

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
<ul style="list-style-type: none">• Одышка:<ul style="list-style-type: none">→ в покое;→ внезапно возникшая одышка (удушьё);→ при физической нагрузке;→ при кашле;	<ul style="list-style-type: none">• Контакт с аллергеном.• Физическая нагрузка.• Резкие запахи.	<ul style="list-style-type: none">• Наличие бронхиальной астмы у генетических родственников:<ul style="list-style-type: none">→ да;→ нет.

Жалобы	Триггеры (провоцирующие факторы)	Семейный анамнез
<ul style="list-style-type: none"> → при изменении положения тела; → другое. • Снижение переносимости физических нагрузок: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет. • Кашель: <ul style="list-style-type: none"> → сухой; → с мокротой; → надсадный; → лающий; → днем; → ночью; → утром; → постоянный; → периодичный; → приступообразный; → купируется_____. • Приступы затрудненного дыхания: <ul style="list-style-type: none"> → время возникновения; → условия возникновения; → частота дневных приступов; → частота ночных приступов; → купируется (чем) _____. • Мокрота. <ul style="list-style-type: none"> → серозная; → слизистая; → слизисто-гнойная; → гнойная; → гнилостная; 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие иных аллергических заболеваний у генетических родственников: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет. • Наличие хронической бронхо-легочной патологии у генетических родственников: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет

Раздел 1. Заболевания органов дыхания...

Продолжение таблицы

Жалобы	Триггеры (провоцирующие факторы)	Семейный анамнез
<ul style="list-style-type: none"> → с примесью крови; → без примеси крови; → количество_____. • Боль в груди: <ul style="list-style-type: none"> → постоянная; → при движении; → при кашле; → при глубоком дыхании; → усиливается/уменьшается в определенном положении; → нет. • Заложенность в груди: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет. • Нарушения сна, физической активности из-за симптомов заболевания: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет. • Другое_____ 		
Аллергологический анамнез		
<ul style="list-style-type: none"> → непереносимость лекарственных препаратов, пищевых продуктов, вакцин, сывороток (указать)_____; → реакции на бытовые, эпидермальные, пыльцевые аллергены (указать)_____ 		
Лечение		
<ul style="list-style-type: none"> → постоянной терапии не получает; → потребность в КДБА: _____ доз в месяц; → получает ИГК (указать действующее вещество и дозу) _____; → получает ДДБА. → получает ДДАХ 		

Аллергологический анамнез		
<p>В контакте с источником инфекции в течение 14 дней до появления клинических признаков болезни:</p> <ul style="list-style-type: none"> → был(а); → не был(а); → не уверен(а) 		
Общее состояние	Положение больного	Сознание
<ul style="list-style-type: none"> • Удовлетворительное. • Средней тяжести. • Тяжелое. • Крайне тяжелое 	<ul style="list-style-type: none"> • Активное. • Пассивное. • Вынужденное 	<ul style="list-style-type: none"> • Ясное. • Ступор. • Сопор. • Кома
Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, частота дыхательных движений (ЧДД)	Кожные покровы и видимые слизистые
<ul style="list-style-type: none"> • Нормостеническое. • Астеническое. • Гиперстеническое 	<ul style="list-style-type: none"> • Рост ____. • Вес ____. • Индекс массы тел (ИМТ) ____. • Температура (Т) ____. • SpO₂ ____. • Частота сердечных сокращений (ЧСС) ____. • Пульс ____. • Артериальное давление (АД) ____. • ЧДД _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> → 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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»	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Гиперемирован. • Не гиперемирован. 	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличены. • Не увеличены. 	<ul style="list-style-type: none"> • Дыхание: → затруднено; 	

