронхиальной обструкции; объективные признаки прогрессирующего снижения объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$) (спирометрия), отрицательный результат постбронходилатационного теста.

Лечение: прекращение курения, физическая активность, при тяжелой гипоксемии в покое малопоточная кислородная терапия, неинвазивная вентиляция легких, хирургическое вмешательство; при стабильном течении базисная терапия [бронходилататоры длительного действия, ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК)], в фазу обострения борьба с инфекцией [антибактериальная терапия (АБТ)], глюкокортикоидные гормоны системного действия (по показаниям), мукоактивные препараты, симптоматическая терапия.

Профилактика: принципы здорового образа жизни (ЗОЖ), повышение медицинской грамотности пациентов, рациональная терапия бронходилататорами, адекватное лечение респираторных инфекций, вакцинация поливалентной пневмококковой и гриппозной вакциной.

ХОБЛ — гетерогенное состояние легких, характеризующееся хроническими респираторными симптомами (одышка, кашель, отхождение мокроты) и обострениями из-за поражения дыхательных путей (бронхит, бронхолит) и/или альвеол (эмфизема), которые вызывают персистирующее, часто прогрессирующее ограничение воздушного потока.

Обострение ХОБЛ — острое ухудшение состояния пациента на протяжении 14 дней, сопровождающееся усилением кашля, увеличением объема отделяемой мокроты и/или изменением ее цвета; появлением и/или нарастанием одышки, которое выходит за рамки ежедневных колебаний и служит основанием для модификации терапии.

Коморбидные (сопутствующие) заболевания при ХОБЛ: тревожно-депрессивные расстройства, бронхоэктазы, рак легкого, анемия, дефицит витамина D, метаболические нарушения и сахарный диабет (СД), остеопороз, атеросклероз, гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), нарушения сердечного ритма и проводимости, синдром обструктивного апноэ сна, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), трофологическая недостаточность.

Обострения и коморбидные состояния являются неотъемлемой частью ХОБЛ, могут приводить к декомпенсации сопутствующих хронических заболеваний. Тяжелые обострения ХОБЛ являются основной причиной смерти пациентов.

Этиология

В этиологии ХОБЛ рассматривают сложное взаимодействие эндогенных (генетических, эпигенетических) и экзогенных ФР. Курение сигарет и других изделий, содержащих табак, — основной ФР этого заболевания.

Факты. После 30 лет ежегодное естественное снижение легочной функции составляет 20–40 мл (в среднем 30 мл), курение ускоряет этот процесс в 2–3 раза!

Причины ХОБЛ.

- Активное и пассивное курение сигарет (включая воздействие в период беременности), вейпов и электронных сигарет, марихуаны.
- Профессиональные вредности (производственная пыль).
- Загрязнение воздуха вне и внутри помещений.
- Наследственное заболевание, связанное с дефицитом α_1 -антитрипсина.
- Недоношенность и низкий вес (<2500 г) при рождении.
- Бронхиальная гиперреактивность.
- Бронхиальная астма (БА) в анамнезе (в том числе возникшая в детском возрасте).
- Перенесенные респираторные инфекции тяжелого течения, туберкулез легких; инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция).

Причины обострений ХОБЛ.

- Бактериальные инфекции (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Chlamydia pneumoniae*, у пациентов пожилого возраста *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterobacteriaceae*).
- Вирусные инфекции (пикорнавирусы, вирус гриппа, респираторно-синцитиальный вирус, коронавирусы, вирусы парагриппа, аденовирус, метапневмовирус человека).

- Атмосферные поллютанты (сигаретный дым; диоксиды серы, углероды; оксиды азота; аэрозоли; формальдегид и др.).
- Другие заболевания [пневмония, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), аритмии, спонтанный пневмоторакс, сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, ятрогении и др.].
- Терминальная стадия болезни.

Классификация

Клиническая классификация ХОБЛ основана на интегральной оценке степени тяжести состояния пациентов. С этой целью предложено учитывать несколько признаков, перечисленных ниже.