Продолжение таблицы

Зев	Миндалины	Носовая полость
<ul style="list-style-type: none"> • Отечность. • Отсутствие отечности. • Задняя стенка глотки _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Гиперемированы. • Не гиперемированы. • Отечные. • Неотечные. • Налеты: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет; → характер _____; → «гнойно-казеозные пробки» 	<ul style="list-style-type: none"> → свободное. • Отделяемое из носа: <ul style="list-style-type: none"> → серозное; → слизистое; → слизисто-гнойное; → гнойное; → с прожилками крови; → не наблюдается. • Кровотечение: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет
Дыхательная система		
Дыхание	Одышка	Грудная клетка
<ul style="list-style-type: none"> • Нормальное. • Учащенное поверхностное. • Учащенное глубокое. • Редкое. • Парадоксальное. • Затруднен вдох. • Затруднен выдох. • Ритмичное. • Неритмичное. • Стридорозное дыхание. • Патологическое дыхание (Чейна–Стокса, Биота, Куссмауля). • Симметричность дыхательных движений: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет. • Участие вспомогательной мускулатуры: 	<ul style="list-style-type: none"> • Инспираторная. • Экспираторная. • Смешанная. • Отсутствует 	<ul style="list-style-type: none"> • Форма грудной клетки: <ul style="list-style-type: none"> → правильной формы; → бочкообразная; → рахитическая; → воронкообразная; → паралитическая; → килевидная; → деформированная за счет кифоза/сколиоза; → отставание одной половины грудной клетки при дыхании. • Западение межреберных промежутков: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет

Продолжение таблицы

Дыхательная система		
Дыхание	Одышка	Грудная клетка
→ да; → нет. • Парадоксальное дыхание: → да; → нет		
Пальпаторно	Перкуторно	Аускультативно
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Ясный легочный. • Приглушенный. • Тупой. • Коробочный. • Тимпанический. • Локализация патологического перкуторного звука _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
		<ul style="list-style-type: none"> ◇ крупнопузырчатые; ◇ звучные; ◇ незвучные; → крепитирующие; → сухие: <ul style="list-style-type: none"> ◇ высокие; ◇ низкие; ◇ свистящие; ◇ басовые; • Локализация _____. • Шум трения плевры: <ul style="list-style-type: none"> → не выслушивается; → выслушивается с обеих сторон; → выслушивается справа; → выслушивается слева
Сердечно-сосудистая система		
Осмотр предсердной области	Перкуторно	Аускультативно
<ul style="list-style-type: none"> • Без особенностей. • Сердечный горб: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет. • Верхушечный толчок: <ul style="list-style-type: none"> → нормальный; → разлитой; → усиленный; → концентрический. • Смещен (указать локализацию) _____. • Сердечный толчок: <ul style="list-style-type: none"> → наблюдается; 	<ul style="list-style-type: none"> • Границы относительной и абсолютной тупости: <ul style="list-style-type: none"> → в пределах нормы; → расширены в обе стороны; → расширены вправо; → расширены влево 	<ul style="list-style-type: none"> • Тоны сердца: <ul style="list-style-type: none"> → ясные; → глухие; → ритмичные; → неритмичные. • Изменение 1-го тона: <ul style="list-style-type: none"> → усиление; → ослабление; → хлопающий; → расщеплен; → раздвоен, локализация _____. • Изменение 2-го тона: <ul style="list-style-type: none"> → ослабление;