1. Степень тяжести бронхиальной обструкции (**табл. 1.1**).
2. Количество обострений за предшествующий год, отдельно учитываются обострения средней тяжести и тяжелые, потребовавшие госпитализаций (**табл. 1.2, 1.3**).
3. Выраженность одышки, оцениваемая с помощью русскоязычной версии шкалы *modified Medical Research Council Dyspnea Scale, mMRC* (modified Medical Research Council Dyspnea Scal; шкала для оценки выраженности одышки) (**табл. 1.4**).
4. Влияние болезни на качество жизни, оцениваемое с помощью русскоязычной версии вопросника *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Assessment Test, Copd Assessment Test (CAT)* (**табл. 1.5**).
5. Особенности клинического фенотипа или совокупность определенных симптомов заболевания у конкретного человека для определения прогноза и необходимых лечебных мероприятий (**рис. 1.1**).
6. Отсутствие или наличие осложнений (**рис. 1.2**).

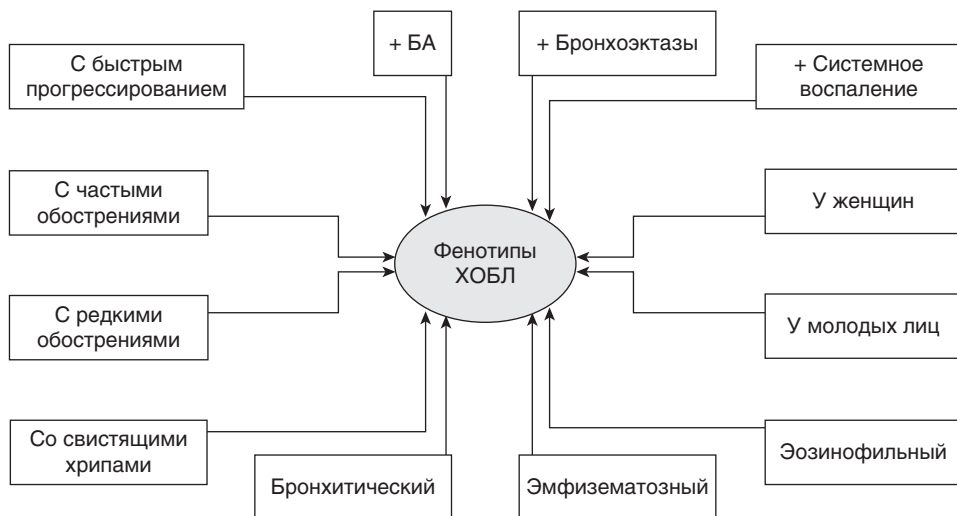


Рис. 1.1. Фенотипическая классификация пациентов с хронической обструктивной болезнью легких



Рис. 1.2. Осложнения хронической обструктивной болезни легких

Таблица 1.1. Спирометрическая (функциональная) классификация хронической обструктивной болезни легких

Стадия ХОБЛ	Степень ХОБЛ	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	ОФВ ₁ , % от должных значений
I	Легкая	<0,7	≥80
II	Среднетяжелая	<0,7	79–50
III	Тяжелая	<0,7	49–30
IV	Крайне тяжелая	<0,7	29 и менее или 49 и менее в сочетании с хронической ДН

Примечание. Все указанные значения постбронходилатационные; ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за первую секунду; ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких; ДН — дыхательная недостаточность; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких.

Таблица 1.2. Классификация хронической обструктивной болезни легких согласно докладу рабочей группы «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких» (пересмотр 2023)

Группа	Характеристика	Спирометрическая классификация	Число обострений за год, потребность в госпитализации	Шкала mMRC, баллы	SAT-тест, баллы
A	Низкий риск обострений, симптомы не выражены	I (легкая) II (среднетяжелая)	≤1 нет	0–1	<10

Группа	Характеристика	Спирометрическая классификация	Число обострений за год, потребность в госпитализации	Шкала mMRC, баллы	САТ-тест, баллы
В	Низкий риск обострений, симптомы выражены	I (легкая) II (среднетяжелая)	≤1 нет	≥2	≥10
Е	Высокий риск обострений, вне зависимости от выраженности симптомов	III (тяжелая) IV (крайне тяжелая)	≥2 ≥1	Любое значение	

Примечание. При оценке степени риска рекомендуется выбирать наивысшую степень в соответствии со степенью ограничения скорости воздушного потока или с частотой обострений в анамнезе; при наличии у пациента в предыдущем году одного среднего или тяжелого обострения, приведшего к госпитализации, его следует относить к группе высокого риска.

Таблица 1.3. Классификация обострений хронической обструктивной болезни легких

Тяжесть	Уровень оказания медицинской помощи
Легкая	Пациенту необходимо увеличение объема проводимой терапии, которое может быть осуществлено собственными силами пациента
Средняя	Пациенту необходимо увеличение объема проводимой терапии [назначение антибиотиков и/или системных глюкокортикоидов (СГК), которое требует консультации пациента врачом]
Тяжелая	Пациент или врач отмечает явное и/или быстрое ухудшение состояния пациента, требуется госпитализация пациента

Таблица 1.4. Модифицированный опросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке
1	Легкая	Я задыхаюсь, когда быстро иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму
2	Средняя	Из-за одышки я хожу по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе
3	Тяжелая	Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности
4	Очень тяжелая	У меня слишком сильная одышка, чтобы выходить из дома, или я задыхаюсь, когда одеваюсь или раздеваюсь

Примечание. Пациенту предлагают выбрать одно из пяти утверждений, которое наиболее близко описывает его степень тяжести одышки (от 0 до 4 баллов).

Таблица 1.5. Влияние хронической обструктивной болезни легких на качество жизни — САТ-тест

Я никогда не кашляю	0–1–2–3–4–5	Я постоянно кашляю
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	0–1–2–3–4–5	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)
У меня совсем нет ощущения сдавления грудной клетки	0–1–2–3–4–5	У меня очень сильное ощущение сдавления грудной клетки
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня нет одышки	0–1–2–3–4–5	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, возникает сильная одышка
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	0–1–2–3–4–5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена
Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	0–1–2–3–4–5	Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома
Я сплю очень хорошо	0–1–2–3–4–5	Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо
У меня много энергии	0–1–2–3–4–5	У меня совсем нет энергии

Примечание. Каждый из восьми пунктов оценивается по 5-балльной шкале и суммируется; интерпретация полученного результата происходит по сумме баллов, отражающей влияние ХОБЛ на жизнь пациента: 0–10 баллов — незначительное; 11–20 баллов — умеренное; 21–30 баллов — сильное; 31–40 баллов — чрезвычайно сильное.

Подходы к определению различных клинических фенотипов ХОБЛ продолжают формироваться; наиболее распространенные фенотипы — бронхитический, эмфизематозный, ХОБЛ с бронхоэктазами и ХОБЛ + БА.

Клиническая картина

Жалобы пациента или типичные классические симптомы ХОБЛ — кашель, одышка, выделение мокроты (**табл. 1.6**). Определенные изменения в клинической картине ХОБЛ возникают при развитии коморбидных состояний и осложнений.

Таблица 1.6. Симптомы хронической обструктивной болезни легких и их интерпретация

Симптомы	Интерпретация
Кашель	Ранний симптом, появляется в период 40–50 лет, на ранних стадиях беспокоит эпизодически, позже возникает ежедневно, может усиливаться после пробуждения, носит перемежающий характер. Приступообразный, надсадный, малопродуктивный. Иногда кашель отсутствует. Необходимо уточнить частоту его появления и интенсивность, связь с инфекционными обострениями в осенне-зимний период. Появление кашля в утренние часы связано с суточным ритмом функционирования мерцательного эпителия; при физической активности — с повышением тонуса симпатического отдела автономной нервной системы