Продолжение таблицы

Сердечно-сосудистая система		
Осмотр предсердной области	Перкуторно	Аускультативно
<ul style="list-style-type: none"> → не наблюдается. • Сонные артерии (пульсация): <ul style="list-style-type: none"> → наблюдается; → не наблюдается. • Яремные вены: <ul style="list-style-type: none"> → пульсация; → набухание; → патологии не выявлено 		<ul style="list-style-type: none"> → усиление; → с металлическим оттенком; → расщепление; → раздвоение, локализация_____. • Наличие добавочных тонов: <ul style="list-style-type: none"> → ритм перепела; → ритм галопа. • Шумы сердца: <ul style="list-style-type: none"> → систолический_____; → диастолический_____; → локализация_____. • Экстракардиальные шумы: <ul style="list-style-type: none"> → шум трения перикарда; → не наблюдаются
Органы пищеварения		
Осмотр	Пальпация	Стул
<ul style="list-style-type: none"> • Язык: <ul style="list-style-type: none"> → чистый; → влажный; → сухой; → обложен налетом (указать характер)_____; → «лакированный» язык; → трещины, язвы. • Живот: <ul style="list-style-type: none"> → правильной формы; 	<ul style="list-style-type: none"> • Пальпаторно без патологии. • Живот: <ul style="list-style-type: none"> → болезненный (локализация)_____; → безболезненный; → напряжение передней брюшной стенки; → симптом Щеткина-Блюмберга. • Кишечник: <ul style="list-style-type: none"> → урчит при пальпации; 	<ul style="list-style-type: none"> • Без особенностей. • Оформленный. • Неоформленный. • Жидкий. • Слизистый. • Пенистый. • Дегтеобразный. • Без патологических примесей. • С примесью крови. • Регулярный.

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

Диурез
<ul style="list-style-type: none"> • Странгурия. • Повышен. • Поллакиурия. • Никтурия. • Олигурия. • Полиурия. • Анурия
Эндокринная система
<p>Щитовидная железа</p> <ul style="list-style-type: none"> • Увеличена. • Не увеличена
Нервная система
<ul style="list-style-type: none"> • Ориентация в пространстве, времени и собственной личности: <ul style="list-style-type: none"> → да; → нет. • Имеются нарушения и расстройства: <ul style="list-style-type: none"> → 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 $< 20\%$.

⊕ Доктор на приеме

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 кромонами (педиатрическая практика и особые показания)

Окончание таблицы

Степень тяжести	Объем базисной терапии
Среднетяжелая БА	Это астма, которая хорошо контролируется терапией 3-й степени, 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 <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Ничего из перечисленного	1–2 из перечисленного	3–4 из перечисленного
Ночные пробуждения из-за БА	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			
Потребность в препарате для купирования симптомов чаще, чем 2 раза в неделю	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			

Контроль симптомов астмы		Уровень контроля		
За последние 4 нед у пациента отмечались		Хорошо контролируемая	Частично контролируемая	Неконтролируемая
Любое ограничение активности из-за БА	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			
Факторы риска неблагоприятных исходов				
<ul style="list-style-type: none"> • 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 				
<p>Потенциально модифицируемые независимые факторы риска обострений БА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 			<p>Наличие одного или более из этих факторов повышает риск обострений** даже если симптомы хорошо контролируются</p>	

Факторы риска неблагоприятных исходов	
<p>Другие важные независимые факторы риска обострений:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Интубация или лечение в отделении интенсивной терапии по поводу БА. • ≥1 тяжелого обострения за последние 12 мес 	
<p>Факторы риска развития фиксированной обструкции дыхательных путей.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие или недостаточная терапия ИГК. • Экспозиция: <ul style="list-style-type: none"> → с табачным дымом; → вредными химическими агентами; → вредными профессиональными агентами. • Низкий исходный ОФВ₁, хроническая гиперсекреция слизи, эозинофилия мокроты или крови 	
<p>Факторы риска развития нежелательных побочных эффектов лекарств;</p> <ul style="list-style-type: none"> • системные: <ul style="list-style-type: none"> → частое применение системных глюкокортикоидов (ГК); → длительное применение высоких доз ИГК; → применение Р450-ингибиторов; • локальные: <ul style="list-style-type: none"> → 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 ≥50% или дополнительное их применение в форме небулайзера, ночные

⊕ Доктор на приеме

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

- **Тяжелое обострение БА** (ПСВ ~33–50% лучших значений, ЧДД ≥ 25 в минуту, пульс ≥ 110 в минуту, невозможность произнести фразу на одном выдохе).
- **Жизнеугрожающая астма** (ПСВ $< 33\%$ лучших значений, $SpO_2 < 92\%$, $p_aO_2 < 60$ мм рт.ст., нормокапния (P_aCO_2 35–45 мм рт.ст.), «немое» легкое, цианоз, слабые дыхательные усилия, брадикардия, гипотензия, утомление, глушение, кома).