Симптомы	Интерпретация
Одышка	В среднем возникает на 10 лет позже кашля. По мере прогрессирования заболевания постепенно усиливается, продолжительность выдоха удлиняется, особенно при форсированном дыхании (преимущественно экспираторного типа). На поздних стадиях ограничивает ежедневную физическую активность. Оказывают влияние следующие факторы: погодные условия, время суток, респираторные инфекции
Выделение мокроты	Небольшое количество вязкой мокроты, отделение которой может усиливаться после пробуждения, в периоды инфекционных обострений. Необходимо уточнить цвет, консистенцию, объем. Гнойный характер и обильное количество — признак обострения
Свистящее дыхание и стеснение в груди	Рассеянные высокотональные сухие при спокойном или форсированном дыхании, могут различаться в разные дни и время суток, в фазу обострения возможны дистанционные хрипы. Стеснение в груди часто возникает после физической нагрузки, не имеет четкой локализации, носит мышечный характер и может быть связано с изометрическим сокращением межреберных мышц
Общая усталость или недомогание	Субъективное ощущение, которое является распространенным и довольно тревожным симптомом. Влияет на способность пациента выполнять повседневную деятельность и качество жизни
Головная боль, избыточная дневная сонливость	Проявления гипоксемии и гиперкапнии
Боль в области сердца и за грудиной	Не купируется нитратами, помогает кислород или внутривенное введение аминофиллина, связана с острым расширением легочной артерии

Анамнез

Дебют заболевания обычно в возрасте старше 45 лет. Собирая анамнез, необходимо постараться определить данные, перечисленные ниже.

1. Тяжелые острые респираторные инфекции, БА в детском возрасте; низкий вес при рождении.
2. Активное и пассивное курение. При необходимости рассчитать индекс курящего человека по формуле: число выкуриваемых сигарет в день умножить на стаж курения (годы) поделить на 20. Значение индекса курящего человека >10 пачек/лет считается достоверным ФР ХОБЛ. Прекращение курения на 6 мес и более переводит пациента в категорию «бывший курильщик».
3. Профессиональный маршрут, профессиональные или бытовые вредности, условия жизни.
4. Частоту предыдущих обострений или количество госпитализаций по поводу ХОБЛ за последний год.

5. Влияние болезни на качество жизни пациента.
6. Наличие сопутствующих заболеваний (онконастороженность, тубнастороженность, ВИЧ-инфекция) и внелегочных проявлений ХОБЛ.

У молодых пациентов с дебютом заболевания до 45 лет в отсутствие известных ФР следует исключить дефицит α_1 -антитрипсина. Для проведения скрининга этого состояния рекомендуется уделить особое внимание сбору семейного анамнеза и подтвержденного дефицита α_1 -антитрипсина у родственников первой степени родства. Также следует уточнить наличие в анамнезе одного или нескольких из нижеперечисленных состояний:

- панлобулярная эмфизема с преимущественным поражением базальных отделов легких;
- бронхоэктазы, не связанные с кистозным фиброзом;
- БА, плохо поддающаяся лечению;
- заболевание печени неясной этиологии или отягощенный наследственный анамнез по заболеванию печени;
- системный васкулит, ассоциированный с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами;
- панникулит.

Физикальный осмотр

Изменения при физикальном осмотре зависят от выраженности тяжести состояния пациента (**табл. 1.7**), наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.

Таблица 1.7. Возможные изменения при осмотре пациента с хронической обструктивной болезнью легких

Длительность/степень	Внешний вид
Небольшая/легкая	• Обычный
Длительная/среднетяжелая	• Гиперемия лица, области декольте, губ, удлиненный выдох через плотно сжатые губы (при этом меньше спадаются мелкие бронхи на выдохе). • Цианоз сероватого оттенка, диффузный, «теплый», начинает проявляться при снижении $PaO_2 < 60$ мм рт.ст. (или снижении $SpO_2 < 90\%$)
Длительная/тяжелая и крайне тяжелая	• Ортопноэ. • Тахипноэ. • Участие в акте дыхания вспомогательных мышц. • Торакоабдоминальная асинхрония. • Дистанционные хрипы. • Набухшие шейные вены в положении стоя и сидя. • Положительный венный пульс. • Тахикардия, экстрасистолия, фибрилляция предсердий (ФП). • Расширение границ относительной сердечной тупости вправо и влево по пятому межреберью. • Эпигастральная пульсация. • Над трехстворчатым клапаном: усиление I тона, систолический шум относительной недостаточности