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
<ul style="list-style-type: none"> • Назначен: <ul style="list-style-type: none"> → общий анализ крови (ОАК) развернутый; → определение функции внешнего дыхания (ФВД), бронходилатационный тест; → пульсоксиметрия 	<ul style="list-style-type: none"> • Назначены: <ul style="list-style-type: none"> → 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)

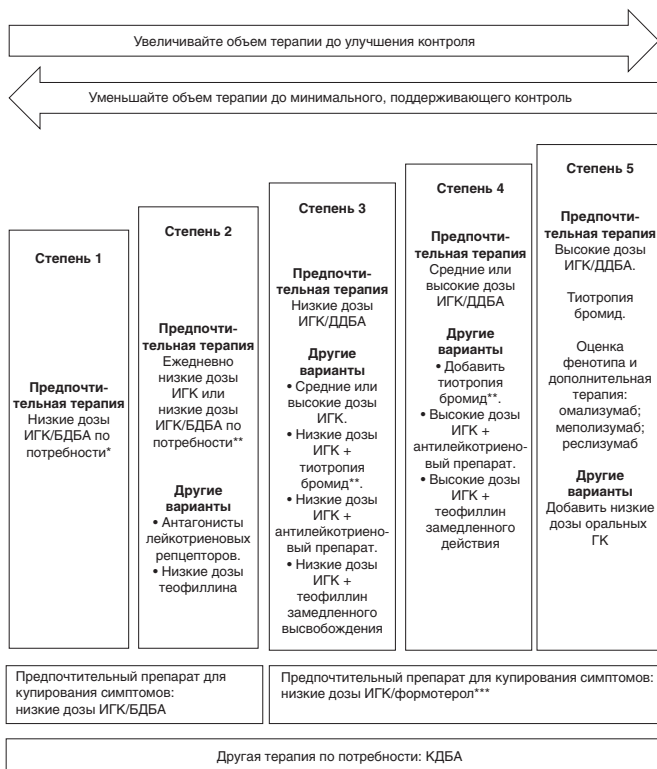


Рис. Схема ступенчатой терапии бронхиальной астмы у взрослых:

* 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).

Раздел 1. Заболевания органов дыхания...

Продолжение таблицы

Фармакотерапия БА
<p>Rp. Aer. Fenoteroli 0,0001/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 1–2 дозы (не более 8 доз в сутки)</p>
КДАХ
<p>Rp. Aer. Ipratropii bromidi 0,00002/dosis — 200 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 2 дозы, максимально до 12 доз в сутки</p>
Фиксированная комбинация КДАХ/КДБА
<p>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</p>
ДДБА
<p>• 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</p>
Длительно действующие антихолинэргики (ДДАХ)
<p>Rp. Sol. Tiotropii bromidi 0,0000025/dosis — 60 doses. D.t.d. № 1. S. Ингаляционно по 2 дозы 1 раз в сутки</p>
ИГК
<p>• 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</p>

Фармакотерапия БА
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> Rp. Theophyllini 0,3. D.t.d. № 40 in tab. S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки
Антилейкотриеновые препараты
<ul style="list-style-type: none"> Rp. Montelukasti 0,01. D.t.d. № 28. S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки вечером
Системные ГК
<ul style="list-style-type: none"> • 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

Окончание таблицы

Сроки временной нетрудоспособности (ВН) [автоматизация процесса выписки листа нетрудоспособности (ЛН), 095/у]	Критерии эффективности и безопасности лечения	Диспансерное наблюдение
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 клиническими 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 тимофеевки, мятлика, 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 6,7×10⁹/л, эритроциты — 5,03×10¹²/л, тромбоциты — 227×10⁹/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 (в 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 улучшения 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;

⊕ Доктор на приеме

- 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

